

ÉLETMÓD ÉS EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIAI
INTERDISZCIPLINÁRIS KUTATÁSOK

III. KÖTET

Tudomány: iránytű az elérhető jövőhöz

SZERKESZTŐ:

Rusinné Dr. Fedor Anita



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2022

ÉLETMÓD ÉS EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIAI
INTERDISZCIPLINÁRIS KUTATÁSOK

III. KÖTET

Tudomány: iránytű az elérhető jövőhöz

SZERKESZTŐ:

Rusinné Dr. Fedor Anita



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2022

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

(4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2–4.)

SZERKESZTETTE

Rusinné Dr. habil Fedor Anita

TECHNIKAI SZERKESZTŐ

Vámosiné Balla Petra, Tóth Anikó Panna

OLVASÓSZERKESZTŐK

Kótisné Plajner Mónika

Páll Andrea

Vámosiné Balla Petra

LEKTOROK

Dr. Bene Ágnes

Dr. habil Fábíán Gergely

Prof. Dr. Fónai Mihály

Gebriné Dr. Éles Krisztina

Dr. Horváth László

Prof. Dr. Láczy Magdolna

Dr. habil Móré Marianna

Dr. Patyán László

Rusinné Dr. habil Fedor Anita

Dr. Sántha Ágnes

Dr. Sárváry Andrea

Dr. Sárváry Attila

Dr. habil Szoboszlai Katalin

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

ISSN 2732-0928

ISBN 978-963-615-032-7

Kiadta: a Debreceni Egyetemi Kiadó, az 1795-ben alapított
Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének a tagja
dupress.unideb.hu

Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi

A nyomdai munkálatokat

a Debreceni Egyetem sokszorosítóüzeme végezte 2022-ben

Tartalomjegyzék

Az egészségügyi dolgozókat érő fizikai és mentális kihívások a Covid 19 járvány ideje alatt	4
GEBRINÉ DR. ÉLES KRISZTINA, DR. MOHÁCSI BERNADETT, DR. TAKÁCS PÉTER, MOLNÁRNÉ GREŠTYÁK ANITA, DR. RÁKÓCZI ILDIKÓ	
A szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés módszertanának fejlesztése Magyarországon.	18
GYULAI ANIKÓ, MORAVCSIK-KORNYICKI ÁGOTA, RÁKÓCZI ILDIKÓ, SÁRVÁRY ATTILA, FOGARASI ISTVÁN ANDRÁS, KÓSA ZSIGMOND JÁNOS	
A MALDI-TOF MS technika alkalmazási lehetőségei a rutin klinikai mikrobiológiában	50
HANUFERNÉ DR. HORVÁTH BRIGITTA, ÚJVÁRINÉ DR. SIKET ADRIENN, DR. MICSINAI ADRIENN	
Az irányító szerep értelmezése és tényezői	64
MÁRTA ERIK	
Várandósok egészségmagatartása az észak-alföldi régióban a pandémia idején	79
MOLNÁRNÉ GREŠTYÁK ANITA, GEBRINÉ DR. ÉLES KRISZTINA, BARABÁS ÁGOTA, KRUTÁK NIKOLETTA, DR. TAKÁCS PÉTER, JÁVORNÉ DR. ERDEI RENÁTA	
A háziiorvosi professzió módszertani vizsgálata	101
PAULIKNÉ VARGA BARBARA	
Egyenes út főiskolára, egyetemre?! – a középfokú szakképzés együttműködése a felsőoktatással	118
STOMP ÁGNES, MÓRÉ MARIANNA	
Covid-19 és hajléktalanság.	138
SZOBOSZLAI KATALIN	
A várandós, kisgyermekes nők hátránya a munkaerőpiacon	153
VÁMOSINÉ BALLA PETRA, R. FEDOR ANITA	
A civil szervezetek szerepe a társadalmi integrációban	168
DR. ZAKOR-BRODA RITA	
A munkavállalás és gyermekvállalás jellemzői – a családalapítás munkaerőpiaci háttérének vizsgálata	181
PÓZNER BEÁTA – R. FEDOR ANITA	
Az elsődleges anyai elfoglaltság mint a csecsemőkori kötődés alappillére.	198
JÓZSA TAMÁS	

Az egészségügyi dolgozókat érő fizikai és mentális kihívások a Covid 19 járvány ideje alatt

Gebriné Dr. Éles Krisztina¹, Dr. Mohácsi Bernadett², Dr. Takács Péter¹,
Molnárné Grestyák Anita¹, Dr. Rákóczi Ildikó¹

¹Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

²Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Debrecen

Absztrakt

Az egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotának vizsgálata a kiégés előfordulásának gyakorisága egyre több kutatás során kerül előtérbe. A Covid 19 járvány ideje alatt az egészségügyi dolgozókat érő fizikai és pszichés megterhelés jelentősen megnövekedett.

Célkitűzés: Kutatásunk során a pszichoszociális tényezők és az egészségi állapotuk önmegítélésével vizsgáltuk az egészségügyi dolgozók mentális és fizikális megterhelését, valamint véleményüket a Covid 19 járvány okozta munkahelyi változásokról.

Anyag és módszer: A kérdőívet jelenleg 108 egészségügyi dolgozó (ápoló, mentőtiszt, szülésznő) töltötte ki. Kutatásunk során keresztmetszeti vizsgálatot végzünk, a Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) és a Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II.(COPSOQ II) kérdőívek felhasználásával. Az adatok elemzéséhez SPSS 23.0 szoftvert használjuk. Az eredmények feldolgozása során leíró statisztikai eljárásokat és főkomponens elemzést, Anova módszert alkalmaztunk. A kapott eredményeket életkorcsoportok szerinti, és szakterület szerinti bontásban vizsgáljuk. Eredményeink feldolgozása folyamatban van. Jelen tanulmányban a fizikális egészségi állapotot és a járványhelyzet okozta változásokat mutatjuk be.

Következtetések: Az egészségügyi dolgozók körében az egészségi állapotuk szubjektív megítélése romlott az elmúlt évtizedben. A leggyakoribb mozgásszervi betegségek a nyak, váll, hát és deréktáji panaszok voltak. A Covid 19 járvány vonatkozásában túlnyomórészt negatív tapasztalatokat érték az egészségügyi dolgozókat, pozitív dologként elsősorban a kollegiális kapcsolatok szorosabbá válása emelhető ki.

Kulcsszavak: szubjektív egészségi állapot, mozgásszervi betegségek, Covid 19 járvány

Abstract

Examining the physical and mental condition of health care workers, the incidence of burnout is gaining prominence in more and more research. During the Covid 19 outbreak, the physical and mental strain on health care workers increased significantly.

Aims: In our research, we examined the mental and physical stress of health care workers and their views on changes in the workplace caused by the Covid 19 epidemic by self-assessing psychosocial factors and their health status.

Methods: The questionnaire was currently completed by 108 health care workers (nurses, ambulance officers, midwives). In our research, we conducted a cross-sectional study using the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) and the Copenhagen Questionnaire on Psychosocial Factors II at Work (COPSOQ II). SPSS 23.0 software was used to analyze the data. Descriptive statistical procedures and principal component analysis, Anova method, were used to process the results. The results obtained are analyzed by age group and by field. Our results are being processed. In the present study, we present changes in physical health and the epidemic situation.

Conclusion: Among health care workers, subjective perceptions of their health have deteriorated over the past decade. The most common musculoskeletal disorders were neck, shoulder, back and lumbar complaints. In the case of the Covid 19 epidemic, the experience of health care workers was predominantly negative, the main thing being the strengthening of collegial relations.

Keywords: *subjective health status, musculoskeletal disorders, Covid 19 epidemic*

Bevezetés

A World Health Organization (WHO) 2020-ig megfogalmazott stratégiai tervében kiemeli az egészségügyi dolgozók megfelelő egészségi állapotának fontosságát. Mivel az egészséges, megfelelő mértékben támogatott, jól képzett és motivált munkatársak javítják a betegellátás minőségét, így a lakosság egészségi állapotára is jó hatással vannak. Jó példaképek lehetnek a közösség számára is, mert az egészségügyi szakemberek mindennapi munkájuk során közvetlen kapcsolatba kerülnek a betegekkel/kliensekkel. A pozitív munkakörnyezet, a karrierlehetőség, a szakmai elismerés, a jutalmazás csökkenti a betegszabadságok számát, biztosítja az aktív munkát, a munkahelyen a minőségi munkavégzést, és csökkentheti az elvándorlást

mértékét. Mindezen okok miatt támogatni kell őket az optimális egészségi állapot elérésében minden korosztályban, meg kell akadályozni a nem fertőző betegségek vagy szövődmények kialakulását, és erősíteni kell az egészségfejlesztés feladatait körükben is (WHO, 2015).

Az egészségügyi dolgozók körében az elmúlt évtizedek során számos kutatást folytattak nemzetközi és hazai szinten egyaránt. Vizsgálták az egészségügyi dolgozók életminőségét, munkával való elégedettségét, a munkavégzés során kialakuló pszichés és fizikai stressz hatásokat, a többműszakos munkarend egészségi állapotra gyakorolt hatásait (Knezevic, Milosevic és mtsai. 2011; Alparslan és Doganer 2009; Cohen, Leykin és mtsai. 2017). Hazánkban a kutatások elsősorban az ápolók körében zajlottak, kutatták a munkával való elégedettség, a munkahelyi támogatás mértékét és ezek összefüggéseit a testi-lelki egészségi állapottal (Betlehem 2006; Németh és Irinyi 2009; Németh 2013), a munkahelyi stressz mértékét, a megküzdési stratégiákat (Újváriné, Gál és mtsai. 2020). A szülésznők körében vizsgálták az egészségi állapotuk, az egészségmagatartásuk jellemzőit, a krónikus betegségek előfordulásának gyakoriságát (Lipienné, Vincze és mtsai. 2015, Gebriné, Lampek és mtsai. 2021), és a munkával való elégedettségük közötti összefüggéseket (Gebriné, Lampek és mtsai. 2019).

A Covid 19 járvány az egészségügyi dolgozókra háruló megterheléseket, mind fizikai mind pszichés értelemben megnövelte. Átvezénylések zajlottak mely tovább fokozta a mindennapi munkavégzéssel járó stresszt. Felborult a munka és pihenőidő egyensúlya (megszokott rendje), a védőfelszerelés nehezítette a munkavégzést, rontotta a fizikai komfortérzetet, az állandó félelem a megfertőződéstől, az ismeretlentől, a család megfertőződésétől a kötelező karanténtól a pszichés komfortérzetet, jól-létet nagyfokban rontotta. A munkahelyi stresszt tovább fokozta, a megváltozott munkavállalói jogviszony és az oltási kötelezettség is, mely tényezők hozzájárultak a pályaelhagyáshoz. A humánerőforrás problémái már minden egészségügyi területen jelentkeznek.

Kutatásunk során célunk volt: Az egészségügyi dolgozók testi és lelki egészségének felmérése. Vizsgálni az egészségügyi dolgozók véleményét a Covid 19 járványról, milyen változásokat éltek át a járványhelyzet ideje alatt. A kapott eredményeink alapján javaslatokat tenni az egészségi állapotuk fenntartására, szükség esetén annak javítására.

Jelen tanulmányban az egészségügyi dolgozók fizikai egészségének jellemzőit mutatjuk be, valamint a Covid 19 járvány okozta munkahelyi és magánéleti változásokra térünk ki.

Anyag és módszer

Kutatásunk során keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk 2020. áprilisától kezdődően, a kérdőív jelenleg is nyitva van, a kutatómunkánk folyamatban van. 2021. szeptemberéig bezáróan a kérdőívet 108 egészségügyi dolgozó töltötte ki.

Kérdőívünk négy területet érintő kérdésekből épült fel, az első részben a demográfiai jellegű kérdések (pl. életkor, családi állapot, iskolai végzettség...stb.) és a munkavégzésre vonatkozó (pl. munkaterület, munkaidő, hány éve dolgozik a szakmájában...stb.) kérdések szerepeltek, a második részt a dolgozók egészségi állapotára vonatkozó kérdések alkották, a mozgásszervrendszeri betegségeket a Skandináv mozgásszervi kérdőívvel (NMQ) vizsgáltuk. A kérdőív harmadik egységében a munkahelyi pszichoszociális tényezőket mértük fel a Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPOQ II.) alkalmazásával. A negyedik részben pedig a Covid 19 járvány megélésére vonatkozó kérdéseket tettünk fel (pl. Milyen negatív hatását tapasztalja a Covid 19-nek a munkájára vonatkozóan...).

A Skandináv Mozgásszervi Kérdőív (Nordic Musculoskeletal Questionnaire, NMQ): A váz-izomrendszeri elváltozásokat méri több időintervallumra lebontva (volt-e valaha, az elmúlt évben volt-e, az elmúlt egy hónapban volt-e, jelenleg van-e), a mozgásszervrendszerben jelentkezett-e problémája, fájdalma, diszkomfort érzése, betegszabadságot vett-e igénybe panaszai miatt, gyógyszeresedés, gyógytorna, kórházi kezelés történt-e. A kérdéseket testtájakra lebontva vizsgálja, mely értelmezését ábrán (testsémán) jelölt területekkel is segíti (Kuorinka, Jonsson és mtsai. 1987).

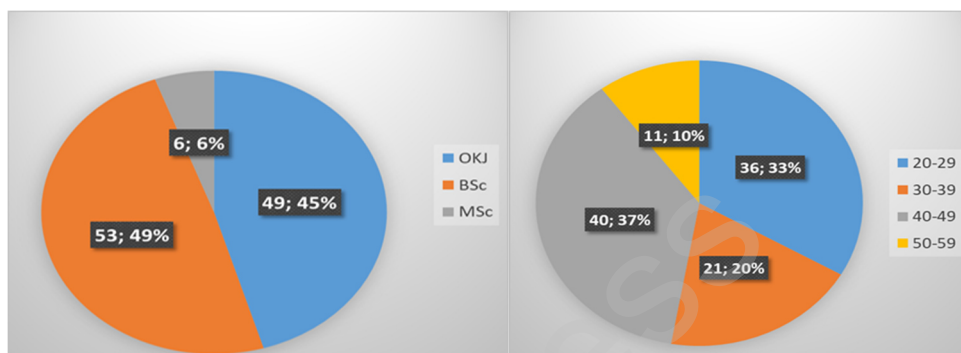
A koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről (Copenhagen Psychosocial Questionnaire II, COPSOQII): A kérdőív 28 alskálából épül fel 7 dimenzió mentén vizsgálja a munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezőket és az egészségi állapot egyes mutatóit (kiégés, stressz, alvászavar, önbecsült egészségi állapot). A vizsgált dimenziók: az együttműködés és vezetés, a szervezet és munkakör, a munkahelyi követelmények, a munka és magánélet egyensúlya, a bizalmi légkör, az

egészségi állapot, jól- lét. A kérdőív magyar nyelvű adaptációját Nistor és mtsai. 2015- ben végezték el (Nistor, Ádám és mtsai. 2015).

Eredmények

A kérdőívet 108 egészségügyi dolgozó töltötte ki (N=108), életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlásukat mutatja az 1. és a 2. ábra

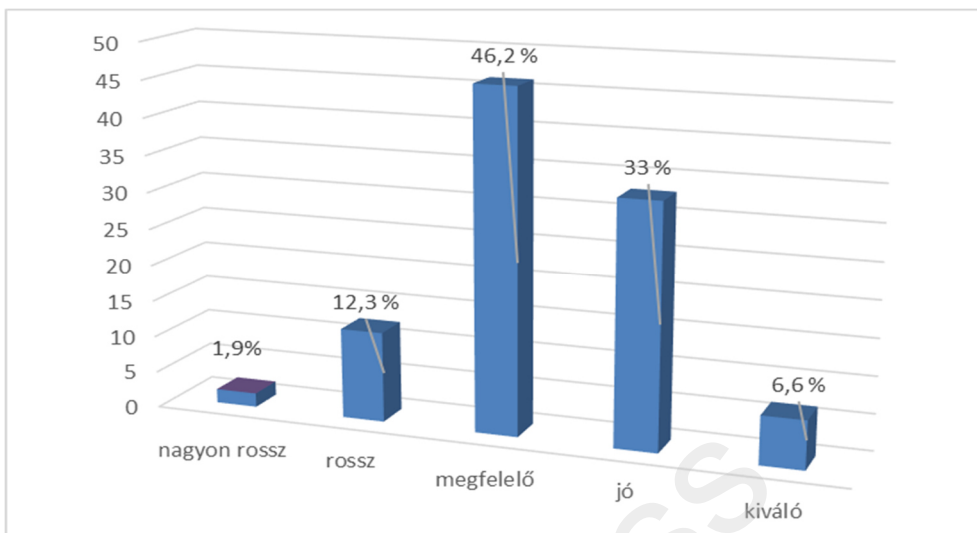
1.-2. ábra: A minta életkor és iskolai végzettség szerinti megoszlása



Forrás: saját szerkesztés

Az egészségi állapotuk szubjektív megítélése alapján a megkérdezettek 1,9% (2fő) nagyon rossznak ítélte meg egészségi állapotát, 12,3% (13fő) rossznak gondolta egészségi állapotát, legtöbben 46,2% (49fő) megfelelőnek gondolta, 33% (35 fő) gondolta jónak és mindössze 6,6% (7fő) gondolta úgy, hogy egészségi állapota kiváló. A kérdésre 2 fő nem válaszolt. Az eredményeket a 3. ábra mutatja.

3. ábra: Az egészségi állapot szubjektív megítélésének %-os megoszlása a mintán



Forrás: saját szerkesztés

Életkor csoportonkénti bontásban vizsgálva pedig eredményeink azt mutatták, hogy a 20-29 éves korosztályban 3 fő (8,3) kitűnőnek, 15 fő (41,7%) jónak, 17 fő (47,2%), rossznak 2,8%(1 fő) ítélte meg egészségi állapotát. A 30-39 éves korosztályból csak 1 fő (5%) gondolta kitűnőnek, 9 fő (45%) jónak, 4-en (20%) megfelelőnek, és 5-en (25%) rossznak 1 fő(5%) nagyon rossznak véleményezte egészségét. A 40-49 évesek több mint fele (22 fő, 55%) megfelelőnek gondolta, egy negyedük (9 fő 20%) jónak, 1 fő (2,5%) kiválónak és összesen 8 fő 20% rossznak vagy nagyon rossznak gondolta saját egészségét. A legidősebb korosztályban pedig már csak 2 fő-2 fő (20%-20%) gondolta kiválónak, vagy jónak egészségi állapotát és 6-an (60%) gondolták megfelelőnek. Ezen eredményeket mutatja az 1. táblázat ahol a nyilak iránya azt mutatja, hogy az életkor előre haladtával csökken azok száma, akik jónak gondolják egészségüket és növekszik azoké, akik rossznak véleményezték saját egészségüket.

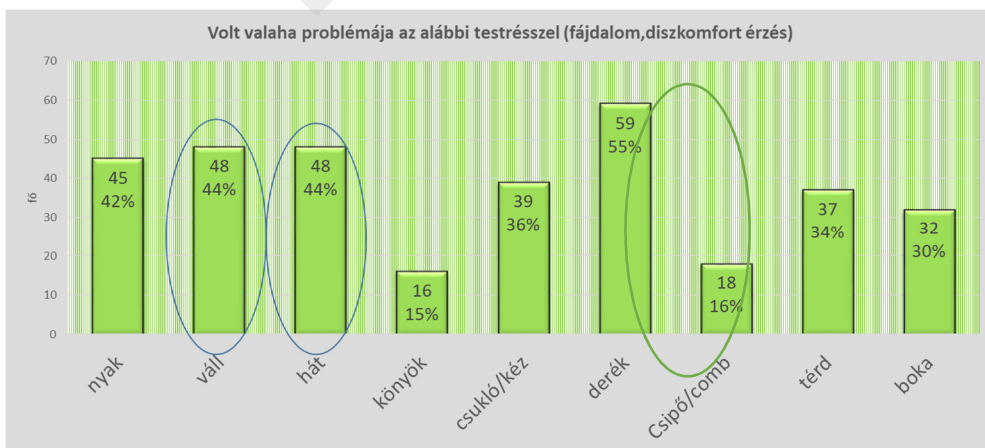
1. táblázat: Az egészség szubjektív megítélése korcsoportonként

Életkor csoportok	kitűnő (%)	jó (%)	megfelelő (%)	rossz (%)	nagyon rossz (%)
20-29 n=36	3 (8,3)	15(41,7)	17(47,2)	1(2,8)	0
30-39 n=20	1(5)	9(45)	4(20)	5(25)	1(5)
40-49 n=40	1(2,5)	9(22,5)	22(55)	7(17,5)	1(2,5)
50-59 n=10	2(20)	2(20)	6(60)	0	0
Összesen n=106	7 (6,6)	35(33)	49(46,2)	13(12,3)	2(1,92)
Missing:2					

Forrás: saját szerkesztés

A mozgásszervi betegségek előfordulásának gyakoriságát vizsgálva eredményeink azt mutatták, hogy a mintában szereplő egészségügyi dolgozók közül több mint fele (59 fő, 55%) deréktáji, közel fele (48-48 fő, 44-44%) váll és háttájéki fájdalomról, kicsivel kevesebb mint fele részük (45 fő, 42%) nyak fájdalmakról számolt be. Több mint egyharmaduk csukló/kéz (39 fő,36%), térd (37 fő,34%) és boka (32 fő,30%) panaszokat említ, továbbá közel egynegyed részük 18 fő (16%) csípő és 16 fő (15%) könyök panaszokat jelölt meg. Eredményeinket mutatja a 4. ábra.

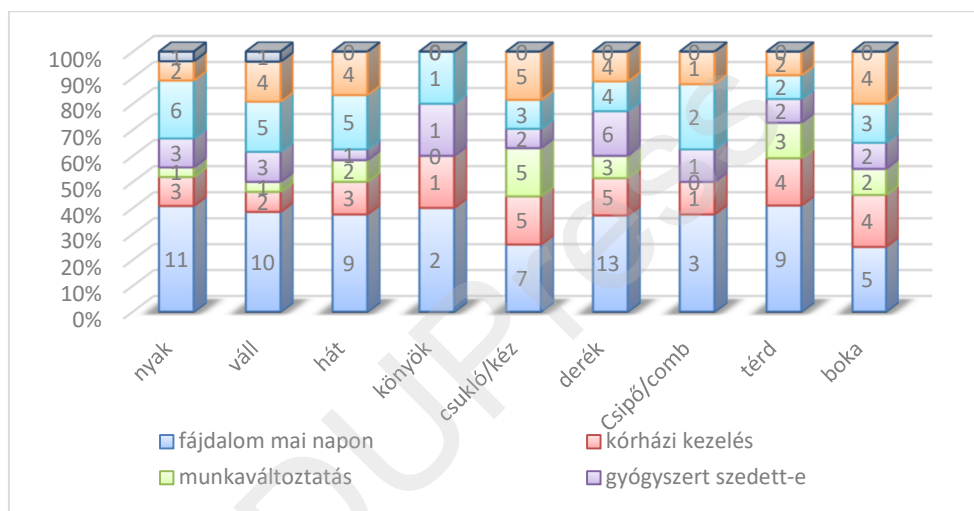
4. ábra: A mozgásszervi panaszok előfordulásának gyakorisága



Forrás: saját szerkesztés

Az NMQ kérdőív kérdéseit tovább elemezve láthatóvá vált, hogy a mintában szereplő egészségügyi dolgozók közül hány fő volt táppénzen, szedett fájdalomcsillapítót, állt kezelés alatt, vagy járt gyógytornára a mozgásszervi panaszai miatt. Kórházi kezelés a csukló/kéz, a derék panaszok miatt fordult elő, a munkahelyváltás oka legtöbb esetben a csukló/kéz betegsége volt, gyógyszerert leginkább a derékfájdalmak miatt szedtek, gyógytornásznál legtöbben a nyaki panaszok miatt jártak, a munkavégzésben leginkább a csukló/kézfájdalom jelentett akadályt táppénzen pedig, a nyak és vállfájdalom miatt voltak a megkérdezettek. Eredményeinket mutatja az 5. ábra

5. ábra: Mozcásszervi panaszok és kezelések gyakorisága a mintán



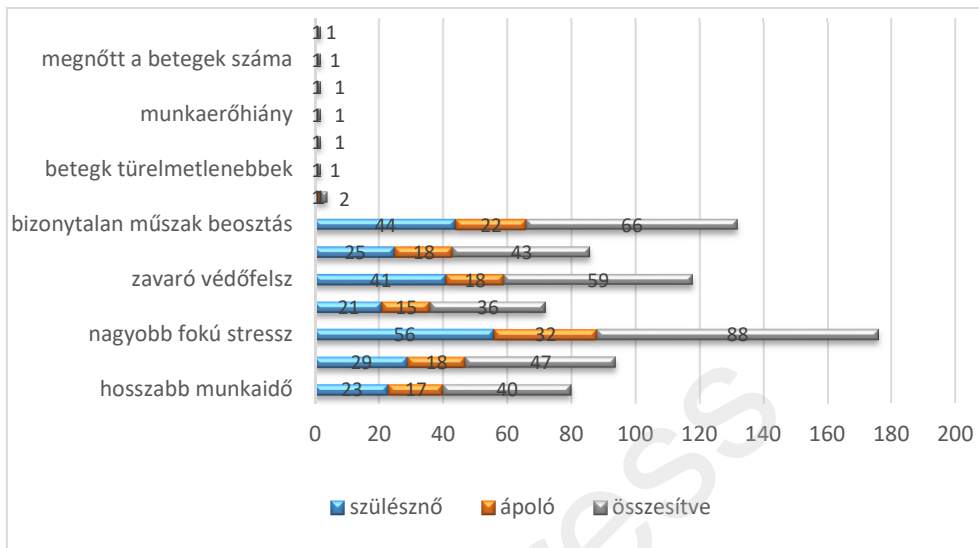
Forrás: saját szerkesztés

A Covid 19 járvány okozta változások körében kapott eredményeink

A kérdőívünkben megkérdeztük, hogy milyen negatív hatásait tapasztalja a kialakult járványhelyzetnek a munkavégzése során, valamint a magánéletére vonatkozóan milyen negatív hatásokat tapasztalt. A kérdésekre több válasz adására is lehetőség volt, és az egyéb válaszlehetőség alatt saját véleményüket is leírhatták a kutatásban résztvevők. Eredményeink azt mutatták, hogy a nagyobb fokú stresszt (88 fő, 83%), a bizonytalan műszakbeosztás 66 fő (62%), a zavaró védőfelszerelés 59-en (56%) jelölték be. 47 fő (44%) a kevesebb szabadidőt említette, 43 fő (40%), félelem a megfertőződéstől választ adta és 40 fő (37%) a hosszabb munkaidőt, valamint 36 fő (34%) a védőfelszerelés korlátozott számát is leírta a válaszok között. Eredményeinket a 6. ábra

mutatja, ahol külön van jelölve a szülésznők és az ápolók véleménye valamint az összesített véleményük.

6. ábra: A Covid 19 járvány okozta negatív hatások a munkavégzés során



Forrás: saját szerkesztés

A magánéletre kifejtett negatív hatás nyitott kérdésként szerepelt kérdőívünkben, mely válaszok közül a leggyakrabban előfordulókat emelem ki:

- Minimális személyes kapcsolat a családdal, barátokkal, korlátozott kikapcsolódási lehetőségekkel
- Minőségi közös program hiánya, bezártság
- Kevesebb érintkezés
- Kevesebb lehetőség a stressz levezetésére, ünnepekre, a megszokott módon történő kikapcsolódásra
- „Bezártság, elidegenedés, magány, hízás, az arcbróm pedig olyan lett mint egy tinié”
- „Bizonytalan műszakbeosztás miatt nem lehet előre tervezni, ez jelentősen megnehezíti a távkapcsolatot”
- Állandó stressz, kimerültség amely kihat a mindennapokra
- „...nincs időm a családomra a gyerekeimre, állandóan rohanok és minden otthoni munkámmal el vagyok maradva”
- Teljes testi, lelki kimerültség

- „Rengeteg túlóra= magánélet semmi”
- Félelem a betegségtől, haláltól, a munka elvesztésétől
- „kevés lenne ez az oldal felsorolni pl. bezártság, online oktatás vs munkahely, a megfertőződés veszélye....”
- „Barátaim, rokonaim féltek tőlem mert egészségügyben dolgozom”

Kérdőívünk utolsó kérdése arra vonatkozott, hogy esetleg tapasztaltak-e pozitív változást a járványhelyzet hatására. A nyitott kérdésben leírt válaszokat az alábbi felsorolásban foglaltuk össze:

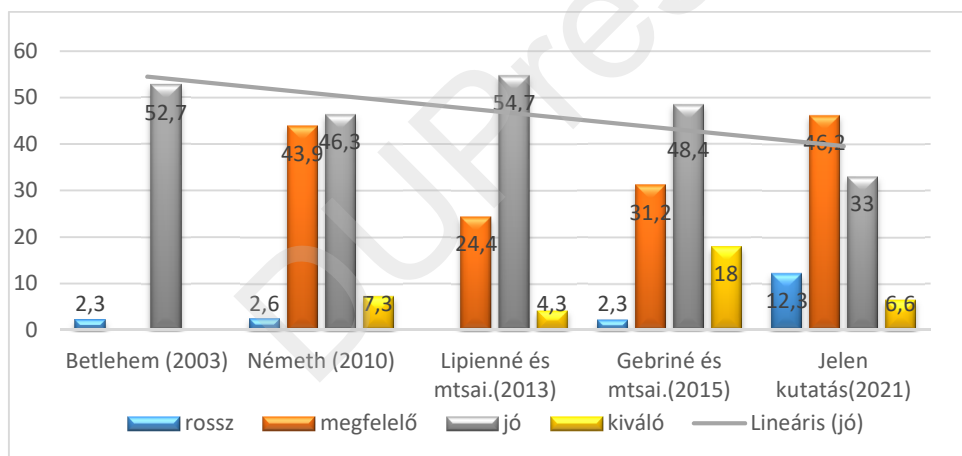
- Olyan nincs, nem volt
- Nosocomiális fertőzések csökkenése, a higiénia javulása
- Volt időm tanulni
- Kevesebb látogató volt az osztályon
- „Ingyenes utazás az országon belül. (Nem mintha a sok túlóra miatt ki tudtam volna teljesen élvezni)”
- „Rengeteg új embert ismertem meg”
- „Szerencsém volt megismerni más osztályon dolgozó kollégákat is”
- Egészséget jobban megbecsüljük
- „Kényszerhatására átkerültem másik munkahelyre és új kolléganőket, orvosokat ismerhettem meg”
- Kevesebb látogató-jobb munkavégzés
- „Együtt lehettem a családommal”
- Az együtt töltött idő értékesebb lett
- „Pozitívként éltem meg, hogy megtudtam kire lehet számítani. Covid alatt nem minden ember állt mellettem, akikben azelőtt megbíztam”
- Több figyelmet fordítunk egymásra
- Rengeteg védőfelszerelést kaptunk azóta
- Előtérbe került az online ügyintézés
- „Szorosabb lett a kapcsolat a kolléganőkkel. A családban jobban értékeljük egymást”
- Összetartás nőtt a családban

Következtetések

Kutatásunk eredményeiből láthatóvá vált, hogy az életkor előrehaladtával csökken azoknak az aránya akik jónak ítélik meg szubjektív egészségi

állapotukat és növekszik azoké aki rossznak gondolják egészségüket. Már a 30-39 éves korosztálytól kezdődően látható a csökkenés. Ha korábbi ápolók/szülésznők körében végzett kutatási eredményeket is figyelembe vesszük látható, hogy az elmúlt 10 évben az egészségügyi dolgozók önbecslésen alapuló egészségi állapota romlott. A Betlehem 2003-as (Betlehem 2006) vagy a Németh 2010-es kutatási adatait figyelembe véve (Németh 2013) nőtt azok aránya, akik megfelelőnek tartják egészségüket, és csökkenés figyelhető meg azok számában, akik jónak vagy kiválóan gondolják egészségüket. A korábbi 2013-ban Lipienné és munkatársai (Lipienné, Vincze és mtsai. 2015) valamint a 2015-ben Gebriné és munkatársai (Gebriné, Lampek és mtsai. 2021) szülésznők körében végzett kutatás eredményeihez viszonyítva is jól látható csökkenés figyelhető meg. Ezt mutatja a 7. ábra.

7. ábra: Az egészségügyi dolgozók körében a szubjektív egészségi állapot megítélésnek eredményei az elmúlt években



Forrás: saját szerkesztés

Az egészségi állapot szubjektív megítélésének komoly befolyásoló tényezője a munkahely és az iskolai végzettség (Libicki és R.Fedor 2020, R.Fedor 2019, R.Fedor 2021 és Berencsiné 2014), ezért további vizsgálatok végzése indokolt az egészséget befolyásoló tényezők vizsgálata során az egészségügyi dolgozók körében.

A legtöbb panaszt a mozgásszervbetegségek közül a derék, a váll és hátfájdalmak okozták. Melyeknek felmérése, kialakulásuk megelőzése a munkahelyek feladatai közé kell hogy tartozzanak. A megfelelően kialakított

és biztonságos munkakörnyezet jelentőségét kell kihangsúlyozni, valamint az ergonómikus mozgásformák jelentőségét erősíteni az egészségügyi dolgozók munkavégzése során. Már a pályára lépés előtt elkezdve, a képzés során tanítani a hallgatóknak az ergonómikus mozgásformák elvégzését, és a munkavédelmi szabályok betartásának fontosságát.

A Covid 19 járványhelyzet nagy terhet rótt az egészségügyi dolgozókra, jelentősen növelte a fizikai és pszichés megterhelésüket, a munkahelyi stressz mértékét, melyeknek negatív hatásai a munkavégzésre és a magánéletre egyaránt kimuathatóak voltak eredményeinkben. Érdemes azt is kihangsúlyozni, hogy volt pozitív hozadéka, hatása is a járványhelyzetnek, többek között erősítette a munkatársak közötti összetartást, kapcsolatokat és felértékelődött a családdal töltött idő jelentősége, valamint a higiénés szabályok betartására is nagyobb figyelmet fordítottak.

„Lehetőség adódott arra, hogy megtanuljunk kezelni élethelyzeteket, megismerjük egy új betegséget, rálássunk arra, hogy az emberek probléma megoldó képességei miként alakultak. Mivé lettek az emberi kapcsolatok, mit jelent a méltánytalan elmúlás. Úgy kezeltem a járványt, mint a veszteségek ajándékát.”

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk megköszönni azon egészségügyi dolgozóknak, akik részt vettek a kutatásban, hogy kitöltötték kérdőívünket, és megosztották velünk véleményüket.

Érdekeltségek:

A szerzőknek nincsenek anyagi vagy egyéb érdekeltségeik a kutatáshoz kapcsolódóan.

Felhasznált irodalom

1. Alparslan O.; Doganer G. (2009): Relationship between levels of burnout of midwives who work in Sivas, Turkey Providence Centre and identified sociodemographic Characteristics International Journal of Nursing and Midwifery 1(2) 18-28.
2. Cohen R.; Leykin D.; Galan – Hadari D.; Lahad, M. (2017): Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional

- quality of life among midwives *Midwifery* (50) 1-8. DOI: 10.1016/j.midw.2017.03.009
3. Betlehem, J. (2006): A fizetett és nem fizetett munka hatása az ápolók életminőségére különböző klinikai környezetben, Doktori (PhD) értekezés
 4. Gebriné K. É.; Lampek K.; Sárváry A.; Sárváry A.; Takács P. ; Zrínyi M.(2019): Impact of sense of coherence and work values perception on stress and self-reported health of midwives, *Midwifery* 77, 9–15 DOI: 10.1016/j.midw.2019.06.006
 5. Gebriné K. É.; Lampek K.; Sárváry A.; Takács P.; Zrínyi M.; Sárváry A.(2021): Impact of noncommunicable disease conditions and physical burden on intent to leave midwifery in Hungary *Kontakt* 23(1):45-51 DOI: 10.32725/kont.2020.045
 6. Jávorné E.R.; R.Fedor A.; Berencsiné M.E.; (2014): A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változása, *Acta Medicina et Sociologica* (5), 189-206.
 7. Knezevic B.; Milosevic M.; Golubic R.; Belosevic L.; Russo A.; Mustajbegovic J.; (2011): Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives, *Midwifery* 27, 146–153. DOI: 10.1016/j.midw.2009.04.002
 8. Kourinka I.; Jonsson B.; Kilbom A.; BieringSorensen F.; Andresson G.; Jorgensen K. (1987). Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms *Applied Ergonomics* 18(3) DOI:10.1016/0003-6870(87)90010-x.
 9. Libicki É.; R.Fedor A.(2020): A szubjektív egészségi állapot kutatási háttérének többszintű megközelítése a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében *Acta Medicinae Et Sociologica* 11:31 pp. 13-25., 13 p.
 10. Lipienné K.I.; Vincze F.; Dió M.; Mészáros J. (2015): Egészségmagatartási vizsgálat a szülésznők körében- dohányzás-, alkohol és- kávéfogyasztás tekintetében *IME* 14 (10) 34-37.
 11. Németh A.; Irinyi T. (2009): Egészségügyi dolgozók egészségmagatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében, *Nővér* 22 (4) 32-38.,
 12. Németh A. (2013): A fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolónők munkával való elégedettségének követéses országos vizsgálata, valamint jól-létének (WELLBEING) alakulása a változó egészségügyi rendszerben. Doktori (PhD értekezés)

13. Nistor K.; Ádám Sz.; Cserhádi Z.; Szabó A.; Zakor T.; Stauder A.(2015): A Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II(COPSOQII) magyar verziójának pszichometriai jellemzői *Mentálhigiéné és pszichoszomatika* 16(2),179-207. DOI:10.155/0406.16.2015.2.3
14. R Fedor, A. (2019): A szubjektív egészségi állapot egészségzociológiai aspektusai, *Egészségfejlesztés* 60 (5), 99-110.
15. R Fedor, Anita (2021): Regional characteristics of the precariat on the labour market. Debrecen, Magyarország : Debrecen University Press (2021) , 178 p. ISBN:9789634903574 ISBN:9789634903581
16. Újváriné S.A.; Gál M.; Jakabné Harscsa E.; Sárvány A.; Zrínyi M.; Fullér N.; Oláh A. (2020).: Staying with nursing: the impact of conflictual communication, stress and organizational problem-solving. *International Nursing Review*, 67, 495-500. DOI: 10.1111/inr.12619
17. WHO (2015): European strategic directions for strengthening nursing and midwifery toward Health 2020 Goals WHO (World Health Organisation,2015)
Elérhető:
http://www.euro.who.int/data/assess/pdf/004/274306/Europeanstrategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_enREVI.pdf?ua=1
Letöltés dátuma:2015.01.12.

A szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés módszertanának fejlesztése Magyarországon

Gyulai Anikó,¹ Moravcsik-Kornyicki Ágota², Rákóczi Ildikó³,
Sárváry Attila⁴, Fogarasi István András⁵ Kósa Zsigmond János⁶

¹Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Egészségtudományok Intézete, Preventív Egészségtudományi Intézeti Tanszék

²Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védőnői Módszertani és Prevenációs Tanszék

³Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolási és Szülésznői Tanszék

⁴Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Elméleti és Integratív Egészségtudományi Tanszék

⁵SYNLAB Budapest Diagnosztikai Központ GenoID Molekuláris Diagnosztikai Laboratóriuma

⁶Nemzeti Népegészségügyi Központ, Komplex Népegészségügyi Szervek Projekt

Absztrakt

A méhnyakrák okozta halálozás a hatásosabb népegészségügyi beavatkozásokkal a megelőzhető halálozások közé tartozik. A magyar nők méhnyakrák okozta halálozásának relatív kockázata kétszerese az Európai Unió 28 országa átlagának. A méhnyakrák legfontosabb etiológiai tényezője a magas kockázatú (hr) Humán Papillomavírussal (HPV) történő tartós fertőzés. A magas kockázatú HPV és a méhnyakrák kialakulásának kapcsolata közötti ok-okozati összefüggés felfedezése, valamint a HPV védőoltás bevezetésének tükrében ma már nyilvánvaló, hogy elengedhetetlen a szervezett népegészségügyi célú méhnyakszűrés módszertanának fejlesztése, a hrHPV fertőzés kimutatásán alapuló korszerű szűrővizsgálati módszer bevezetése Magyarországon is. A méhnyakszűrés módszertani fejlesztését a szűrési módszer, a szűrési korcsoport, illetve a szűrés gyakorisága tekintetében a HPV fertőzés és méhnyakrák kialakulás természetes fejlődésmenete határozza meg. Tanulmányunkban a Nemzeti Népegészségügyi Központ által koordinált, az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex népegészségügyi szűrések” című projekt keretében tervezett méhnyakszűrési módszertan fejlesztésének az irányvonalait mutatjuk be.

Kulcsszavak: Humán Papillomavírus, méhnyakszűrés, méhnyakrák, HPV oltás

Abstract

Mortality from cervical cancer is one of the most preventable causes of death through more effective public health interventions. The relative risk of cervical cancer mortality in Hungarian women is twice the average of the 28 countries of the European Union. The most important etiological factor in cervical cancer is persistent infection with high-risk (HR) Human Papillomavirus (HPV). In the light of the discovery of the causal link between high-risk HPV and the development of cervical cancer and the introduction of HPV vaccination, it is now essential to develop the methodology for organized cervical screening for public health purposes. The methodological development of cervical screening in terms of screening method, screening age group, and frequency of screening is determined by the natural course of HPV infection and the development of cervical cancer. In our study, we present the directions for the development of the cervical screening methodology planned within the framework of the EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 project “Complex Public Health Screenings” coordinated by the National Center for Public Health.

Keywords: *Human Papillomavirus, Cervical Screening, Cervical Cancer, HPV Vaccination*

Bevezetés

A rosszindulatú daganatos betegségek előfordulási gyakorisága világszerte növekszik, a fejlett országokban a vezető halálokok közé tartoznak és a fejlődő országokban is egyre jelentősebb részét teszik ki a betegségterheknek. Szembetűnő vonás, hogy 2016-ban Magyarországon volt a legmagasabb a rák okozta mortalitás az EU-ban (Moravcsik-Kornyicki, R. Fedor 2021).

A méhnyakrák kiemelt népegészségügyi jelentőségét az adja, hogy az elkerülhető halálokok közé tartozik, olyan halálok, amely a szükséges egészségügyi ellátás időben történő igénybevételével megelőzhető (Ádány 2012). Az elkerülhető halálokozás mutatót az ellátórendszer minőségének a jellemzésére vezették be (Rutstein, Berenberg, Chalmers és munkatársai 1976) mértékét befolyásolja egyrészt az adott betegség esetében szükséges egészségügyi ellátás hozzáférhetősége, másrészt a lakosság igénybevételi hajlandósága (Uzzoli, Vitrai, Bakacs és munkatársai 2011) A méhnyakrák legfontosabb etiológiai tényezője a magas kockázatú humán papillomavírussal (HPV) történő tartós fertőzés (zur Hausen 1977). Jól szervezett szűréssel,

valamint megfelelő kezeléssel a súlyos fokú cervicalis intraepitheliális neoplázia (CIN) és az invazív méhnyakrák nagy részének a kialakulása megelőzhető (Quinn, Babb, Jones és munkatársai 1999; Miller 1993). Ezért a méhnyakrák előfordulásának és halálozásának a tendenciái tükrözik az adott népesség körében elérhető szűrővizsgálat minőségét, a lakosság részvételét (a szűrővizsgálat lefedettségét), valamint a kockázati tényezők expozíciójának változásait (Arbyn és munkatársai 2009; Laara, Day and Hakama 1987; Bray, Loos, McCarron és munkatársai 2005). Az ok keresésénél a genetikai eredet mellett egyre nagyobb figyelem vetül azokra a társadalmi folyamatokra és társadalmi háttér-változókra, amelyek nagymértékben befolyásolják az egyének egészségi állapotát (Moravcsik-Kornyicki, R. Fedor 2021).

Az Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency EMA) 2006-ban a quadrivalens (HPV 6/11/16/18), 2007-ben a bivalens (HPV 16/18), majd 2015-ben a nonavalens (HPV 6/11/16/18/31/33/45/ 52/58) HPV vakcinák alkalmazását hagyta jóvá. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) a méhnyakrák elsődleges megelőzésére ajánlja a HPV védőoltás használatát, elsősorban serdülőkorban, a szexuális aktivitás megkezdése előtt (WHO 2009; 2014). Ma már a legtöbb Európai Unió ország rendelkezik HPV oltási programmal (von Karsa, Arbyn, DeVuyst és munkatársai 2015). Magyarországon 2014-ben került bevezetésre a térítésmentes iskolai oltási program, amelynek keretében a hetedik osztályos, 12–13 éves lányok, majd 2021-től a fiúk is részesülhetnek a vakcinából. (Országos Epidemiológiai Központ 2014; Nemzeti Népegészségügyi Központ 2021).

A magas kockázatú HPV és a méhnyakrák kialakulásának kapcsolata közötti ok-okozati összefüggés felfedezése és a HPV védőoltás bevezetése után napjainkban már nyilvánvaló, hogy a HPV fertőzés kimutatása, valamint a védőoltás bevezetése a méhnyakszűrés módszertanának fejlesztését igényeli. Az Európai ajánlások szerint a méhnyakrák elsődleges szűrésű módszereként a méhnyaki minta citológiai vizsgálata és/vagy 35 éves kor felett a HPV DNS kimutatása javasolt (von Karsa, Arbyn, DeVuyst és munkatársai 2015). A hazai irányelvek is támogatják a HPV alapú szűrés bevezetését. A HPV teszt, mint szűrővizsgálati eljárás kellően érzékeny, azaz megbízhatóan jelzi a méhnyak hámon belüli rendellenességeit (Póka, 2018). Korábban hozza felszínre a klinikailag jelentős elváltozásokat; ugyanakkor a hagyományos sejtvizsgálatnál kevésbé fajlagos, azaz jelzi azokat az átmeneti fertőzéseket is, amelyek még nem okoznak onkológiailag jelentős hámváltozást: gyakoribb

tehát a tévesen pozitív teszt-eredmény, annak nem kívánatos lélektani mellékhatásaival. Alkalmasnak tartják szűrővizsgálatra azzal, hogy a HPV pozitív esetekben – második vizsgálatként – a fajlagosabb citológiai vizsgálatot végzik el, követve a ma hatályos nemzetközi protokollt.

2018 májusában az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója globális felhívást tett közzé a méhnyakrák mint népegészségügyi probléma megszüntetésére irányuló fellépés érdekében (WHO Director, 2018). Ezt a kezdeményezést követte a méhnyakrák eradikációjára irányuló globális stratégia kidolgozása, és elfogadása, mely célul tűzte ki a tagországok számára, hogy az átoltottság és az átszűrtség javításával, valamint korszerű szűrési módszertan alkalmazásával kevesebb, mint 4 eset legyen a betegség 100 000 főre vetített előfordulási gyakorisága, minden országban (WHO, 2019; Canfell, 2019).

Magyarországon a Nemzeti Népegészségügyi Központ, mint az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex népegészségügyi szűrések” kiemelt projekt projektgazdája, célul tűzte ki a szűrővizsgálatok fejlesztését. Ezen belül a méhnyakszűrés korszerűsítését, a Human Papilloma Vírus (HPV) szűrés módszertanának kidolgozását, mely hazánkban is hozzájárulhat a méhnyakszűrési program hatékonyságának a növeléséhez, a méhnyakrák előfordulásának és a betegség okozta halálozás csökkentéséhez, a betegek túlélésének és életminőségének a javításához.

Jelen tanulmányunk célja, hogy átfogó képet, áttekintést adjon a méhnyakrák megbetegedés és a humán papillómavírus fertőzés epidemiológiája, a jelenlegi méhnyakszűrési rendszer, valamint a szűrési módszertani fejlesztésének a korszerűsítésére vonatkozó hazai és nemzetközi irányelvekről.

A méhnyakrák okozta megbetegedések és halálozások bemutatása világszerte

Az Egészségügyi Világszervezet Nemzetközi Rákkutatási Ügynökségének (International Agency for Research on Cancer (IARC)) a Global Burden of Cancer Study (GLOBOCAN) becslései szerint 2018-ban a Földön 18 078 957 új rosszindulatú daganatos megbetegedést diagnosztizáltak, ebből 8 622 539 esetet a nőknél következett be.

A női daganatos megbetegedések közül a méhnyakrák kiemelt népegészségügyi problémát jelent, 2018-ban 570 000 diagnosztizált új esettel,

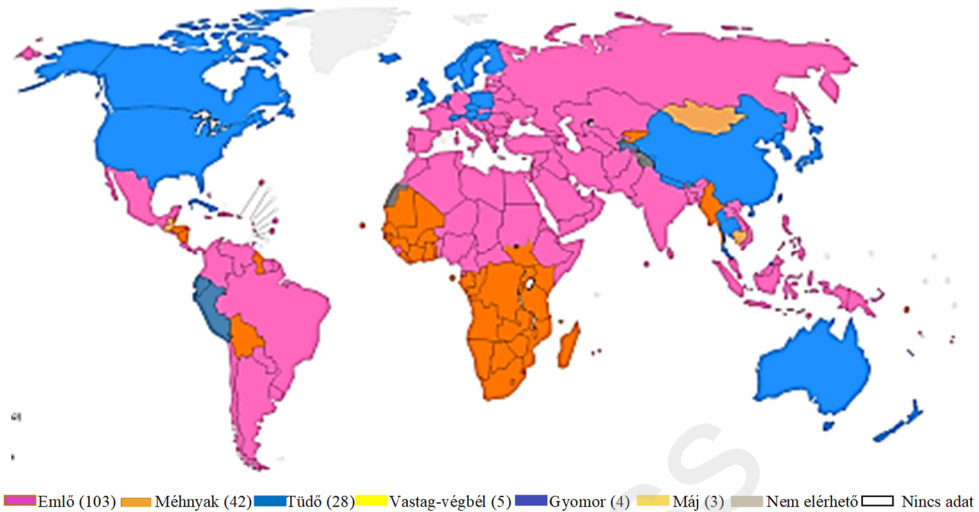
és 311 000 halálessel ez a betegség a negyedik leggyakoribb rosszindulatú daganat a nők körében, és a nők daganatos halálozásának szintén a negyedik vezető oka világszerte (Bray, Ferlay, Soerjomataram és munkatársai 2018). Előfordulási gyakorisága 6,6% az összes újonnan diagnosztizált daganatos megbetegedések között, a halálozási gyakorisága 7,5% a nők daganatos megbetegedései okozta halálozások körében. Életkorra standardizált előfordulási gyakorisága 13,1 eset, halálozása 6,9 esetet jelent 100 000 nőre vetítve világszerte.

A méhnyakrák előfordulása és a betegség okozta halálozás területi egyenlőtlenségeket mutat a világ különböző részein, jelentős eltérés tapasztalható a különböző régiók gazdasági fejlettségének függvényében. A közepes és az alacsonyabb fejlettségű (Human Development Index (HDI)) országokban a méhnyakrák előfordulása 18,1/100 000 fő, míg a magas és nagyon magas fejlettségű országokban ez az arány 10,4/100 000 fő. A halálozás kockázata 3-szor magasabb a kevésbé fejlett országokban, a fejlett országok átlagához viszonyítva (alacsony/közepes HDI: 12/100 000 fő, vs. magas/nagyon magas HDI: 4,1/100 000 fő) (Bray, Ferlay Soerjomataram és munkatársai 2018).

A női rosszindulatú daganatos megbetegedések előfordulási gyakoriságát tekintve méhnyakrák az emlőrák mögött a második helyen áll az alacsonyabb jövedelmű országokban, azonban 28 országban a leggyakrabban diagnosztizált rák, és 42 országban a rosszindulatú daganatos halálozás vezető oka a nők körében, ezen országok túlnyomó többsége a Szaharától délre fekvő Afrikában és Délkelet-Ázsiában találhatóak (1. ábra).

Az összes méhnyakrák előfordulásának 85%-a, és a méhnyakrák miatti halálozás 87%-a, vagyis minden 10 esetből közel kilenc eset a fejlődő országokban történik. A legmagasabb az incidencia és a mortalitás Afrikában, az afrikai régiók közül Dél-Afrikában (a legmagasabb az incidencia a Sváziföldi Királyságban), Kelet-Afrikában (a legmagasabb a mortalitás Malawi Köztársaságban, és Zimbabwe) és Nyugat-Afrika (Guinea, Burkina Faso és Mali) területén. A legalacsonyabb a cervix carcinoma új eseteinek és halálozásának az előfordulása Észak-Amerikában, Ausztráliában / Új-Zélandon és Nyugat-Ázsiában (Szaúd-Arábiában és Irakban), az incidencia és a mortalitás itt 7-10-szer alacsonyabbak, mint az afrikai régióban (Bray, Ferlay, Soerjomataram és munkatársai 2018).

1. ábra: A leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedések miatti vezető daganatos halálok országonként a nők körében 2018-ban.



Forrás: GLOBOCAN 2018, zárójelben azon országok száma, ahol az adott daganat mortalitása a legmagasabb a daganatok közül

A cervix carcinoma előfordulása a fiatal nők körében gyakoribb (Bruni, Barrionuevo-Rosas, Albero és munkatársai 2017) korszpecifikusan a 15-44 éves nők körében a második leggyakoribb daganatos megbetegedés, és a második leggyakoribb daganatos halálok ebben a korcsoportban világszerte.

A kontinensek közül Európában 61 072 új méhnyakrákos megbetegedés történt, ami életkorra standardizálva 13,9¹: esetet jelent 100 000 nőre a GLOBOCAN 2018-as évre vonatkoztatott becslései alapján. Ugyanebben az évben 25 829 nő halálát okozta a méhnyak rosszindulatú daganata, a mortalitás egész Európára számított standardizált halálozási arányszáma 5,0 eset 100 000 nőre vonatkoztatva (Ferlay, Colombet, Soerjomataram és munkatársai 2018). Európai viszonylatban lényegesen alacsonyabb a megbetegedések száma és a méhnyakrák halálhó szerepe, mint világszerte, azonban itt is lényeges eltérések, területi egyenlőtlenség figyelhető meg, az egyes országokban. A méhnyakrákkal kapcsolatos teher jóval magasabb a Közép-Kelet európai országokban, mint a déli, északi vagy nyugati régiókban.

A földrész régiói közül a legmagasabb az új esetek megjelenése Kelet-Közép-Európában, ahol az összes európai új megbetegedés több, mint a fele történik

¹Az európai standard népességre vonatkoztatva

(Európa: 61 072 vs. Kelet-Közép- Európa: 35 940). Az életkorra standardizált incidencia (20/100 000) is jóval meghaladja a világra (13,1 /100 000) és az Európára (13,9/100 000) vonatkozó átlagos arányszámot. Európában 2018-ban regionálisan a legalacsonyabb incidenciát Nyugat-Európában mérték (8,5/100 000). Az európai országok közül a legmagasabb volt a megbetegedések aránya Litvániában (30,6/100 000) ezt követte Bosznia-Hercegovina (28,7/100 000), Moldova (26,9/100 00) és Szerbia (26/100 000). A méhnyakrákból eredő új esetek előfordulását tekintve a legalacsonyabb előfordulást Málta (4,4/100 000) és Finnország (5,7/100 000) esetében jeleztek a GLOBOCAN becslései a 2018-as évre vonatkozóan.

A halálozást tekintve az európai régiók között a legalacsonyabb mortalitással Észak-Európa (SHA:2,8/100 000) rendelkezik, hasonlóan alacsony a standardizált halálozási arányszám (SHA) Nyugat- és Dél-Európában (2,9/100 000 és 3,0/100 000) is. A legkedvezőtlenebb a helyzet Kelet-Közép-Európában, ahol a mortalitás értéke két és félszerese (SHA: 8,1/100 000) a másik három régió értékeinek.

A kontinens országai között a mortalitás tekintetében akár 10-szeres eltérést is tapasztalhatunk. A legmagasabb a méhnyak rosszindulatú daganata miatti halálozás Romániában, ahol 12,3 haláleset történt 100 000 nőre vonatkoztatva, ezt követi Moldova (SHA:10,6/100 000), Bulgária (SHA:9,8/100 000) Litvánia (SHA: 9,6/100 000), és Szerbia (SHA: 9,5/100 000). A legalacsonyabb a méhnyakrák miatti halálozás mértéke Finnországban, ahol 1,3 haláleset jut 100 000 nőre, Svájcban és Izlandon hasonlóan alacsony a mortalitás (SHA: 1,5/100 000, és 1,7/100 000) (Ferlay, Colombet, Soerjomataram és munkatársai 2018).

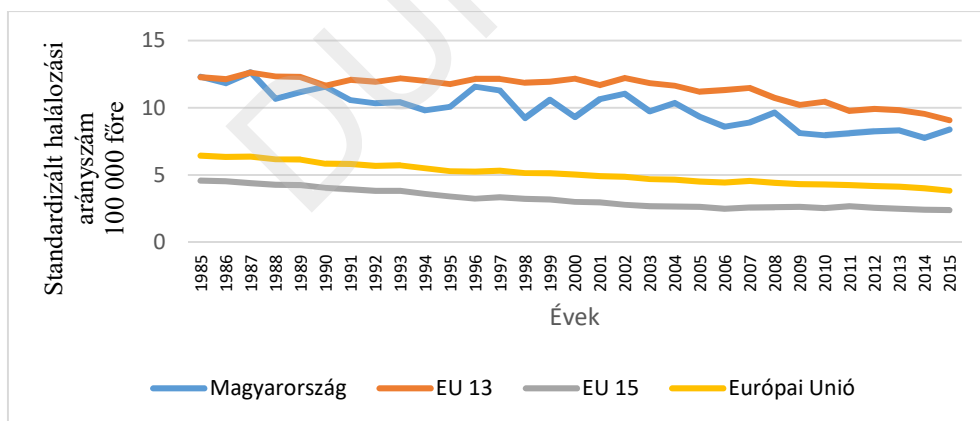
A méhnyakrák okozta megbetegedések és halálozások bemutatása az Európai Unió országaiban és Magyarországon

A GLOBOCAN 2018-as évre vonatkozó becslései az Európai Unió 27 tagállamában 32 700 új méhnyakrák megbetegedést jelentettek, ami az összes női daganatos megbetegedés 2,4%-a, és életkorra standardizálva 10,7 esetet jelent 100 000 nőre vonatkoztatva. A halálesetek száma 14 200, mely az Európai Unió női lakossága körében bekövetkezett összes rosszindulatú daganatos haláleset 2,3%-a, életkorra standardizálva 3,7 halálesetet jelent 100 000 főre (Ferlay, Colombet, Soerjomataram és munkatársai 2018).

A méhnyakrák korai (65 év alatti) halálozás trendjét vizsgálva az Európai Unió országaiban megállapítható, hogy dinamikus csökkenő tendenciát mutatott az elmúlt évtizedekben (Sárváry 2011; Sárváry, Bálint, Gyulai és munkatársai 2019). Az utóbbi évtizedekben az életkorra standardizált halálozási arány jelentős csökkenése figyelhető meg az Európai Unió régi tagállamaiban. A kelet-európai tagállamok és a balti államok alacsonyabb intenzitású csökkenést mutattak (pl. Csehország, Lengyelország), vagy nem változtak (Észtország, Szlovákia), illetve növekedtek (Bulgária, Lettország, Litvánia, Románia). A standardizált kohorsz mortalitási arány azt jelezte, hogy a halálozás nem csökken tovább, vagy nő az 1940 után született nők körében (Arbyn, Raifu, Weiderpass és munkatársai 2009).

Az Egészségügyi Világszervezet Egészséget Mindenkinék Halálozási Adatbázisában (WHO HFA MD) elérhető adatok alapján az Európai Unió 28 országa közül a 2004 előtt csatlakozott országok (EU 15) vannak kedvezőbb helyzetben a 2004 után csatlakozott (EU 13) országok átlagához viszonyítva (2. ábra).

2. ábra: A méhnyakrák miatti halálozás alakulása a 25-64 éves nők körében Magyarországon, az Európai Unióban és az Európai Unió régióiban 1985-2015 között. *



*EU-15: Az Európai Unióhoz 2004 előtt csatlakozott országok, EU-13: Az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozott országok; EU 28 Az Európai Unió országai; Standard populáció: Európai standard populáció kormegoszlása

Forrás: EVSZ Halálozási Adatbázis (WHO HFA Mortality Database)

Magyarországon 1985 és 2015 között 33%-kal, csökkent a 100 000 főre számított standardizált halálozási arányszám a 25-64 éves nők körében a

méhnyakrák esetében (1985: SHA:12,32/100 000 fő; 2015: 8,4/100 000 fő). A csökkenés ellenére nem lehetünk elégedettek a halálozási mutatóinkkal, hiszen 2015-ben az EU 15 (SHA: 2,5/100 000 fő) országaihoz képest Magyarországon 3,1-szeres, az Európai Unió 28 országának az átlagához (SHA: 3,9 /100 000 fő) képest pedig 2-szeres volt a relatív kockázata a korai (25-64 éves korú nők) méhnyakrák halálozásának (1. táblázat).

A magyar nők méhnyakrák miatti korai (25-64 éves) halálozása 1985-ben 2,69-szorososa volt az EU15 országok átlagának és megegyezett az EU13 országok átlagával. Ezt követően csökkenő tendencia érvényesült mind a magyar nők, mind az EU15 országokban élő nők esetében, de a csökkenés mértéke Magyarországon mérsékeltebb volt, mint az EU 15 országaiban, melynek következtében 2015-ben a magyar nők halálozási kockázata nem csökkent, sőt nőtt 1985-höz képest (3,49-szeres a kockázat).

1. táblázat: A 25-64 éves nők méhnyakrák okozta halálozása Magyarországon és az Európai Unió egyes régióiban, valamint a magyar nők méhnyakrák halálozásának relatív kockázata az Európai Unió egyes régióinak halálozási átlagához viszonyítva (1985-2015).¹

Évek	100 000 főre standardizált halálozási arányszámok (SHA)				Magyar nők halálozásának relatív kockázata RK ²		
	Magyarország	EU 13	EU 15	EU 28	EU 13 átlag	EU 15 átlag	EU 28 átlag
1985	12,32	12,28	4,58	6,43	1,00	2,69	1,92
1990	11,57	11,64	4,07	5,84	0,99	2,85	1,98
1995	10,08	11,77	3,42	5,30	0,86	2,95	1,90
2000	9,31	12,18	3,01	5,05	0,76	3,09	1,84
2005	9,35	11,19	2,63	4,52	0,84	3,56	2,07
2010	7,97	10,45	2,55	4,30	0,76	3,12	1,86
2015	8,40	9,07	2,41	3,84	0,93	3,49	2,19

¹EU-15: Az Európai Unióhoz 2004 előtt csatlakozott országok, EU-13: Az Európai Unióhoz 2004 után csatlakozott országok; EU 28 Az Európai Unió országai; Standard populáció: Európai standard populáció

²Relatív kockázat (RK): SHA Magyarország / SHA EU 13; SHA EU 15; SHA EU 28

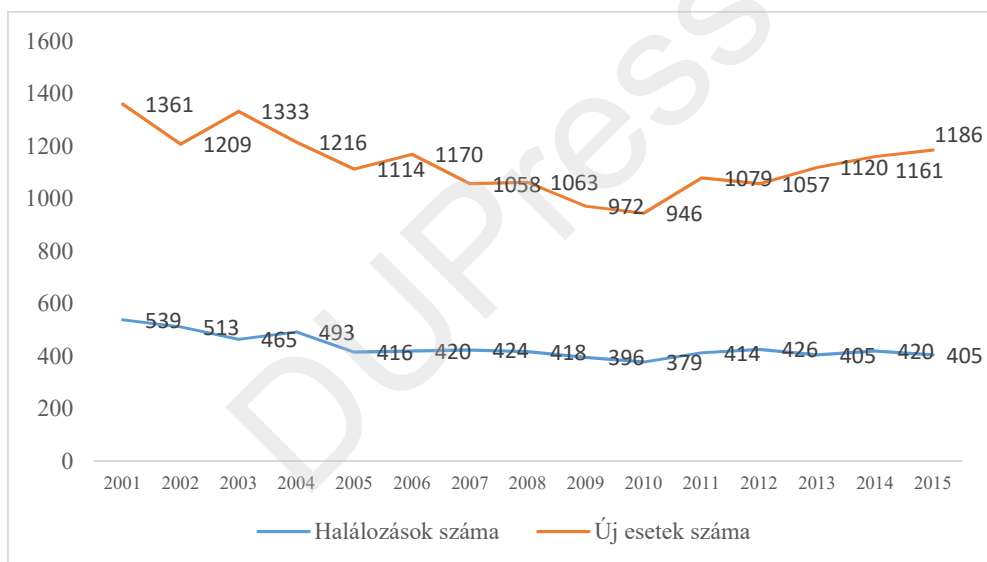
Forrás: EVSZ Halálozási Adatbázis (WHO HFA Mortality Database)

A GLOBOCAN 2018-as évre vetített adatai szerint Magyarországon a méhnyak rosszindulatú daganata az 5. leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganatos megbetegedés a nők körében. A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint

2015-ben Magyarországon összesen 51 254 nő esetében diagnosztizáltak rosszindulatú daganatos megbetegedést, melyből 1186 esetben méhnyakrákot. A méhnyakrák előfordulása 45 év fölött volt a leggyakoribb, az összes eset (1186) 75%-a (889 új eset) erre a korcsoportra esett. Ugyanebben az évben Magyarországon 405 nő hunyt el ebben a betegségben, mely 8,4 halálesetet jelentett 100 000 főre vonatkoztatva.

Az évenként felfedezett új esetek száma 2001-2011 között csökkent, ezt követően mérsékelten emelkedett. A halálozások száma és a 100 000 főre standardizált aránya egyaránt csökkenő tendenciát mutat, napjainkban évente átlagosan 400 nő veszíti el az életét ebben a betegségben (3. ábra).

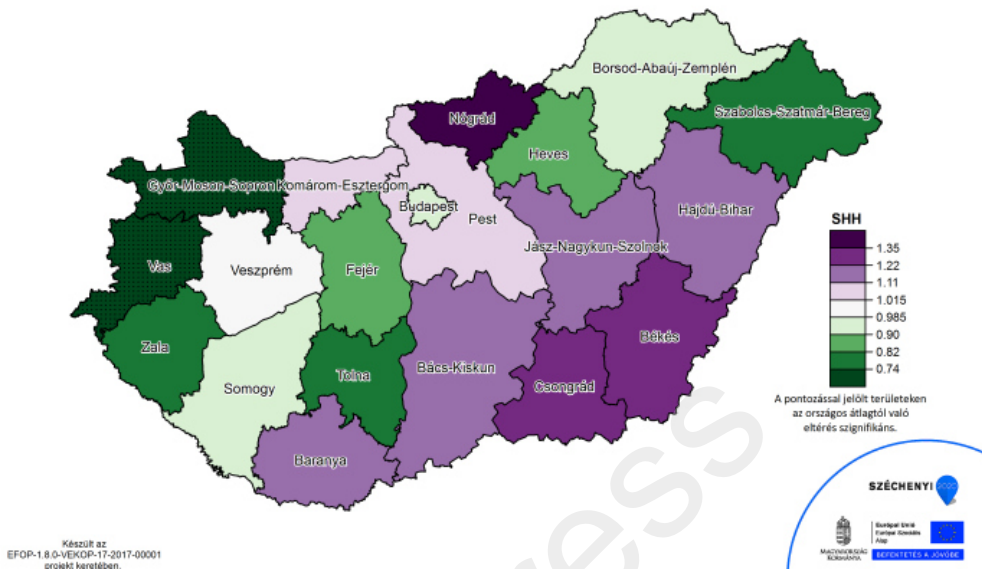
3. ábra: A méhnyakrák új eseteinek és haláleseteinek a száma Magyarországon 2001-2015 között.



Forrás: Morbiditás: Nemzeti Rákregiszter, Mortalitás: EVSZ Halálozási Adatbázis (WHO HFA Mortality Database)

A méhnyakrák halálozás Magyarországon belül is jelentős térségi egyenlőtlenségeket mutat. A Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR) 2013-2017 évekre összesített adatai alapján a méhnyakrák mortalitási mutatói szerint a legkritikusabb területek Dél- és Délkelet-Alföldön (Csongrád és Békés megyében), valamint Nógrád megyében találhatóak, helyenként az országos átlaghoz képest 1,35-ször magasabb a halálozás kockázata (4.ábra).

4. ábra: Magyarország 25-65 éves női lakosságának a méhnyak rosszindulatú daganata okozta halálózása (BNO-10. C:53) megyei szinten 2013-2017.



Forrás: Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR) (2019)

A humán papillómavírus kóroki szerepe és a fertőzés epidemiológiája

Harald Zur Hausen német virológus 1977-ben kimutatta a humán papilloma vírus (HPV) fertőzés kóroki szerepét, mely a méhnyakrákok több mint 99%-ában igazolható (zur Hausen 1977).

A HPV, melynek ma már közel 200 genotípusa ismert, a bőr és a nyálkahártya bazális sejtjeit képes fertőzni és ott típusonként és területenként változó klinikai tüneteket kialakítani (szemölcs, condyloma, daganat stb.). A fertőzés leggyakrabban látens formában zajlik, amikor sem klinikai, sem cytologiai eltérést nem okoz. A HPV típusok meghatározott hámterületekre specializálódtak, a genitális traktust kb. 30 típus fertőzheti, melyeket karcinogén potenciál alapján alacsony (low-risk, lr), és magas kockázati csoportba (high-risk, hr) lehet sorolni. A HPV 6, 11, 42, 43, 44 lr típusok általában genitális szemölcsöket, vagy enyhe fokú neoplasticus hámelváltozásokat hoznak létre. A condylomák 90%-áért a HPV 6 és 11 felelős. A hrHPV csoportba tartozók (16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 70) súlyos fokú, praecancerosus intraepithelialis elváltozásokat és daganatokat okozhatnak. HPV 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 és 35 fertőzés áll a

méhnyakrákok 95%-a mögött, amiből a HPV 16 és 18 az esetek 70%-ért felelős (Burd 2003).

A humán papilloma vírus (HPV) mintegy 8000 bázispárból felépülő, hosszú, gyűrű alakú DNS-molekula, amelyet kívülről fehérjeburok vesz körül. A burokképlet a vírus két génje, az ún. capsoid gének, vagy virionok (L1 és L2) kódolják. A virális DNS másolásához (replikáció) úgynevezett korai fehérjékre (E1, E2, E4-7) van szükség (Munoz, Castellsagué, Berrington de Gonzales és munkatársai 2006). Az invazív méhnyakrák és a cervicalis intraepitheliális neoplázia (CIN) súlyosabb fokozatainak túlnyomó többségében, mintegy 90%-ában kimutatható a HPV fertőzés molekuláris markere, a HPV-DNS. Leggyakrabban a magas kockázatú HPV18 és HPV16 okozza a méhnyakrákos megbetegedéseket világszerte. A HPV fertőzés szükséges, de önmagában nem elégséges oka a méhnyakrák kialakulásának. Egyéb tényezők, ún. co-faktorok közrejátszása is szükséges. Ilyen tényezők a dohányzás, a szülések száma, az orális fogamzásgátlók, a szexuális viselkedés, a környezeti tényezők stb. (Castellsagué és Munoz 2003; Wang, Zuna, Wentzensen és munkatársai 2009).

A HPV fertőzés a normál citológiájú nők 11,7%-át érinti átlagosan világszerte, ugyanakkor jelentős eltéréseket lehet tapasztalni a különböző korosztályok és földrajzi területek szerint.

A legmagasabb a HPV prevalencia értéke Afrikában (a szubszaharai régióban: 24%), Kelet-Európában (21,4%), és Latin-Amerikában (16,1%) (Cuzick, Bergeron, von Knebel Doeberitz és munkatársai 2012; Bruni, Diaz, Castellsagué és munkatársai 2010). A HPV fertőzés a gyakoribb a fiatal nőkben: a 20-40 év közötti nők mintegy fele átesik a fertőzésen (Bosch, Qiao, Castellsagué és munkatársai 2006). A magas kockázatú típusokkal történő fertőződés gyakoribb, mint az alacsony kockázatúakkal; leggyakrabban a HPV 16 és HPV 18 genotípus típus fordul elő. Clifford és munkatársai (2005) tanulmányukban a hrHPV genotípus szerinti eloszlását is elemezték 2003 HPV pozitív mintán. Eredményeik alapján megállapítható, hogy a HPV16-os genotípus kétszer olyan gyakori volt, mint bármely más magas kockázatú típus, mindegyik vizsgált régióban, kivéve Afrika szubszaharai részét, ahol a HPV35 szintén gyakori volt. A következő leggyakoribb magas kockázatú típusok a HPV33 és HPV56 voltak Ázsiában, a HPV58 Dél-Amerikában és a HPV31 Európában (Clifford, Gallus, Herrero és munkatársai 2005)

Mint ahogy fentebb említettük, a HPV fertőzés korosztályi ingadozást is mutat, miszerint 25 éves kor alatt a legmagasabb a fertőzöttek aránya, mely a korrallal együtt haladva folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, majd 45 éves korban egy újabb csúcspontot ér el. Az ATHENA studyban - mely az Amerikai Egyesült Államokban 46601 mintán vizsgálta az elsődleges HPV teszt szerepét a méhnyakszűrő vizsgálatban - a vizsgálatba bevont betegekben a HPV teszttel mért 14 hr HPV genotípus együttes prevalenciája 12,6% volt. Ugyanakkor, a 20-24 évesek 30,5%-ban voltak HPV pozitívak, ami a 40-44 éveseknél 7,5%-ra csökkent és 70 év felett csak 5%-ot ért el (Wright, Stoler, Behrens és munkatársai 2011).

A hrHPV típusok közül a HPV16 prevalenciája volt a legmagasabb a teljes korosztályban 1,6%, a 25-29 éveseknél 3,5%, 30-39 éveseknél 1,8%, a 40-49 éveseknél 1,1%, 50 éves korban és felette 0,8%. A második legmagasabb prevalenciájú a HPV52 volt 1% prevalencia értékkel a teljes korosztályban vizsgálva (Monsonogo, Cox, Behrens és munkatársai, 2015).

Bruni és munkatársai (2010) metaanalízise szerint a HPV típusok eloszlása ugyan változó a világ különböző régiójában, azonban megállapítható, hogy az 5 leggyakoribb típus a világban a HPV16 (3,2%), a HPV18 (1,4%), a HPV52 (0,9%), a HPV31 (0,8%) és a HPV 58 (0,7%), míg a többi hr HPV típus prevalenciája 0,6% vagy az alatti értéket mutat (Bruni, Diaz, Castellsague és munkatársai 2010).

Az HPV DNS teszt elsődleges méhnyak szűrővizsgálatként és a HPV oltási programok bevezetésének döntés-előkészítése céljából 2009-ben készült egy összefoglaló tanulmány, mely a tizennyolc legnagyobb, Európában végzett HPV vizsgálat eredményeit összegezte. A tanulmányban 14 észak- és nyugat-európai ország (897 és 46 900 közötti esetszámú) HPV vizsgálatának eredményeit elemezték. A hrHPV prevalencia mindenütt a 25 vagy 30 éves kor előtt tetőzött, ezt követően folyamatos csökkenéssel. A 30-64 éves nők életkorra standardizált hrHPV prevalencia értéke 2%-ot ért el Spanyolországban és körülbelül 12%-ot mutatott Belgiumban és Franciaországban, ahol tartósan emelkedett szintet találtak a 35 éves és idősebb nőkben. A két leggyakrabban rákot okozó hrHPV típus, a HPV16 és 18, az összes hrHPV pozitív eredmény 30% -át (HPV16) és 12% -át (HPV 18) okozta. A HPV16 és/vagy 18 jelenléte a citológiai kimutatott, magas fokú laphám léziók (HSIL) 52%-ában, az intraepithelialis léziók, szövettanilag igazolt méhnyaki intraepithelialis neoplasia 2/3 fokozat (CIN2/3) 61%-ában,

illetve az invazív méhnyakrák 76%-ában volt kimutatható (De Vuyst, Clifford, Li és munkatársai 2009).

A méhnyakszűrés történeti előzményei, nemzetközi gyakorlata

Európában

A méhnyak szűrésének hosszú történeti előzményei vannak a jóléti államokban világszerte. A nemzetközi gyakorlat a szűrővizsgálatok szempontjából két modellt különböztet meg. Az egyik az alkalmoszerű úgynevezett opportunisztikus szűrés, míg a másik a szervezett lakosságszűrés (Döbrössy 2013). Általánosan elfogadott, hogy a szervezett programok hatékonyabbak, mint a nem szervezett vagy opportunisták szűrőprogramok a méhnyakrák megelőzésében, és jól ismert, hogy a szervezett méhnyakszűrés csökkenti a méhnyakrák előfordulását és a mortalitást (Hakama 1985; Madlensky, Goel, Polzer és munkatársai 2003).

A világon a leghosszabb múlttal rendelkező, népességen alapuló méhnyakszűrő programok egy része az Európai Unió országaiban találhatóak, például Finnországban és Svédországban. Az első méhnyakszűrési programokat az 1950-es és 1960-as években indították el. A következő években szinte minden európai országban elterjedtek a George Papanicolaou által kidolgozott teszten (Pap-teszt) (Papanicolaou és Traut, 1941) alapuló szervezett, populáció-alapú programok, vagy spontán (opportunisták) szűrővizsgálatok. A méhnyakszűrés hatékonyságát eset-kontroll és kohorsz vizsgálatokkal, valamint a különböző lakossági lefedettségű területek vagy időszakok összehasonlításával bizonyították 1986-ban (Hakama, Miller, Day 1986).

Később számos további kutatás is bizonyította azt, hogy a jól szervezett citológiai szűrés a 35-64 éves korosztályban 3-5 évente megismételve 80%-ban vagy annál nagyobb arányban képes csökkenteni a méhnyakrák előfordulási gyakoriságát az átszűrt nők körében (Sasieni, Adams, Cuzick 2003; Marle, Ballegooijen, Habbema 2003.; Zappa, Visioli, Ciatto és munkatársai 2004) Az Európai Unióban a méhnyakszűrés minőségbiztosítására vonatkozó irányelvet 1993-ban adták ki, ez volt az első iránymutatás, ami a szervezett szűrés módszertanára, a betegek kezelésére és követésére vonatkozóan ajánlásokat tartalmazott (Coleman, Day, Douglas és munkatársai 1993).

Az Európai Unió Tanácsa 2003 decemberben elfogadta a rák megelőzésére szolgáló szűrőprogramok végrehajtására vonatkozó ajánlást, mely elismerte a

rákmegbetegedések okozta teher jelentőségét, valamint azt, hogy bizonyított az emlőrák, a méhnyakrák és vastagbélrák szűrésének hatékonysága. Az ajánlás felhívta a tagállamokat, hogy lépjenek fel közösen a nemzeti lakossági rákszűrési programok végrehajtása érdekében, megfelelő minőségbiztosítást garantálva, a legjobb gyakorlatokra vonatkozó európai iránymutatásoknak megfelelően (Council of the European Union 2003). 2008-ban az Európai Bizottság a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökséggel (IARC) és az Európai Méhnyakrákszűrési Hálózattal (European Cervical Cancer Screening Network (ECCSN)) együttműködve elkészítette a méhnyakszűrés minőségbiztosítására vonatkozó iránymutatás második kiadását. Az aktualizált dokumentum számos ponton bővült a korábbihoz képest, például az újabb szűrési technológiák értelmezésére és alkalmazására, és az újabb, bizonyítottan hatékony megelőzési stratégiákra vonatkozó iránymutatásokkal (Arbyn et al, 2008).

A minőségbiztosítás célja annak biztosítása, hogy a törekvés a kívánt eredményhez vezet; ez különösen fontos az olyan komplex rendszereknél, mint például a rosszindulatú daganatos megbetegedések okozta teher csökkentésére tervezett szűrőprogramok. A magas kockázatú HPV és a méhnyakrák kialakulásának kapcsolata közötti ok-okozati összefüggés felfedezése és a HPV védőoltás bevezetése után nyilvánvalóvá vált, hogy a HPV fertőzés kimutatása, valamint a védőoltás bevezetése a méhnyakszűrés módszertanának fejlesztését igényelte. A méhnyakrák szűrés minőségbiztosítására vonatkozó európai iránymutatás második kiadását követően hét évvel később, 2015-ben jelent meg egy kiegészítő melléklet, amely már az elsődleges HPV teszt alkalmazására, valamint a HPV elleni védőoltáson átesett nők szűrésére vonatkozó méhnyakszűrési eljárásrend követésére fogalmaz meg konkrét ajánlásokat (Antilla, Arbyn, De Vuyst, és munkatársai 2015.)

Napjainkban a legtöbb európai országban létezik szervezett népegészségügyi szűrőprogram a méhnyakrák megelőzésére, ezek azonban heterogének, különböznek a szervezeti jellemzők, a végrehajtás, valamint a hatékonyság tekintetében (Antilla, Ronco, Clifford és munkatársai 2004; Antilla és Ronco 2009).

Elfstrom és munkatársai 2015-ben közzétették munkájukban kérdőíves felmérés módszerével összehasonlították 29 európai ország méhnyakszűrési gyakorlatát. Tanulmányuk célja elsősorban a szervezett szűrési programok minőségellenőrzésének, nyomon követésének, valamint az egyes programok költséghatékonyságának az összehasonlítása volt.

A szűrési intervallumok 1 évtől (Cseh Köztársaság) 5 évig (pl. Észtország, Finnország, Hollandia és Románia) terjednek, a célcsoport életkori kategóriáit tekintve a legkorábban, Liechtensteinben (17 éves kortól) ajánlják a szűrést, és a legtovább, (70 éves korig) Lettorszáiban szűrnek. Több országban a szűrési intervallum bizonyos életkori kategóriákban eltérő, például Angliában (25-49 éves kor között 3 évente, 50-65 éves kor között 5 évente szűrnek), Svédországban, Walesben és Németországban 3 évente szűrnek 23- 49 év között, 5 évente 50-65 éves kor között, Írorszáiban 25-44 éves kor között 3 évente, 45-65 év között 5 évente kerül sor a szűrővizsgálatokra, a nemzeti ajánlások szerint. A szűrési módszer is befolyásolja a szűrési intervallumot, például Olaszországban 3 évente javasolják a hagyományos citológiai tesztet, vagy 5 évente a HPV tesztet a 25-64 éves korosztály számára.

A legtöbb országban a szűrővizsgálat ingyenesen elérhető a lakosság számára a nemzeti egészségbiztosítási alapból vagy az egészségügyi költségvetés által finanszírozott formában.

Különbség van abban a tekintetben is, hogy az adott országban melyik egészségügyi dolgozó végzi a kenetvételt. Csak néhány országban hárul ez a feladat az egészségügy egyetlen szereplőjére, például a Cseh Köztársaságban kizárólag a nőgyógyászok végzik, Észtországban pedig kizárólag a szülésznők. A legtöbb országban azonban több szakember (pl. nőgyógyász, háziorvos, szülésznő, az alapellátásban dolgozó ápoló) is részt vesz a kenetvételnél, melynek számos variációja létezik az egyes országokban. Leggyakrabban a lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatók feladata (Elfstrom, Arnheim-Dahlstrom, Von Karsa és munkatársai 2015).

A szűrővizsgálati módszerek alkalmazása is változatos, a legtöbb országban szakmai ajánlások alapján végzik a nők szűrését, melyek a hagyományos, valamint az újabb, folyadékalapú citológiai szűrésre, és a HPV kimutatására vonatkozó teszteken alapulnak.

Kizárólag hagyományos citológiát alkalmaznak a legtöbb, összesen kilenc országban (Cseh Köztársaságban, Észtországban, Finnországban, Magyarországon, Lettorszáiban, Litvániában, Lengyelországban, Romániában és Szlovéniában), kizárólag folyadékalapú citológiát (liquid-based cytology, LBC), hat országban (Németország, Anglia, Írország, Liechtenstein, Skócia, Wales), a két módszer kombinációját öt országban alkalmazzák (Franciaország, Izland, Olaszország, Hollandia, Norvégia). Hat ország egyáltalán nem alkalmaz HPV tesztet a szűrési programjának semmilyen szintjén (Cseh Köztársaság, Magyarország, Izland, Lettország,

Litvánia, Románia). Néhány országban már bevezették az elsődleges HPV szűrést a szűrési programba (pl. Finnországban, Olaszországban, Svédországban és Liechtensteinben), azonban a programok többségében a HPV-tesztet, a kiszűrt citológiai rendellenességek osztályozására, valamint a kezelés utáni gyógy mód meghatározása céljából alkalmazzák (Elfstrom, Arnheim-Dahlstrom, Von Karsa és munkatársai 2015).

Három kivétellel (Észtország, Litvánia és Liechtenstein) minden ország méhnyakszűrő programja rendelkezik helyi és/vagy nemzeti szintű minőségbiztosítási irányelvvel.

A szervezett szűrővizsgálat lakossági lefedettsége a legalacsonyabb Magyarországon (10%-nál kevesebb), és Franciaországban (13%), 70% vagy annál nagyobb a lefedettség Dániában, Angliában, Finnországban, Izlandon, Írországban, Olaszországban, Skóciában, Szlovéniában, Svédországban és Walesben. Az egyes országok eltérő módszertan alapján számolják az átszűrtséget, mely megnehezíti az adatok összehasonlíthatóságát. A szervezett programon kívül végzett szűrések aránya szintén nehezen összehasonlítható, de a becslések alapján a legalacsonyabb 1,2% -os értéktől (Anglia) a finnországi 60%-os és az észtsországi 80% -ig terjed (Elfstrom, Arnheim-Dahlstrom Von Karsa és munkatársai 2015). A szervezett szűrés fogalmát tágan értelmezik az egyes országok, heterogén megközelítést alkalmaznak a megvalósítás során, az eltérő egészségügyi rendszerek, kulturális jellemzők és erőforrások miatt. A szervezett szűrést kínáló hatóságok és a szűrést igénybe vevők szükségletei között jelentős eltérés van. A hagyományos, „skandináv típusú” szűrőprogramok hatékonyságának bizonyítékain alapuló nemzetközi ajánlások nem minden országban alkalmazhatóak egységesen. Williams és munkatársai áttekintő tanulmányukban megállapították, hogy a jövőben az egyes programok megszervezésére vonatkozó ajánlások elkészítése során a szakértőknek egyértelműen definiálniuk kell a szervezett "populációs program" jellemzőit, és specifikálni szükséges azokat a tényezőket, amelyek megvalósítása nem lehetséges vagy nehézkes az egyes országokban az erőforrás korlátai vagy a meglévő egészségügyi rendszerek paramétereit alapján (Williams, Carter, Rychetnik 2014)

A méhnyakszűrés története, és tapasztalatai Magyarországon

Magyarországon világviszonylatban is az elsők között, már az 1950-es évektől kezdődően bevezetésre került az onkológiai méhnyakszűrés, melynek

módszere kezdetben a kolposzkópos vizsgálat volt. Az Országos Onkológiai Intézet és az onkológiai hálózat működési szabályzata 1954-ben elrendelte a 30 év feletti női lakosság tömeges szűrését. Az 1960-as évek elején vált a komplex nőgyógyászati vizsgálat részévé a cervix kenet citológiai vizsgálata. 1976-ban megalakult a Nőgyógyászati Rákszűrés szervezésében a Cervix-patológiai Szekció. A céljukat így fogalmazták meg: „Minden 20 évnél idősebb nőn végzett első nőgyógyászati vizsgálatot egyúttal szűrővizsgálatnak kell tekinteni”. A citológiai és kolposzkópos vizsgálatot a diagnosztika lényeges részének nyilvánították (Lehoczky, 1997; Langmár, Német és Kornya, 2011; Döbrössy, 2007). Az Egészségügyi Minisztérium az Országos Onkológiai Intézet irányítása alatt az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet az Országos Kóronctani és Kórszövettani Intézet együttműködésével 1981-ben elindította a Cervix Programot, melynek keretében megteremtették a Magyarországon élő veszélyeztetett korú (25–65 év közötti) női lakosság kétévenkénti szűrésének lehetőségét. A program hatásaként csökkent az elhanyagolt állapotban felfedezett méhnyakrákok száma, egyre több rákmegelőző állapotban levő esetet sikerült kiszűrni, azonban a népesség átszűrtsége nem javult. A méhnyakrák miatti halálozási adatok érdemben nem csökkentek, megmaradtak évi 5-700 eset között. A cervix - program sajnos nem érte el a célját. A magas vizsgálati számok mögött jelentős problémát ismertek fel a szakemberek. A női lakosság rendszeresen nőgyógyászhoz járó csoportját szükségesnél gyakrabban szűrték, a nőgyógyászhoz nem járó nőket, pedig ritkán, vagy egyszer sem. Az életkorhoz kötött opportunisztikus méhnyakszűrést az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet tette lehetővé, a 25-55 éves nőknek évente, az 55-65 év közöttieknek pedig kétévente (Bodó és Döbrössy 1982; Bodó, Cseh és Bösze 1991). A szervezett, populációs alapú népegészségügyi méhnyakszűrés program 2003-ban kezdődött Magyarországon (46/2003 (IV.16) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról). Ennek keretében a nemzetközi ajánlásokkal összhangban (WHO IARC 2005), a 25-65 éves korú nőket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezésében három évente hívják szűrővizsgálatra (Kovács, Döbrössy, Budai és munkatársai 2007).

A szervezett szűrés bevezetését követő kezdeti tapasztalatok kedvezőtlenek voltak, a szűrés nyilvántartó által regisztrált részvétel országos átlagban nem haladta meg a meghívottak 8%-át, annak ellenére, hogy az egészségbiztosítás keretében évenként finanszírozott citológiai vizsgálatok száma ennek a többszöröse volt (Boncz és Sebestyén 2006). Az országos méhnyakszűrés

program csak néhány százalékkal volt képes emelni a 25-65 éves korú nők átszűrtségét (Boncz, Sebestyén, Budai és munkatársai 2007). A szűrővizsgálathoz való hozzáférés egyenlőtlenségeket mutat, a szűrésre jogosult női lakosság egy része, különösen a kistelepüléseken élő, hátrányos helyzetű lakosság számára nehezen elérhető (Döbrössy, Kovács és Budai 2015a; 2015b). A lakosság részvételi hajlandósága az opportunistá szűrési gyakorlatot követi, melynek a hátránya, hogy nem fedi le teljes mértékben a célcsoportot, éppen a magasabb kockázati csoportba tartozó, személyek maradnak ki a szűrésből (Gyulai, Nagy, Pataki és munkatársai 2015; Gyulai, Nagy, Pataki és munkatársai 2018; Gyulai, Sárváry, Rákóczi és munkatársai 2019). További problémát jelentettek az átszűrtséggel kapcsolatos adatok pontatlanságai, az alapellátás szereplőinek az alacsony részvétele a szűréssel kapcsolatos egészségkommunikációban, a tájékoztatáson alapuló döntés előkészítése során. A hatékonyság növelése érdekében olyan célzott stratégia kidolgozására volt szükség, amely csökkenti a szolgáltatás elérésben meglévő egyenlőtlenségeket, és az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetben lévők, illetve a roma népesség számára elérhetővé teszi azt. A szervezett népegészségügyi méhnyakszűrés kedvezőtlen tapasztalatai miatt a szakemberek kezdeményezték a szűrés módszertanának a hatályos nemzetközi gyakorlathoz történő igazítását, a szakdolgozói szűrés bevezetését, amelyben a méhnyakszűrés csak citológiai vizsgálatra korlátozódik, a kenetet megfelelően képzett szakdolgozók – védőnők – veszik. Ez esetben csak a nem negatív szűrővizsgálat jelent indikációt a nőgyógyászati vizsgálatra, amelynek része a kolposzkópos vizsgálat is. A szolgáltatásnak az alapellátásra történő kiterjesztésétől, a hozzáférés javítását, az elérésben tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentését, továbbá a lakosság részvételi hajlandóságának a növelését, hosszú távon a méhnyakrák mortalitás érdemi csökkenését várták el (Döbrössy 2012).

Így az elmúlt években elkezdődött, az alapellátás, és ezen belül a védőnőknek a szűrési folyamatba történő bevonása, a védőnői méhnyakszűrés országos kiterjesztése (Gyulai, Fehér és Balázsai 2015). A védőnői méhnyakszűrés bevezetését az egészségpolitikai döntéshozók támogatták, így a 28/2013. (IV.5) EMMI rendelet értelmében a védőnők védőnői feladatai 2015. októbertől a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzésével egészültek ki.

Az új kompetencia beépült a védőnők képzési és kimeneti követelményrendszerébe biztosítva ezzel a program fenntartásához szükséges

szakemberek utánpótlását, így azok a védőnők, akik tanulmányaikat a 2017/2018-as tanévben fejezték be, már a méhnyakszűrési kompetenciával bővített képzéssel rendelkeztek.

A szervezett, népegészségügyi célú méhnyakszűrési módszertan korszerűsítésére vonatkozó ajánlások

A tünetmentes méhnyakrák, valamint a kialakulásában szerepet játszó humán papillomavírus kimutatására, azaz a szűrésre, több módszerrel rendelkezünk, úgymint a hagyományos morfológiai alapú citológiai módszerrel (Pap teszt), valamint a HPV jelzőanyagának (markerének) a HPV DNS kimutatására szolgáló módszerekkel. Vitatott, hogy e módszerek egyikét vagy másikat kizárólagos önállósággal, vagy a két eljárást összehangoltan, integráltan kell-e alkalmazni. További kérdés az, hogy a HPV-elleni oltás térnyerése milyen mértékben befolyásolja a korábbi szűrési stratégiát.

A Papanicolaou által ajánlott módszer széles körben elterjedt. Elengedhetetlen eleme a hüvelyi feltárásban a méhnyak hüvelyi felszínéről és a nyakcsatornából történő kenetvétel további vizsgálat céljából. A hagyományos citológiai vizsgálat céljára vett kenet jó minőségű, sejtekben gazdag; a sejtösszetétel reprezentálja, hogy milyen a hám állapota azon a helyen, ahonnan a kenet származik: ép hámból ép sejtek, kóros hámból kóros morfológiájú sejtek kerülnek a kenetbe.

Elterjedőben van a folyadékalapú mintavétel (liquid-based cytology, LBC), amely a hagyományos módszertől csak a méhnyakról és nyakcsatornából nyert sejtes anyagnak a tárgylemezre vitelében különbözik: a kenetvevő eszközön lévő sejtek maradéktalanul belemosódnak a megfelelő folyadékba, majd kiülepítik a tárgylemezre. A készítmény sejtekben gazdagabb, tiszta háttérű, mikroszkópos morfológiai elemzése könnyebb és megbízhatóbb (Singh, Gupta, Nijhawan 2015). A keneteket a morfológiai jegyek alapján értékelik, és osztályozzák (Solomon, Davey, Kurman és munkatársai 2002). A citológiai lelet csupán valószínűsítő véleményt ad; a további kezelés alapjául szolgáló diagnózis csakis kórszövetteni vizsgálatától várható.

A folyadékalapú (liquid-based) citológia (LBC) bizonyítottan hatékony alternatív méhnyakszűrő módszer. Bak és munkatársai (2014) egy pilot vizsgálatban 4573 folyadékalapú citológiai minta Bethesda (2001) osztályozás szerint klasszifikált eredményeit hasonlította össze a hagyományos Papanicolaou kenet (Pap teszt) eredményeivel. A citológiai és hisztológiai

diagnózisokat összehasonlítva a leletek közötti korreláció alapján a módszer szenzitivitása 93,2%, specificitása 100%, pozitív prediktív értéke 100%-nak bizonyult. Az LBC citológiai vizsgálat minőségbiztosítási eredményei megfelelnek a nemzetközi elvárásoknak, a módszer hatékonysága jobbnak bizonyult, a hagyományos Pap kenethez képest (Bak, Seberne, Boka és munkatársai 2014).

Az európai méhnyakszűrési ajánlásokat követve több hazai javaslatot is publikáltak a hrHPV vizsgálat önálló szűrőtesztként való alkalmazására a méhnyakszűrésben Magyarországon.

A Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság, és a Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciója közösen összeállított útmutatója megfelel a nemzetközi ajánlásoknak. A publikált útmutató életkor-specifikus szűrést javasolt, amely során 21–29 éves korig negatív eredmény esetén a citológiai szűrés csak háromévente szükséges. A HPV-DNS-szűrés bevezetése 30-65 éves kor között indokolt, mert a HPV-átfertőzöttség az életkor emelkedésével csökken, azonban a fertőzés transzformáló jellege miatt a súlyos fokú rákmegelőző állapotok (high-grade CIN) kockázata fokozódik. HPV-alapú elsődleges szűrés javasolt, és amennyiben a HPV-teszt eredménye negatív, a következő szűrés időpontja öt év múlva esedékes. HPV-DNS-pozitív minta esetében reflex citológiai vizsgálat javasolt. A korszerű és könnyen átlátható eljárásrend javaslat előnye egyrészt, hogy biztosítaná a szűrésen való részvételi arány fokozását azáltal, hogy a HPV-teszt önmintavételi lehetőségét is hordozza, másrészt a negatív HPV teszt esetében a módszer biztonságosságából adódóan hosszabb szűrési ciklusok garantálhatók, melynek költséghatékonyságot fokozó hatása van (Koiss, Boncz Hernadi és munkatársai 2017).

Póka Róbert (2018) összefoglalójában a nemzetközi ajánlásokat ismertetve szintén az HPV-DNS alapú szűrés hazai bevezetésére tesz javaslatot. A HPV-DNS alapú szűrést 35-65 éves korosztálynak javasolja, és különbséget tesz a HPV16/18 pozitív esetek és a HPV pozitív, de nem HPV16/18 esetek után követésének módjában. A HPV16/18 genotípusok ismerten magasabb CIN3+ kockázatának okán azonnali citológia triage-t, és pozitívítás esetén szövettani vizsgálatot (biopszia, LEEP, conisatio) javasol, míg negatívítás esetén 12 hónap múlva citológia és HPV-DNS tesztet ajánl, a HPV pozitív, de nem HPV16/18 esetekhez hasonlóan.

Több országban végeztek költséghatékonysági számításokat az új HPV-DNS alapú szűrés bevezetéséről, és a számításaik alapján az új szűrési

eljárásrend országaikban nem róna nagyobb terhet a szűrésre fordított költségvetésre, mint az eddig használt méhnyakszűrési protokoll (De Kok, van Rosmalen, Dillner és munkatársai 2012; Lew, Simms, Smith és munkatársai 2016; Simms, Hall, Smith és munkatársai 2017).

Mint ahogy korábban említettük, 2016-ban bevezetésre került a 9 komponensű HPV oltás, mely 7 hrHPV (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) és 2 lr HPV (6, 11) típust tartalmaz (Yang és Bracken 2016). A 7 hrHPV típus együtt a méhnyakrákok 90%-át okozza (Pitisuttithum, Velicer és Luxembourg 2015), így az oltottak körében mind a HPV fertőzések mind a méhnyakrákos esetek számának jelentős csökkenése várható. A legújabb Európai Unió irányelv a méhnyakrák HPV szűrése és HPV oltás tekintetében kiemeli az oltási programok folyamatos monitorozásának és értékelésének szükségességét (von Karsa, Arbyn és Vuyst 2015).

A HPV elleni védőoltás lehetőséget kínál a méhnyakrák elsődleges megelőzésére. A szűrőprogramok gyakorlatán még akkor sem kell változtatni, ha majd a vakcinációs program országos lefedettséget ér el, mert a védőoltások célpopulációját a serdülő lányok képezik, és az idősebb, szexuálisan aktív nők oltása legfeljebb szórványos marad. De azért sem, mert az oltás csak a HPV magas rizikójú típusaival szemben hatásos, más típusokkal szemben nem nyújt védelmet. A HPV oltott nők esetében csökkenni fog az enyhébb fokú hámelváltozások előfordulása, ez mérsékli a szűrőprogram logisztikai és pénzügyi terheit, valamint a szűrt nők szükségtelen szorongásait is. Ugyanakkor a kevesebb „kóros lelet” következtében monotonabbá válik a sejtkenetek vizsgálata, ami kedvezőtlen hatással van a leletezők koncentrációképességére.

Összességében a HPV-alapú szűrővizsgálat érzékenyebb, mint a hagyományos, morfológiai alapú citológiai vizsgálat, ezért 60-70%-kal nagyobb védettséget biztosít a méhnyakrák ellen. Nagyobb érzékenységenél fogva a klinikailag jelentős elváltozásokat korábban hozza felszínre, mint a hagyományos morfológiai sejtvizsgálat, ezért a két szűrővizsgálat közötti intervallum hosszabb, a jelenleg ajánlott 3 év helyett 5 év lehet. Ugyanakkor fajlagossága elmarad a hagyományos sejtvizsgálat mögött, ezért gyakoribb lesz a tévesen pozitív teszt-eredmény, a túldiagnosztizálás és a túlkezelés, annak nemkívánatos lélektani mellékhatásaival.

HPV alapú szűrés pilot vizsgálat Magyarországon

A Nemzeti Népegészségügyi Központ, mint az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex népegészségügyi szűrések” projektgazdája célul tűzte ki a szűrővizsgálatok fejlesztését. Ezen belül a méhnyakszűrés korszerűsítését, a HPV alapú szűrés módszertanának kidolgozását, ehhez egy HPV pilot vizsgálatot tervezett.

A tervezett pilot szűrőprogram 2022.január 01. és 2023. június 30. között kerül megvalósításra, az alábbiak szerint:

- A 25-34 évesek körében 15 000 főnél, akik jogosultak az adott időszakban a méhnyakszűrés elvégzésére, LBC alapú citológiai vizsgálat, illetve reflex hrHPV vizsgálat történik nem negatív citológia esetében.
- A 35-65 évesek körében szintén 15 000 főnél primer hrHPV-szűrés (16, 18 és egyéb hrHPV) és triage LBC citológiai vizsgálat valósul meg hrHPV kimutatása esetén.

Mindkét korcsoportban a mintavételt végzők (védőnő, szülész-nőgyógyász orvos) részére komplex lelet kerül kiadásra, javaslattal a további teendőkre.

A tervezett pilot HPV szűrővizsgálat célja, hogy a tudományos bizonyítékokon és a mértékadó szakmai ajánlásokon alapuló új szűrési módszertan magyarországi bevezetésének a módszertanát kidolgozza, és annak a gyakorlati megvalósíthatóságát tesztelje. Annak vizsgálata és bemutatása, hogy milyen költséggel és milyen feltételekkel javítható a méhnyakszűrés hatékonysága, beleértve a női lakosság szűrésen való részvételi mutatóinak a javítását is, Magyarországon.

Összefoglalás

Az Egészségügyi Világszervezet méhnyakrák eliminációs stratégiája (WHO 2019) nem kevesebbet céloz meg, mint hogy néhány évtizeden belül eltűnjön a méhnyakrák Európából. Ennek eléréséhez három célkitűzést fogalmazott meg 2030-ig:

- A 15 éves lányok 90%-ának az átoltottsága a HPV elleni védőoltással.
- A női lakosság 70%-ának az átszűrtsége magas minőségű, korszerű szűrővizsgálati eljárással.
- A kiszűrt esetek 90%-ának kezelése.

A pilot HPV vizsgálat eredményei reményeink szerint hozzájárulhatnak ahhoz, hogy megalapozott egészségpolitikai döntés szülessen, melynek alapján hazánkban is bevezetésre kerülhet a nemzetközileg már elfogadott, és korszerű HPV alapú méhnyak szűrővizsgálati módszertan.

Ez elősegítheti, hogy az Egészségügyi Világszervezet által elfogadott globális stratégia egyik fontos célkitűzése, a szűrővizsgálat módszertanának fejlesztése, és az átszűrtség növelése megvalósuljon Magyarországon is.

Felhasznált irodalom

1. A Nemzeti Népegészségügyi Központ Módszertani Levele A 2021. évi védőoltásokról
https://www.antsz.hu/data/cms94355/VML2020_NNK_2020_02_25.pdf
(Letöltés: 2022.01.28.)
2. Anttila A., Arbyn M, De Vuyst H., Dillner J., Dillner L, Franceschi S. et al (editors) European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening Second edition – Supplements Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015; ISBN 978-92-79-48539-8; doi:10.2875/93363
3. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, és munkatársai. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br J Cancer 2004;91(5):935–41, Epub 2004/07/29
4. Anttila A, Ronco G, Working Group on the Registration & Monitoring of Cervical Cancer Screening Programmes in the European Union; within the European Network for Information on Cancer (EUNICE). Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. Eur J Cancer 2009;45(15):2685–708.
5. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, és munkatársai. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.
6. Arbyn, Marc és munkatársai. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union European Journal of Cancer; 2009; 45:15:2640 – 2648
7. Az Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele A 2014. évi védőoltásokról ORSZÁGOS EPIDEMIOLOGIAI KÖZPONT 2014; 21:3.különszám.

8. Ádány Róza (szerk.) *Megelőző orvostan és népegészségtan Medicina*, Budapest; 2012. ISBN :978 963 226 385 4.
9. Bak M, Seberne Ell M, Boka M, Veleczki Z, Nyari T, Pete I, Szentirmay Z (2014): A folyadék alapú méhnyakrákszűrés eredménye Magyarországon, *ORVOSI HETILAP* 155: (18) pp. 708-714.
10. Bodó M., Cseh I., Bősze P. Alarm –helyzet a cervixprogramban, kérdések és feladatok. *Magyar Nőorvosok Lapja* 1991; 54:373-375.
11. Bodó M., Döbrössy L. A citológiai vizsgálatra alapozott cervix-program eredményei és kilátásai. *Orvostudomány* 1982; 33:391-394.
12. Boncz I., Sebestyén A, Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Székely T. A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orv Hetil.* 2007;148(46), 2177-2182. <https://doi.org/10.1556/HO.2007.28956>
13. Boncz, I. Sebestyén, A. A méhnyakszűrés egészségbiztosítási vonatkozásai. *MNT XXVIII. Nagygyűlése, Szeged, 2006. május 25–27.*
14. Bosch XF, Qiao Y-L, Castellsagué X. The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. *Int J Gynecol. Obstet.* 94(Suppl 1): S8-S21. 2006.)
15. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries *CA Cancer J Clin*, Published online 12 September 2018; <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>
16. Bray F, Loos AH, McCarron P, és munkatársai. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14:677–86
17. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). *Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 27 July 2017.* Letöltve: 2018/10/15
18. Bruni L, Diaz M, Castellsague X, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjose S. (2010) Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: metaanalysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis*, 202: 1789-1799.
19. Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev.* 2003;16:1-17.

20. Canfell K. Towards the global elimination of cervical cancer. *Papillomavirus Res.* 2019; 8: 100170.
21. Castellsague X, Munoz N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis —role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst. Monogr.* 31: 19-28. 2003
22. Clifford GM, Gallus S, Herrero R, Munoz N, Snijders PJ, Vaccarella S, Anh PT, Ferreccio C, Hieu NT, Matos E, Molano M, Rajkumar R, Ronco G, de Sanjose S, Shin HR, Sukvirach S, Thomas JO, Tunsakul S, Meijer CJ, Franceschi S. (2005) Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *Lancet* 366: 991-998.
23. Coleman D, Day N, Douglas G, és munkatársai. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Europe against cancer programme. *Eur J Cancer* 1993;29A (Suppl 4): S1–S38.
24. Council of the European Union (16 december 2003). Council Recommendation of 2 december 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC). *OJ L* 327: 34–3
25. Cuzick J, Bergeron C, von Knebel Doeberitz M, Gravitt P, Jeronimo J, Lorincz AT, C JLMM, Sankaranarayanan R, P JFS, Szarewski A. (2012) New technologies and procedures for cervical cancer screening. *Vaccine*, 30 Suppl 5: F107-116.
26. De Kok IM, van Rosmalen J, Dillner J, és munkatársai. Primary screening for human papillomavirus compared with cytology screening for cervical cancer in European settings: cost effectiveness analysis based on a Dutch microsimulation model. (2012) *BMJ*; 344.
27. De Vuyst H, Clifford G, Li N, Franceschi S. (2009) HPV infection in Europe. *Eur J Cancer*, 45(15):2632-9.
28. Döbrössy L, Kovács A, Budai A. Egyenlőtlenségek a méhnyakszűrésben *Orv Hetil.* 2015; 156: 955-963 <https://doi.org/10.1556/650.2015.30162>
29. Döbrössy L, Kovács A, Budai A. Inequalities in cervical screening practices in Europe *Diversity and Equality in Health and Care* 2015; 12: 48-53
30. Döbrössy L. Méhnyakrákszűrés 5 évtizede Magyarországon *Nőgyógyászati Onkológia* 2007; 12:5-9.
31. Döbrössy L. Daganatok szűrése minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató OTH; 2013. ISBN 978-963-86911-5-6

32. Döbrössy L.: A védőnők feladatai a népegészségügyi méhnyakszűrésben. *Védőnő* 2012; 22(2), 3–4.
33. Egészségügyi Világszervezet Halálozási Adatbázis WHO HFA European mortality database (MDB) Frissítve: 2018/június/15 <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/> Letöltve: 2019/10/13
34. Elfstrom K.M., Arnheim-Dahlstrom L., Von Karsa L., Dillner J. Cervical cancer screening in Europe: Quality assurance and organisation of programmes *European Journal of Cancer*, 2015; 51 (8), pp. 950-968.
35. European Medicines Agency (EMA 2015.) Gardasil 9 offers wider protection against cancers caused by human papillomavirus (HPV) https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/gardasil-9-offers-wider-protection-against-cancers-caused-human-papillomavirus-hpv_en.pdf (Letöltés: 2022.01.28.)
36. European Medicines Agency (EMA 2006.) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/gardasil-epar-product-information_en.pdf
37. European Medicines Agency (EMA 2007.) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cervarix-epar-product-information_en.pdf (Letöltés: 2022.01.28.)
38. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, és munkatársai. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018, *European Journal of Cancer* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2018.07.005>
39. GLOBOCAN 2018 <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/348-hungary-factsheets.pdf>, Letöltve: 2020/10/16
40. Gyulai, A., Fehér, E., Balázs, I.: A védőnők szerepe a méhnyakrák megelőzésében: a Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalatai Magyarországon. *Acta Med. Sociol.* 6 21-38, 2015.
41. Gyulai, A., Nagy, A., Pataki, V., Tonté, D., Ádány, R., Vokó, Z.: Survey of Participation in Organised Cervical Cancer-Screening Programme in Hungary. *CEJPH.* 23 (4), 360-364, 2015.

42. Gyulai, A., Nagy, A., Pataki, V., Tonté, D., Ádány, R., Vokó, Z.: General practitioners can increase participation in cervical cancer screening - a model program in Hungary. *BMC Fam Pract.* 19 (1), 1-8, 2018.
43. Gyulai, A., Sárváry, A., Rákóczi, I., Takács, P., Jávorné Erdei, R.: A női lakosság szervezett méhnyak- és emlőszűrésen való részvétele Nyíregyházán = Participation of the female population in an organised cervical and breast cancer screening programme in Nyíregyháza. *Egészségfejl.* 60 (5), 57-66, 2019.
44. Hakama M, Miller AB, Day NE. In: Hakama M, Miller AB, Day NE, editors. Screening for cancer of the uterine cervix. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1986. p. 1–308.
45. Hakama M. Effect of population screening for carcinoma of the uterine cervix in Finland. *Maturitas* 1985;7(1):3–10.
46. IARC Monograph Working Group zur Hausen H, Arbyn M, Villa L, és munkatársai. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human papillomaviruses, vol. 90. Lyon: IARC Press; 2007.
47. International Agency for Research on Cancer. IARC/WHO handbooks of cancer prevention: cervix cancer screening, vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005. p. 1-302
48. Williams J, Carter S. M, Rychetnik L. “Organised” cervical screening 45 years on: How consistent are organised screening practices? *European Journal of Cancer* 2014; 50: 3029–3038.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2014.09.005>
49. Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides Á. Cervical screening in Hungary: why does the “English model” work but the “Hungarian model” does not? *Eur J Gynaec Oncol.* 2007; 29 (1): 5-9.
50. Koiss R, Boncz I, Hernadi Z, Szentirmay Z. (2017) [Proposal for the modernization of cervical screening procedure in Hungary]. *Orv Hetil*, 158: 2062-2067.
51. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; 1:1247–9.
52. Langmár Z, Németh M, Kornya L. Méhnyakszűrés Magyarországon – epidemiológiai, történeti és módszertani vonatkozások *Orv Hetil.* 2011; 152: 2063–2066.

53. Lehoczky O. A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. Magyar Nőorvosok Lapja. 1997; 60:133-136.
54. Lew JB, Simms K, Smith M, és munkatársai. Effectiveness modelling and economic evaluation of primary HPV screening for cervical cancer prevention in New Zealand. (2016) PLoS One; 11.
55. Madlensky L, Goel V, Polzer J, Ashbury FD. Assessing the evidence for organised cancer screening programmes. Eur J Cancer 2003;39(12):1648–53.
56. Miller AB. Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. Geneva: World Health Organisation; 1993.
57. Monsonog J, Cox JT, Behrens C, Sandri M, Franco EL, Yap PS, Huh W. (2015) Prevalence of high-risk human papilloma virus genotypes and associated risk of cervical precancerous lesions in a large U.S. screening population: data from the ATHENA trial. Gynecol Oncol, 137: 47-54.
58. Moravcsik-Kornyicki, Ágota; R., Fedor Anita (2021): Az egészség komplex megközelítése, mint az egészségpszociológiai vizsgálatok elméleti kerete. ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 12: 32 pp. 21-46.
59. Munoz N, Castallsagué X, Berrington de Gonzales A és munkatársai. HPV in etiology of human cancer. Vaccine 24(Suppl.1)1S10. 2006.)
60. Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR) (2019) <https://efop180.antsz.hu/nepegeszsegugyi-elemzesi-kozpont/75-nepegeszsegugyi-elemzesi-kozpont/168-nekir-adatvalaszto.html> (Letöltve: 2020. 10.28.)
61. Országos Onkológiai Intézet Nemzeti Rákregiszter:
<http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika> (Letöltve:2019.10.16.)
62. Papanicolaou G.N., Traut H.F. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. Am J Abst Gynecol 1941, 42, 193-206.
63. Pitisuttithum P, Velicer C, Luxembourg A. (2025) 9-Valent HPV vaccine for cancers, precancers and genital warts related to HPV. Expert Rev Vaccines, 14: 1405-1419.
64. Póka Róbert Méhnyakszűrés. Nemzetközi körkép és javaslat a hazai irányelvek fejlesztésére. (2018) Magyar Nőorvosok Lapja, 81. évf. 1. sz. 38-46.
65. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ.1999 318(7188):904-8.

66. Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T, Child C, Fishman A, Perrin E. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976; 294:582–8.
67. Sárváry A. A magyar nők rosszindulatú daganatos betegségek miatti korai halálkozásának jellemzői 1980 és 2011 között *Acta Medicina et Sociologica*; 2015; 6:69-78
68. Sárváry, A., Bálint, P., Gyulai, A., Kósa, Z.: A magyarországi emlő- és méhnyakszűrés retrospektív vizsgálatának jellemzői a halálzási és megbetegedési adatok tükrében. *Orv. hetil.* 160 (49), 1948-1956, 2019.
69. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer* 2003; 89:88–93.
70. Simms KT, Hall M, Smith MA, és munkatársai. Optimal management strategies for primary HPV testing for cervical screening: cost-effectiveness evaluation for the National Cervical Screening Program in Australia. (2017) *PLoS One*; 12.
71. Singh VB, Gupta N, Nijhawan R. Liquid-based cytology versus conventional cytology for evaluation of cervical Pap smears: experience from the first 1000 split samples. *J Patol Microbiol* 58(1):17-21. 2015.
72. Solomon D, Davey D, Kurman R és munkatársai. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. *J Amer Med Assoc.* 287(16):2114-2119. 2002.
73. Uzzoli A, Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R. A lakóhelytől függ az esély a jobb minőségű ellátásra – Az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei Magyarországon, a szürkehályogműtétek példáján *Tér és Társadalom / Space and Society* 2011; 25: 88-105
74. Marle ME, van Ballegooijen M, Habbema JD. Low risk of cervical cancer during a long period after negative screening in the Netherlands. *Br J Cancer* 2003; 88:1054–7.
75. von Karsa, L., Arbyn, M., De Vuyst, H., Dillner, J., Dillner, L., Franceschi, S., Patnick, J., Ronco, G., Segnan, N., Suonio, E., Törnberg, S., & Anttila, A. (2015). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavirus Research*, 1, 22–31.
<https://doi.org/10.1016/j.pvr.2015.06.006>

76. Wang SS, Zuna RE, Wentzensen N és munkatársai. HPV types in the study to understand cervical cancer early endpoints and determinants. Human papillomavirus (HPV) cofactors by disease progression and HPV types in the Study to Understand Cervical Cancer Early Endpoints and Determinants 18 Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. (1):113–120. 2009.)
77. WHO Director-General calls for all countries to take action to help end the suffering caused by cervical cancer.
<http://www.who.int/reproductivehealth/call-to-action-elimination-cervical-cancer/en/> Date: May 19, 2018 [letöltve: 2022.01.28.]
78. WHO GLOBOCAN 2018:http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D Letöltve: 2021/10/13
79. WHO, Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014, Wkly. Epidemiol. Rec. 2014; 89 (43): 465–491.
80. WHO, Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, Wkly. Epidemiol. Rec. 2009; 84 (15): 118–131.
81. World Health Organization. Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem. Draft. Geneva, 16 december 2019. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cerv-cancer-elimn-strategy-16dec-12pm.pdf> [letöltve: 2022.01.28.]
82. Wright TC, Jr., Stoler MH, Behrens CM, Apple R, Derion T, Wright TL. (2011) The ATHENA human papillomavirus study: design, methods, and baseline results. Am J Obstet Gynecol, 206: 46 e41-46 e11.
83. Yang DY, Bracken K. (2016) Update on the new 9-valent vaccine for human papillomavirus prevention. Can Fam Physician, 62: 399-402.
84. Zappa M, Visioli CB, Ciatto S, Iossa A, Paci E, Sasieni P. Lower protection of cytological screening for adenocarcinomas and shorter protection for younger women: the results of a casecontrol study in Florence. Br J Cancer 2004; 90:1784–6.

85. zur Hausen H. Human papilloma viruses and their possible role in squamous cell carcinomas. *Curr. Top. Microbiol. Immunol.*, 78 (1977), pp. 1-30
86. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimenetikevetelményeiről szóló 8/2013.(I. 30.) EMMI rendelet módosításáról *Magyar Közlöny* 2016;116. 10408-11971
87. 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet módosításáról
http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1509/fajlok/28_2013_emmir.pdf
88. 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról

A MALDI-TOF MS technika alkalmazási lehetőségei a rutin klinikai mikrobiológiában

Hanuferné Dr. Horváth Brigitta¹, Újváriné Dr. Siket Adrienn¹, Dr.
Micsinai Adrienn²

¹Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségtudományi Intézet Ápolási és Szülésznői nem önálló Tanszék

²WESSLING Hungary Kft., Budapest, Magyarország

Absztrakt

Az antimikrobális szerek használata, több szempontból is forradalmasította az orvostudományt, azonban alkalmazásukat évtizedek óta kíséri az antibiotikum rezisztens baktériumok megjelenése, melyek globális egészségügyi problémát okoznak. Az antibiotikum rezisztens kórokozók közül, a methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) fertőzések incidenciája változatosan alakul a különböző országokban, azonban Európában még mindig az egyik leggyakoribb oka a súlyos bakteriális fertőzéseknek és a terápiás lehetőségek is egyre korlátozottabbak. A nozokómiális járványok és fertőzések megelőzésében és hatékony kezelésében kulcsfontosságú szerepet játszik a patogén fajok gyors és pontos azonosítása. A mátrix-asszisztált lézer deszorpciós, ionizációs, repülési idő mérésén alapuló tömegspektrometria (MALDI-TOF MS) egy új diagnosztikai lehetőséget nyújt a mikrobiológiában, mely a vizsgált minta makromolekuláiról és fehérjeprofiljáról szolgáltat információt, mely egyfelől a taxonómiai pozíció meghatározásának alapja, másfelől az antibiotikum rezisztencia feltérképezésének kiindulási pontja is. A MALDI-TOF MS technika előnyeinek és hátrányainak feltárása a rutin klinikai diagnosztika területén, kitérve a leggyakoribb nozokómiális infekciókat okozó patogén fajok azonosítására és az antibiotikum rezisztencia feltérképezésére. Korábbi tanulmányok eredményeinek elemzése és összevetése a MALDI-TOF MS technika klinikai alkalmazhatóságának vizsgálata érdekében. A MALDI-TOF MS technika a fehérjeelemzés egyik hatékony módszere, mely alkalmas a patogén fajok gyors és pontos azonosítására. Egyes fajokban a specifikus biomarkerek detektálása lehetővé teszi az antibiotikum rezisztencia meghatározását is, ezáltal a klasszikus mikrobiológiai vizsgálatokhoz viszonyítva akár 24 órával is leredukálható a diagnosztikai idő. Az automatizált fehérjeelemzés, a járványtani vizsgálatok potenciális eszközévé válhat, mely

kedvező hatással lenne a közegészségügyre, azonban a megbízható és pontos identifikációhoz elengedhetetlen a szoftver adatbázisának folyamatos frissítése és bővítése.

Kulcsszavak: *nozokómiális infekció, patogén mikrobák, antibiotikum rezisztencia, MALDI-TOF MS technika, diagnosztika, klinikai mikrobiológia*

Abstract

The use of antimicrobial agents has revolutionised medicine in many ways, but their use has been accompanied for decades by the emergence of antibiotic-resistant bacteria, which are a global health problem. Among antibiotic-resistant pathogens, the incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections varies between countries, but it is still one of the most common causes of serious bacterial infections in Europe and therapeutic options are increasingly limited. The rapid and accurate identification of pathogenic species plays a key role in the prevention and effective management of nosocomial outbreaks and infections. The matrix-assisted laser desorption/ionization-time of flight, mass spectrometer (MALDI-TOF MS) provides a new diagnostic tool in microbiology, providing information on the macromolecules and protein profile of the sample, which is both the basis for taxonomic positioning and the starting point for mapping antibiotic resistance. Exploring the advantages and disadvantages of the MALDI-TOF MS technique in routine clinical diagnostics, including the identification of the most common pathogenic species causing nosocomial infections and mapping antibiotic resistance. To analyse and compare the results of previous studies to investigate the clinical applicability of the MALDI-TOF MS technique.

The MALDI-TOF MS technique is an efficient method for protein analysis, which can be used for rapid and accurate identification of pathogenic species. In some species, the detection of specific biomarkers also allows the determination of antibiotic resistance, reducing the diagnostic time by up to 24 hours compared to classical microbiological tests. Automated protein analysis has the potential to become a tool for epidemiological investigations with a positive impact on public health, but continuous updating and expansion of the software database is essential for reliable and accurate identification.

Keywords: *nosocomial infections, pathogens, antibiotic resistance, MALDI-TOF MS technique, diagnostic, clinical microbiology*

Bevezetés

Az Európai Unióban évente megközelítőleg 9,8 millió embert érint az egészségügyi ellátással összefüggésbe hozható (nozokómiális) fertőzés. (ECDC, 2018). A nozokómiális infekciók közül kiemelkedő figyelmet érdemelnek azok a patogén baktériumok, amelyek egy vagy több antibiotikumra rezisztensek (Arbeit, 1995). Ezek közül, a methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) az egyik leggyakoribb oka a súlyos bakteriális nozokómiális fertőzéseknek, amelyeknek a terápiás lehetőségei is egyre korlátozottabbak. A kórházi infekciók miatt bekövetkező halálozás a megfelelő nozokómiális surveillance-al beleértve a patogének gyors és megbízható azonosítását, megelőzhető, vagy gyógyítható lenne a megfelelő egészségügyi ellátással (ECDC, 2019).

A technika rohamos fejlődésével olyan új módszerek és vizsgálatok jelentek meg, amelyek lehetővé teszik a mikroorganizmusok megbízhatóbb, gyorsabb valamint költséghatékonyabb azonosítását és beilleszthetők a rutindiagnosztikai laboratóriumi munkába is. Ezek a tulajdonságok kulcsfontosságú szerepet játszanak a diagnózis meghatározásában és a sikeres terápia kiválasztásában, ezért az orvos- és egészségtudomány területén kiemelkedő jelentősége van a mátrix-asszisztált lézer deszorpció, ionizációs, repülési idő mérésén alapuló tömegspektrometriának (Matrix-assisted laser desorption/ionization-time of flight, mass spectrometer – MALDI-TOF MS).

A MALDI-TOF MS technika világszerte, alapjaiban változtatta meg az addig alkalmazott mikrobiológiai diagnosztikai tesztelési rutint. Több mint egy évszázadon keresztül a mikroorganizmusokat fenotípusos és biokémiai tulajdonságaikkal jellemezték, illetve a növekedésükhöz és az anyagcseréjükhöz szükséges szubsztrátok alapján azonosították. Komplex azonosítási algoritmusokra volt szükség egy új faj felfedezése esetén, ezért referenciakönyvek terjedtek el, melyek az adott kórokozóra részletes azonosítási táblázatot tartalmazott. A közelmúltban azok a technikák, amelyek egy adott gén vagy DNS szakasz bázissorrendjének meghatározásán alapultak lehetővé tették a mikrobák pontosabb azonosítását, újra- valamint átsorolását, azonban ezek a módszerek jelentős technikai beruházásokkal és költségekkel járnak. A szekvenciák meghatározásán alapuló technikák nehezen beilleszthetők a rutin diagnosztikába, hiszen kiemelkedő szaktudásra és jelentős beruházásra volt szükség a működtetésükhöz, mindazonáltal nagymértékben hozzájárultak a MALDI-TOF MS adatbázisok megalapozásához és bővítéséhez, ezáltal lehetővé téve a pontos identifikációt. A MALDI-TOF MS technika által nyújtott egyszerűség és

megbízhatóság oda vezetett, hogy jelenleg ezt a technikát már a világ számos országában alkalmazzák a mikroorganizmusok azonosítására (Murray, 2012; Kyoung-Soon és Young Hwan, 2018).

Továbbá a baktériumok rutin azonosításán és altípusszintű elkülönítésén túl, megjelentek és jelenleg is folyamatban vannak olyan vizsgálatok, amelyek az antibiotikum-rezisztencia meghatározására és a különböző klonális vonalak biomarkereinek azonosítására irányulnak. Ezen vizsgálati eredmények hozzájárulnak a patogén fajok epidemiológiai és evolúciós nyomkövetéshez, amely népegészségügyi szempontból számottevő (Nagy és mtsai, 2014).

A közlemény célja a MALDI-TOF MS technika előnyeinek és hátrányainak bemutatása a rutin klinikai diagnosztika területén, kitérve a leggyakoribb nozokómiális infekciókat okozó patogén fajok azonosítására és az antibiotikum rezisztencia feltérképezésére.

Anyag és módszer

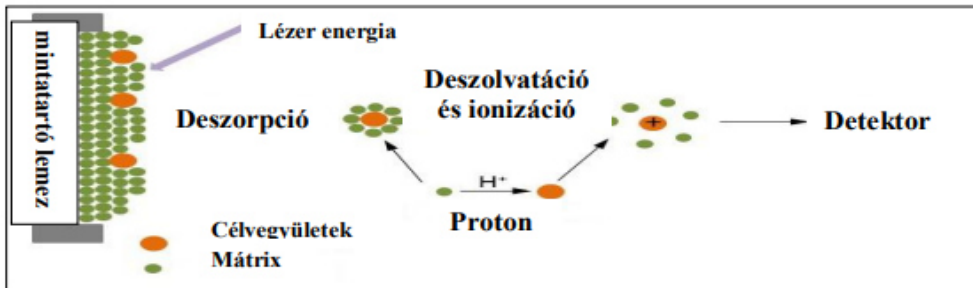
Korábbi tanulmányok eredményeinek elemzése és összevetése a MALDI-TOF MS technika klinikai alkalmazhatóságának vizsgálata érdekében.

Eredmények

1. A MALDI-TOF MS technika bemutatása

A MALDI-TOF MS technikával történő mérés során a célvegyületet egy mátrixnak is nevezett energia-abszorbens szerves vegyület oldatával keverik el, mely a kiszáradást követően a mintával együtt kikristályosodik. Az ionizáció során a mátrix nyeli el a lézer energiáját, majd ez ionizálja a célvegyületeket. A protonált ionokat gyorsítják rögzített potenciálon és a detektorba jutnak térmentes tartományban (1. ábra). Az ionok tömegszám szerinti szeparációját a detektorba juttatott ionok repülési idejének pontos mérése teszi lehetővé. A mintából egy peptid-tömeg ujjlenyomatnak (peptide mass fringerprint – PMF) is nevezett tömegspektrumot veszünk fel (Murray, 2012).

1. ábra: A MALDI-TOF MS technika működési elve



Forrás: Creative Proteomics, 2020.

1.1. Mikroorganizmusok azonosítása MALDI-TOF MS technikával

A mikrobák automatizált identifikációja során, a mintából felvett tömegspektrumot a szoftver az adatbázisában lévő ismert mikroorganizmus referencia tömegspektrumaival veti össze. A fajok, alfajok azonosítását általában 2-20 kDa közötti mérési tartományban végzik, amely főként a fajspecifikus és riboszómális fehérjék detektálására alkalmas (Murray, 2012). Más tömegspektrometriás szoftverhez hasonlóan, egy log score értéket kapunk az összehasonlítás eredményeként, amely egy 0,000 és 3,000 log score közötti érték, mely az azonosítás minőségéről nyújt számszerűsített információt.

2,300-nél magasabb log score érték esetében azonosítottnak tekinthető a faj, így további vizsgálat ebben az esetben nem szükséges. Amennyiben a log score érték 2,000 – 2,299 közé esik az azonosság mértéke kisebb, így ebben az esetben kizárólag a mikroorganizmus nemzetsége tekinthető azonosítottnak. 1,700 log score érték alatt nem tekinthető megfelelőnek a genus (nemzetség) azonosítása sem. (Lovász, 2014)

A faj és alfaj szintű identifikálás során nagy jelentősége van az alkalmazott minta-előkészítési eljárásnak, hiszen nagymértékben képes befolyásolni a spektrumminőséget és reprodukálhatóságot. A kísérleti paraméterek közül a detektálási algoritmus, a mátrix oldatok, a szárítási és inkubációs idő spektrumminőségre gyakorolt hatásait, közel egy évtizedig széles körben tanulmányozták (Walker és mtsai, 2002; Jackson és mtsai, 2005). Azonban kevés vizsgálati eredmény született a tenyésztési körülmények és a minta-előkészítési módszerek spektrumokra gyakorolt hatásairól (Ferroni és mtsai, 2010; La Scola, 2011). A spektrumok megfelelő minősége (felbontás, intenzitás, reprodukálhatóság) teszi lehetővé a fajokra, alfajokra specifikus biomarkerek (fragment ion csúcsok) detektálást, ezáltal a pontos identifikációt.

A specifikus biomarkerek meghatározása néhány faj esetében, mint a *S. aureus*, *S. argenteus* és *S. schweitzeri* igen jelentős volt, hiszen fenotípusos és biokémiai tulajdonságaikban közel azonosak, így klasszikus rutin mikrobiológiai módszerekkel az elkülönítésük nem kivitelezhető, azonban patogenitásuk eltérő, így humán diagnosztikai szempontból a 3 faj diszkriminációja releváns. Josten és mtsai, (2013) valamint Schuster és mtsai, (2017) határozta meg a *S. argenteus*, *S. schweitzeri* és *S. aureus* azonosítását és elkülönítését szolgáló specifikus fragment ion csúcsokat (1. Táblázat).

1. táblázat: Josten és mtsai, (2013) és Schuster és mtsai, (2017) által meghatározott specifikus fragment ion csúcsok a *S. aureus*, *S. argenteus* és *S. schweitzeri* fajok diszkriminációja céljából

Faj	Fehérje/gén megnevezés	Aminosav szekvencia	m/z
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	PSM-alpha-1	MGIAGIHKV IKSLEQFTGK	2289
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	PSM-alpha-3 (<i>psma3</i>)	MEFVAKLKFK FKDLLGKFLGNN	2636
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	Delta-hemolysin (<i>hld</i>)	MAQDIISTIS DLVEWIIDIV NEKFTK	3007
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	Uncharacterised protein (SA2420.1)	MKRLAVILTL YQERVNQAPN IEY VGGLYYAFKK	3891
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	50S ribosomal protein L36 (<i>rpmJ</i>)	MKVRPSVEPI GKVVMVICENP KHKQRQG CEKCKVIKRR	4306
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	Exinuclease ABC subunit A (<i>uvrA</i>)	GPEGGGGGGT AQTKSSYTGK YLKEVLERDK QNTEDEK IVATGTPEDI	4814
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	Uncharacterized protein (<i>rpmF</i>)	AVPKRRTSKT ISVPGMTECP VCKNCGSYNG EEVAAK RKNKRTHFK NCGEYKLSHR	6354
<i>S. argenteus</i>	SA0772	ADESKFEQAK TDNKLENEG KEDKASGKAK GNVKVTGVNV	6889
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	50S ribosomal protein L29 (<i>rpmC</i>)	MKAKEIRDIT SKEELFNLRP ARIRTVRRTI EIEQSKANQ TSEIEEQIKS QLATGQLEET ARLKTVARER	8091
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	<i>rpsT</i> (SA1414)	ANIKSAIKRV ISQKSAMRTA NADNKNELVS QSNLIHSNKA DRIKSQLMTA NK KITEKAEARN VENAKTAVSN LAVKLVDKAA	8891
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	DNA-binding protein HU (<i>hup</i>)	MNKTDLINAV AGSAVDVAFE KVQLIGFNG AEQADLTKEE SIQNSLAKGE	9627
<i>S. aureus</i> / <i>S. argenteus</i> / <i>S. schweitzeri</i>	<i>rpsP</i> (SA1081)	AVKIRLTRLG VADARSPRDG RIIEQIGTYN SKRNPFFRIV	10105
<i>S. schweitzeri</i>	<i>graF</i> (SAS030)	SNENQNKKAT KDKKEVKTED INQTKQDIQDT LN EKAKEVEEKL	5045
<i>S. schweitzeri</i>	<i>graC</i> (SAS044)	PIVNVKLLG SEVTDAVEKT VIEEMKPNHY GVAGVRKSDQ RSDEQLKNLV TGANRQAIHV	6613
<i>S. argenteus</i> / <i>S. aureus</i>	Delta-toxin	MAQDIISTIS DLVEWIIDIV NEKFTK	3037
<i>S. argenteus</i>	SA1452	ADESKFDQFK TDNKELEKEG EVVENAKNKI TDAIDELRK GNVKVTGVNV QQDKATGKAK	6580

Forrás: saját szerkesztés

A tömegspektrumok elemzése során 11 különböző fragment ion (m/z) csúcspot (peak) határoztak meg, amely mind a három fajban detektálható volt, emellett meghatároztak 2 *S. argenteus*, 13 *S. aureus* és 2 *S. schweitzeri* specifikus csúcspot, valamint 1 olyan csúcspot, mely csak a *S. argenteus* és *S. aureus* fajok tömegspektrumában volt jelen.

2. Antibiotikum rezisztencia meghatározása MALDI-TOF MS technikával

A MALDI-TOF MS technika azon túl, hogy forradalmasította a mikróbák azonosítását, hozzájárul az antibiotikum rezisztencia feltérképezésének /meghatározásának felgyorsításához is. Az ezredfordulón az MRSA baktériumoknak volt a legnagyobb népegészségügyi jelentősége az antibiotikum rezisztencia szempontjából, így az első MALDI-TOF MS technikával történő antibiotikum érzékenységi vizsgálatokat ezen a fajon kezdték el (Edwards-Jones és mtsai, 2000). Ezt követően számos tanulmány beszámolt már olyan specifikus fragment ion csúcsokról, melyek segítik, illetve lehetővé teszik fajon belül az antibiotikum rezisztens és szenzitív törzsek gyors elkülönítését. A rezisztencia specifikus fragment ion csúcsokat általában az antibiotikum rezisztens és érzékeny törzsek tömegspektrumainak különbségei alapján határozták meg és a legtöbb esetben alkalmazott minta-előkészítési módszer a direkt mintafelvitel volt (2. Táblázat). Jelenleg nincs olyan specifikus fragment ion csúcs, mely 100%-os szenzitivitással és specificitással képes elkülöníteni az antibiotikum rezisztens és szenzitív törzseket.

2. táblázat: Antibiotikum rezisztencia specifikus fragment ion értékek

<i>Tanulmány</i>	<i>Faj</i>	<i>Antibiotikum rezisztencia specifikus fragment ion csúcs (m/z)</i>	<i>Vizsgált minta</i>	<i>Minta-előkészítési módszer</i>
Edwards-jones és mtsai, (2000)	<i>S. aureus</i>	2127	Ref.törzsek klinikai izolátumok	direkt mintafelvétel
Josten és mtsai, (2014)	<i>S. aureus</i>	2414	humán izolátumok	direkt mintafelvétel hangyasavval
Sogawa és mtsai, (2017)	<i>S. aureus</i>	3043	humán izolátumok	direkt mintafelvétel
Jung-min és mtsai, (2019)	<i>S. aureus</i>	4607	humán izolátumok	nincs adat
Kwon és mtsai, (2017)	<i>S. aureus</i>	5070	humán izolátumok	etanolos extrakció
Charyulu és mtsai, (2012)	<i>S. aureus</i>	6576	humán izolátumok	direkt mintafelvétel
Charyulu és mtsai, (2012)	<i>S. aureus</i>	6885	humán izolátumok	direkt mintafelvétel
Jung-min és mtsai, (2019)	<i>S. aureus</i>	9216	humán izolátumok	nincs adat
Manukumár és Umesha (2017)	<i>S. aureus</i>	9632	élelmiszerből izolált törzsek	direkt mintafelvétel hangyasavval
Kwon és mtsai, (2017)	<i>S. aureus</i>	10152	humán izolátumok	etanolos extrakció
Camara J.E. és Hays F.A. (2007)	<i>Escherichia coli</i>	29000	humán izolátum	direkt mintafelvétel
Lau A.F. és mtsai. (2014)	<i>Enterobacteriaceae</i>	11109	humán izolátum	direkt mintafelvétel
Cai J.C és mtsai. (2012)	<i>Klebsiella spp.</i>	38000, 19000		direkt mintafelvétel
Figuerola-Espinosa R., és mtsai. (2019)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Enterobacter cloacae</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Serratia marcescens</i>	28544	humán izolátum	direkt mintafelvétel

Forrás: saját szerkesztés

Néhány tanulmány az elkülönítés alapjául szolgáló specifikus fragment ion csúcsokhoz tartozó fehérjéket szekvencia alapú vizsgálatokkal határozták meg. Antiszensz RNS technológia segítségével Josten és mtsai, (2014) megállapította, hogy a 2414 m/z csúcs a PSM-mec expressziójával hozható összefüggésbe, amelynek jelenléte az antibiotikum rezisztens *S. aureus* törzsekre jellemző. Később Pranada és mtsai, (2016) igazolták is a 2414 m/z ion fragment érték alkalmazhatóságát az elkülönítésben.

3. Szekvencia típus meghatározása MALDI-TOF MS technikával

Járványügyi és epidemiológiai szempontból a patogén fajokon belül – mint a *S. aureus* vagy a *Clostridium difficile* - elkülöníthető klonális vonalak azonosítása meghatározó jelentőséggel bír. A fehérjealapú azonosítás, mint a MALDI-TOF MS technika, lehetővé teszi a klonális vonalak elkülönítését, azonban a fajok variabilitása megnehezíti a szekvencia specifikus fragment ion értékek meghatározását. A *S. aureus* faj esetében a leggyakoribb, járványügyi szempontból jelentős klonális komplexekbe (CC – clonal complex) tartozó szekvencia típusok elkülönítésére néhány tanulmány már meghatározott ilyen specifikus csúcsokat, amit a 3. Táblázat foglal össze.

3. táblázat: Szekvencia típus specifikus fragment ion értékek a *S. aureus* faj esetében

	CC	CC398								CC1			
Tanulmány	specifikus csúcs (m/z)	t011				t034				t127			
		127	146	297	136	237	034	113	126	116	121	145	329
Josten et al., 2014	3037									+	+	+	+
Josten et al., 2013													
Østergaard et al., 2018	4511	+	+	+	+	+	+	+	+				
Camoez et al., 2015	5004								+				

Forrás: Horváth B. és mtsai. 2020.

A szekvencia típusok és a MALDI-TOF MS technikával kapott tömegspektrumok elemzésével olyan markerszettek határozhatók meg, melyek lehetővé teszik a humán mintákból vagy a környezeti mintákból származó fajok szekvencia típusát.

Összefoglalás, következtetés

A fajok és alfajok elkülönítése és azonosítása, azok eltérő mértékű patogenitása és gazdaspecifitása, valamint a célzott terápia kiválasztása miatt elengedhetetlen a humángyógyászatban. A MALDI-TOF MS technika egy megbízható, gyors és költséghatékony diagnosztikai módszer, melyet ma már világszerte alkalmaznak mikroorganizmusok identifikálására. A specifikus fragment ion értékeknek köszönhetően, egy méréssel számos információhoz juthatunk a patogén törzsek tömegspektrumainak elemzése során, amely lehetővé teszi a tömeges fertőzések felismerését, a járványügyi követést és a kontaminációs források meghatározását. Továbbá, a methicillin-rezisztencia specifikus csúcsok elősegíthetik az antibiotikum rezisztens törzsek gyorsabb azonosítását, mely a betegségek prognózisában kulcsfontosságú lehet. Továbbá, a szekvencia típus specifikus biomarkerek alkalmazása elősegítheti az egyes szekvencia típusok elkülönítését és azonosítását, ezáltal lehetővé téve a törzsek epidemiológiai és evolúciós nyomonkövetését, melynek nagy népegészségügyi jelentősége van.

Jelenleg Magyarországon, néhány élelmiszervizsgáló és humán diagnosztikai laboratóriumot kivéve, elsősorban a kutatási területeken alkalmazzák a MALDI-TOF MS technikát. Ez egyfelől a beruházási költségeknek, másfelől pedig annak köszönhető, hogy nem tudják biztosítani a megfelelő kompetenciákkal rendelkező humán erőforrásokat, amely hátráltatja a módszer széleskörű elterjedését a rutin klinikai mikrobiológiában. Ennek ellenére az automatizált fehérjeelemzés, a járványtani vizsgálatok potenciális eszközévé válhat, mely kedvező hatással lenne a közegészségügyre. A megbízható és pontos identifikációhoz azonban elengedhetetlen a szoftver adatbázisának /referenciakönyvtárának folyamatos frissítése és bővítése valamint az optimális minta-előkészítési eljárások kiválasztása.

Felhasznált irodalom

1. Arbeit R. D. (1995): Laboratory procedures for the epidemiologic analysis of microorganisms. in: Murray P. R. - Baron E. J. - et al (eds): Manual of clinical microbiology. 6th ed. ASM Washington D. C. 190-208. 44.
2. Cai J.C., Hu Y.Y., Zhang R., Zhou H.W., Chen G.-X. (2012): Detection of OmpK36 porin loss in *Klebsiella* spp. by matrix-assisted laser desorption ionization time of flight mass spectrometry. *J. Clin. Microbiol.* 50:2179–2182.
3. Camara J.E., Hays F.A. (2007): Discrimination between wild-type and ampicillin-resistant *Escherichia coli* by matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry. *Anal. Bioanal. Chem.* 389:1633–1638.
4. Camoez, M. – Sierra, M. J. - Dominguez, M. A. – Ferrer-Navarro, M. – Vila, J. – Roca, I. (2015): Automated categorization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* clinical isolates into different clonal complexes by MALDI-TOF mass spectrometry. *Clinical Microbiology and Infection.* 22 (2), 161- 168.
5. Charyulu, M. E. - Gnanamani, A. – Mandal, A. B. (2012): Identification and Discrimination of Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* Strains Isolated From Burn Wound Sites Using PCR and Authentication With MALDI-TOF-MS. *Indian Journal of Microbiology.* 52(3), 337–345.
6. Creative Proteomics (2020): MALDI-TOF Mass Spectrometry. <https://www.creative-proteomics.com/technology/maldi-tof-mass-spectrometry.htm> letöltés dátuma: 2022.02.10.
7. Edwards-Jones, V. – Claydon, M. A. – Evason, D. J. – Walker, J. – Fox, A. J. – Gordon, D. G. (2000): Rapid Discrimination Between Methicillin Sensitive and Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* by Intact Cell Mass Spectrometry. *Journal of Medical Microbiology.* 49 (3), 295-300.
8. European Centre for Disease and Control (2018): Healthcare-associated infections – a threat to patient safety in Europe. <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe> letöltés dátuma: 2022.05.02.

9. European Centre for Disease and Control (2019): Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018. Surveillance report. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2018> letöltés dátuma: 2022.04.20.
10. Ferroni, A. - Suarez, S. - Beretti, J. L. - Dauphin, B. - Bille, E. - Meyer, J. - Bougnoux, M. E. - Alanio, A. (2010): Real-time identification of bacteria and *Candida* species in positive blood culture broths by matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry. *Journal of Clinical Microbiology*. 48, 1542–1548.
11. Figueroa-Espinosa R., Costa A., Cejas D., Barrios R., Vay C., Radice M., Gutkind G., Conza J. Di (2019): MALDI-TOF MS based procedure to detect KPC-2 directly from positive blood culture bottles and colonies. *J. Microbiol. Methods*. 159:120–127.
12. Horváth, B., Peles, F., Albert, E., Erős, Á., Sipos, R., Szűcs, K. D., Micsinai, A. (2020): Állati eredetű, meticillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* törzsek vizsgálata MALDI-TOF MS-módszerrel. *Magyar Állatorvosok Lapja* 142 (9), 545-551.
13. Jackson, K. A. - Edwards-Jones, V. - Sutton, C. W. - Fox, A. J. (2005) Optimisation of intact cell MALDI method for fingerprinting of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* . *Journal of Microbiological Methods*. 62, 273–284
14. Josten, M. – Dischinger, J. – Szekat, C. – Reif, M. - Al-Sabti, N. – Sahl, H. G. – Parcina, M. - Bekeredjian-Ding, I. – Bierbaum, G. (2014): Identification of Agr-Positive Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* Harbours the Class A Mec Complex by MALDI-TOF Mass Spectrometry. *International Journal of Medical Microbiology*. 304 (8), 1018-1023.
15. Josten, M. - Reif, M. - Szekat C. - Al-Sabti, N. - Roemer, T. - Sparbier, K. - Kostrzewa, M. - Rohde, H. - Sahl, H. G. - Bierbaum, 121 G. (2013): Analysis of the Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization–Time of Flight Mass Spectrum of *Staphylococcus aureus* Identifies Mutations That Allow Differentiation of the Main Clonal Lineages. *Journal of Clinical Microbiology*. 51 (6), 1809 –1817.
16. Jung-Min, K. – Inhee, K. - Chung, S. H. - Chung, Y. - Han, M. - Jaeseok, K. (2019): Rapid Discrimination of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* by MALDI-TOF MS. *Pathogens*. 8 (4), 214. 1-11.

17. Kwon, S. S. - Hong, S. K. - Sook Kim, M. - Yong, D. – Lee, K. (2017): Performance of Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization Time-of-Flight Mass Spectrometry for Rapid Discrimination of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): First Report of a Relation Between Protein Peaks and MRSA *spa* Type. *Annals of Laboratory Medicine*. 37 (6), 553–555.
18. Kyoung-Soon, J. - Young Hwan, K. (2018): Rapid and robust MALDI-TOF MS techniques for microbial identification: a brief overview of their diverse applications. *Journal of Microbiology*. 56 (4), 209–216
19. La Scola, B. (2011): Intact cell MALDI-TOF mass spectrometry-based approaches for the diagnosis of bloodstream infections. *Expert Review of Molecular Diagnostics*. 11, 287–298
20. Lau A.F., Wang H., Weingarten R.A., Drake S.K., Suffredini A.F., Garfield M.K., Chen Y., Gucek M., Youn J.H., Stock F., (2014): A rapid matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry-based method for single-plasmid tracking in an outbreak of carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae*. *J. Clin. Microbiol.* 52:2804–2812.
21. Lovász, Cs. (2014): A kémiai Nobel-díj és a *Staphylococcus aureus*. A modern tömegspektrometria szerepe a mikroorganizmusok azonosításában. *Élelmiszervizsgálati Közlemények*. 60 (4), 326-343.
22. Manukumar, H. M. – Umesha, S. (2017): MALDI-TOF-MS based identification and molecular characterization of food associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Scientific Reports*. 7, 11414 1-16.
23. Murray P. R. (2012). What is new in clinical microbiology-microbial identification by MALDI-TOF mass spectrometry. *The Journal of Molecular Diagnostics*. 14, 419–423.
24. Nagy E. - Ábrók M. - Bartha N. - Bereczki L. - Juhász E. - Kardos G. - Kristóf K. - Miszti C. - Urbán E. (2014): Mátrix-asszisztált lézer deszorpciós, ionizációs, repülési idő mérésén alapuló tömegspektrometria speciális alkalmazása a klinikai mikrobiológiai diagnosztika területén. *Orvosi Hetilap* 155 (38), 1495-1503.
25. Østergaard, C. - Møller, J. K. (2018): Subdivision of MRSA CC398 isolates using MALDI-TOF MS. *International Journal of Medical Microbiology*. 308 (4), 476-485.

26. Pranada, A. B. – Bienia, M. – Kostrzewa, M. (2016). Optimization and Evaluation of MRSA Detection by Peak Analysis of MALDI-TOF Mass Spectra, in DGHM 2016
https://www.msacl.org/view_abstract/MSACL_2017_EU.php?id=305
letöltés dátuma: 2022.02.11.
27. Schuster, D. – Rickmeyer, A. J. – Gajdiss, M. – Thye, T. - Lorenzenb, S. – Reif, M. - Jostena, M. – Szekat, C. - Melo, L. D. R. - Schmithausena, R. M. – Liégeois, F. – Sahl, H. G. – Gonzalez, J. P. J. –Nagel, M. - Bierbaum, G. (2017): Differentiation of *Staphylococcus argenteus* (formerly: *Staphylococcus aureus* clonal complex 75) by mass 130 spectrometry from *S. aureus* using the first strain isolated from a wild African great ape. *International Journal of Medical Microbiology*. 307 (1), 57-63.
28. Sogawa, K. – Watanabe, M. – Ishige, T. – Segawa, S. – Miyabe, A. – Murata, S. – Saito, T. – Sanda, A. – Furuhashi, K. – Nomura, F. (2017): Rapid Discrimination Between Methicillin-Sensitive and MethicillinResistant *Staphylococcus Aureus* Using MALDI-TOF Mass Spectrometry. *Biocontrol Science*. 22 (3), 163-169
29. Walker, J. - Fox, A. J. - Edwards-Jones, V. - Gordon, D. B. (2002): Intact cell mass spectrometry (ICMS) used to type methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* media effects and inter-laboratory reproducibility. *Journal of Microbiological Methods*. 48, 117–126

Az irányító szerep értelmezése és tényezői

Márta Erik¹

¹Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Vezetés- és Szervezéstudományi Intézet, Vezetéstudományi nem önálló Tanszék

Absztrakt

A vezetői szerepek nem mások, mint az emberek, a szervezet, illetve a környezet által megfogalmazott elvárások összessége a vezető magatartásával, viselkedésével és teljesítményével szemben. A vonatkozó kutatások bár több szempontból, megközelítésből, és összefüggésben vizsgálják a vezetői szerepeket, gyakran felhívják a figyelmet a további vizsgálatok szükségességére, és a témával kapcsolatos hiányosságokra. Kutatásaim során a Mintzberg által összeállított vezetői szerepcsoportosításból indultam ki.

Kutatásom célja megállapítani, hogy a vizsgált vezetői szerepek teljesítését és megvalósítását milyen tényezők és milyen mértékben befolyásolják. Az eredményeimből arra kívánok következtetéseket levonni, hogy a vezetői szerepek hogyan befolyásolhatók, milyen mértékben változnak, kialakulásuk és megjelenésük mennyire stabil formában valósul meg. Ennek érdekében kérdőíves kutatási módszert alkalmaztam és statisztikai elemzéssel vizsgáltam a kiválasztott vezetői szerepeket.

Ebben a tanulmányban az irányító (főnöki) szerepet értelmezem, továbbá a 119 kitöltőtől beérkező kérdőíves felmérés eredményeit mutatom be. Kutatási eredményeim alapján értékelem, hogy e szerep megvalósítását milyen tényezők, milyen mértékben befolyásolják.

Kulcsszavak: *irányító, vezető, szerep, viselkedés, teljesítmény*

Abstract

Leadership roles are nothing more than a set of expectations expressed by people, the organization, and the environment towards the leader's behavior, attitude, and performance. Although relevant research examines leadership roles from multiple perspectives, approaches, and contexts, it often draws attention to the need for further research and gaps in the topic. In my research, I started from the role grouping compiled by Mintzberg.

The aim of my research is to determine what factors influence the fulfillment and implementation of the examined leadership roles and to what

extent. From my results, I Intend to draw conclusions about how leadership roles can be influenced, to what extent they change, and how stable their formation and appearance are. To this end, I examined the selected leadership roles using a questionnaire survey and statistical analysis.

In this study, I interpret the leading role as the „leader” and present the results of a questionnaire survey from 119 respondents. Based on my research results, I evaluate the factors that influence the implementation of this role and to what extent.

Keywords: *manager, leader, role, behavior, performance*

Bevezetés

Számos elvárás definiálható a vezetési szakirodalom alapján a vezető munkájával szemben, mert sok kutatás irányul ezeknek a feltárására (Luthans és Lockwood 1984; Quinn 1988; Bass és Avolio, 1990). A vezetői szerepek nem mások, mint az emberek, a szervezet, illetve a környezet által megfogalmazott elvárások összessége a vezető magatartásával, viselkedésével és teljesítményével szemben. Mivel a külső környezet rendkívül dinamikusan változik, egyre gyorsuló ütemben, ezért a vezetői szerepek meghatározása nem könnyű dolog. A vonatkozó kutatások bár több szempontból, megközelítésből, és összefüggésben vizsgálják a vezetői szerepeket, de gyakran felhívják a figyelmet a további vizsgálatok szükségességére, és a témával kapcsolatos hiányosságokra.

Kutatásaim során a Mintzberg (1975) által összeállított szerepcsoportosításból indulok ki, és ebből választottam ki az általam vizsgált tíz vezetői szerepet: nyilvános megjelenés, információszerzés, kapcsolatteremtés- és ápolás, döntés (választás), kockázatvállalás, zavarelhárítás, erőforráselosztás, irányítás, delegálás (megbízás), tárgyalás-megegyezés.

Kutatásom célja annak megállapítása, hogy a vizsgált vezetői szerepek teljesítését és megvalósítását milyen tényezők és milyen mértékben befolyásolják. Az eredményeimből arra kívánok következtetéseket levonni, hogy a vezetői szerepek hogyan befolyásolhatók, milyen mértékben változnak, kialakulásuk és megjelenésük mennyire stabilan vannak jelen a vezetők tevékenysége során. Ennek érdekében kérdőíves kutatást alkalmaztam és statisztikai elemzéssel vizsgáltam a kiválasztott vezetői szerepeket.

Ebben a tanulmányban magyarázom az irányító (főnöki) szerepet, továbbá az eddigi vizsgálataim eredményeit mutatom be, amelyeket a 119 beérkezett és feldolgozott kérdőív adataiból állapítottam meg. A kutatás eredményei alapján vizsgálom, hogy mely tényezők, és milyen mértékben befolyásolják az irányító szerepet.

Az irányító szerep értelmezése

A vezetők tevékenysége nagyon komplex, általában több különböző tényezőtől összeálló, sokrétű kapcsolódásokkal jellemezhető. Az üzleti és szervezeti feladatok szempontjából mindent áthat, azonban nem mindig rendelkezik a vezető személy az összes tudással.

Ettől függetlenül vannak olyan nagyobb vezetői szereptípusok, amelyek különbözőek, és rendszeresen feltűnnek. Ezek között van a szervezet koordinálása és menedzselése, tárgyalások lebonyolítása, szerződések kötése az üzletfelekkel, példamutatás, konfliktusok megoldása, eredményes toborzási módszer kidolgozása, közösen a HR-részleggel. Optimális esetben a vezető mindig az elvárások, feltételek és felelőségek váltakozásához alkalmazkodva végzi tevékenységét (Kraut, Pedigo és munkatársai 2005).

A vezetés egy olyan társadalmi színterű befolyásolási folyamat, amely során a vezető a beosztottak önkéntes részvételére törekszik, a szervezeti célok megvalósítása érdekében. A vezető az a személy, aki felhatalmaz másokat, vagy befolyásolja őket, annak érdekében, hogy meghatározott célok eléréséért cselekedjenek (Omolayo 2007). Lehetővé teszi a hatékony munkavégzést a csoport tagjai között, különböző koordinációs eszközök felhasználása révén. Az egyéni, valamint kollektív erőfeszítések befolyásolása és elősegítése a közös célok realizálásában teljesedik ki. A vezetők javíthatják egy csoport, vagy szervezet eredményeit azzal, hogy olyan folyamatokra hatnak közvetlenül, melyek meghatározzák a teljesítményt. A vezetéssel kapcsolatos kutatások egyik feladata, hogy azonosítsák a magatartásnak azon aspektusait, melyek magyarázzák a vezetők hatását a csoportok, vagy szervezetek teljesítményére (Yukl 2012).

A vezetői tulajdonságokat kutató szakemberek több, mint fél évszázada próbálják azonosítani a vezetés azon aspektusait, amelyek javítják a szervezeti teljesítményt, illetve magválaszolni azt a kérdést, hogy miért sikeresebbek egyes vezetők a társaiknál. Egyértelmű válasszal még nem szolgál a széleskörű szakirodalom (Gordon és Yukl 2004). Az elmúlt fél évszázadban több ezer

tanulmány készült a vezetői viselkedésről és annak hatásairól, azonban a kutatásokhoz felhasznált viselkedési konstrukciók túlságosan változatosak, ami nagyon megnehezíti az eredmények feldolgozását, összehasonlítását és egységesítését (Bass és Bass 2008). A múltbeli kutatásokat irányító viselkedés-rendszertervek jelentős eltéréseket mutatnak a hozzájuk rendelt viselkedések számában és típusában is. Egyes taxonómiáknak csak néhány tágan meghatározott viselkedési metakategóriája, míg más taxonómiáknak több szűken meghatározott viselkedési kategóriája van. Egyes taxonómiák célja a vezetői magatartások teljes skálájának lefedése, míg mások csak az adott vezetési elméletben azonosított viselkedésformákat tartalmazzák. Egyes taxonómiák az egyes beosztottak motiválására használt vezetői magatartásokat írják le, míg más taxonómiák a csoportok vagy szervezetek vezetésére használt magatartásokat írják le (Yukl 2012).

Kuc (2016) szerint számos interjú is készült már vezetőkkel és jelöltekkel, a jelenséggel kapcsolatos ismeretek alapján a vezetés továbbra is csak hipotézis szintjén marad. A vezetéssel szemben felmerülő kognitív tehetetlenség tudományos szempontból eléggé sürgető, mert a vezetés sikerének garantálása gyakorlatilag lehetetlen, ugyanis az ehhez szükséges tényezőket sem azonosítani, sem megadni nem sikerült még teljes körűen. Tovább nehezítik a kutatásokat a XXI. században kialakult és/vagy radikálisan felgyorsuló jelenségek, mint a globalizáció, gyors technológiai fejlődés, melyek alapjaiban változtatják meg a korábban kialakult, bevett és működőképes szokásokat, módszereket.

A vezető egyik legfontosabb feladata, hogy kapcsolatokat építsen ki- és tartson a szervezet tagjaival. Folyamatosan motiválja és felkészítse őket a szervezetet érő problémák megoldására, megelőzésére. A vezetőnek el kell nyernie a beosztottak bizalmát, mert azok az alkalmazottak, akik megbíznak vezetőjükben, nagyobb biztonságban tudják magukat abban az értelemben, hogy a vezető meghallgatja őket, ezzel serkentve a véleményük kinyilvánítását. A beosztottak gondolatai és ötletei a munkahelyi problémákról, a szükséges változtatásokról nagyon fontosak, mert magukban hordozzák a szervezet optimális működésének alapfeltételeit. Ha viszont nincs meg a bizalom a vezetőjük felé, akkor a kritikus munkahelyi ügyekkel kapcsolatos aggodalmaik és javaslataik csak kis eséllyel kerülnek megoldásra, hátráltatva ezzel a szervezet összhangjának kialakulását (Gao, Janssen és Shi 2011).

A vezetőnek továbbá strukturálnia, valamint felügyelnie is kell a dolgozók fejlődését. Mindezekhez inspirálnia, kell őket, és gondot fordítani a fejlesztésre, ami lehetővé teszi mind az alkalmazottak, mind pedig az egész szervezet kiegyensúlyozott és hatékony működését (Peaucelle és Guthrie 2012). A vezetők szerepe nem merül ki annyiban, hogy az embereket és az erőforrásokat irányítása, csoportosítsa és ellenőrizze, a kívánt célok elérése érdekében. Az igazi vezetők az interakciók és kapcsolatok különböző szintjein vonják be az embereket. Ezek a vezetők arra összpontosítanak, hogy inspirálják közös jövőképpel, küldetéssel és értékekkel az alkalmazottakat, bátorítják őket, hogy minden készségüket és energiájukat hasznosítsák a fontos eredmények eléréséhez. A sikeresen szervezettek vezetői olyan szervezeti légkört ösztönöznek, amely hasznosítja az alkalmazottak természetes energiáját, kreatív szellemét és alkotásra irányuló vágyát (Soken és Barnes 2014).

A Mintzbergi szereptipológia egyértelműen értelmezi a szerepeket, de a fordítások és különféle hivatkozások a "leader" szerepet bizonytalanul kezelik a magyar értelmezés során. Az angolul definiált személyközi (interpersonal) vezetői szerepek között lévő "leader", illetve a magyar értelmezés szerinti "vezető" nem egyértelmű, mert így a "leader" a fordítást követően "vezetői vezetői szerep"-ként disszonál. Értelmezésem szerint a főnöki szerepnek is fordított "leader" az emberek magatartásának és viselkedésének befolyásolására irányul, ami a hozzáállásukat, tevékenységeiket a szervezeti folyamatokkal és célokkal kompatibilis módon hozza összefüggésbe. Ez a szerep inkább jelenti a szervezeti tagok tevékenységének irányítását, tehát találhatóbb, kifejezőbb elnevezés az irányító szerep, mint a főnöki.

Tehát a „leader” szerep az az irányítói szerep, amely az emberek magatartását módosítja a szervezeti célok elérése érdekében.

Vizsgálatok anyaga és módszere

A kutatás többlépcsős, vegyes módszertanú, feltáró jellegű keretek között történt. Az irodalmi feldolgozás a téma jelentőségének kifejtésére, és problémáinak bemutatására fókuszált. Tisztázom a vezetői szerep fogalmát, és értelmezem az irányítói szerep tartalmát. Az empirikus vizsgálatom azokra a vezetői szerepekre irányul a Mintzbergi tipológia alapján, amelyek egyértelműen beazonosíthatók a modern, XXI. századi gazdasági szervezetek vezetőinél.

A módszertan alapját kvantitatív elemek felhasználása képezi, egy saját szerkesztésű kérdőív, ami egyúttal a primer vizsgálati módszertani alapja. A kvantitatív kutatás célja, hogy a vezetői szerepeket befolyásoló tényezők listájából létrehozzak egy szűkített, egyértelműen a vezetői szerepekre jellemző csoportot. A fő kérdés, hogy fellelhető-e valamilyen szabályszerűség a jellemző tulajdonságok és viselkedési-magatartási mintázatok között, és, hogy vannak-e eltérő mintázatok, amelyek a vezetők megfigyelhetők, hatnak-e az irányítás folyamatára?

A primer kutatás első lépéseként egy általános kérdőívet állítottam össze, melynek alapját a Mintzberg (1975) által megfogalmazott vezetői szerepek képezik. Ezt megelőzően széleskörű szakirodalomelemzést végeztem, hogy megállapíthassam a vezetési szerepek legfontosabb elemeit. Minden szerepet olyan 8-12 szereptényezőre bontottam, amelyek az irodalmi források alapján feltétlenül szükségesek egy-egy adott szerep kialakulásában. A jelenlegi tanulmány az irányító (főnöki) vezetői szerepet vizsgálja, amit a következő szereptényezőkre bontottam fel: Vezetői alkalmasság; Jutalmazás alkalmazása; Büntetés alkalmazása; Rendelkezés; Szervezés; Ellenőrzés; Vezető részvétele a megvalósításban; Feladatok megosztása; Célratörés.

A szereptényező lebontásban egy Likert típusú, 1-5-ig terjedő (Nem; Gyengén; Közepesen; Erősen; Maximálisan) skála mentén értékelték a kitöltők, hogy egy-egy adott tényező milyen mértékben vesz részt a szerep kialakulásában. A validitás érdekében minden esetben adott egy "Nincs válasz" opció is, így elkerülhető, hogy olyan faktorról nyilatkozzon valaki, amivel kapcsolatban nincs tapasztalata, vagy kialakult véleménye.

A kérdőív továbbá alkalmas a kitöltők különböző demográfiai adatainak a felvételezésére is (nem, kor, munkatapasztalat, szervezetben elfoglalt pozíció, pozíció betöltésének hossza, gazdasági szervezet típusa, beosztottak száma, stb.). A kérdőívet összeállítása után két alkalommal is pilot tesztnek vettem alá (mindkét esetben 20-20 kitöltéssel), hogy meggyőződhessenek arról, hogy a jövőbeli kitöltők ténylegesen azt értik-e a kérdések alatt, amire választ szeretnének kapni. A kérdésekkel kapcsolatban korrekciós javaslatokat kaptam, amiket megalapozottnak találtam, és a javítás megtörtént. A 2. pilot teszt során, már nem kaptam javaslatokat, így a kérdőív különböző csoportokban (KKV üzleti kapcsolatépítő csoport, DE-HALLGATÓK, stb.), ismeretségi körömben, valamint egyetemi hallgatók bevonása által került kitöltésre. A jelenleg 119 kitöltőből álló minta adatait IBM SPSS Statistics 25 programmal dolgoztam fel. A "Nincs válasz" jelöléseket minden esetben -99-re írtam át, és

a statisztikai számítások során nem vettem figyelembe, így a teljes elemszám ennek függvényében változott. Leíró statisztikához átlagot és mediánt számoltam.

A valószínűségi változók közötti kapcsolatot nemparametrikus módszerrel, Spearman-rho rangkorrelációval (rangkorrelációs együttható) vizsgáltam. Chi-négyzet próbával (keresztáblás analízis) végeztem a vizsgált változók közötti gyakorisági eloszlás kapcsolatát.

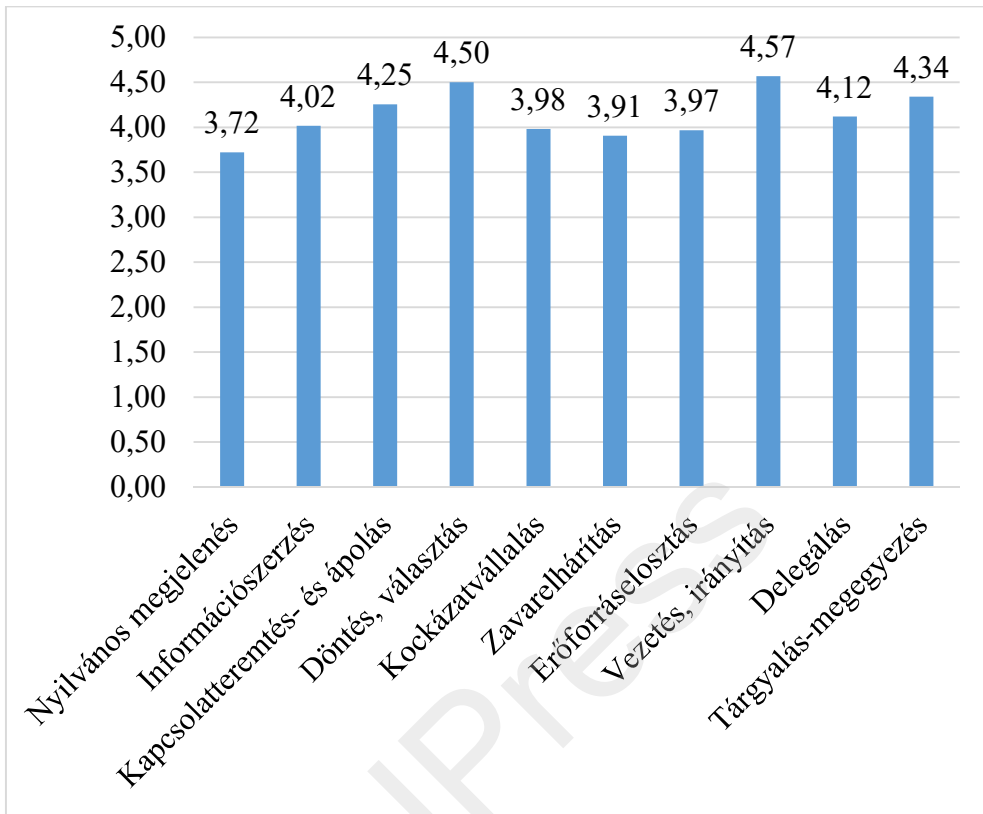
A felsorolt vizsgálatokat elvégeztem, de terjedelmi korlátok indokán csak azokat mutatom be és értékelem, melyek megalapozták megállapításaimat és következtetéseimet.

A teljes mintáról elmondható, hogy a 119 kitöltő nemi felbontásban 30,3%-ban férfiakból, és 69,7%-ban nőkből áll. Egyetemi végzettséggel 17,6%-uk rendelkezik, főiskolaival 28,6%-uk, a kitöltők közel felének középiskolai végzettsége van (49,6%), szakképzésben mindössze 4,2%-uk vett részt, és legmagasabbként az általános iskolai végzettséget senki sem jelölte meg. 64,7%-ban beosztottak, míg 35,3%-ban vezetők (alsó-, közép-, vagy felsőszintű) voltak a kitöltők. Korcsoportok alapján kisebb eltérések adódtak, a fiatal korosztály (18-25 év) 34,5%-ban, a közép korosztály (26-39 év) 35,3%-ban, az idősebb korosztály (40+ év) pedig 30,3%-ban képviselte magát.

Vizsgálati eredmények bemutatása és értékelése

A kérdőíves felvételezés során először azt vizsgáltam, hogy a kitöltők milyen fontosnak ítélik meg a felsorolt szerepeket. A feltett kérdésre: "Kérem, minősítse saját tapasztalatai alapján, hogy az alábbi szerepek milyen mértékben jellemzik a vezető munkáját." 1-5 ig (nem, gyengén, közepesen, erősen, maximálisan) értékelhették a felsorolt szerepeket, és a "nincs válasz" lehetősége is adott volt. A vizsgálat eredményeit az 1. ábrán mutatom be.

1. ábra: Vezetői szerepek értékelésének átlaga (N=119)



Forrás: Saját vizsgálat 2022

Az összesítés alapján, a 119 személyből 73-an (61,3%) a "Maximálisan" opciót jelölte meg, 32-en (26,9%) az "Erősen" opciót, míg 14-en (11,8%) a "Közepesen", vagy "Gyengén" opciókat. A vezető tehát, a felmérés alapján nagyon szoros kapcsolatban kell, hogy legyen az irányítással. Mivel a vezetői szerepek is elvárások, melyek a szűkebb, vagy tágabb környezet fogalmaz meg, ezért elmondható, hogy a kitöltők közel 88%-a maximálisan, vagy erősen társítja az irányítás fontosságát a vezető által végzett tevékenység során.

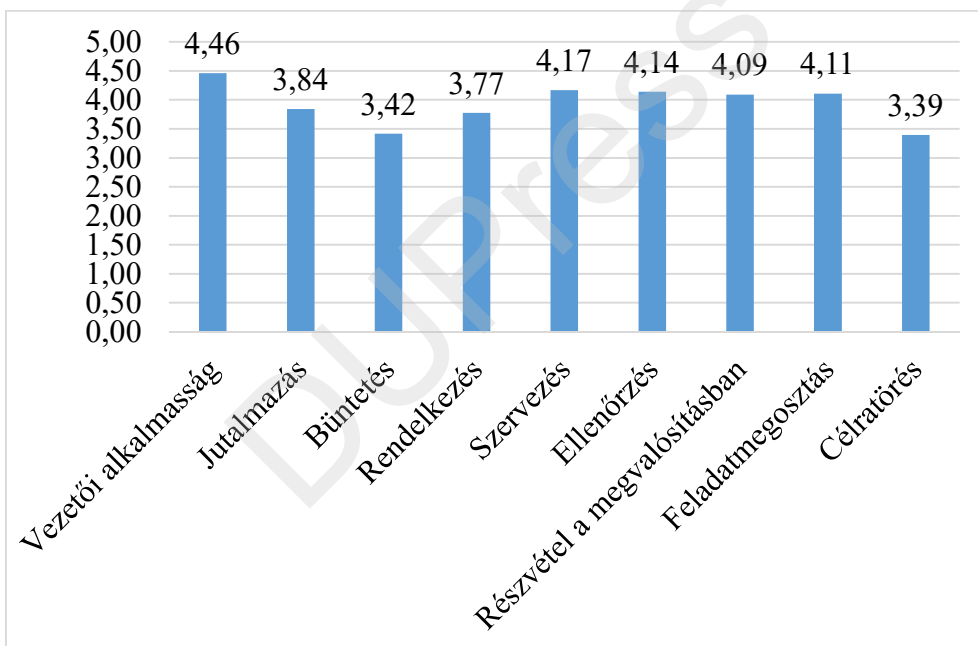
Átlag értékeket tekintve a vezetés, irányítás kapta a legnagyobb pontszámot, 4,57-es átlagértékkel, ezt követte a döntés, választás szerep (4,50), majd a tárgyalás, megegyezés (4,34), a kapcsolatteremtés- és ápolás (4,25). A delegálás (4,12) és az információszerzés átlagos pontozása alapján még a vezetői munkát erősen jellemző, 4-es érték felett vannak, de a kockázatvállalás (3,98), erőforráselosztás (3,97), valamint a zavarelhárítás (3,91) már mind a 4-

es érték alá ment. A legkevésbé fontosnak a nyilvános megjelenés szerepét tulajdonították (3,72).

A különböző szerepek fontosságának megítélése között tehát eltérések adódtak, és bár az összes felsorolt szerep elengedhetetlen része a vezető munkájának, de ez nem jelenti azt, hogy azonos erősségben és gyakoriságban jelennek meg a vezetői tevékenységek során.

A kérdőíves felmérés jelenlegi feldolgozása során elsősorban arra koncentráltam, hogy a legmagasabbra értékelt, irányító (főnöki) szerep (4,57; 1. ábra), általam meghatározott szereptényezőit milyen fontosnak minősítik az irányító (főnöki) szerep kialakulásában (2. ábra).

2. ábra: Az irányító (főnöki) szerep tényezőinek értékelésének átlagai (N=119)



Forrás: Saját vizsgálat, 2022

A 2. ábrán látható, hogy a kitöltők (N=119) átlagosan 4,46-os értékkel minősítették a vezetői alkalmasságot, ami így a felsorolt tényezők közül a legnagyobb mértékben felelős az irányító (főnöki) szerep kialakulásában. A vezetői alkalmassága abban nyilvánul meg, hogy milyen mértékben képes a csoport mozgását egy közös cél vagy célkitűzés felé mozdítani (House és Podkasoff 1994). Közel azonosan értékelték a szervezést (4,17), ellenőrzést

(4,14), feladatmegosztás (4,11), illetve a megvalósításban való részvétel (4,09) szereptényezőket. A jutalmazást (3,84) és a rendelkezést (3,77) közepesen erősnek ítélték meg a többi szereptényezőhöz viszonyítva, míg a legkevésbé fontosnak a büntetés alkalmazását (3,41), valamint a célratörést (3,39) tartották a legkevésbé fontosnak az irányító (főnöki) szerep kialakulásához.

A célratörés alacsony értékelése a szakirodalmi forrásokkal ellentétes, ugyanis a célorientáció az egyén hajlamát jelenti a bizonyos típusú célok kitűzésére, és megvalósítására az adott helyzetekben (Dweck 1986). Ennek összefüggése szoros az irányítással, ami a résztvevők viselkedésének, cselekedeteinek, magatartásának befolyásolásában érvényesül (Dweck 1986; Dweck és Leggett 1988; Elliott és Dweck 1988; Farr, Hofmann és Ringenbach 1993; Brett és VandeWalle 1999).

A felsorolt tényezők között tehát, csak úgy, mint a különböző vezetői szerepeknél (1. ábra), szintén eltérések adódtak a kitöltők szempontjából, itt azonban (2. ábra) a vezetői alkalmasság, valamint a célratörés között több, mint egy egész pont az eltérés az átlagértékek között. A szakirodalmi forrásokkal ellentétesen, a célratörés a legkevésbé fontos az irányító (főnöki) szerep kialakulásához, és a büntetés alkalmazását is fontosabbnak ítélték meg. A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a megkérdezettek a legfontosabb szereptényezőnek ítélték a vezetői alkalmasságot.

Arra a kérdésre, hogy a vezetés és irányítás milyen mértékben jellemzi a vezető munkáját, valamint az irányító (főnöki) szerep tényezőinek fontossága eltérő értékeket kap-e a kitöltő neme, szervezetben betöltött pozíciója, életkora, vagy iskolai végzettsége alapján, keresztábra analízis elvégzésével, Khí-négyzet próbával kerestem a választ. Eredményképpen elmondható, hogy a felsorolt demográfiai tényezők alapján nincs szignifikáns összefüggés a különböző változók között, mert minden esetben nagyobb volt a Khí-négyzet próba p-értéke, mint a 0,05-ös szignifikancia szintje.

A kutatásom alapján az irányító (főnöki) szerep, valamint szereptényezőinek értékelése nem hozható összefüggésbe a kitöltők nemével, szervezetben betöltött pozíciójával, életkorával és iskolai végzettségével sem, mert a tényleges, valamint a várható értékek közel azonosak voltak, minden esetben. Az a következtetés vonható le, hogy az irányítói vezetői szerepet a vizsgált minta minden csoportja egyformán fontosnak ítélte meg.

A rangkorrelációs együtthatók megállapításához Spearman-rhó tesztet alkalmaztam. Az eredményközlő táblázatban szürke színnel jelöltem meg a szignifikáns kapcsolatot mutató értékeket (1. táblázat, melléklet). A ”*” jelölt

eredmények szignifikánsak a 0,05-ös szinten, míg a ”***” jelölt eredmények szignifikánsak a 0,01-es szinten. A rangkorreláció célja, hogy a különböző változók közötti kapcsolatot tárja fel, tehát, hogy az egyik változó növekedése, vagy csökkenése esetén a másik változó növekedik-e vagy csökken-e. Látható a mellékelt, 1. táblázatban, hogy az a kitöltő, aki az irányítást magasabbra értékelte, hajlamosabb volt a vezetői alkalmasságot (0,205), a jutalmazást (0,207), a büntetést (0,339), a rendelkezést (0,306), a szervezést (0,272), az ellenőrzést (0,291), a feladatmegosztást (0,318) és a célratörést (0,387) is magasabbra értékelni.

A vezetői alkalmasságot vizsgálva szignifikáns kapcsolat állapítható meg a jutalmazással (0,371), büntetéssel (0,229), rendelkezéssel (0,257), szervezéssel (0,412), részvétellel a megvalósításban (0,296), feladatmegosztással (0,250) és a célratöréssel (0,237) kapcsolatban is. A jutalmazás értékelése szignifikáns kapcsolatot mutatott a büntetéssel (0,498), rendelkezéssel (0,375), szervezéssel (0,436), ellenőrzéssel (0,253), részvétellel a megvalósításban (0,362), feladatmegosztással (0,326) és a célratöréssel (0,335) egyaránt.

A büntetés alkalmazása szignifikáns kapcsolatban áll a rendelkezéssel (0,563), szervezéssel (0,280), ellenőrzéssel (0,486), részvétellel a megvalósításban (0,262), feladatmegosztással (0,216) és a célratöréssel (0,345). A rendelkezés kapcsolata szignifikáns a szervezéssel (0,522), ellenőrzéssel (0,478), részvétellel a megvalósításban (0,201), feladatmegosztással (0,330) és a célratöréssel (0,314),

A szervezés kapcsolata szignifikáns az ellenőrzéssel (0,501), részvétellel a megvalósításban (0,424), feladatmegosztással (0,510) és a célratöréssel (0,255). Az ellenőrzés kapcsolata szignifikáns a részvétellel a megvalósításban (0,365), a feladatmegosztással (0,324) és a célratöréssel (0,467). A megvalósításban való részvétel mutatja a legszorosabb összefüggést a feladatmegosztással (0,594), valamint szignifikáns kapcsolatban áll a célratöréssel (0,382). A feladatmegosztás pedig szignifikáns kapcsolatban áll a célratöréssel (0,351).

A mellékelt táblázat (1. táblázat) alapján elmondható, hogy a kitöltők értékelése szerint az irányító (főnöki) szerep minden esetben szignifikáns kapcsolatban áll az összes, általam meghatározott szereptényezőivel, továbbá minden szereptényező szignifikáns kapcsolatban áll az összes egyéb szereptényezővel. A leggyengébb kapcsolat a szervezetben betöltött pozíció, és a rendelkezés között figyelhető meg, azonban a szervezetben betöltött

pozíció ezen kívül sem az irányító (főnöki) szereppel, sem pedig egyetlen más szereptényezővel nem hozható kapcsolatba. A legerősebb szignifikáns kapcsolat a megvalósításban való részvétel, illetve a feladatmegosztás között mutatható ki, 0,598-as p-értékkel, ami erős közepes kapcsolatnak nevezhető (De Winter, Gosling és Potter 2016). Szintén közepesen erősnek mondható a további négy kapcsolat is: a büntetés alkalmazása a rendelkezéssel (0,563), a rendelkezés kapcsolata a szervezéssel (0,522), a szervezés kapcsolata a feladatmegosztással (0,511), illetve a szervezés kapcsolata az ellenőrzéssel (0,501).

Következtetések

Az irányító szerep az emberek magatartásának és viselkedésének befolyásolását jelenti, mely során a résztvevők hozzáállását, tevékenységeit hozza összefüggésbe a szervezeti folyamatok és célok realizálásával, ezért a „leader” vezetői szerep értelmezhető magyar nyelven ”irányító” vezetői szerepként.

A különböző vezetői szerepek fontosságának megítélései között eltéréseket mutattam ki. A vezetői szerepek közé sorolható irányítói szereppel kapcsolatban megfogalmazott környezeti elvárások a legjelentősebbek, ugyanis a kitöltők 88%-a maximálisan, vagy erősen társítja az irányítás fontosságát a vezető által végzett tevékenységhez. Az irányításhoz tartozik a dolgozók fejlődésének strukturálása és ellenőrzése, inspirálás, az alkalmazottak és a szervezet kiegyensúlyozott és hatékony működéséhez szükséges kapcsolat kiépítése (Peaucelle és Guthrie 2012).

Az irányító (főnöki) szerep tényezői közül a vezetői alkalmasságot jelölték a kitöltők a legfontosabbnak, azonban erősen társítják az ellenőrzést is az irányítás kialakulásához. A legkevesebb átlagos pontszámot a célratörés kapta, ami a szakirodalmi forrásokkal ellentétben, ugyanis a célorientáció az egyén hajlamát jelenti a bizonyos típusú célok kitűzésére, és megvalósítására az adott helyzetekben (Dweck 1986). Az összefüggés tehát szoros az irányítással, ami a résztvevők viselkedésének, cselekedeteinek, magatartásának befolyásolásában érvényesül (Dweck 1986; Dweck és Leggett 1988; Elliott és Dweck 1988; Farr, Hofmann és Ringenbach 1993; Brett és VandeWalle 1999).

A keresztábra analízis során megállapítottam, hogy az irányító (főnöki) szerep, valamint szereptényezőinek értékelése nem hozható összefüggésbe a kitöltők nemével, szervezetben betöltött pozíciójával, életkorával és iskolai

végzettségével sem, mert a tényleges, valamint a várható értékek közel azonosak voltak, minden esetben. Az irányítói vezetői szerepet a vizsgált minta minden csoportja egyformán fontosnak ítélte meg.

A kitöltők értékelése szerint az irányító (főnöki) szerep minden esetben, pozitív kapcsolatban (gyenge vagy közepes) áll az összes, általam meghatározott szereptényezőivel.

Továbbá minden szereptényező pozitív kapcsolatban áll az összes egyéb szereptényezővel. Ezek a kapcsolatok többnyire gyengék, de néhány esetben (büntetés a rendelkezéssel, rendelkezés a szervezéssel, szervezés az ellenőrzéssel és feladatmegosztással, a feladatmegosztással a megvalósításban való részvétel) közepesen erős kapcsolat van a szereptényezők között.

Felhasznált irodalom

1. Bakos Csaba Attila (2015): Hagyományostól eltérő hadviselés, hagyományostól eltérő vezetésszemlélet, Társadalom és Honvédelem, 19(3), 41-52.
2. Bass, B. M; Bass, R. (2008): Handbook of leadership: Theory, research, and application. New York, Free Press.
3. Brett, J. F; VandeWalle, D. (1999): Goal orientation and goal content as predictors of performance in a training program. Journal of Applied Psychology. 84(6). 863–873.
4. De Winter, J. C. F; Gosling, S. D; Potter, J. (2016): Comparing the Pearson and Spearman correlation coefficients across distributions and sample sizes: A tutorial using simulations and empirical data. Psychological Methods, 21(3). 273-290.
5. Dweck, C. S. (1986): Motivational processes affecting learning. American Psychologist, 41(10). 1040-1048.
6. Dweck, C. S, Leggett, E. L. (1988): A social-cognitive approach to motivation and personality, Psychological Review, 95(2), 256-273.
7. Elliott, E. S, Dweck, C. S. (1988): Goals: An approach to motivation and achievement, Journal of Personality and Social Psychology, 54(1), 5-12.
8. Farr, J. L; Hofmann, D. A; Ringenbach, K. L. (1993): Goal orientation and action control theory: Implications for industrial and organizational psychology, International review of industrial and organizational psychology, 8(2). 193-232.

9. Gao, L; Janssen, O; Shi, K. (2011): Leader trust and employee voice: The moderating role of empowering leader behaviors, *The Leadership Quarterly*, 22(4). 787-798.
10. Gordon, A; Yukl, G. (2004): The future of leadership research: Challenges and opportunities. *German Journal of Human Resource Management*, 18(3). 359-365.
11. House, R. J; Podsakoff, P. M. (2013): Leadership effectiveness: Past perspectives and future directions for research, In *Organizational behavior*, 55-92.
12. Kraut, A. I; Pedigo, P. R; McKenna, D. D; Dunnette, M. D. (2005): The role of the manager: What's really important in different management jobs, *Academy of Management Perspectives*, 19(4), 122-129.
13. Kuc B.R. (2016): *Paradoksy przywództwa: Od szamana do skowmana*, Wyd. Ementor.
14. Mintzberg, H. (1975): The manager's job: Folklore and fact, *Harvard business review*, 53(4).
15. Omolayo, B. (2007): Effect of leadership style on job-related tension and psychological sense of community in work organizations: A case study of four organizations in Lagos State4 (2). 30-37.
16. Peaucelle, J. L; Guthrie, C. (2012): The private life of Henri Fayol and his motivation to build a management science, *Journal of Management History*, 18(4). 469-487.
17. Soken, H. N; Barnes, K. B. (2014): "What kills innovation? Your role as a leader in supporting an innovative culture", *Industrial and Commercial Training*, 46(1). 7-15.
18. Yukl, G. (2012): Effective Leadership Behavior: What We Know and What Questions Need More Attention, *Academy of Management Perspectives*, 26(4). 66-85.

Melléklet

1. táblázat: Az irányító (főnöki) szerep, és tényezőinek kapcsolata

		Correlations									
		Irányítás	Vezetői alkalmasság	Jutalmazás	Büntetés	Rendelkezés	Szervezés	Ellenőrzés	Részvétel a megvalósításban	Feladatmegosztás	Célrátörés
Irányítás	Corr. Coeff.	1,000	,205*	,207*	,339**	,306**	,272**	,291**	,188*	,318**	,387**
	N	118	118	118	117	114	118	118	118	118	118
Vezetői alkalmasság	Corr. Coeff.	,205*	1,000	,371**	,229*	,257**	,412**	,195*	,296**	,250**	,237**
	N	118	119	119	118	115	119	119	119	119	119
Jutalmazás	Corr. Coeff.	,207*	,371**	1,000	,498**	,375**	,436**	,253**	,362**	,326**	,335**
	N	118	119	119	118	115	119	119	119	119	119
Büntetés	Corr. Coeff.	,339**	,229*	,498**	1,000	,563**	,280**	,486**	,262**	,216*	,345**
	N	117	118	118	118	115	118	118	118	118	118
Rendelkezés	Corr. Coeff.	,306**	,257**	,375**	,563**	1,000	,522**	,478**	,201*	,330**	,314**
	N	114	115	115	115	115	115	115	115	115	115
Szervezés	Corr. Coeff.	,272**	,412**	,436**	,280**	,522**	1,000	,501**	,424**	,510**	,255**
	N	118	119	119	118	115	119	119	119	119	119
Ellenőrzés	Corr. Coeff.	,291**	,195*	,253**	,486**	,478**	,501**	1,000	,365**	,324**	,467**
	N	118	119	119	118	115	119	119	119	119	119
Részvétel a megvalósításban	Corr. Coeff.	,188*	,296**	,362**	,262**	,201*	,424**	,365**	1,000	,594**	,382**
	N	118	119	119	118	115	119	119	119	119	119
Feladatmegosztás	Corr. Coeff.	,318**	,250**	,326**	,216*	,330**	,510**	,324**	,594**	1,000	,351**
	N	118	119	119	118	115	119	119	119	119	119
Célrátörés	Corr. Coeff.	,387**	,237**	,335**	,345**	,314**	,255**	,467**	,382**	,351**	1,000
	N	118	119	119	118	115	119	119	119	119	119

Forrás: Saját szerkesztés, 2022.

*. A korreláció szignifikáns a 0.05-ös szinten

** . A korreláció szignifikáns a 0.01-es szinten

Várandósok egészségmagatartása az észak-alföldi régióban a pandémia idején

Molnárné Grestyák Anita¹, Gebriné Dr. Éles Krisztina², Barabás Ágota³,
Kruták Nikoletta⁴, Dr. Takács Péter⁵,
Jávorné Dr. Erdei Renáta⁶

^{1,2}*Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Ápolási és Szülésznői nem önálló Tanszék, Nyíregyháza*

^{3,4,6}*Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védnői és Módszertani és Prevenációs nem önálló Tanszék, Nyíregyháza*

⁵*Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Egészségügyi Informatikai nem önálló Tanszék, Nyíregyháza*

Abstract

On March 11, 2020, the WHO announced the outbreak of the pandemic caused by the virus spread. Most of the expectant mothers infected by the coronavirus, survived with mild symptoms, but there are some cases where it causes such severe symptoms that intensive care becomes necessary. In order to curb the spread of the virus, new directions had to be found in the health care system, and telemedicine gained ground, so we considered it important to know how open pregnant women are to telemedicine services. Furthermore, our aim is to find out how the health behavior of pregnant women changed their attitudes towards vaccination with the appearance of the virus. In a cross-sectional study, we tried to map the opinion of pregnant women living in the Northern Great Plain region in the epidemiological situation caused by the Covid-19 virus. Preliminary results from 602 questionnaires returned during the research show that 79% of pregnant women rated their own health as the best or very good, but there are still people who do not have sufficient knowledge about appropriate health behaviors in the current epidemiological situation. Only 10% of respondents had a vaccination and 24% have not yet made a decision on whether they want to be vaccinated. The results show that pregnant women are distrustful of telemedicine. With the results of the research, we are expected to gain insight into the fears of pregnant women about Covid-19 infection, deficiencies in prevention, and attitudes towards vaccination, which contribute to the development of pregnant women's health behaviors.

Keywords: *pregnant, health, health behavior, Covid-19*

Absztrakt

A WHO 2020. március 11-én hirdette ki a világjárvány megjelenését. A koronavírussal fertőzött kismamák többsége enyhe tünetekkel vészeli át a megbetegedést, de néhány esetben van, amikor olyan súlyos tüneteket okoz, hogy intenzív ellátás válik szükségessé. A vírus terjedésének megfékezésére új irányokat kellett találni az egészségügyi ellátórendszerben, teret kapott a távorvoslás, így fontosnak tartottuk tudni, hogy mennyire nyitottak a várandósok a telemedicinális szolgáltatásokra. Továbbá célunk, hogy megismerjük, hogyan változott a várandósok egészségmagatartási szokása, védőoltással kapcsolatos attitűdje a vírus megjelenésével.

Egy keresztmetszeti vizsgálat során saját szerkesztésű kérdőív segítségével az észak-alföldi régióban élő várandósok véleményét igyekeztünk feltérképezni a Covid-19 vírus okozta járványügyi helyzetben. A kutatás során visszaérkezett 602 kérdőív előzetes eredményei alapján elmondható, hogy a saját egészségét a várandósok 79%-a leginkább jónak, illetve nagyon jónak ítélte meg, de még mindig akadnak olyan gravidák, akik nem rendelkeznek kellő ismeretekkel a jelenlegi járványügyi helyzetben megfelelő egészségmagatartással kapcsolatosan. Védőoltással csak a kitöltők 10%-a rendelkezett, 24%-uk pedig még nem hozta meg a döntését arra vonatkozóan, hogy szeretné-e igénybe venni a védőoltást. Az eredmények alapján a várandósok bizalmatlanok a telemedicinával kapcsolatosan. A kutatás eredményeinek birtokában várhatóan rálátást kapunk a várandósok Covid-19 fertőzéssel kapcsolatos félelmeire, a megelőzés terén fennálló hiányosságokra, az oltással szembeni attitűdre is, melyek hozzájárulnak a várandósgondozás fejlesztéséhez, a várandósok egészségmagatartásának fejlesztéséhez.

Kulcsszavak: várandós, egészség, egészségmagatartás, Covid-19

Ez a tanulmány a 2021. november 19-én a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából megrendezett „Tudomány: iránytű az élhető jövőhöz” című interdiszciplináris online konferencián elhangzott előadás alapján jött létre/készült.

Bevezetés

A 2014-ben megjelent 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet alapján a várandósgondozás olyan összetett egészségügyi szolgáltatás, amely a védőnő, a házi orvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő, valamint a várandós együttműködésén alapul. A rendelet 5. alpontja alapján a várandósgondozás szerves részét képezi a tanácsadás, és az egészséges életmód kialakítására való ösztönzés. A várandósgondozás résztvevői kiemelt figyelmet fordítanak a várandósok egészséges táplálkozására, tájékoztatják a várandóst a várandósság alatt követendő egészséges életmódról, a fizikai aktivitás és mozgás jótékony hatásairól, egyéb egészségmagatartási tényezőkkel kapcsolatos informálást végeznek, szülésre felkészítő programokat javasolnak és felkészítik a várandóst a szülésre és az újszülött fogadására (2014/26 EMMI rendelet a várandósgondozásról). A jelenlegi pandémiás helyzetben ez kiegészül a Covid-19 vírusfertőzés megelőzésének prevenciójával, a védőoltással kapcsolatos információátadással, ráadásul sokszor a gondozás nem minden esetben személyes konzultációval, hanem távorvoslás formájában valósul meg.

Egészségmagatartás a várandósság alatt

Az egészségmagatartás mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség fejlesztéséhez. A 2014-ben végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei alapján a fejlett országokban a főbb egészséggel kapcsolatos problémákat elsősorban a krónikus, nem fertőző betegségek okozzák, és a vezető halálokok következtében bekövetkező halálozásokért leginkább az egyén saját egészségmagatartása felelős, amely megváltoztatható (KSH 2018). Az egészségmagatartást mindenhol jelentősen eltérőnek találjuk a társadalmi rétegződés különböző szintjein, befolyásolja az iskolai végzettség, az életkor, a szociális helyzet, demográfiai státusz és az egészséggel kapcsolatos attitűd (Boros 2019). Az elmúlt években megjelent vizsgálatok eredményei bizonyították, hogy az alacsony születési súlyt és a koraszülést – az anyai életmódtényezőkön kívül – szignifikánsan befolyásolja az anya társadalmi-pozíciója.

Ezek alapján hatással bírnak olyan rétegeképző változók, mint például az anya alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzete, a foglalkoztatottsága, jövedelme, iskolázottsága (Moravcsik-Kornyicki 2021).

Fiatal felnőttkorban a tudatos gyermekvállalás gyakorlatának terjesztése fontos célkitűzés a prevencióval foglalkozó szakemberek körében. Nem

elegendő a szülésre és szülői szerepre felkészülni, a fogantatás körülményeit is lehet javítani. A családtervezés eszközei abban segítenek, hogy a leendő szülőket ért károsító hatások már a tervezett fogantatás előtti hónapokban minimális szintre korlátozódjanak. Már régóta az egészségpolitika legfőbb célkitűzései között szerepel a várandósgondozás átalakítása, annak érdekében, hogy a rizikóval szövődött várandósságok száma csökkenjen, hogy megvalósulhasson minden gyermek esetében az, hogy egészségesen szülessen meg, továbbá a várandósok egészségesen éljék meg a várandósság, a szülés és gyermeknevelés időszakát (Fogarasi-Grenczer 2015).

A várandósság alatti egészség kiemelten fontos, mivel hatással van a gyermekágyas idősakra és a szülés utáni idősakra, az édesanya későbbi állapotára, ezáltal közvetve befolyásolja a szülés utáni gyermekellátást, a munkába állást, az anya-gyermek kapcsolatot is.

Egy 2021-es kutatás alapján az édesanyák a gyermek életének első 3 évében aktívan szeretnének részt venni, de sajnos ezt sokszor megnehezíti a munka és a családi élet közötti konfliktus, túlterheltség, és stressz, és ezt hátrányosan befolyásolhatja a várandósság alatti nem kielégítő egészségi állapot (Rusinné Fedor, Toldi 2017).

A várandósság egy különleges időszak egy nő életében, mivel teste átalakul és felkészül arra, hogy egy új életet hozzon a világra. Ezért is nevezhetjük ezt a periódust egy izgalommal, boldog várakozással teli „áldott” állapotnak. Sajnos az utóbbi időben ezt az időszakot beárnyékolja egy világméretű pandémiát okozó kórokozó, a koronavírus megjelenése, bizonytalanságot és aggodalmat hozva a várandósok életébe.

A Covid-19 vírus tünetei és lefolyása

A SARS-CoV-2 nevet viselő koronavírus okozza a köznyelvben gyakran emlegetett Covid-19 megbetegedést, mely a légzőszervet és a légutakat érintő betegség. A World Health Organization (továbbiakban: WHO) 2020. március 11.-én hirdette ki a világjárvány megjelenését, melyet a vírus gyors terjedése eredményezett.

A statisztikák azt mutatják, hogy a jelenlegi járvány igen nagymértékben fertőzi meg és szedi áldozatait és ezzel kezdi megközelíteni vagy már meg is közelítette a múltban előforduló nagyobb járványok fertőzöttségi és halálozási arányait. 2022 áprilisára már több mint 500 millió igazolt esetet és több mint 6 millió halálesetet jelentettek világszerte ([http1](#), [http2](#)).

A koronavírus által okozott veszélyhelyzet óta számos adat született arról, hogy nagyobb eséllyel kerülnek kórházba és nagyobb esély van arra, hogy a Covid-19 megbetegedés súlyosabb formája alakul ki azoknál a nőknél, akik várandósok, mint azoknál, akik nem, valamint megfigyelték, hogy az egyes kisebbségi csoportokba tartozó várandósok körében a halálozási arány is magasabb százalékot mutat (http3).

Megnyugtató az a tény, hogy a betegség során a magzatoknak kicsiny hányada fertőződik meg, mivel a placentából, a köldökszinórból és az anyai vérből vizsgálati célra vett minták azt az eredményt mutatták, hogy a kórokozó ritkán jut át a méhlepényen. Viszont ezzel szemben a vírus képes arra, hogy a méhlepényt károsítsa, roncsolja és így közvetett módon a magzat fejlődését károsíthatja (http4).

A terhesség alatti leggyakoribb COVID-19 klinikai leletek a láz (28-100%), az enyhe légúti tünetek (20-79%), a C-reaktív fehérje emelkedése (28-96%), a lymphopenia (34-80%) és a tüdőgyulladás jelei a diagnosztikai képalkotásban (7-99%). A leggyakoribb anyai kimenetel a császármetszés (23-96%) és a koraszülés (14-64%). A legtöbb újszülött tünetmentes volt (16-93%), de előfordult lázas (0-50%), alacsony születési súlyú (5-43%) vagy koraszülött is (2-69%). A veleszületett vagy az anyatejen keresztül történő fertőzés kockázatát alacsonynak becsülték, de a szoros érintkezés kockázatokat hordozhat (Ciapponi 2021).

Védekezés a vírus ellen

A járványt minden nemzet több módszerrel igyekezett lassítani, megfékezni. Mint minden ország, úgy Magyarország kormánya is létrehozta az Operatív Törzs elnevezésű szervezetét, mely tagjainak eleinte a feladata az újonnan megjelent koronavírus külföldi terjedésével összefüggő folyamatok elemzése és értékelése volt.

Továbbá az interneten útjára indították a www.koronavirus.gov.hu weboldalt, melyen a kismamák hiteles és naprakész információkat találnak a hatósági intézkedésekről, a fertőzés megelőzéshez szükséges lépésekről és teendőkről (http 5).

A magyarországi járványkezelés első időszakában megalakult ugyan egy válságstáb, és rendszeressé vált a hivatalos kommunikáció, de utólag kijelenthetjük, hogy nem volt elégséges, a kórházakban történekről a mai napig nincs kellő tájékoztatás, ami miatt sokan nem is érzékelték a veszély

nagyságát. Az ismeretlen vírussal való küzdelem kezdetén nem kaptunk a kialakult krízisről valós képet, különösen igaz ez a várandósok tekintetében a szövődményekkel és védőoltásokkal kapcsolatosan. (Lácay 2021).

2019-ben megkezdődött a Covid-19 vírus elleni vakcina kifejlesztése, mely gyors megalkotásához nagyban hozzájárult, hogy 2009 óta gyártanak különböző koronavírus elleni oltóanyagokat a világban. A vakcina elősegíti, hogy az emberi immunrendszer antitesteket és a vírus ellen ható vérszöveteket termeljen, így nyújtva védelmet a Covid-19 megbetegedést okozó vírus ellen ([http 6](#)).

Szeretném kihangsúlyozni, hogy a kutatásom alapját képező kérdőív 2020 decemberében készült, kutatásunk pedig a járvány harmadik hullámának idején zajlott, és a kutatás ideje alatt megváltozott kormányrendelet miatt vannak, akik még nem kaphatták meg a védőoltást az akkor hatályban lévő rendeletek miatt.

Végül az a szakmai ajánlás született Magyarországon 2021. március 28.-án, a nemzetközi tapasztalatok és tudományos publikációk alapján, hogy a várandós nők is leadhatják igényüket a Covid-19 vírus okozta megbetegedés elleni védőoltásra. A védőoltás pro- és kontra érveit várandósság esetén, mindig egyénileg kell mérlegelni, és a várandóست teljes körű tájékoztatásban kell részesíteni, javasolt, konzultálni mind a szülész-nőgyógyász szakorvossal, mind a házi orvossal az oltás beadatása előtt. Az oltás első adagját a terhesség betöltött 12. hete után, még a második adagját az oltásnak a gyermek megszületését követően ajánlott beadatni a várandós írásos beleegyező nyilatkozatának megléte mellett ([http 7](#)).

A vakcinák kifejlesztése mellett az ellátórendszer járványügyi intézkedésként történő átalakítása egyik napról a másikra megváltoztatta az ellátás rendszerét. Többek között nagy hangsúlyt kapott a triázs-rendszer bevezetése, az orr-száj maszk kötelező használata, a látogatási tilalom bevezetése, a kevesebb orvos-beteg találkozó, felértékelődött a digitális egészségügy szerepe és az egészségügyi dokumentáció elektronikus elérhetősége. Mindezek alapján több adatra van szükség ahhoz, hogy jobban jellemezzük, hogy a COVID-19 világjárvány hogyan befolyásolhatja az egészséggel kapcsolatos magatartást.

A koronavírussal és a várandóssággal kapcsolatos kutatások segíthetnek a szakembereknek abban, hogy jobban tudják orvosolni a COVID-19 járvány

káros következményeit, valamint hozzájárulhatnak az egészségmagatartás változásainak és területi különbségeinek megértéséhez, javításához.

Covid-19 vírus hatása a várandósságra

Az egészségmagatartás és az egészségkultúra nagymértékben befolyásolja a fertőző betegségek megelőzését. A terhesség alatt álló, valamint a szülés és a gyermekágyi időszak alatt álló nők potenciálisan kiszolgáltatott populációt jelentenek a fertőzések számára.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 80. §. szerint a fertőző betegségek megelőzésében szerepe van a védőoltásoknak és az egyéb megelőzést szolgáló kezeléseknak, a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatoknak, az általános járványügyi feladatok teljesítésének, az egyéni védőeszközök alkalmazásának, valamint az egészségkultúra kialakításának (1997. évi CLIV tv. az egészségügyről).

Kutatások igazolták többek között, hogy a terhes nők magas szintű terhesség-specifikus és COVID-19-hez kapcsolódó stresszről, valamint alacsony mentális és fizikai egészségről számoltak be a világjárvány idején. (Ahmad and Vismara 2021). Egy másik tanulmány pedig jól mutatja, hogy a COVID-19 világjárvány és az ebből eredő rendelkezések hatással lehetnek a felnőttek pozitív- (alvás, fizikai aktivitás) és negatív egészségmagatartására (alkoholfogyasztás, kábítószer-használat és dohányzás) egyaránt. A jelenleg kialakult pandémiás helyzetben még inkább fontos a megfelelő egészségmagatartás kialakítása, főként, ha olyan egyénről van szó, aki nem csak saját magáért, de egy másik életért is felel (Knell és mtsai 2020).

Egy 2020-as felmérésben 573 várandós nő vett részt. A résztvevők leggyakrabban az Egyesült Államokban, Írországból (41,2%), vagy az Egyesült Királyságból (10%) laktak. A többség (80%) házas volt, és magasabb iskolai végzettséggel rendelkezett (79,3%). Biztató, hogy ebben a tanulmányban a terhes nők általában nagymértékben betartják a közegészségügyi tanácsokat és a terhesség alatti egészséggel összefüggő ajánlásokat. A stresszt és az általános mentális egészséget a jóléti tényezők (beleértve a stresszt és a szociális támogatást) jósolták meg a legjobban. Az egészségkárosító magatartásokat (pl. helytelen táplálkozás) mind a jóléti, mind a demográfiai tényezők előre jelezték (Pope 2021).

Bár a betegséggel kapcsolatos ismereteink napról napra növekszenek, még mindig sok válaszra van szükség az ezekben a csoportokban alkalmazott diagnosztikai és klinikai kezelési módszerekről, a betegség terhes nőkre és

újszülöttekre gyakorolt hatásáról, valamint az anyáról gyermekekre való terjedés lehetőségeiről. A terhesség alatti súlyos betegség jellemzően a második vagy harmadik trimeszter végén jelentkezik. 2020-ban Woodworth és munkatársai 4442 várandóssal végzett kutatása alapján (a terhesség kimenetele ismert volt) a legtöbb esetben (84,4%) a harmadik trimeszterben azonosították a fertőzést (az első pozitív teszteredmény vagy a tünetek megjelenésének időpontja alapján). Legalább egy alapbetegséget 1564 (45,1%) nő esetében jelentettek, leggyakrabban a terhesség előtti elhízást. A tünetek megfigyelése 2691 (60,6%) nő esetében történt meg, közülük 376 (14,0%) tünetmentes volt. A 4527 magzat és csecsemő közül 4495 (99,3%) élve született (beleértve az ikerszüléseket is), 12 (0,3%) 20 hetesnél fiatalabb terhességi veszteség és 20 (0,4%) méhen belüli halálozás szerepelt (Woodworth és mtsai 2020). A kockázati tényezők a nem terhes populáció kockázati tényezőit tükrözik, ide sorolva a túlsúlyt vagy elhízást, a 35 évesnél idősebbeket és a már meglévő társbetegségeket. Ezen kívül kimutatták, hogy a fekete, ázsiai és kisebbségi etnikai származású COVID-19-ben szenvedő nők fokozott kockázatnak vannak kitéve mind a terhességen belül, mind azon kívül, az egészségügyi egyenlőtlenségek, a társadalmi-gazdasági tényezők, vagy például a szervezetükben lévő alacsony D-vitamin szint miatt. (Nana és Nelson-Piercy 2021). A WHO kijelentette, hogy az idősebb, túlsúlyos és már meglévő egészségi állapotokkal, például magas vérnyomással és cukorbetegséggel küzdő várandós nőknél vagy a közelmúltban terhes nőknél nagyobb a kockázata a súlyos COVID-19 kialakulásának ([http8](http://8)).

A fertőzés különösen aggasztó a terhes és szoptató egyének számára. Sok eset tünetmentes vagy viszonylag enyhe tüneteket mutat, különösen a védőoltást igénybe vett várandósok esetén, a terhesek fokozottan ki vannak téve a kórházi kezelés kockázatának, és 3-szoros korrigált relatív kockázatuk van az intenzív ellátásra és gépi lélegeztetésre, összehasonlítva nem terhes egyénekkel. Laboratóriumi vizsgálattal igazolt súlyos vagy kritikus betegségben szenvedő terheseknél magasabb a császármetszés relatív kockázata, a szülés utáni vérzés, a terhességi hipertóniás rendellenességek és a koraszülés. Ezek a szövődmények súlyosbodnak azoknál a nőknél, akik idősebbek, magasabb a testtömeg-indexük, és akiknek társbetegségei vannak (Ciapponi 2021).

Az életkorhoz, fajhoz/etnikai hovatartozáshoz és az alapvető egészségi állapotokhoz való igazítást követően a terhes nők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel kerültek intenzív osztályra, mint a nem terhes nők.

Egy kutatásból kiderült, hogy az állapotos nők esélye, hogy intenzív osztályra kerüljenek 62 %-kal magasabb, ha pedig ott vannak, 88 %-kal nagyobb a valószínűsége annak, hogy lélegeztető gépre kerüljenek (Zambrano 2020). A betegségben szenvedő anyák koraszülései általában a várandósság harmadik trimeszterében indulnak be, szerencsére ekkor már elég jó életesélyekkel startolnak ezek a korán születő gyermekek. A magzatok méhen belüli retardációját vagy halvaszületésüknek gyakoriságát nem növeli a jelenleg rendelkezésre álló adatok szerint a betegség. Azonban az immunitás átadása vitatott még, bár a köldökzsinórvérben kimutattak antitesteket a fertőzött anyák szülése után, de azt nem lehet megállapítani, hogy ez mekkora védelmet biztosít a megszületett gyermek számára ([http 4](#)).

Telemedicina a várandósgondozásban

Bár egyes COVID-19-re vonatkozó, élő iránymutatások a várandós populációt célozzák meg, a terhességgel és a szüléssel kapcsolatos számos klinikai kérdés megválaszolatlan, sok tévhit pedig jelen marad. A vírus terjedésének megfékezésére új módszereket, új irányokat kellett találni az egészségügyi ellátórendszerben, amelyek hatékonyan szolgálják a rendszer működését, a betegellátást, ápolást, gondozást. Az orvos-beteg személyes találkozások csökkentésével a fertőzés továbbvitele megelőzhető (Jávorné és mtsai, 2021). Sokszor a várandósgondozás és a szülésre felkészítés nem minden esetben személyes konzultációval, hanem távorvoslás formájában valósul meg, mely az utóbbi években, hazánkban is fejlődésnek indult. A kismamák egyre nagyobb mértékben tudják kihasználni a távorvoslás adta lehetőségeket, és remélhetőleg a várandósgondozás szereplői egyre nyitottabbak lesznek a telemedicinális szolgáltatásokra. A telemedicina típusú, digitális eszközökön alapuló egészségügyi szolgáltatások akár új ellátási formaként értelmezhetőek, azonban a korábbi személyes megjelenésen alapuló egészségügyi ellátáshoz képest a személyes kontaktus kiesik. Az új, digitális eszközökön keresztül, távolról nyújtott ellátások esetében a hatékonyság növekedése már elismert következmény, de a megoldás hosszú távú alkalmazása kérdéseket vet fel. A páciens távolinak, személytelennek érezheti az ellátást, ez az ellátás kimenetelét, a beteg együttműködését is befolyásolhatja, és ez különösen igaz a várandósgondozásra ([http9](#)).

A kutatás célja

A kutatás fő irányvonala, hogy felmérjük a Covid-19 járvánnyal kapcsolatban alkalmazott óvintézkedésekkel szemben a várandósok attitűdjét, illetve azt, hogy milyen változások következtek be egészségmagatartásukban a járvány második hulláma alatt. Szeretnék képet kapni arról, hogy változott-e a várandósok egészségmagatartási szokása a vírus megjelenésével, továbbá szeretném feltérképezni, mennyire félnek a vírus által okozott megbetegedéstől, mennyire féltik magzatuk egészségét, illetve milyen intézkedések, információk töltik el leginkább aggodalommal őket. A járvány második hulláma során a várandósok az oltások igénybevétele miatt is a figyelem középpontjába kerültek, így kutatásunk során felmértük az oltással kapcsolatos attitűdöt, és azt, hogy az oltást milyen arányban veszik igénybe a gravidák, vagy esetleg befolyásolja-e az egészségmagatartást az, hogy védőoltással rendelkezik a koronavírus ellen.

Emellett kutatásunk másik részében a pandémiás időszak alatt kiemelten fontossá vált távorvoslással és telemedicinális eszközök megjelenésével kapcsolatos attitűdöt vizsgáltuk. A pandémiává nyilvánított COVID-19 járvány Magyarországon is ráirányította a figyelmet a telemedicinális lehetőségekre és azok jelentőségére az egészségügyi alap- és szakellátás rendszerében egyaránt. Fontosnak tartottuk tudni, hogy mennyire van lehetőségük telemedicinális lehetőségeket igénybe venni a várandósgondozás során, továbbá azt is vizsgáltuk, hogy mennyire nyitottak a várandósok a telemedicinális szolgáltatásokra, milyen tényezők befolyásolják a telemedicina igénybevételét.

A kutatás módszerei

Kutatásomban kvalitatív és kvantitatív módszerek alkalmazására egyaránt sor került. A kutatás során az adatfelvétel lehetőséget biztosított arra, hogy az egészséget a demográfiai, társadalmi, gazdasági tényezőkkel összefüggésben vizsgáljuk. Az önértékelés szubjektív jellegű ugyan, de jól kiegészíti a kapott adatok alapján levont statisztikai következtetéseket.

Az önkitöltős kérdőíves, prospektív vizsgálaton kívül önértékelésen alapuló felmérés segítségével képet alkothatunk többek között a várandósok (fizikai és mentális) egészségi állapotáról, a leggyakrabban előforduló krónikus betegségekről, valamint az életvitel jellemzőiről. A kiosztott kérdőív nyitott és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott. A kérdőív kitöltése nem volt életkorhoz

kötött, a részvételt önként vállaló várandós nők között történt a kutatás. A várandósok eltérő iskolai végzettséggel, családi állapottal, életminőséggel, egészségi állapottal rendelkeztek, viszont az összes grávida az észak-alföldi régió lakosa volt. A kutatás kiterjed olyan terhesek vizsgálatára, akik Covid-19 vírussal fertőzött várandósokat ellátó osztályon fekszenek.

Az 1200 darab kiosztott kérdőívből a vizsgálat során visszaérkezett 700 darab, ebből 602 fő válasza volt értékelhető. Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt. Az elemzés során általunk relevánsnak tartott változók gyakorisági értékeit elemeztük, melyeket egy- és kétváltozós matematikai-statisztikai módszerekkel számítottunk ki (átlag, szórás, gyakorisági eloszlás, valamint keresztábra, függetlenség-teszt (khi négyzet-próba). Jelenleg előzetes eredményeket közlünk írásunkban, mivel az adatok elemzése még nem zárult le. Mivel a kérdőívünk elkészítésekor még a védőoltás nem volt elérhető, illetve a várandósok számára a vizsgálat lefolytatása alatt lett engedélyezve a Covid-19 vírus elleni védőoltás, így kutatásunkat még szeretnénk kibővíteni, hogy vizsgálni tudjuk az oltással rendelkező és a védőoltással nem rendelkező várandósok egészségmagatartását, és az oltással kapcsolatos attitűd változását.

A kutatásban az észak-alföldi régióban élő várandósok vettek részt. A vizsgálat legfőbb színterei: Debreceni Egyetem Klinikai Központ-Debrecen, Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház- Rendelőintézet Szolnok, és a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jóna András Oktatókórház, Nyíregyháza. E mellett a debreceni és szolnoki várandósgondozó intézmények is segítettek a kérdőívek terjesztésében, és kitöltésében. A kutatás időtartama 2021 januárjától 2021 májusáig tartott.

Eredmények bemutatása

A kutatásunk során visszaérkezett 602 kérdőív alapján a minta megoszlása során megfigyelhető, hogy a legtöbben 26-30 év közötti várandósok voltak, 27,2%, legkevesebb kitöltés a 45 év feletti várandósoktól érkezett. A legtöbben városban laktak a lakóhely típusát illetően, a kitöltők 45,8%-a. Területi eloszlást tekintve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből érkezett a legtöbb kitöltés (48,5%), emiatt lehetett, hogy itt volt a legmagasabb az aránya a nem megfelelő egészségi állapottal rendelkező várandósoknak, vagy azoknak, akik nem éltek egészségtudatosabban a járvány idején. A kismamák nagy része

házas, vagy párkapcsolatban él családi állapotot tekintve. Iskolai végzettség tekintetében pedig elmondható, hogy a legtöbb várandós OKJ végzettséggel (25,8%), szakmunkás bizonyítvánnyal (16,8%), vagy BSc. végzettséggel (16,1%) rendelkezik. A kitöltőktől megkérdeztük, milyennek ítélik meg a saját anyagi helyzetüket, és azt tapasztaltuk, hogy kevesen vannak, akik tudnak félretenni, illetve jelentős megtakarítással rendelkeznek. A legtöbben ügyes beosztással boldogulnak, vagy néha kisebb anyagi gondokkal küzdenek, bár 21,7%-a a kitöltőknek gond nélkül meg tud élni.

A kutatás előzetes eredményei alapján elmondható, hogy a saját egészségét a várandósok 79%-a leginkább jónak, illetve nagyon jónak ítélte meg, mégis a gravidák 14%-ának van valamilyen krónikus betegsége, amely legalább fél éve fennáll. (Összehasonlítva a Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat előzetes eredményeivel: 2018-ban a várandósok túlnyomó többsége úgy ítélte meg, hogy egészsége jó vagy nagyon jó, és csak igen kis hányaduk értékelte kimondottan rossznak vagy nagyon rossznak az egészségét, ennek ellenére az édesanyák 36 százaléka számolt be a várandósság idején fennálló krónikus betegségről (http9).

A kismamák 91%-a úgy véli, sokat, illetve nagyon sokat tehet a saját egészségi állapotáért, mégis csak 65%-uk informálódott a vírus hatásával kapcsolatosan a magzatuk egészségét tekintve, és majdnem ugyanennyien próbáltak meg változtatni egészségmagatartásukon a pandémia ideje alatt. A Covid-19 vírushatás jelentőségét mutatja, hogy a várandósok 19%-a átesett a fertőzésen (1. táblázat).

2. táblázat: Várandósok egészségi állapota

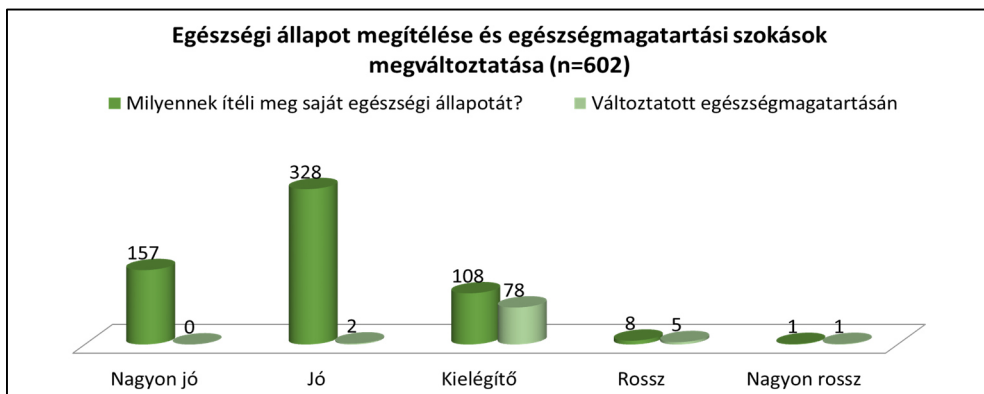
Válaszadó várandósok száma	602 fő
Sokat/nagyon sokat tehet egészségi állapotáért	91%
Egészségi állapota jó vagy kiváló	79%
Krónikus betegsége van	14%
Tájékozódott a magzatát érintő szövődményekről	65%
Covid fertőzésen átesett	19%
Változtatott egészségmagatartásán a pandémia idején	63%

Forrás: saját szerkesztésű táblázat

A várandósok egészségmagatartásának változását vizsgáltuk többek között az iskolai végzettség, és az anyagi helyzet függvényében. Összességében 63%-a változtatott az egészségmagatartásán a kitöltőknek. Leginkább azok a várandósok változtattak valamilyen egészségtudatos szokásán, akiknek iskolai végzettségük magasabb, vagy anyagi helyzetüket saját maguk jobbnak ítélték meg. Megfigyelhető, hogy a nem megfelelő anyagi helyzetben lévő édesanyák 42%-a nem is változtatott egészségmagatartási szokásain a pandémia alatt. Az iskolai végzettség tekintetében elmondható, hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkező kitöltők közül többen igyekeznek egészségesebben élni.

Az alábbi diagram azt ábrázolja, hogy milyennek ítélték meg a várandósok a saját egészségi állapotukat, és ehhez képest hogyan alakult azoknak az aránya, akik változtattak az egészségmagatartási szokásaikon. A legtöbben szubjektíven jónak, vagy nagyon jónak ítélték meg egészségi állapotukat (485 fő) ők nem is változtattak nagy arányban életmódjukon. Akik rossznak, vagy nagyon rossznak ítélték meg egészségi állapotukat (9 fő), szinte mindenki igyekezett javítani saját egészségtudatosságán (1. ábra).

1. ábra: Egészségi állapot megítélése és egészségmagatartási szokások megváltoztatása



Forrás: saját készítésű ábra

A kérdőív kitöltése során egy táblázatban meg kellett határozniuk a válaszadóknak, hogy mennyire igazak rájuk a következő meghatározások. Az adatok remekül szemléltetik, hogy nagy szükség van a várandósok egészségmagatartásának fejlesztésére. Csak a legfontosabb állításokat közölve elmondható, hogy fizikai aktivitást a várandósok 30 %-a nem végez a pandémia ideje alatt, illetve 8%-uk szerint a vírus nem veszélyes a magzatukra nézve.

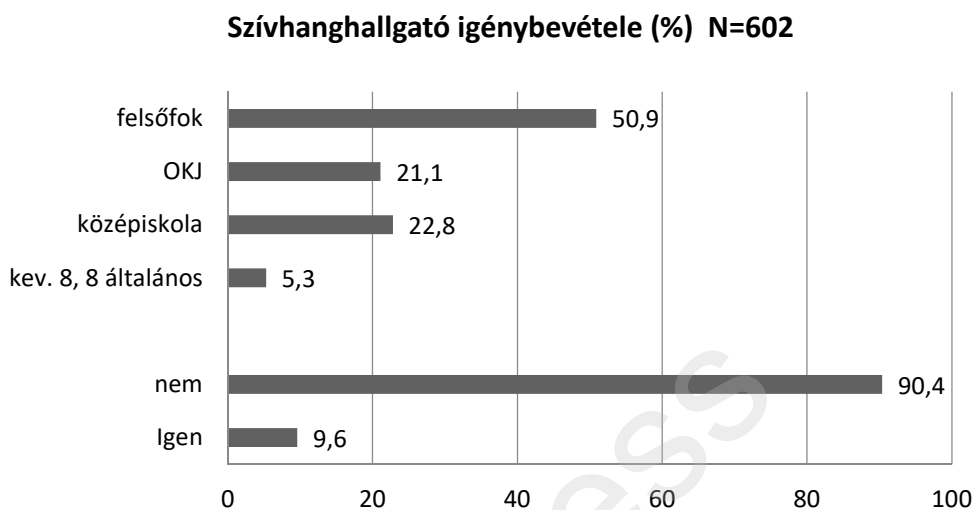
A kismamák 23%-a pedig nem fogyaszt több folyadékot, pedig ez a legfontosabb preventív eszköz a koraszülés megakadályozásában.

A kutatás következő részében a várandósok telemedicinával kapcsolatos attitűdjét vizsgáltuk, kitérve arra, melyik trimeszterben milyen módszerrel kommunikálnak leginkább a várandósgondozás során a kismamák. Eredményeink bizalmatlanságot jeleznek a várandósok részéről a telemedicina iránt, ami későbbi elemzéseink birtokában, célzott beavatkozásokkal megváltoztathatóvá válik, annak érdekében, hogy a telemedicina ne csak egy lehetősége, hanem hatékony eszköze legyen a jövő várandósgondozásának. A várandósgondozásban résztvevő szakemberek közül, a válaszok alapján, a védőnő az, aki legtöbb várandósok (68,6%) ajánlotta fel a telemedicinális kapcsolattartást, gondozást.

A gondozás legnagyobb arányban személyes jelenléttel valósult meg a várandósok esetében, amit a telefonos kapcsolattartás követ. Az otthoni szívhanghallgató készülék például egyre szélesebb körben terjed el, a

válaszadók 10%-a használja, azonban elmondható, hogy a legtöbben közülük felsőfokú végzettséggel rendelkeznek (2. ábra).

2. ábra: Szívhanghallgató igénybevétele



Forrás: saját szerkesztésű ábra

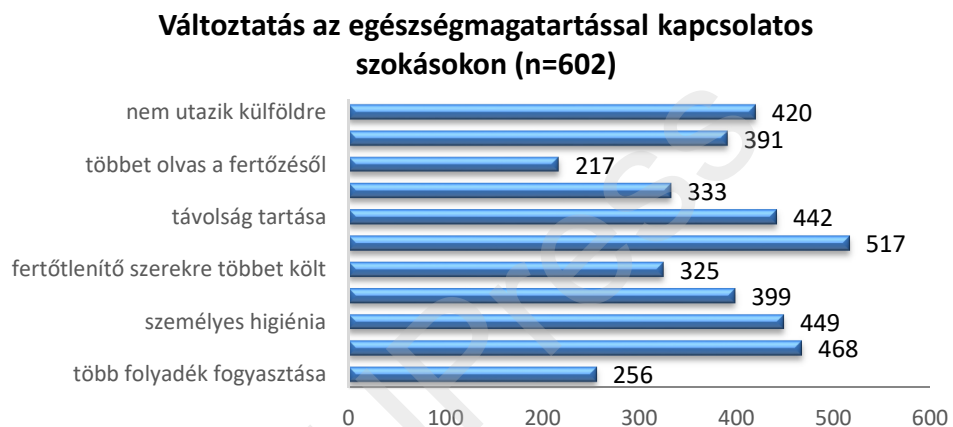
Végül a kutatás során azt is vizsgáltuk, hogy milyen tényezők befolyásolják az oltási hajlandóságot a várandósok között, illetve mi a véleményük a járványügyi helyzetben hozott megelőző rendelkezésekkel kapcsolatban, és változtattak-e életmódjukon, egészségmagatartásukon a pandémia alatt. Az előzetes eredményeink szerint oltással csak a kitöltők 10%-a rendelkezett, 24%-uk pedig még nem hozta meg a döntését arra vonatkozóan, hogy szeretné-e igénybe venni a védőoltást. Akik a kutatás időpontjában szerették volna beadatni a védőoltást (32%), ugyanolyan arányban voltak, mint akik nem szerették volna igénybe venni (34%).

Khi-négyzetpróba során ($p=0,005$) során bebizonyosodott, hogy az oltási hajlandóságot szignifikánsan befolyásolják olyan tényezők, mint például életkor, iskolai végzettség, terhességi kor, a magasabb iskolai végzettségűek, a 12. hetet betöltött és a magasabb életkorral rendelkező gravidák inkább vennék igénybe a Covid-19 vírus elleni védőoltást. De nem befolyásolja például a lakhely, anyagi helyzet, az egészségi állapot, vagy a várandósság száma az oltási hajlandóságot.

Kíváncsiak voltunk változtattak-e egyáltalán a gravidák egészségmagatartásukon a pandémiás időszak alatt. Elmondható, hogy a

várandósok 34%-a nem változtatott szokásain, többségük nem költ többet fertőtlenítő szerekre, nem olvas többet a fertőzésekről, nem figyel arra, hogy kellő távolságot tartson másoktól, illetve nem fél attól, hogy a vírus veszélyes lehet magzatára. Pozitívumnak tekinthető azonban, hogy saját bevallásuk szerint jobban ügyelnek személyes higiéniájukra, gyakrabban végeznek fertőtlenítést, nem utaznak külföldre, nem vesznek részt nagyobb rendezvényeken, és az orr-száj maszkot 85%-uk rendszeresen és szabályosan viseli (3. ábra).

3. ábra: Változtatás az egészségmagatartással kapcsolatos szokásokon



Forrás: saját szerkesztésű ábra

Következtetések

A kutatási eredményekből következtetésképpen levonható, hogy a várandósok közül még mindig van, aki a saját egészségi állapotát nem véli elfogadhatónak, sokaknál fenn áll valamilyen krónikus betegség, pedig a korai életszakaszt jellemző paraméterek tekintetében elmondható, hogy mennyire fontos a várandósok egészségmagatartásának fejlesztése, és a várandósgondozás. Magyarország 29 fejlett országgal összehasonlítva egyike a négy- 8%-t meghaladó- legrosszabb statisztikát mutató országoknak kis súlyú újszülöttek tekintetében (UNICEF 2013).

Láthatjuk, hogy a kismamák 35%-a nem változtatott egészségmagatartásán a jelenlegi járványügyi helyzetben. Ezek alapján még mindig törekedni kell a várandósok egészségének fejlesztésére, a megfelelő információ átadására, ami kulcsfontosságú. Azonban nem elhanyagolható az sem, hogy a szakemberek tanácsadási tevékenységét, illetve magát az egészségmagatartást befolyásolják többek között olyan tényezők, mint például a genetika, egészségügyi ellátás, életmód, amelyeket a területi egyenlőtlenségek, vagy olyan környezeti tényezők, mint például az iskolai végzettség vagy szociális háttér még inkább megosztanak (Danilás 2019). Ezek a faktorok pedig befolyásolhatják például a védőoltással, vagy az egészségügyi ellátással kapcsolatos nézőpontokat is. Éppen ezért fontos, hogy a nők és a magzatuk a várandósság ideje alatt is hiteles tájékoztatást kapjanak a Covid-19 vírus ismert kockázataival, szövődményeivel kapcsolatban, emellett kiemelkedően fontos, hogy tudatosítsuk a kismamákban, hogy a védőoltás igénylésére van lehetőség. Sajnos a szülésre felkészítő tanfolyamok, illetve a kórházi látogatások jelenleg nem elérhetőek a kismamák számára, így sokszor magukra maradnak kérdéseikkel, informálatlanok, pedig a jelenlegi összevonások és változások mellett ezek most még nagyobb jelentőséggel bírnának. A kapcsolattartási nehézségek áthidalásában kiemelt jelentőséggel bír a telemedicina, mely jelenleg még kevésbé elterjedt hazánkban, azonban a pandémiás időszak kedvez fejlődésének.

Összegzés

A terhes nők esetében nagyobb a COVID-19-hez kapcsolódó súlyos betegségek kockázata. A súlyos betegségek és a COVID-19 okozta halálozás kockázatának csökkentése érdekében a várandós nőket tájékoztatni kell a mielőbbi orvosi ellátás fontosságáról, ha tüneteik jelentkeznek, és a fertőzés

megelőzésére irányuló intézkedéseket minden orvosi találkozás során, beleértve a gondozási látogatásokat is, erősen hangsúlyozni kell. A COVID-19-hez kapcsolódó kockázatok, terhes nők körében történő megértése, fontos a megelőzés, a tanácsadás, valamint a klinikai gondozás és kezelés szempontjából (Zambrano 2020). Szeretnénk tovább vizsgálni a várandósok egészségmagatartását, illetve minél több kismamát bevonni a kutatásba. Az eddigi eredmények alapján fontosnak tartjuk a regionális különbségeket analizálni és az eredmények birtokában olyan intervenciós irányokat meghatározni, amelyek hozzájárulhatnak az esetleges egyenlőtlenségek csökkentéséhez, támogathatják a várandósok életminőségét és a magzat egészséges életkezdését.

Az életminőség összetett fogalom. Meghatározó részei az anyagi helyzet, a lakóhely és szociális kapcsolatok, a gazdasági tevékenység. De az életminőséget befolyásoló tényezők közül az egyik legbefolyásosabb dimenzió az egyén egészségi állapota, és ennek javítása a társadalom egészségnyereségéként racionalizálható. A lakosság egészségi állapotának javítása és az egyenlőtlenségek csökkentése hozzájárulhat a fejlődéshez, növelheti a gazdasági aktivitást és pozitív általános hatást érhet el a társadalomra (Rusinné Fedor 2021).

A korábbi egészségi állapotot feltáró vizsgálatok kiterjesztését, továbbfejlesztését várom a kutatástól, illetve a szülésznői várandósgondozás és a telemedicina fejlődési irányát jelentheti, esetleg egy új szakmai protokoll megvalósulásához jelent kedvező alapot. Szülésznőként fontosnak tartom a Covid-19 vírus elleni védőoltással elterjedt tévhiteket szétoszlatni.

Remélem, hogy az eredmények közzétételével nagyobb hangsúly kerül a várandósok egészségére, életminőségére, a várandósgondozás, tanácsadás fontosságára, és tovább tudjuk csökkenteni a várandósok egészségmagatartásának, és életminőségének egyenlőtlenségeit.

Felhasznált irodalom

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 80. §. – A fertőző betegségek megelőzése
2. 26/2014 (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról
3. Ahmad M., Vismara L. (2021): The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jul 2;18 (13):7112.
4. Boros J. (2019): A felnőtt magyar népesség egészségmagatartása, PhD értekezés, Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Demográfia és Szociológia Doktori Iskola, látogatva: 2021. december 17. http://szociologia.btk.pte.hu/sites/default/files/Doktori_Iskola/egeszsegmagatartas_doktori_ertekezes_bj_pte.pdf
5. Ciapponi, A. et al. (2021): COVID-19 and pregnancy: An umbrella review of clinical presentation, vertical transmission, and maternal and perinatal outcomes, *Plos One Research Article*, 2021 Jun 29;16 (6):e0253974.
6. Danilás I. (2019): Nyíregyháza város női lakosságának és várandósainak összehasonlító egészségmagatartás vizsgálata, különös tekintettel a táplálkozásra, *Diáktudomány 4.*, 19-34.
7. Fogarasi-Grenczer A. (2015): Várandósság alatti dohányzás okai és perinatális kimeneteli eredményei, Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola, (Látogatva: 2021. 10.01.)
https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3999/fogarasigrenczerandrea.d_DOIs.pdf?sequence=1
8. G. Knell, M. C. Robertson, E. E. Dooley., K. Burford. and K. S. Mendez (2020): Health Behavior Changes During COVID-19 Pandemic and Subsequent “Stay-at-Home” Orders, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17): 6268.
9. [http1:](http://) (2022. 02. 08.) WHO Coronavirus (COVID-19) irányítópultja.
Forrás: <https://covid19.who.int/>

10. http2: (2022. 01. 10.)
Forrás:
https://index.hu/techtud/2020/03/09/mire_szamithatunk_ha_megfertozodunk_az_uj_koronavirussal/).
11. http3: (2021. 11. 05) Forrás:
<https://infostart.hu/tudomany/2021/03/14/koronavirus-a-varandos-nok-biztosan-nagyobb-veszelynek-vannak-kiteve>
12. http4: (2021. 10. 17.)
Forrás: <https://infostart.hu/tudomany/2021/03/14/koronavirus-a-varandos-nok-biztosan-nagyobb-veszelynek-vannak-kiteve>
13. http5: (2021. 09. 02.) Forrás:
wikipedia.org/wiki/Koronav%C3%ADrusj%C3%A1rv%C3%A1ny_Elle_ni_V%C3%A9dekez%C3%A9s%C3%A9rt_Feलेl%C5%91s_Operat%C3%ADv_T%C3%B6rzs
14. http6: (2021. 06. 26.) Forrás:
koronavirus.gov.hu/sites/default/files/sites/default/files/imce/vedooltaski_sokos.pdf
15. http7: (2021. 10. 20.) Itt a szakmai ajánlás - A várandósok is kérhetik az oltást. Forrás:
koronavirus.gov.hu/cikkek/itt-szakmai-ajanlas-varandosok-kerhetik-az-oltast
16. http8: (2021.04.25) WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth. Forrás:
<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
17. http9: (2021. 10. 04.) Magyar Szülészeti Kohorsz Vizsgálat. Forrás:
<https://kohorsz18.hu/>
18. http10: (2022.02.05.) Kihívásból lehetőségek az egészségügyben. Forrás:
https://www.pwc.com/hu/hu/szolgaltatasok/kozszolgaltati-tanacsadas/Kihivasbol_lehetosegek_az_egeszsegugyben.pdf
19. Jávorné E. R. és mtsai (2021): Telemedicinális lehetőségek igénybevétele az észak-alföldi várandósok körében a pandémia idején
Népegészségügy / 98. évfolyam 2. szám, 253, látogatva: 2022. január 25.
https://nepegeszsegugyi-egyesulet.hu/sites/default/files/2021-08/NKE2021_kiadvany.pdf

20. K. R. Woodworth (2020): Birth and Infant Outcomes Following Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy, Morbidity and Mortality Weekly Report, 1635-1640, látogatva: 2021. január 20.
<https://ojs.lib.unideb.hu/ams/article/view/10484/9327>
21. KSH (2018): A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei, Összefoglaló adatok, Központi statisztikai Hivatal, látogatva: 2022. február 15.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf
22. Láczy M., (2021): A COVID hatás okozta társadalmi változások becslése Acta Medicinae et Sociologica Vol. 12. No. 33. (26-43)
23. Magyar Születési Kohorszvizsgálat (2018): látogatva: 2020. október
<https://kohorsz18.hu/eredmenyek/elozetes-eredmenyek/74-a-varandosok-egeszsege.html>
24. M. Nana and C. Nelson-Piercy (2021): Covid-19 in pregnancy, Obstetric Medicine, Clinical Medicine 2021 Vol 21, No 5: e446–50
25. Moravcsik-Kornyicki Á. (2021): A pre-, peri- és posztnatális egészség területi egyenlőtlenségeinek és különbségeinek hosszú idősoros elemzése (1997-2019), Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, látogatva: 2022. január 21.
<https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/24894/moravcsik-kornyicki-agota-phd-2021.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
26. Pope J. (2021): Prenatal stress, health, and health behaviours during the COVID-19 pandemic: An international survey, Woman and Birth, látogatva: 2021. november
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1871519221000433?token=ED605F12098AF024890D42D751DB518AF787D96B50EE4D0AEC0D7977FD6D511A9726859F9C222653AB134560ABDC65&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220118023934>
27. Rusinné Fedor A. (2021): Regional characteristics of the precariat on the labour market. Debrecen University Press, 178 p.
28. Rusinné Fedor A., Toldi A. (2017): Labour market opportunities of women with young children after childbirth. Kontakt 19:3 pp. 236-243.
29. UNICEF (2013): Child well-being in rich countries. A comparative overview

30. Zambrano L. D., Ellington S., Strid P., et al; CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team. Update: characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status—United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69 (44):1641-1647.
31. WHO Coronavirus irányítópultja, látogatva: 2022. január 31.
<https://covid19.who.int>

DUPress

A háziiorvosi professzió módszertani vizsgálata

Paulikné Varga Barbara¹

¹Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Debreceni Egyetem Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

Absztrakt

A Covid járvány felnagyította az egészségügyi rendszer problémáit. Az események egyrészt általánosan elfogadottá tették az ágazat reformjának az aktualitását, szükségességét, amelyek az egészségügyi ellátórendszer átalakításának felgyorsítását igénylik, másrészt különböző koncepciókat ismerhettünk meg. Megszületett néhány új jogszabály. Ezek strukturális változásokat indukálhatnak, és ezzel párhuzamosan az alapellátás korszerűsítését is el kell indítani. Mindez felveti azt a nagyon fontos kérdést, ami nagyrészt elméleti, de ugyanannyira gyakorlati probléma tisztázását igényli, hogy hogyan lehetséges a reform elindítása. Kutatásomat ebben az irányban folytattam. Feltételezem ugyanis, hogy a magyar egészségügy szervezetfejlesztését az alap és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdni. Abból kiindulva, hogy a modell szerint az alapellátás és a szakellátás közötti kompetencia határok átrendeződnek, és ez a háziiorvosi kompetenciák kiszélesítésével járna. Így aktuálissá vált, annak felmérése, hogy a háziiorvosi praxisban dolgozók képesek és motiváltak-e a bővülő feladatkör ellátására. Saját véleményem kialakítását éppen ezért egy olyan, több aspektust ötvöző kérdőívvel kívánom megalapozni, amelyben a háziorvosok motiváltságát, elkötelezettségét, jelenlegi munkakörülményük és mentális állapotuk megítélését kívánom feltárni.

Kulcsszavak: háziorvos, hivatás, elkötelezettség, motiváció, csoportpraxis modell

Abstract. Methodological examination of the GP profession

The Covid-19 epidemic exacerbated health problems. On the one hand, the events made it generally accepted the topicality and necessity of the reform of the sector, which require the acceleration of the transformation of the health care system, and on the other hand, we got to know different concepts. Some new legislation has been enacted. These can induce structural changes and, with this, the modernization of primary care must be launched in parallel. All this raises the very important question, which requires clarification of a largely

theoretical but equally practical problem, how it is possible to launch a reform. I continued my research in this direction. I assume that the organizational development of Hungarian healthcare can be started by combining basic and specialist care, with a new operational regulation within the framework of group practice. According to the model, the competence boundaries between primary care and specialist care will be rearranged, and thus the competencies of general practitioners would be broadened. Thus, it has become topical to assess whether those working in GP practices are able and motivated to perform the expanding role. That is why I want to base my opinion with a multi-faceted questionnaire, in which I want to explore the motivation and commitment of GPs, their assessment of their current working conditions and mental state.

Keywords: *GP(General Practitioner), profession, commitment, motivation, group practice model*

1. Bevezetés

A választott doktori témámat – amelyben az egészségügyi szervezetfejlesztését tűztem ki célul – az elmúlt két évben az élet folyamatosan újragondolásra, módosításra kényszerítette. Rá kellett döbbedni, hogy az egészségügy olyan ágazat, amelyben már sokféle struktúra létezik, épül egymásra, amelynek a koordinációja elmélyült szerteágazó kutatással, multidiszciplináris elemzéssel és fejlesztéssel lenne változtatható. A problématerkép végiggondolása mégsem volt megspórolható. Mire ezzel nagyjából végeztem, a pandémia és ennek a válságkezelése olyan központi intézkedések sorát indította el, amely az adott helyzet válságkezelésének tekinthető. Ezek az események egyrészt általánosan elfogadottá tették az ágazat reformjának az aktualitását, szükségességét, másrészt különböző koncepciókat ismerhettünk meg, megszületett néhány új jogszabály. Bár a folyamat még nem zárult le, de annyi most is érzékelhető, hogy jelenleg képlékeny a jogi környezet, sok tisztázatlan kérdés van még.

A Covid járvány felnagyította azokat a problémákat, amelyek az egészségügyi ellátórendszer átalakításának felgyorsítását igénylik. Elsősorban arra gondolok, ami a járványkezelés első szakaszában kevésbé sikerült, nevezetesen, hogy a kórházi ellátási rendszerből kiemelhessék például a krónikus ellátást, a rehabilitációt, az egynapos szakambulanciát. Ez rávilágított arra, hogy például az otthoni szakápolás és a szociális szféra nem volt képes ellátni a hazaengedett betegek továbbgondozását. A szakambulanciák pedig hazánkban olyan mértékben összefonódnak a fekvőbeteg ellátással, hogy nem tudták az alapellátással kapcsolódva kellőképpen ellátni az egyéb akut és krónikus betegségekben szenvedők problémáit. Ezek strukturális változásokat

indukálhatnak, és ezzel párhuzamosan az alapellátás korszerűsítést is el kell indítani.

Kutatásomat ebben az irányban kívánom folytatni. Feltételezem ugyanis, hogy a magyar egészségügy szervezetfejlesztését az alap és szakellátás kombinálásával, a csoportpraxis keretei között egy új működési szabályozással lehet elkezdni. Abból kiindulva, hogy a modell szerint az alapellátás és a szakellátás közötti kompetencia határok átrendeződnek, ami a háziiorvosi kompetenciák kiszélesítésével járna. Így aktuálissá vált, annak felmérése, hogy a háziiorvosi praxisban dolgozók képesek és motiváltak-e a bővülő feladatkör ellátására.

Az alapellátásban a legközvetlenebb az orvos-beteg kapcsolat. Ha a háziorvos szemszögéből nézzük, akkor a hivatásának, a professziójának legfőbb etikai és szakmai alapja a gyógyító tevékenysége. Ugyanakkor napjainkban a diagnosztizálás, a digitális eszközök és nyilvántartások kötelezettsége professzionális struktúrát igényelne. Mindez felveti azt a nagyon fontos kérdést, ami nagyrészt elméleti, de ugyanannyira gyakorlati probléma tisztázását igényli, hogyan lehetséges a reform elindítása.

A háziorvosok presztízsét az új szakmai kihívások nyilván növelnék. Ehhez azonban a folyamatos önképzés, a többletmunka azt igényli, hogy megfelelő anyagi és szakmai elismerésben részesüljenek. Jó lenne tudni, hogyan látják az érintettek ezt a lehetőséget, mennyire képesek azt a sokirányú munkát ellátni, amelyről Kapocsi Erzsébet (2004, old.: 92-93) azt írja: „Még az intézményi struktúrától mentes háziorvosnak is többféle szereppel kell szembe néznie: hivatásának szakértője, a páciens érdekeinek védelmezője, a beteg pszichés vezetője és támasza, a biztosítók és a gyógyszer gyártók érdekei közötti közvetítő.” Ezeket elsősorban az etikai elköteleződése és orvosi esküje írja elő számára, de van kötelezettsége a szakmai közössége, szervezete és a társadalom felé is.

Úgy vélem, az állam a feltételek biztosításából nem vonulhat ki. Ezt a WHO alkotmánya is előírja. Másrészt a háziorvosok vállalkozási formában látják el munkájukat. Ez azonban egy bonyolult közszolgálati konstrukció, amelynek meghatározó része, hogy részesülnek a társadalombiztosítási alapból, az infrastruktúra egy részét esetleg az önkormányzatok bocsátják rendelkezésükre, a különböző egészségügyi ágazathoz tartozó hatóságoknak és adatkezelőknek készítene rendszeresen jelentéseket, stb. A csoportpraxisok kialakításának azonban a megfelelő humánerőforrás megtalálása a legfontosabb pillére. Saját kutatásomat éppen ezért egy olyan, több aspektust ötvöző kérdőívvel kívánom megalapozni, amelyben a háziorvosok motiváltságát, elköteleződését, jelenlegi munkakörülményük és mentális állapotuk megítélését kívánom felmérni.

2. Háziiorvosi professzió

Az orvostudomány és az orvosi gyakorlat társadalomtudományi vizsgálata a XX. század harmincas éveiben kezdődött meg a szociológia keretében, s hamarosan önálló státuszt vívott ki magának, mint orvosi szociológia. Az orvosi professzió szociológiai elemzésének úttörője Parsons volt. Parsons és iskolája a hivatást strukturális – funkcionális alapon értelmezte. Felsorolták és értelmezték a hivatások jellemző jegyeit, valamint társadalmi funkcióját; s ezek között lényeges szerepet játszott a közösség szolgálata iránti elkötelezettség. Wynia és munkatársai szerint azonban a parsons-i modell nem fordított figyelmet a hivatás erkölcsi megalapozására és ennek következménye egy zavarba ejtő, konfúz értelmezés lett. Morális premisszáik helyett a disztinktív (megkülönböztető) karakterjegyek felsorolásával jellemezték, szűkítették a hivatásokat.

Az orvosi professzió definiálásában az egyik legelfogadottabb Irvine, D. (1966) álláspontja, aki az orvosok hivatásának különleges autonómiáját, a hivatásgyakorlás függetlenségét három tényező együttesével támasztja alá. Ezek: a szakértelem, az etika és a szolgálat. Azzal indokolja, hogy az adott orvosi praxisban megjelenő szaktudás és gyógyító készségek együttesével a kívülállók nem rendelkeznek. (A doktor jobban tudja mentalitás kialakulása ezen a tapasztalaton alapszik). Az orvosnak a döntéseiben felelősséget kell vállalnia, és felelősségét esküjével már előre meghatározta, vállalta. Munkáját ellenőrzés nélkül is lelkiismeretesnek kell végeznie. Ha szolgálatában mégsem bizonyul megbízhatónak, akkor a szakmabeliek megteszik a szükséges intézkedéseket. Az orvosi hivatás fenti megközelítései a hivatást választó szubjektív értékeinek minősülnek, ugyanakkor feltétele annak, hogy kialakuljon, megerősödjön, elfogadottá váljon a társadalomban az orvosi hivatás.

Az elmúlt évtizedek alatt viszont fokozatosan megjelent az orvosi hivatás presztízsvesztése, emiatt szükség van az orvosi hivatás szakmai és erkölcsi tartalmának megújulására, amely az orvosi hivatás és a lakosság közötti bizalmi viszony visszaépítésére lenne pozitív hatással. (Irvine, 2001)

A társadalomban élő egyének, ennek értelmében a háziiorvosok is több státuszt töltenek be. A státuszokhoz tartozó szerepek összességét nevezi a szakirodalom szerepkomplexumnak, a szerephez tartozó viselkedésformát szerep-viselkedésnek. Ha egy személy nem teljesíti a szerepéhez kapcsolt elvárásokat, akkor működésbe lép a szerepnyomás, amely megrovás, büntetés kilátásba helyezésével ösztönzi az egyént. (Merton, 2002)

2.1 A szerepkonfliktus megnyilvánulásai

Három alapkönfliktus fordulhat elő: személy és szerep közötti konfliktus, szerepen belüli konfliktus, szerepek közötti konfliktus.

A túlvállalás problematikáját mutathatja a személy és a szerep között fennálló konfliktus. Ennek egyik alapesete, amely során a szerep ellátásával járó kötelezettség miatt olyan sok feladatot vállal vagy kap a személy, amelyet csak más szerepkötelezettség terhére képes megoldani. (Feith, 2008) Ezen probléma, viszont egyes eseteket figyelembe véve tekinthető szerepek közötti konfliktusként is. Például az orvosnők esetében a produktivitás-reproduktivitás, a szakmai- és a magánélet összeegyeztetésével kapcsolatos elvárás, esetleg hosszú idejű diszfunkciójának fennállása pszichés és szomatikus tünetek megjelenését idézheti elő. A szerepkönfliktus bármely formája a szervezet szempontjából egyéni teljesítményromlást eredményezhet. Ezek a szerepek csakis interperszonális kapcsolatokban értelmezhetőek, ahol a szerep kinyilatkoztatása verbális és metakommunikációs elemek segítségével történik. Ezt a viselkedést az orvosoknak a formális és online betegtalálkozások során egyaránt alkalmazni kell, és az utóbbi további készségek meglétét feltételezi. Az online rendelés felelősségét nehezíti, hogy ismernie kell az orvosnak a betege kórtörténetét, viszont, ha nem volt korábban kapcsolatuk, akkor a tünetek alapján történő diagnosztizálással óriási felelősséget kell az orvosnak vállalnia. Az ilyen és ehhez hasonló szakmai kihívások szerepen belüli konfliktust okoznak.

Az orvosi szaktudás és gyakorlat olyan magas presztízssú társadalmi rangot teremtett az évszázadok során, ami kötelezettséget jelent az ezt az értelmiségi foglalkozást, hivatást választóknak a magánéletben, a szabadidő töltésekor is, mert példát, erkölcsi útmutatást és kultúráközvetítést jelent életvitelük, véleménynyilvánításuk a társadalom tagjai számára. Különösen igaz ez a háziorvosok esetében, hiszen a legkisebb botlás bizalomvesztést okoz a pácienseiben, így érthető, hogy a szakirodalomban követelményként fogalmazzák meg:

„Azoknak a csoportoknak, akik magas társadalmi presztízssre tartanak igényt, speciális életformát kell megvalósítani. A presztízsteremtő életforma feltételei a megfelelő jövedelem vagy jövedelmet biztosító vagyon, a megfelelő mennyiségű szabadidő, valamint a magas presztízssú tevékenységgel eltöltött szabadidő.” (Feith, 2008, old.: 13)

A foglalkozások sajátos alcsoportját képezik a hivatások, hiszen pervazív jelleget öltenek, vagyis az érintett egész személyiségére, összes tulajdonságára kiterjedő hatású, az egyén összes többi szerepére kiterjed. Pervazív szerepek kötődnek az orvosi tevékenységhez. A hivatásukat gyakorló orvosok a gyógyítás szellemisége, etikai és természetesen büntetőjogi normái miatt,

egyetlen pillanatra sem bújhatnak ki foglalkozásuk adta szerepükből, így civil életükben is „készen kell állniuk” az orvosi értelemben vett segítségnyújtásra (pl. közlekedési baleset helyszínén tartózkodva). (Feith, 2008)

2.2. Szervezeti elkötelezettség

A munkahelyi elkötelezettség a menedzsment fontos vizsgálódási terepeként több évtizedes múltra tekint vissza mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban. Az első modellek az 1960-as évek elejéhez kötődnek, amelyekben olyan tényezőként határozták meg az elkötelezettséget, amelynek erősségét a veszítenivalók mértéke határozta meg (Side-bet Theory). Ezen tényezőket a Nobel díjas Becker alapvetően a munkahelyi kulturális elvárások, személyes kapcsolatok, az egyénnek a társas helyzethez való viszonyulása, „bürokratikus megállapodások” és az önmegvalósítási aggodalom csoportjaiként fogalmazta meg. (Becker, 1960) Véleménye szerint a csoportokból egy időben egyszerre minél több az aktív, annál erősebb lesz az egyénnek a szervezethez való kötődése.

Porter et al. (1974) cselekvésen keresztül ragadja meg az elkötelezettség fogalmát, azaz olyan tevékenységet végez a munkavállaló a menedzsment utasítása/kérése nélkül, amelynek végrehajtásával a szervezeti célok elérését segíti elő. Brooks és Wallace (2006) szintén cselekvésen keresztül vizsgálják meg a fogalmat, amikor azt mondják, hogy az elkötelezett munkavállaló az, aki extra erőfeszítéseket kíván tenni a szervezet érdekében. Ennek értelmében egy jól tervezett humán erőforrás-menedzsmenttel pozitív hatást lehet gyakorolni a szervezet eredményességére. Porter és szerzőtársai szerint az elkötelezettség elsősorban érzelmi indíttatású, melyet véleményük szerint három tényező befolyásol: „a szervezeti kultúrával való teljes azonosulás (célok és értékek elfogadása), erős hajlandóság a szervezet érdekében végzett munkára, valamint intenzív vágy a szervezeti tagság fenntartására.” (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974)

Az alkalmazotti / munkahelyi / szervezeti elkötelezettség definíciója tehát nem adható meg általánosan, mert az értelmezés attól függ, hogy milyen modell alapján vizsgáljuk. A szervezeti elkötelezettségi modellek áttekintése során azt lehet észrevenni, hogy az idő múlásával az elkötelezettség értelmezése újabb és újabb alkotóelemekkel bővült: az egydimenziós megjelenítéstől (pl. Scholl, 1981; Porter et al., 1974) előbb a két- (pl. Angle & Perry, 1981), majd háromfaktoros elkötelezettségi modellek (pl. Meyer & Allen, 1991) követték egymást. Ezen értelmezések pontosítása és egységesítése napjainkban is tart. Jelen tanulmányban a háromfaktoros modellt preferálom.

Az elkötelezettség kutatása napjainkban is szerteágazó szakterületeken jelenik meg. Néhány példa: A tudásmenedzsmentben az alkalmazottak elégedettségének és motivációjának fokozása, a mind nagyobb munkatársi teljesítmény közvetlen motivációs eszközök nélküli elérése, az önkéntes szervezeti hozzájárulás kulcsa, vagy az egyéni munka minőségének javítása területén alkalmazzák a szervezeti lojalitás vizsgálatát, illetve számítanak a szervezeti elköteleződésre.

A szakma vagy a foglalkozás iránt érzett elkötelezettség a szervezet klímájától, kultúrájától, motivációs eszköztáráról függetlenül is fennállhat (Cohen, 2000).

McKinnon és munkatársai azt állapították meg, hogy az emberközpontú vezetésnek egyenes következménye a munkatársak elkötelezettsége. (McKinnon, Harrison, Chow, & Wu, 2003)

Más szempontú vizsgálatokat is ismerünk. HR aspektusú tényező lehet egy szervezet dolgozói elkötelezettségének vizsgálata a munkaköri változások, átszervezések előkészítésénél is. (Csillag, 2010).

A munkapszichológiai kutatások egyik központi kérdése ez, amelyhez szorosan kapcsolódik az adott szervezeti kultúra. Másrészt a vezetés számára is nagy kihívást jelent a dolgozók elégedettségének megszerzése, az ösztönzés formáinak kialakítása és a stratégiai célok összeegyeztetése.

A legtöbb kutatás hivatkozik a Meyer és Allen (1991) által kidolgozott három komponenses elméletre és kérdőívére (Organizational Commitment Questionnaire, OCQ). A szervezeti elköteleződésnek három dimenzióját úgy alakították ki, hogy megvizsgálták mások elméleteit is, és mondhatni, összeillesztették a különböző aspektusokat. Így alakult ki a szervezet iránti elkötelezettség három komponense:

1. Érzelmi elkötelezettség – a szervezethez való tartozás erős vágya,
2. Folytonossági elkötelezettség – anyagi meggondolásból vagy más érdekből pl. nyugdíj, marad a munkahelyén a munkavállaló
3. Normatív elkötelezettség – a maradást valamilyen kényszer (anyagi juttatások miatt, vagy családi, szociális helyzet) miatt nem tudja változtatni. Esetleg más tapasztalatok miatt érzi úgy, hogy maradnia kell.

A munkapszichológia és a menedzsment tudomány szempontjából releváns elméleteket Krajcsák Zoltán rendszerezte. (1. táblázat)

1. táblázat: A szervezeti elköteleződés főbb elméleteinek bemutatása

Kutató(k)	Az elkötelezettség dimenzióinak száma és értelmezése	Az elkötelezettség faktorait befolyásoló tényezők	Az elmélet legfontosabb eredménye
Becker	1 Az elkötelezettséget a veszténivalók mértéke határozza meg.	kulturális elvárások, személyes kapcsolatok, társas viszonyulás, bürokratikus megállapodások	Minél több befolyásoló tényező aktív egyszerre, az elkötelezettség annál erősebb.
Porter & Mowday	1 Az elkötelezettség érzelmi indítástású.	azonosulás a szervezeti kultúrával, erős hajlandóság a szervezet céljainak megvalósítására, erős vágy a szervezeti tagság fenntartására	Az elvándorlásra erősebb hatást gyakorol az elkötelezettség az elégedettségénél (intenzívebb érzelmet feltételez).
Scholl	1 Az elkötelezettség képes a viselkedést megváltoztatni a motivációtól függetlenül.	veszténivalók, reciprocitás, alternatívák hiánya, azonosulás	Elkötelezett magatartás akkor is jelentkezhet, ha az elvárás- vagy méltányosságelméleti szempontok nem teljesülnek.
Perry & Angle	2 Az elkötelezettséget az értékelkötelezettség és a maradási elkötelezettség aránya adja meg.	szervezet céljainak elfogadása, a szervezeti tagság fenntartására való törekvés	Nincs egyértelmű összefüggés a munkavállalók elkötelezettsége és az eredményesség között.
Meyer & Allen	3 Az elkötelezett attitűdöt az affektív-, a folytonos-, és a normatív elkötelezettség adja.	érzelmi kötődés a szervezethez, a szervezet elhagyásával járó észlelt költségek, kötelességérzet a szervezetben való munkavégzésre	Az érzelmi elkötelezettség és a szervezetben való maradási szándék között erős negatív kapcsolat van; a folytonos elkötelezettség és a fluktuáció között nincs összefüggés.

Forrás: (Krajcsák, 2014, old.: 14)

2.3. Motiváció

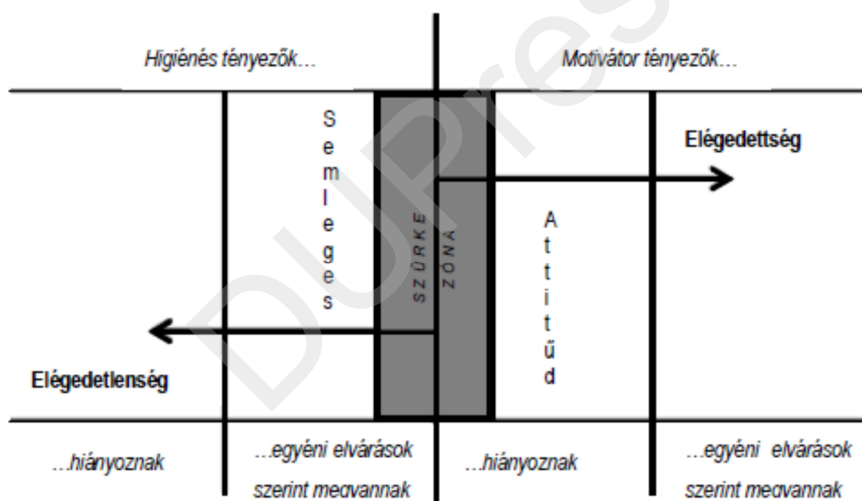
Az elvárás elmélet alapfogalata, hogy az egyén tetteinek indítéka abban gyökerezik, azért tesz meg valamit, mert az közelebb viszi valamilyen számára vonzó cél eléréséhez. Vroom elméletében az egyén magatartás stratégiája három tényezőn alapszik. Egyrészt az erőfeszítés az eredmény érdekében történik, másrészt a teljesítmény eléri-e a kívánt eredményt, valamint az elért eredmény mennyire értékes a munkavállaló számára. (Vroom, 1964)

A XXI. század munkavállalóit vizsgálva elmondható, hogy változott a szemlélet, nem jellemző már a „minden áron tartó lojalitás”. A csak pénzzel elért teljesítménynövelés háttérbe szorul, és nagyobb hangsúlyt kapnak olyan motivációs eszközök, mint a személyes szabadság, az egyes munkavállaló jelleme, stb. Megjelentek az elégedettséget befolyásoló úgynevezett puha tényezők. Fontos a pozitív vezetői megerősítés, a visszajelzés, a megfelelő,

emberséges szervezeti kultúra kialakítása. Ez lehet az alapja egy jól teljesítő, a tulajdonos/fogyasztó/páciens elvárásainak megfelelő szervezet kialakításának. (Juhász, 2016)

A motiváció és az elégedettség a legtöbb esetben összekapcsolódnak. Herzberg kéttényezős modellje ennek az összefüggésnek a feltárására a (külső és belső) motivátorok és a higiéniai tényezők csoportjába sorolja a munkavállalóra ható és a munkahelyi szabályok, elvárások megnyilvánulásait. A belső motivátorokhoz sorolandók azok a tényezők, amelyek a meggyőződésünket befolyásolják, amelyek a munkában rejlő örömet alakítják bennünk, és ezzel együtt a tudásunk növekedésével a munkánk iránti felelősségvállalásunk is nő. A külső motivátorok (pl. fizetés, jó munkakörülmények) a lojalitást hosszabb távon nem erősítik, de hiányuk elégedetlenséghez vezetnek.

Herzberg kéttényezős modelljének ábrája



Forrás: (Krajcsák, 2014, old.: 18)

A lojalitás, a szervezeti elköteleződés kutatása közben felvetődik a kérdés a szervezeti vagy a szakmai elköteleződés az erősebb vagy fontosabb. A modern menedzsment irányzatok világszerte kiemelten foglalkoznak a humánerőforrás motiválásával. Ezek közül a Kék Óceán Stratégia vált világszerte ismertté (Chan Kim & Mauborgne, 2014), hiszen a motiváció és a hatékonyság kapcsolatát tényszerűen kimutatták. Az általuk ajánlott módszereket érdemes a magyar egészségügyi reform előkészítésénél hasznosítani. A Kék óceán stratégia megalkotói a megoldást a vezetés átalakításában látják. Reformjuk kiinduló pontja az úgynevezett „vezetői vásár”, hogy

a vezető és a beosztottak közötti viszonyt is megvásárolható áruként kezelik. A beosztottak lojalitása abból adódik, hogy „megveszik-e” a főnökük vezetői kvalitásait, megbíznak-e benne. (Paulikné Varga, 2021) A tanulmány világszerte elterjedt mondandóját – hogy nem a tekintélyelvű vezetést, hanem a személyiséget és a szaktudást egyaránt megfelelőnek tartó alkalmazottak véleményét értékelő gyakorlatot érdemes alkalmazni – a szerzők a meggyőző eredményekkel támasztották alá, nőtt a termelékenység, csökkent a fluktuáció, stb.

A vitát nem kívánjuk lezárni, csupán véleményt formálunk arra, hogy az egészségügyben ugyan mindkettő fontos, de a speciális szaktudás szüksége miatt, a szakmai elköteleződésnek, a professzionak erősebbnek kell lennie, és ennek mértékéhez kell vagy szükséges igazítania a szervezeti keretek javítására vállalt kötelezettségeit. Az orvosi hivatás esetén kiemelten fontos a szervezeti elköteleződés mértéke, hiszen a munkáját csak a közvetlen gyógyító munkában, az orvos-beteg találkozás formájában tudja megvalósítani. Olyan hivatások esetén, ahol a munkavállaló közvetlen kapcsolatban van a fogyasztóval, a képzett és motivált dolgozó emelheti a szolgáltatás minőségével kapcsolatos elégedettséget. (Hallowell, 1996) Különösen igaz ez az orvosi hivatásra, ahol nehezen pótolható a sok év alatt megszerzett orvosi szaktudás. Másrészt ugyancsak motiváltság kell a szakmai tovább lépésre, a szaktudás bővítésére, alkalmazására.

„A motiváció az, amely meghatározza, hogy az egyén energiája mekkora részét hajlandó a munkájába fektetni megfelelő körülmények között.” Még a gyengébb képességű dolgozó esetében is jobb teljesítményt lehet elérni, ha motivált. (Csukonyi, 2002) A segítő szakmában dolgozók esetében ez még hatványozottabban érvényesül.

A menedzsment által megválasztott motivációs stratégia szervezeti szinten a teljesítményt, munkavállalói szinten az elégedettséget eredményezi. A munkával való elégedettséget alapvetően a munkafeladat, a másokhoz fűződő viszony és a munkával kapcsolatos elvárások befolyásolják. (Gyökér, 2008) A közszolgálatban dolgozók motivációs jellemzőiről készült vizsgálatok szorosban egybefonódtak a huszadik század második felében megjelenő az államreformokkal, a New Public Management irányzatával, a racionalizálás, az olcsó állam illúziójával.

A Public Service Motivation (PSM) Észak-Amerikából indult és hazánkban is lettek kutatói. (Hollósy Vadász, Szakács, Horváth). Ennek az irányzatnak nincs egységes definíciója, van viszont egy közös célkitűzése. Eszerint a PSM olyan motiváló erő, amely arra ösztönzi a közszolgálatban dolgozókat, hogy

magas szinten teljesítsenek. A motivátorok közel esnek a professzió kutatásból ismertekhez. Érthető ez, ha azt vesszük közös tényezőnek, hogy az orvosi hivatás is egy közzszolgálaton alapuló hivatás. (Horváth & Hollósy-Vadász, 2019)

A házi orvos motiváltságát napjainkban más tényezők is befolyásolják. A jogbiztonság, a kiszámíthatóság és a megbecsülés mellett a szervezeti koordináció, a felszereltség, az infrastruktúra állapota is ösztönöző erő. Kérdés, hogy ki, hogyan és miből ösztönözhetné őket.

2.4. Infrastruktúra

Napjainkra a praxisközösségekben olyan teamek alakultak ki, amelyekben az autonóm hivatások jelenléte fokozottabban érvényesül, egyre több érdemi feladatot vesznek át a házi orvostól, akinél ezáltal az irányító, ellenőrző szerepkör marad. A házi orvosok munkájában mindig jelen voltak a paramedikális szakemberek (védőnő, diplomás ápoló). A házi orvosi extra feladatok vállalása így mindenképpen függ az egészségügyi szakdolgozók terhelhetőségétől.

A felnőtt körzetben dolgozó házi orvos jelenleg általános orvos, belgyógyász és házi orvostan, a gyermekkorzetben dolgozó házi orvos csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi szakképesítéssel láthatja el a tevékenységét.

A házi orvosok napjainkban nagyrészt vállalkozási formában gyakorolják hivatásukat. A vállalkozási formájuk azonban nagyon speciális, nem teljesen vagy csak a praktizálásban önálló. A praxis tulajdonos házi orvos feladatait, munkakörét több megrendelő vagy hatóság is meghatározza. Az állami feladatok finanszírozását a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (NEAK), a különböző adatszolgáltatást váró egészségügyi hatóságokkal, szervezetekkel jogszabályokban meghatározott együttműködésben végzi. Ezek mellett szoros kapcsolatban állnak a praxisuk önkormányzatával, amely esetenként az infrastruktúra fenntartását átvállalja, megszervezi és finanszírozza az ügyeleti szolgálatukat.

A fentiekből következik, hogy a megfelelő infrastruktúra, illetve új keretek kialakítása igen összetett előkészítést kíván, ami csak részben a praxis tulajdonos érdeke, legalább olyan fontos az alapellátás korszerűsítésének, és az egészségügyi ágazat reformjának sikere szempontjából.

A házi orvosok helyzetéről kevesebb felmérés készült. Az elégedettség vizsgálatok, a kiegészi jelenségek mérése és más kutatások elsősorban a szakszemélyzetet érintették, és elsősorban nem az alapellátásban, hanem a kórházakban dolgozókat. A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolájában az egészségtudomány határterületei programon belül több disszertáció készült, de az orvosi hivatásról, illetve az egészségügyben szükséges szervezeti vizsgálatokról nem hirdettek meg kutatási programot, témát. Ugyanakkor a szakszemélyzet vizsgálata olyan szempontok alapján végzett felméréseket eredményezett, amelyek az általános problémákat is tükrözik, és módszertani szempontból hasznosíthatóak, illetve világosabban mutatják a hiányosságokat is.

3. Tervezett kutatásom

A házi orvosok körében tervezett felmérésembe egy olyan kérdőívvel szeretnék adatokat gyűjteni, amelyhez a nemzetközi és hazai szakirodalom már akkreditált kérdőívekből adaptáltak szempontokat, blokkokat.

A kérdőívben négy kérdéscsoportot tervezek:

1. kérdéskör: Felkészültek-e a magyar házi orvosok a működésük reformjára?
(demográfia, szakképzettségi adatok, jogi-igazgatási-gazdasági-technológiai állapotokat mérő kérdések)
2. kérdéskör: Mit tartanak orvosi hivatásuk lényeges morális és szakmai feladatának?
(a megkérdezettek motivációjáról, a hivatás lényegének – feladatának – és státuszának a megfogalmazásáról, az ezekről alkotott véleményükre vonatkozó kérdésekkel.)
3. Ez a központi kérdéskör, két részre bontható: Mit gondolnak a gyógyító munka javítási lehetőségeiről és a professzionális struktúra kialakításáról?
 - *Mit gondolnak a saját státuszukról? Mennyire lojálisak az egészségügyi szervezethez? Motiváltak-e a változásra, illetve*
 - *mit várnának el a csoportpraxistól? Az alap- és szakellátás kombinációját elismerésnek, szakmai kihívásnak, jobb anyagi és infrastrukturális lehetőségnek tekintik-e? Mit várnak el az államtól?*

4. Van-e és milyen módon jelenik meg a kiégés a házi orvosok között?

Általános jelenség, vannak-e speciális (pl. életkori) jellemzői, a világvárvány elmélyítette, megterhelte-e az orvosok lojalitását?

A vizsgálati minta összegyűjtését – különösen a COVID időszakra tekintettel – önkitöltős kérdőív segítségével tervezem, amely átlagosan 20 percet venne igénybe. Amennyiben mód lenne rá, szívesen választanék kontroll csoport megkérdezésére olyan konferenciákat, fórumokat, ahol ankét típusú kitöltéssel közvetlenebb reakciókat is megismerhetnék. Ez és az interjú készítése is nagyban függ a járvány megfékezésétől.

Az általam összeállított és felhasznált kérdőív tematikai megoszlása illeszkedik a fent megnevezett kérdéskörökhöz.

A kutatásban használt elsőszámú kérdőív mintája McClelland motivációs elméletén alapul, amely a belső szükségletekkel szemben nagyobb hangsúlyt fektet a tanult szükségletekre, így a hatalom, a teljesítmény és a kapcsolatok iránti szükségletek vizsgálatára. Ezek a szükségletek ugyan más mintázattal, de megtalálhatóak minden emberben és mindhárom fejleszhető. (Csukonyi, 2002)

Munkaelégedettség vizsgálatát több aspektusból, eltérő ágazatok, szervezetek munkatársai körében vizsgálták már. Gyakori, hogy a minta adó kérdőívek részleteit pontosan vagy részben adaptálták a kutatók. Egyik ilyen kiindulási pontként ismert a Minnesotai Egyetem által kialakított Munkahelyi elégedettség kérdőív (MSQ). A kérdőív rövidebb verziója alapján Kun (2002) a munkavállaló elégedettségét többek között az önállóság, a stabilitás, a képességek felhasználása és a fizetés vonatkozásában vizsgálta.

R. Fedor Anita a nyíregyházi lakosok gazdasági aktivitásával és foglalkoztatási jellemzőivel kapcsolatban elkészült cikkében arról ír, hogy 2018-as felmérés során a megkérdezettek közül a felsőfokú végzettséggel rendelkezők a legelégedettebbek a munkaidő beosztásával és a munkavégzés körülményeivel, valamint 60% fölött volt a jövedelemmel való inkább elégedettek vagy teljesen elégedettek aránya. Érdekes megállapítás, hogy szignifikáns különbséget találtak a munkahelyek száma és az iskolai végzettség között, valamint az a megállapítás, hogy a férfiak többször váltottak munkahelyet, mint a nők. A megkérdezettek 36,7%-a vélte lelkileg megterhelőnek, stresszesnek a munkáját. Életkor szempontjából a 40-49 éves érettségizett vagy felsőfokú végzettségű korosztály értékeli úgy, hogy a munkája miatt „gyakori vagy állandósult stresszhelyzetben” él. A megkérdezettek 93,8% tartotta fontosnak az állás biztonságát és 67,7% tartotta

fontosnak, hogy olyan munkát végezzen, ami másoknak segíthet. Utóbbi megállapítás inkább a nőkre, illetve a 40-49 éves korosztályra jellemző. (R. Fedor, 2018; R. Fedor, 2021).

Az egészségügy egy szerteágazó, sokszínű szolgáltató ágazat, amelyben különféle elégedettségi vizsgálatok történtek. A házi orvosok ügyeleti rendszere, valamint betegség, tartós szabadság alatti helyettesítés megszervezésének tanulmányozásához jó támpontot szolgáltat a munkára való alkalmassággal, a munka szeretetével és a kollegiális segítségnyújtással kapcsolatban egészségügyi dolgozók körében elvégzett kutatás. (Gebriné Éles, Takács, Kósa, Heinrichné Kőszegi, & Lampek, 2017)

A COVID időszak alatti felfokozott stresszhelyzet fokozottan érintette a házi orvosokat. Egyelőre még nem látható, hogy a munkával járó mennyiségi és/vagy minőségi túl-, vagy alulterhelést és a munkafeltételek változását, hogyan élték/élik meg, és mennyien tervezik esetleg rövid időn belül a pályaelhagyást, a nyugdíjba vonulást, a külföldi munkavállalást. Kutatásom szempontjából fontos, hogy a munkavállalók egyéni szinten a stressz lehetséges forrásaként élik meg a túl kicsi vagy túl nagy felelősséget. A csoportpraxisban dolgozó házi orvosok esetében nőne a szakvizsgával ellátandó betegek száma és a velük kapcsolatos felelősség. Egy 2013-ban készült kutatás az egészségügyi dolgozók körében vizsgálta a munkahelyi elégedettséget és stressz következtében kialakult tüneteket, a megküzdés elemeit. (Deutsch & Gergely, 2015) A válaszadók a túlterhelés egyik okaként hangsúlyozták a betegeknek, a másoknak való segítségnyújtás fontosságát, ugyanakkor a folyamatosságának terhét is.

Vladár Anita 2016-os kutatásának célja néhány szakorvos csoport (traumatológusok, belgyógyászok, pszichiáterek és házi orvosok) kiegészítő értékeinek vizsgálata volt. Megállapítása, hogy a deperszonalizáció – ami a páciensekkel és kollégákkal szembeni negatív és rideg hozzáállásban nyilvánul meg – kevésbé jellemző a házi orvosok körében, továbbá a traumatológus és pszichiáter szakorvosokhoz viszonyítva az érzelmi kimerültség szempontjából is a házi orvosok eredménye volt a legpozitívabb. (Vladár, 2016) A kiegészítő vizsgálatához több szempontot vett figyelembe, és ő is használta Meyer–Allen kérdőívét.

A szervezeti és az alkalmazotti elköteleződésre ugyanezt használta Krajcsák Zoltán több munkájához is.

A kiegészítő – a Burnout – jelenség vizsgálata elkerülhetetlen, hiszen napjainkban egyre több területen tapasztalják, hogy a hosszan tartó stresszhatások fizikai,

érzelmi és mentális (idegrendszeri) kimerüléshez vezetnek. Az úgynevezett menedzser betegségeket is ide lehet sorolni. A kiégés felismerésére számos rövid teszt kering az interneten (egy pszichológusok által hirdetett példa http://www.lelkititkaink.hu/burnout_teszt.html), és különféle tréningeket hirdetnek coach-ok a megelőzésére. Az orvosok esetében a nagy beteglétszám és a munkakörülmények megterhelése, a személyes felelősség nyomása miatt különösen nagy a kiégés veszélye. „Orvosnak lenni nemcsak mentálisan megterhelő, hanem érzelmileg és fizikailag is: a kiégés szindróma pedig mind a három területen erősebb terheléseket eredményezhet (Kopp & Berghammer, 2005). Az egészségügyben szükséges változtatások végrehajtásához az ő szubjektív egészségtudatuk, mentális állapotuk, elköteleződésük a siker egyik, ha nem a legfontosabb feltétele. A többi a törvényalkotók felelőssége.

4. Az adatgyűjtés tervezett módja

Az adatgyűjtés lebonyolításának tervezett formája, hogy az elkészített kérdőívvel a Háziorvosok Online Szervezetét, a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületét és a Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetségét kívánom megkeresni. Az ő támogatásukkal – úgy gondolom – sikeresebben tudom az érintetteket megszólítani, és az online kérdőívek alapján értékelhető mintát kapok. Természetesen szeretnék országos összefüggéseket feltárni, reményem azonban inkább a regionális vagy csak a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében dolgozó orvosok válaszában nagyobb. A kapott eredményeket a haladó statisztika eszközeivel a hazai és a nemzetközi egészségügyi adatbázisokhoz viszonyítom. A feldolgozást elsősorban az SPSS program segítségével tervezem. Feltételezem, hogy a világjárvány következtében a közeljövőben lesznek más országokban, az Európai Unióban és a WHO működésében is változások, amelyeket hazai jogszabályok is tükrözni fognak. Bár az adatgyűjtést szeretném 2021-ben elvégezni, de úgy gondolom ezzel párhuzamosan a fent említett szervezetek munkásságát is folyamatosan figyelni kell, és szükség esetén a kutatásom kiegészítésével fogom követni.

Felhasznált irodalom

1. Becker, H. (1960). Notes on the Concept of Commitment. *American Journal of Sociology*, 32-40.
2. Chan Kim, W., & Mauborgne, R. (2014). *Blue Ocean Strategy*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press.
3. Cohen, A. (2000). The relationship between commitment forms and work outcomes: a comparison of three models. *Human Relations*, 387-417.
4. Csukonyi, C. (2002). A motiváció alapelvei. In Á. Münnich, A jövő vezetőinek szerepe. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
5. Deutsch, S., & Gergely, É. (2015). A munkahelyi stressz és elégedettség tényezőinek feltárása egészségügyi dolgozók körében. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 101-126.
6. Feith, H. (2008). Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomások életpályáin. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar.
7. Gebriné Éles, K., Takács, P., Kósa, Z., Heinrichné Kőszegi, K., & Lampek, K. (2017). Szülésznők munkával való elégedettségének vizsgálata. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 41-57.
8. Gyökér, I. (2008). *Szervezeti viselkedés*. Budapest: Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar Üzleti Tudományok Intézet.
9. Hallowell, R. (1996). Southwest Airlines: A Case Study Linking Employee Needs Satisfaction and Organizational Capabilities to Competitive Advantage. *Human Resource Management*, 513-534.
10. Horváth, Z., & Hollósy-Vadász, G. (2019). Közszolgálati motivációs modellek tesztelése útelemzéssel. *Statisztikai Szemle*, 269-287.
11. Irvine, D. (2001). Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. *Lancet*, 1807-1810.
12. Juhász, C. (2016). Elvárások és elégedettség. *Taylor Gazdálkodás és Szervezéstudományi Folyóirat*, 58-64.
13. Kapocsi, E. (2004). *Orvosi hivatás és hivatásetika a XX-XXI. században*. Budapest: Semmelweis Egyetem 4. Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
14. Kopp, M., & Berghammer, R. (2005). *Orvosi pszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

15. Krajcsák, Z. (2014). Alkalmazotti elkötelezettségi profilok egyes speciális munkavállalói csoportokban. Budapest: Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola.
16. Kun, Á. (2002). A munkával kapcsolatos elégedettség megismerésének elméleti és módszertani alapjai. In Á. Münnich, A jövő vezetőinek jelene. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
17. McKinnon, J., Harrison, J., Chow, C., & Wu, A. (2003). Organizational culture: Association with commitment, job satisfaction, propensity to remain, and information sharing in Taiwan. *International Journal of Business Studies*, 25-44.
18. Merton, R. (2002). Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Budapest: Osiris.
19. Porter, L., Steers, R., Mowday, R., & Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 603-609.
20. R. Fedor, A. (2018). Foglalkoztatási helyzetkép és a munkával való elégedettség jellemzői. *Acta medicinae et sociologica*, 33-57.
21. R. Fedor, A. (2021). Job Satisfaction in Hungary - Comparative Study. *ECONOMICS AND SOCIOLOGY* 14 : 2 pp, 331-349.
22. Vladár, A. (2016). A kiégés vizsgálata a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció függvényében orvosok körében. Különleges bánásmód, 15-29.
23. Vroom, V. (1964). *Work and Motivation*. New York: Wiley.

Egyenes út főiskolára, egyetemre?! – a középfokú szakképzés együttműködése a felsőoktatással

Stomp Ágnes¹, Móré Marianna²

¹Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

²Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet Gerontológia tanszék

Absztrakt

Magyarországon az elmúlt években jelentős társadalmi és gazdasági következményekkel járó változások mentek végbe, amelyre reagálnia kellett a szakképzés rendszerének is. A gazdaságban végbemenő átalakulásra reflektálva dolgozták ki a Szakképzés 4.0 stratégiát, amely a szakképzés és felnőttképzés rendszerszintű megújítását biztosítja egy új szakképzési struktúra bevezetésével. A stratégia meghatározta azt a három területet, amely a legnagyobb mértékben járul hozzá a szakmai képzés fejlesztéséhez. A három terület egyike a szakmai képzésben résztvevő diákok számára a karrier lehetőségének biztosítása, ezért az új struktúra úgy került kialakításra, hogy az oklevelestechnikusi képzettséget megszerző diákok számára az előzetesen megszerzett szakmai tudásukat elismerve egyenes út vezethet a szakirányú felsőoktatásba. A megvalósítás feltétele, hogy a szakképzési centrumoknak és/vagy tagintézményeiknek olyan típusú együttműködését kell kialakítaniuk a felsőoktatási intézményekkel, amelyre eddig még nem volt példa. Tanulmányunk célja annak elemzése, hogy az általunk vizsgált szakképzési centrumok és szakképző intézmények és a velük együttműködő felsőoktatási intézmény sikeresen kidolgozták-e azt az együttműködést, amely biztosítja az oklevelestechnikus képzettséggel rendelkező diákok előzetesen megszerzett szakmai tudásuk elismerését, továbbá az együttműködés biztosítja-e az innováció beépítését a középfokú képzésbe a felsőoktatás támogatásával, megvalósítva ezáltal a Stratégia 4.0 erre vonatkozó célkitűzéseit.

Kulcsszavak: szakképzés, együttműködés, felsőoktatás

Abstract

Changes with significant social and economic consequences have taken place in Hungary in recent years, to which the vocational education and training (VET) system has had to respond. Reflecting the transformation of the

economy, Vocational Training 4.0 has been developed to ensure the systemic renewal of VET and adult education by introducing a new VET structure. The strategy identified the three areas that contribute most to the development of vocational training. One of the three areas is to provide career opportunities for students in vocational education and training, so the new structure has been designed to provide a straight path to higher vocational education for students with a qualification as a certified technician, recognising their prior professional knowledge. To achieve this, the Centres of Vocational Training and/or their member institutions need to establish a type of cooperation with higher education institutions that has not been done before. The aim of our study is to analyse whether the Centres of Vocational Training and Vocational Training Institutions we examined and the Higher Education Institution cooperating with them have successfully developed the collaboration that ensures the recognition of the prior professional knowledge of students with a qualification as a certified technician and whether the collaboration ensures the integration of innovation in secondary education with the support of higher education, thus achieving the relevant objectives of Strategy 4.0.

Keywords: *vocational education and training, cooperation, higher education*

Bevezetés

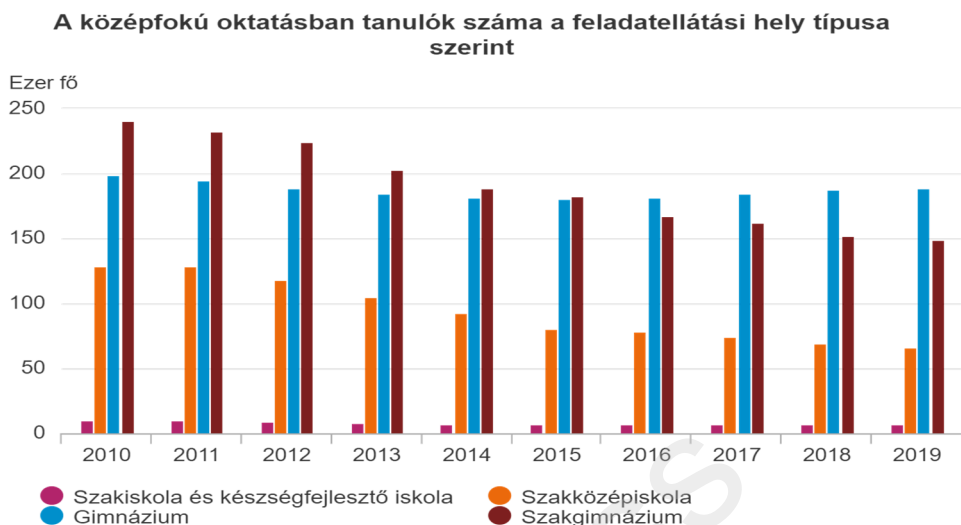
Az oktatás és gazdaság szoros kölcsönhatásban áll egymással. Egy versenyképes gazdaság egyik kulcsa a humán erőforrás fejlesztés, amely az oktatási rendszer keretén belül valósul meg (Stomp 2020). Simonics (2015) úgy véli, hogy a szakképzés és gazdaság kapcsolata fontos szerepet tölt be mind a szakképzés mind pedig a gazdaság fejlődése és sikere szempontjából. A gazdaság és a szakképzés elválaszthatatlan egymástól, teljesítményük kölcsönösen befolyásolja a másik szektor eredményeit (Baethge és Wolter 2015; Pogátsnik 2021). A munkaerő minősége, a munkakultúra színvonala hatással bír egy ország gazdasági fejlődésére, amelynek eléréséhez a vállalati szféra és az oktatási rendszer, az oktatást és képzést végző intézmények tudnak nagyban hozzájárulni (Trautmann és Vertetics 2020).

Magyarországon az elmúlt években jelentős társadalmi és gazdasági következményekkel járó változások mentek és mennek végbe, amelyben a szakképzés is érintett (ITM 2019):

- Az Ipar 4.0 hatására egyre gyorsabb fejlődésnek vagyunk szemtanúi az iparban használt technológiák és eljárások terén. Olyan új típusú munkakörök jelennek meg, amelyekben magasabb hozzáadott értékű munkavégzést várnak el a dolgozó emberektől. Ez olyan új típusú kompetencia elvárásokat támaszt a dolgozó emberekkel szemben, mint a kreativitás, komplex problémamegoldás, kritikus gondolkodás és hatékony együttműködés, amely a tudásalapú társadalom erősítésének szükségességét vonja maga után.
- A gazdasági növekedés fenntartásának egyik meghatározó tényezője a hatékonyságnövekedés biztosítása, amelynek feltétele a jobban képzett munkaerő rendelkezésre állása.
- Az elmúlt években a munkaerőpiacot a kereslet jellemezte, ugyanis a szakképzett munkaerőből jelentős hiány alakult ki az egyes területeken. Az elmúlt években a szakképzési rendszer elsősorban kínálat alapú volt és nem a munkaerőpiac keresletén alapult.
- A középfokú szakképzés kapcsolata a felsőoktatással nem működött az elvárt szinten.
- A középfokú szakképzésben a szakmai tárgyakat oktatók tudása nem követte megfelelően a technológiai fejlődést.

A 2019-ig működő szakképzési rendszer egyik kulcsproblámája volt a szakképzést választó nappali tagozaton tanuló diákok létszámának fokozatos csökkenése (Fónai et al. 2008; Fónai és Veresné 2008). A középiskolai szakmai képzés az elmúlt tíz évben folyamatosan veszített népszerűségéből, amelyet az 1. ábra jól szemléltet.

1. ábra: A középfokú nappali rendszerű oktatásban tanulók száma 2010-2019 között



Forrás: KSH, 2019

Az 1. ábrát értékelve megállapítható, hogy 2019/2020-as tanévben szakiskola és készségfejlesztő iskolában a tanulók 1,7%-a (7.000 fő), szakközépiskolában 16%-a (65.800 fő), szakgimnáziumban 36%-a (149.100 fő) és általános gimnáziumban 46%-a (189.000 fő) tanult. Amíg a 2010/2011-es tanévben a szakgimnáziumban 240.400 fő volt a létszám, addig a 2019/2020-as tanévben ugyanezen intézmény típusban már csak 149.100 fő tanult, amely 91.300 fős, közel 38%-os csökkenést mutat. A tanulói létszám tekintetében összességében azt mondhatjuk, hogy a gimnáziumok a legnépszerűbbek, majd a szakgimnáziumok és szakközépiskolák következnek. További problémát jelentett, hogy a szakgimnáziumot az érettségi után, technikus végzettség nélkül a tanulók 46%-a hagyta el a KSH adatai alapján.

Kutatásmódszertan

A tanulmány azt vizsgálja, hogy kutatásba bevont szakképzési centrumok és szakképző intézmények közösen a felsőoktatási intézménnyel sikeresen kidolgozták-e azt az együttműködést, amely biztosítja az oklevelestechnikus képzettséggel rendelkező diákok előzetesen megszerzett szakmai tudásuk elismerését, továbbá az együttműködés biztosítja-e az innováció beépítését a középfokú képzésbe, megvalósítva ezáltal a Stratégia 4.0 erre vonatkozó

célkitűzéseit. Elemezésünk kiindulási pontjaként ismertetjük az új szakképzési struktúrát, az új szakképzési struktúra kapcsolódási pontját a felsőoktatással. Ezt követően bemutatjuk, elemezzük a szakképzési centrumok és szakképző intézmények felsőoktatási intézménnyel történő együttműködésének jellemzőit, sajátosságait, azok esetleges korlátait. A szakképzési centrumok és szakképző intézmények együttműködését a felsőoktatással a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara és a velük együttműködést kötött négy szakképzési centrum, két egyházi intézmény és két szakképző intézmény esetében vizsgáljuk. Írásunk a dokumentumelemzés módszerére épül.

Kutatási módszerként a dokumentumelemzést választottuk, amely alkalmas oksági összefüggések és összehasonlító elemzések készítésére. A dokumentumelemzés a dokumentumok áttekintésére és értékelésére szolgáló szisztematikus eljárás. A kvalitatív kutatás más analitikai módszereihez hasonlóan a dokumentumelemzés is megköveteli az adatok, információk vizsgálatát és értelmezését annak érdekében, hogy értelmet nyerjenek, és empirikus ismereteket fejlesszenek ki (Corbin és Strauss 2008; Rapley 2007; Bowen 2009).

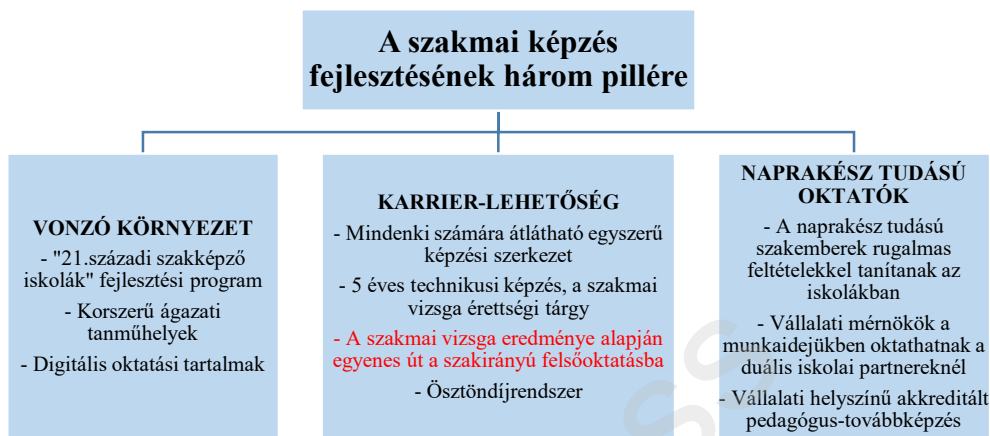
Dokumentumként tekintettünk a Szakképzés 4.0 stratégia, a rendelkező törvények, rendeletek dokumentumaira, a négy szakképzési centrum, két szakképző intézmény és két egyházi intézmény és a Kar között megkötött együttműködési keretmegállapodásokra és a közösen kidolgozott képzési program dokumentációjára.

A szakmai képzés fejlesztésének stratégiája

A bevezetésben ismertetett társadalmi és gazdasági folyamatokat számba véve az Innovációs és Technológiai Minisztérium olyan keresletvezérelt szakképzési rendszer bevezetését tűzte ki célul, amely kreatív, rugalmas és versenyképes szaktudással bíró fiatalokat bocsát ki a munkaerőpiac számára. Célként határozták meg a szakemberhiány megelőzését, a szakképzés presztízsének visszaállítását, minőségének és eredményességének fejlesztését (Trautmann és Vertetics 2020). Ez a törekvés a Szakképzés 4.0 stratégia kidolgozásában realizálódott, amely a szakképzés és felnőttképzés rendszerszintű megújítását biztosítja egy új szakképzési struktúra bevezetésével. A stratégia meghatározta azt a három területet, amely a legnagyobb mértékben járul hozzá a szakmai képzés fejlesztéséhez. A szakképzés fejlesztésének három pillérét a vonzó környezet, a karrier lehetőség

és a naprakész tudású oktatók alkotják (ITM 2019), amelyeket a jellemzőikkel együttesen a 2. ábra mutat.

2. ábra: A szakmai képzés fejlesztésének három pillére



Forrás: Saját szerkesztés a Szakképzés 4.0 stratégia alapján

A három terület egyike a szakmai képzésben résztvevő diákok számára a karrier lehetőségének biztosítása, ezért az új szakképzési struktúrában egy olyan képzési típus került elindításra, amely a jó tanulmányi eredménnyel végzett tanulók számára biztosítja a szakirányú felsőoktatási intézménybe történő felvételüket.

A 1168/2019. (III.28) kormány határozattal elfogadott Szakképzés 4.0 stratégiában tíz kiemelt fejlesztési területet jelöltek meg, amelyekhez negyven beavatkozási intézkedést rendeltek. Tanulmányunk szempontjából a *VIII. A középfokú szakmai képzés együttműködésének fejlesztése a felsőoktatással* kiemelt fejlesztési terület bír jelentőséggel. Ez a fejlesztési terület három beavatkozási intézkedést fogalmaz meg, amelyek a következők:

- „Technikus végzettséggel továbbtanulás a szakirányú felsőoktatásban”, amely célja, hogy a technikus képzettséget megszerző tanulók egyenes úton jussanak be a főiskolára, egyetemre, a szakmai vizsgájuk eredményét figyelembe véve.
- „A képzések tartalmi összehangolása”, amely célja, hogy a szakképző intézmények a felsőoktatási intézményekkel összehangolják a képzési és

kimeneteli követelményrendszerüket, amely biztosítja a tanulók előzetesen megszerzett szakmai tudásának elismerését a felsőoktatási intézményben.

- „Az innováció beépítése a középfokú képzésbe a felsőoktatás támogatásával”, amely célja a felsőoktatási intézmények és középiskola oktatóinak együttműködése, tapasztalat cseréje, tudás megosztása (ITM 2019). Ezen célok eléréséhez, a minőségi szakemberképzés megvalósításához, a képzett munkaerő helyben tartásához, a szakképzésből a felsőoktatásban továbbtanulók arányának növeléséhez egy új rendszerű szakmai oktatás szervezésével kívánunk hozzájárulni, amelyet a következő pontban részletesen ismertetünk.

A szakemberhiány pótlásának egyik eszköze lehet a tanulási motiváció erősítése azon hátrányos helyzetű fiatalok körében, ahol az iskolai lemorzsolódás a legjelentősebb. Lácza és R. Fedor (2021), valamint R. Fedor (2021) megjegyzi, hogy a roma fiatalok körében tapasztalható nagyarányú korai iskolaelhagyás, valamint a NEET-fiatalok magas aránya a kulturális mássággal, az aluliskolázott családi háttérrel és az ebből következő információ és lehetőségek hiányával magyarázható.

Az új szakképzési struktúra és annak kapcsolódása a felsőoktatással

Az új szakképzési rendszerben a középfokú szakmai képzés együttműködése a felsőoktatással kiemelt prioritást élvez (Hengspergerné és Móra 2021). Azt, hogy ez milyen jelentőséggel bír, már a szakképzési törvény első paragrafusának utolsó mondata is érzékelteti, amely szerint a szakképzés és a felsőoktatás az oktatási rendszer egymásra épülő, szerves részei (Sztv. 2019). Az Innovációs és Technológiai Minisztérium által kidolgozott Szakképzés 4.0 stratégia megvalósítására a kormány elfogadta a 2019. évi LXXX. szakképzési törvényt, amely 2020. szeptember 1. napjától felmenő rendszerben vezette be az új szakképzési rendszert. A korábban érvényben lévő szakképzési törvény a szakképzést szakmai elméleti és szakmai gyakorlati oktatásként definiálta, míg az új szakképzési törvény szerint a szakképzés felsőfokú szakképzettséget nem igénylő munkakör betöltéséhez vagy tevékenység végzéséhez szükséges *szakmára felkészítő szakmai oktatás és szakképesítésre felkészítő szakmai képzés*.

1. táblázat: Szakmai oktatás és szakmai képzés

	Intézménytípus	Végzettség	Bizonyítvány
Szakmai oktatás (Iskolai rendszerben)	Szakképző intézmény	Érettségi és szakképzettség (szakma)	Oklevél
Szakmai képzés	Szakképző intézmény vagy Felnőttképző	Szakképesítés	<i>Eredményes elvégzéséről:</i> Tanúsítvány <i>Képesítő vizsga teljesítése után:</i> Szakképesítést tanúsító képesítő bizonyítvány

Forrás: Saját szerkesztés az IKK információja alapján

A törvény szigorúan leszűkíti a szakképzés megszervezésének jogkörét. Ennek megfelelően a szakmára felkészítő szakmai oktatás kizárólag csak *szakképző intézményben* vagy az alapító okiratában meghatározott körben *többcélú köznevelési intézményben* folytatható. Fontosnak tartjuk tisztázni, hogy a két intézménytípus mit is takar valójában. A 2019. évi LXXX. szakképzési törvény szerint a szakképző intézmény szakképzési alapfeladat ellátására létrejött jogi személy, amely a szakképzési centrum tagintézménye, annak jogi személyiséggel rendelkező szervezeti egysége. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény többcélú köznevelési intézménynek nevezi azokat az intézményeket, amelyek köznevelési alapfeladat-ellátás mellett ellát egy vagy több szakképzési alapfeladatot is. Ide soroljuk például azt a csekély számú egyházi iskolát és alapítványok által működtetett iskolákat, amelyeknek alaptevékenysége elsődlegesen köznevelési alapfeladat, de szakképzési alapfeladatot is ellát. Tekintettel arra, hogy csak kis számban működnek ilyen intézmények, ezért a továbbiakban kizárólag szakképző intézményekre fogunk utalni, ahogyan ezt a szakképzési törvény is teszi. A törvény a szakképző intézmények számára jogkört biztosít szakképesítésre felkészítő szakmai képzés megszervezésére is. A szakképzési törvény rendelkezése szerint a kizárólag szakképző intézményben szakmai oktatás keretében elsajátítható szakmákat a szakmajegyzék tartalmazza.

A *szakképzés szakképző intézményen kívül* kizárólag részsakmára felkészítő szakmai oktatás és szakképesítésre felkészítő szakmai képzés

keretében szervezhető. A legújabb 2021. évi LXXXIII. tv. rendelkezése értelmében ez utóbbi képzések csak olyan felnőttképző intézmények által szervezhetők, akik a felnőttképzési tevékenység folytatására engedéllyel rendelkeznek. A szakképző intézményekben kizárólag szakképző intézmények által folytatható *szakmára felkészítő szakmai oktatás* ágazati alapoktatásban és szakirányú oktatásban történik a képzési program és a képzési és kimeneti követelmények alapján. A szakmai oktatás keretében az ágazati alapoktatással és a szakirányú oktatással párhuzamosan a közismereti kerettanterv szerint folyik az oktatás.

Az új iskolarendszerű szakmai képzés iskolatípusai

A szakképző intézményekben az új iskolai rendszerű szakmai képzés két iskolatípusban történik: a technikum és a szakképző iskola.

2. táblázat: Iskolai rendszerű szakmai képzés két iskolatípusa

Iskolatípus	Évfolyam	Végzettség
<i>Technikum</i> - normál technikus képzés - oklevelestechnikus képzés	5	Érettségi + szakma
<i>Szakképző iskola</i>	3	Szakma

Forrás: Sajat szerkesztés a 2019. évi LXXX. szakképzési tv. alapján

A *Technikum*ban a technikus képzés időtartama öt év. Az első két évben 9. és 10. évfolyamon ágazati alapoktatás folyik, amely magában foglalja az adott ágazat közös szakmai tartalmait. Az ágazati alapoktatás ágazati alapvizsgával zárul. Ezt követően a tanuló kiválasztja az ágazaton belül azt a szakmát, amit tanulni szeretne. A sikeres ágazati alapvizsgát követi a szakirányú oktatás. A 12. évfolyam végén négy közismereti tárgyból kell érettségi vizsgát tennie és a 13. évfolyam végén az ötödik érettségi tantárgy a technikus szakképzés szakmai vizsgája, amely emelt szintű érettséginek minősül. Ennek sikeres teljesítése esetén a tanuló két végzettséget igazoló bizonyítványt kap: az érettségi bizonyítványt és a technikus végzettségét igazoló oklevelet.

A 2021. évi LXXXIII. törvény értelmében a szakképző intézmény a technikum iskolatípust felsőoktatási intézménnyel közösen kidolgozott szakmai program alapján is megszervezheti 2021. szeptember 1-jével kezdődően felmenő rendszerben, amelyet oklevelestechnikus- képzésnek nevezünk. Ez az új típusú képzés a normál technikum-képzéssel megegyező öt

éves időtartamú és lehetőséget biztosít a legalább jó eredménnyel végzett tanulók számára, hogy a felsőoktatásban azonos ágazaton belül tovább tanulhassanak és a középiskolai tanulmányaik során megszerzett tudásukat a felsőoktatási intézményben elismerjék, beszámítsák azokat.

A *Szakképző iskola* típusban a képzés időtartama három év. Az első évben folyik az ágazati alapoktatás. Az ezt követő két évben duális képzés folyik munkaszerződés keretében. A szakmai képesítés megszerzését követően a tanulónak lehetősége van az érettségi vagy technikusai képzettség megszerzésére. A 9. évfolyam végén a technikum és a szakképző iskola között átjárhatóságot biztosítanak különbözeti vizsga nélkül (Sztv. 2019).

Oklevél, szakmai bizonyítvány, képesítő bizonyítvány

A szakma megszerzéséről kiállított oklevél államilag elismert középfokú végzettséget (érettségit) és szakképzettséget (szakmát) tanúsít a technikumban végzetek számára. Amennyiben a tanuló a felsőoktatási intézmény és a technikum által közösen kidolgozott szakmai oktatásban vesz részt, akkor a 12/2020. (II.7) Kormányrendelet értelmében, az oklevélben a megszerzett szakma megjelölése mellett fel kell tüntetni az „okleveles” megjelölést. Az oklevél mellékletét képezi a felsőoktatási intézmény által kiadott igazolás arról, hogy a tanuló szakmai oktatásban vett részt. A szakma megszerzéséről kiállított oklevél államilag elismert szakképzettséget (szakmát) tanúsít a hároméves szakképző iskolában végzetek számára. A részzakma megszerzéséről kiállított szakmai bizonyítvány szakképesítést tanúsít. Amennyiben a részzakmára a felkészítés dobbantó program keretében és műhelyiskolában történt, akkor a szakmai bizonyítvány alapfokú végzettséget és szakképesítést tanúsít.

Eredmények

Szakképzési centrumok, szakképző intézmények és a felsőoktatási intézmény együttműködési megállapodásának elemzése

A 2021. évi LXXXIII. törvény értelmében a szakképzési centrum és tagintézményei, szakképző intézmények és egyházi intézmények a technikum iskolatípust felsőoktatási intézménnyel közösen kidolgozott szakmai program alapján is megszervezheti 2021. szeptember 1-jével kezdődően felmenő rendszerben. Tekintettel arra, hogy a szakképző intézmény a szakképzési centrum szervezeti egysége, tagintézménye, ezért az együttműködési

keretmegállapodás a szakképzési centrum, egyházi intézmény és szakképző intézmény és a felsőoktatási intézmény között köthető meg.

Az együttműködés megvalósítására az egyes szakképzési centrumok a tagintézményeikre vonatkoztatva együttműködési megállapodást kötnek felsőoktatási intézményekkel, amelyben a felek megállapodnak abban, hogy a 2021/2022 –es tanévtől kezdődően közösen kidolgozott program alapján zajló okleveles technikus képzést valósítanak meg.

Adatokat kerestünk arra vonatkozólag, hogy országos viszonylatban hány együttműködési megállapodás kötött szakképzési centrumok és felsőoktatási intézmények között, amely az oklevelestechikus képzés keretét biztosítja. Erre vonatkozólag semmilyen internetes forrásban nem találtunk információt, ezért a Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Hivatalt kerestük meg és kértünk adatokat. A Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Hivatal által megküldött adatokat a 3. táblázat tartalmazza, amelyből megtudhatjuk, hogy országos szinten 16 db szakképzési centrum, 27 db intézmény és 13 db egyetem érintett ilyen típusú együttműködésben, de konkrét szám adatot az együttműködések számáról nem kaptunk. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara 4 db szakképzési centrummal 5 tagintézményére, továbbá 2 egyházi intézménnyel és 2 másik technikummal kötött együttműködési keretmegállapodást, azaz összesen 8 db megállapodást kötött.

3. táblázat: Együttműködési megállapodás érintettjei a 2021/2022. tanévben országosan és a DE-EK viszonylatban

Együttműködési megállapodás érintettjei 2021/2022. tanév	
Országosan	Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
16 db szakképzési centrum	4 db szakképzési centrum
27 db intézmény	9 db intézmény
13 db egyetem	1 db egyetem

Forrás: Saját szerkesztés az NSZFH adatai alapján

Az általunk vizsgált összesen 8 db együttműködési keretmegállapodást áttekintve és értelmezve az alábbi jellemzőket foglaljuk össze. Az együttműködési keretmegállapodások tartalma az alábbi területekre terjed ki:

- Az oklevelestechnikus-képzés képzési programjának kidolgozására.
- A pályaorientációs tevékenység összehangolására, közös tananyagfejlesztésre.
- A szakképzési centrum biztosítja a képzés folytatásának személyi, tárgyi és pénzügyi feltételeit.
- A felsőoktatási intézmény az oklevelestechnikus-képzés megvalósításához szükséges továbbképzést biztosítja a szakképző intézmény oklevelestechnikus-képzésben részt vevő oktatói számára, valamint az oktatói kapacitásait figyelembe véve biztosítja oktatóinak részvételét a szakképző intézményben az oklevelestechnikus-képzésben.
- A Képzési Programot évente felülvizsgálják, értékelik és szükség szerint módosítják.

Az együttműködési megállapodás mellékletét képezi a közösen kidolgozott Képzési Program, amely a következőket foglalja magában:

- A szakma alapadatait és a szakma keretében ellátható tevékenység és munkaterület leírását.
- A szakképzésbe történő belépés feltételeit és az alkalmassági követelményeket.
- A szakmai oktatás megszervezéséhez szükséges tárgyi feltételeket.
- Az adott szakmára vonatkozó Képzési és Kimeneti követelményeket.
- A felsőoktatási intézmény által kiadandó – az oklevél mellékletét képező – igazolás kiállításának feltételeit.

Beszámíthatóság kérdéskörét, amelyről az intézmény igazgatója dönt. Az elfogadás történhet automatikusan vagy kompetenciamérést követően.

Az alkalmazott dokumentumelemzés módszere alapján megállapítottuk, hogy a Képzési Program legjelentősebb részét képezi a felsőoktatási intézmény által szervezett alapképzés tudás-beszámítással elérhető krediteinek a meghatározása. Ez úgy történik, hogy a felsőoktatási intézmény szakirányú alapszakának a nappali és levelező képzés mintatervét összevetik a szakképző intézmény azonos szakirányú képzési programjával és meghatározzák minden egyes félévre tantárgyanként a tananyag egyezésének mértékét százalékos értékben. Amennyiben az érték 75% feletti, akkor a beszámítás megvalósul és automatikusan felmentést kap a hallgató az egyes, meghatározott tantárgyak tanulmányi és vizsgakötelezettsége alól. Ha az egyezés értéke 75% alatt van, akkor részleges beszámítás történik. A részleges beszámítás azt jelenti, a tantárgy beszámítása kompetenciamérés alapján történik vagyis a hallgatónak előírhatnak írásbeli, szóbeli vizsgát vagy írásbeli tesztvizsgát a hiányzó tananyagra vonatkoztatva.

A kilenc intézménnyel közösen kidolgozott képzési programot elemezve megállapítottuk, hogy az *Ápolás és betegellátás alapszak – ápoló szakirány nappali és levelező képzés* mintatanterve szerint a 2021/2022-es tanévtől 22 tantárgy tanulmányi és vizsgakötelezettsége alól *automatikusan felmentést* kap az 5 0913 03 01 általános ápoló okleveles technikus végzettséggel rendelkező hallgató és 7 tantárgy *kompetencia mérés alapján* beszámításra kerülhet. Ezt a következő 4. sz. táblázat összefoglalóan tartalmazza.

4. táblázat: Automatikusan és kompetencia mérés alapján beszámításra kerülő tantárgyak száma és kredit értéke

	Tantárgy	Kreditérték
Tanulmányi és vizsgakötelezettség alól <i>automatikus felmentés</i>	22 tantárgy	43 kredit
Tanulmányi és vizsgakötelezettség alól <i>kompetencia mérés alapján felmentés kapható</i>	7 tantárgy	13 kredit
Összesen	29 tantárgy	56 kredit

Forrás: Saját szerkesztés, 2022.

A 4. táblázat adatait értékelve megállapítjuk, hogy mind a kilenc intézmény esetében a tudásbeszámítással elérhető összesen 29 tantárgy 56 kreditértékben,

amelyből 22 tantárgy esetében 43 kreditértékben az adott tantárgyak tanulmányi és vizsgakötelezettsége alól automatikusan felmentést kap a hallgató. A további 7 tantárgy esetében 13 kreditérték pedig kompetenciamérés alapján beszámítható a tantárgy.

Az együttműködés hozadéka: a win – win - win – win helyzet

Azontúl, hogy a középfokú szakképzés együttműködése a felsőoktatással számos előnnyel jár az együttműködésben résztvevő tanulók és intézmények számára, tovagyűrűző hatása is lehet a gazdaságra egyaránt. Az alábbiakban számba vesszük azokat az előnyöket, amelyeket a középfokú szakképzés és felsőoktatás együttműködése nyújt az érintettek számára.

Az együttműködés előnyös a tanuló számára, mert:

- a tanulóknak a 8. évfolyamon a matematika és magyar központi felvételi helyett csak kompetenciamérést kell írniuk
- mivel az innovációk jelentős része a felsőoktatásban születik, ezért a főiskolai, egyetemi és középiskolai oktatóknak a szoros együttműködése révén korszerű digitális ismeretek és tudás birtokába juthatnak a szakképző intézmény tanulói
- az érettségi során nem kell ötödik tárgyat választani, mert a szakmai vizsga ötödik tantárgynak, emelt szintű érettséginek számít
- az „okleveles technikus” megnevezés magasabb szintű szakmai ismeretekre utal
- az oklevelestechnikus-képzés elvégzését követően tanulmányi eredményük függvényében felvételre kerülhetnek szakirányú felsőoktatási intézménybe, amellyel motiváltabbak lesznek az 13. évfolyam elvégzésére. A 423/2012.(XII.29) kormányrendelet értelmében ezzel az oklevéllel rendelkező jelentkező felvételi összpontszámának számításánál lehetőség van arra, hogy csak a szakmai vizsga százalékos eredményét vegyék figyelembe, annak megszerzésével, akkor, ha a szakmai vizsga minősítése legalább jó eredményű.
- az oklevelestechnikus-képzésben megszerzett szakmai tudást kreditpontok elismerésével beszámítják a felsőoktatási tanulmány során, így a főiskolán, egyetemen az egyes félévekben kevesebb tantárgyat kell teljesíteni. Ennek eredményeként felszabadult időt a

hallgató munkavállalásra vagy képzési területének bővítésére is tudja fordítani.

- amennyiben a hallgató költségtérítéses képzésre nyer felvételt a felsőoktatási intézménybe, akkor a költségtérítés összege kredit arányosan csökken a hozott szakmai tudás beszámítása révén
- minőségi tudással nagyobb eséllyel tudnak elhelyezkedni a munkaerőpiacon
- korábbi kutatás is igazolja a beszámítás iránti motivációt (Ujváriné és m társai, 2015).

Az együttműködés előnyös a szakképző intézmény számára, mert:

- nőhet azon tanulók száma, akik az intézményükbe jelentkeznek, ez az intézmény népszerűségére is hatással van
- több hallgató juthat be szakirányú felsőoktatásba, ezáltal nő a felsőoktatási intézményben tovább tanulók aránya, amely a szakképző intézmény presztízsét és image-t növelheti
- a főiskolai, egyetemi és középiskolai oktatóknak a szoros együttműködése révén korszerű digitális ismeretek, új kutatási eredmények és tudás birtokába juthatnak a szakképző intézmény oktatói

Az együttműködés előnyös a felsőoktatási intézmény számára, mert:

- elősegíti a beiskolázást: a szakképzésből a szakirányú felsőoktatási intézményben tovább tanulók aránya nőhet, amely a felsőoktatási intézmény népszerűségét növeli

Az együttműködés előnyös a gazdaság számára, mert:

- a képzett munkaerő helyben tartható
- nagyobb számú minőségi szakemberek rendelkezésre állása az állami és versenyszférában egyaránt, akik adófizetésük, termelésük és fogyasztásuk révén hozzájárulnak a gazdaság fejlődéséhez
- a szakképzés versenyképességének erősítése megvalósulhat
- a jelenlegi kínálat vezérelt munkaerőpiac kereslet vezérelté válhat, amely azt jelenti, hogy annyi szakember rendelkezésre fog állni, amennyire a gazdaság szereplőinek szüksége van

Az együttműködés sajátosságai, felmerülő kérdések

A technikumban megszerzett szakmai tudást kreditpontok elismerésével beszámítják a felsőoktatási tanulmány során, így a főiskolán, egyetemen az egyes félévekben kevesebb tantárgyat kell teljesíteni. Ez esetben joggal merülhet fel a hallgató részéről az az igény, hogy a szakirányú felsőoktatási tanulmányait rövidebb idő alatt fejezhesse be. Erre vonatkozólag azonban egyik törvényben sincs semmiféle szabályozás vagy utalás, amely azt jelenti, hogy kérdéses, hogy a képzési idő rövidülhet-e.

A rendszer külön kihívásának tekinthetjük azt, hogyan lehetne összeegyeztetni a képzési programot a felsőoktatásban ahhoz, hogy lerövidüljön a tanulmányi idő. A képzés kreditrendszerű, de az oktatás szervezése órarendszerű, ami azt jelenti, hogy a felsőoktatási intézmény által meghatározott képzés szerint folyik az oktatás megszervezése minden egyes félévben. Ha a hallgató magának tudná összeállítani az órarendjét, akkor előállhat egy olyan paradox helyzet, amelyben ütközhetnek a félév egy-egy időpontban meghirdetett tantárgyai.

Feltételezhető az a helyzet is, amelyben elegendő oklevelestechnikus végzettséggel rendelkező nyel felvételt ahhoz egy adott felsőoktatási intézménybe, hogy számukra külön csoportot lehetne indítani. Ez azonban csak akkor valósulhatna meg, ha gazdaságossági szempontból megtérül a képzés, ugyanis ez jóval magasabb oktatói létszámot igényel az oktatók munkájának megduplázódása miatt.

Mindezeket a felmerülő kérdéseket számba véve és összegezve joggal merülhet fel bennünk az a további kérdés, hogy ha a törvényi szabályozás lehetővé is tenné a képzési idő lerövidítésének lehetőségét, vajon a hallgató tudományos érése megvalósulna-e a rövidebb idejű képzés során. A hallgató tudományos érése alatt egy olyan folyamatot értünk, amelynek során a hallgató tudományos gondolkodása kifejlődik. Úgy véljük, hogy a felsőoktatási intézményekben bármilyen szak elvégzése során a hallgatók olyan típusú tudást – értjük ez alatt a szakmai ismeretanyagot, gondolkodásmódot, az adott szakterület szókincsét, az elméleti szakirodalom értő és elemző feldolgozásának képességét – sajátítanak el, amilyen típusú tudást középiskolai tanulmányuk során nem szereztek. Ez a tudományos érési folyamat azzal zárul, hogy a hallgató a képzési idő alatt elsajátított tudást átfordítja egy írásműbe, a szakdolgozatba.

Összegzés

A középfokú szakképzés és a felsőoktatás együttműködésének legfőbb célja, a karrier lehetőségének biztosítása. Tanulmányunkban ismertettük az új szakképzési struktúrát, amelynek segítségével meghatároztuk az új szakképzési struktúra kapcsolódási pontját a felsőoktatással. Elemezve a középfokú szakképzés együttműködését a felsőoktatással megállapítjuk, hogy az új szakképzési struktúra kapcsolódási pontja a felsőoktatással az oklevelestechnikus képzésben valósul meg. Ez a program a szakképzési centrumok, szakképző intézmények technikum iskolatípusa és a felsőoktatási intézmény együttműködésén alapszik. Az oklevelestechnikus képzés illeszkedik a Szakképzés 4.0 stratégia szakmai képzés fejlesztési területének egyikéhez, a karrier lehetőségének biztosításához. A Szakképzés 4.0 stratégia által meghatározásra kerülő szakmai képzés fejlesztési területeinek egyike a szakmai képzésben résztvevő diákok számára a karrier lehetőségének biztosítása, azáltal, hogy az oklevelestechnikus-képzés elvégzését követően tanulmányi eredményük függvényében felvételre kerülhetnek szakirányú felsőoktatási intézménybe, ahol az előzetesen megszerzett szakmai tudásuk beszámításra kerül.

Tanulmányunk célja annak elemzése volt, hogy az általunk vizsgált szakképzési centrumok és szakképző intézmények közösen a felsőoktatási intézménnyel kidolgozták-e azt az együttműködést, amely biztosítja az oklevelestechnikus képzettséggel rendelkező diákok előzetesen megszerzett szakmai tudásuk elismerését. Az elemzés során megállapítottuk, hogy az érintett intézmények kidolgozták az együttműködést, amely a közösen kidolgozott képzési programban realizálódik. A képzési programot elemezve kijelentjük, hogy tételesen, tantárgyanként meghatározásra került a tudásbeszámítással elérhető kreditérték a tanulók felsőoktatási tanulmányai során, amely mindegyik vizsgált intézmény esetében összesen 56 kreditet jelent. Meghatározták, hogy az összesen 56 kreditből 43 kredit esetében az adott tantárgyak tanulmányi és vizsgakötelezettsége alól automatikusan felmentést kap a hallgató. A további 13 kredit esetében pedig kompetenciamérés alapján beszámítható a tantárgy.

Az elemzésünk során megállapítottuk, hogy az együttműködés biztosítja az innováció beépítésének lehetőségét a középfokú képzésbe a felsőoktatás támogatásával azáltal, hogy közös tananyagfejlesztést valósítanak meg, a szakképző intézmény oktatói számára továbbképzést biztosítanak és a

felsőoktatási intézmény oktatói részt vehetnek a szakmaoktatásban a szakképző intézményekben.

Felhasznált irodalom

1. Baethge, M., Wolter, A. (2015): The German skill formation model in transition: from dual system of VET to higher education? *Journal for Labour Market Research*, Vol. 48. No. 2., pp. 97–112.
2. Bowen, Glenn A. (08.2009): "Document Analysis as a Qualitative Research Method". *Qualitative research journal* (1443-9883), 9 (2), p. 27. DOI:10.3316/QRJ0902027
3. Cedefop (2017): Statistical overviews on VET – Hungary <https://www.cedefop.europa.eu/sv/country-reports/statistical-overviews-vet-hungary#group-downloads> Letöltés: 2021.11.07
4. Corbin, J. & Strauss, A. (2008): *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
5. Fónai Mihály – Nagy Gyula – Veresné Gönczi Ibolya (2008): *Szakképző iskolák és fenntartók véleménye és elvárásai a szakképzésről*. Szakképzési Szemle 24: (1) 37-73,
6. Fónai Mihály – Veressné Gönczi Ibolya (2008): *A szakképző iskolák működésének tapasztalatai az észak-alföldi régióban*. In: Kiss E – Buda A (szerk.): *Interdiszciplináris pedagógia és az eredményesség akadályai*. Az V. Kiss Árpád Emlékkonferencia előadásai. Debrecen: Debreceni Egyetem Neveléstudományok Intézete, pp. 203-212.
7. Hengspergerné Stomp Ágnes, Móré Marianna (2021): Az Ipar 4.0 hatása a magyar szakképzési rendszerre. In: Rusinné, Fedor Antia (szerk.) *Jövőformáló tudomány – Generációk Egymásért*. Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetemi Kiadó. pp. 66-77. 12 p.
8. Innovatív Képzéstámogató Központ (2021): *Tájékoztató az okleveles technikusképzésről*. 3 p.
https://api.ikk.hu/storage/uploads/files/tajekoztato_az_okleveles_technikuskepzesrolpdf-1632398868522.pdf Letöltés: 2021.11.14.
9. ITM (2019): *Szakképzés 4.0 – A szakképzés és felnőttképzés megújításának középtávú szakmapolitikai stratégiája, a szakképzési*

- rendszer válasza a negyedik ipari forradalom kihívásaira. 111 p. Letöltve:
https://ikk.hu/files/Szakkepzes_4.0.pdf
10. KSH (2019): A középfokú nappali rendszerű oktatásban tanulók száma 2010-2019 között
 11. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1920/index.html>
Letöltve: 2021.11.07.
 12. Pogátsnik Mónika (2021): Dual education: connecting education and the labor market. *Opus et Educatio*, 8(3).
 13. Rapley Tim (2007): Doing conversation, discourse and document analysis. London: Sage
 14. Simonics István (2015): Szakképzés és gazdaság ISBN 978-615-80494-3-6 Kiadó: Typotop Kft.
 15. R., Fedor Anita (2021): Regional characteristics of the precariat on the labour market. Debrecen, Magyarország: Debrecen University Press (2021), 178 p. ISBN: 9789634903574 ISBN: 9789634903581
 16. R. Fedor Anita, Lácza Magdolna (2021): Határmentiség – Hátrányos helyzet – Munkaerőpiaci bizonytalanság. *Acta Medicinæ et Sociologica*. Vol.12. No.33. (26-43). doi:<https://doi.org/10.19055/ams.2021.11/30/2>.
 17. Stomp Ágnes (2020): A New Direction for Vocational Training In: Karlovitz, János Tibor (szerk.) *Innovative Pedagogical Methods for Students* Grosspetersdorf, Ausztria : Sozial und Wirtschafts Forschungsgruppe (2020) 90 p. pp. 50-62. , 13 p.
 18. Trautmann László, Vertetics Ádám (2020): *Foglalkoztatás és oktatás – körinterjú Interjú Bodó Sándorral, dr. Magyar Zitával, Nagy Ádámmal és Zsabka Zsolttal*. *Köz-gazdaság*, 15 (4). pp. 12-21. DOI <https://doi.org/10.14267/RETP2020.04.03>
 19. Ujváriné Siket Adrienn, Takács Péter, Zrínyi Miklós, Hajdúné Demcsák Livia, Móricz Istvánné, Sárváry Attila (2015): A Szabolcs- Szatmár – Bereg megyei ápolók szakmai továbbképzési motivációja és pályaképe. *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 6 : 16 pp. 79-101. , 23 p.
 20. 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről. Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (Hozzáférés dátuma: 2021.09.15.)

21. 423/2012. (XII. 29.) Kormányrendelet a felsőoktatási felvételi eljárásról.
Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200423.kor> (Hozzáférés dátuma: 2021.11.05.)
22. 1168/2019. (III. 28.) Korm. határozat a „Szakképzés 4.0 - A szakképzés és felnőttképzés megújításának középtávú szakmapolitikai stratégiája, a szakképzési rendszer válasza a negyedik ipari forradalom kihívásaira” című stratégia elfogadásáról és a végrehajtása érdekében szükséges intézkedésekről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A19H1168.KOR&txtr=00000001.txt> (Hozzáférés dátuma: 2021.10.09)
23. 2019. évi LXXX. törvény a szakképzésről. Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1900080.tv> (Hozzáférés dátuma: 2021.10.09.)
24. 12/2020. (II.7.) kormányrendelet a szakképzésről szóló törvény végrehajtásáról.
Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2000012.kor> (Hozzáférés dátuma: 2021.10.09)
25. 2021. évi LXXXIII. törvény egyes törvényeknek a szakképzéssel és a felnőttképzéssel összefüggő módosításáról* <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A2100083.TV> (Hozzáférés dátuma: 2021.10.09)

Internetes forrás

1. Kormányhivatal (2021): TÁJÉKOZTATÓ a nem állami fenntartású szakképző intézmények működési engedélyének kiadásához. https://www.kormanyhivatal.hu/download/2/d5/16000/TAJKOZTATO_szakkepzo_int_muki_eljaras.pdf
2. European Commission (2021): Magyarország: Középfokú szakképzés szervezeti keretei.
https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/organisation-vocational-secondary-education-4_hu
3. Eduline (2021): Változnak a felvételi pontszámítási szabályai, itt vannak a legfontosabb részletek
https://eduline.hu/erettsegi_felveteli/20211105_felveteli_pontszamitas_2022
4. Innovatív Képzéstámogató Központ (2022): Gyakran ismételt kérdések. <https://ikk.hu/gyik>

Covid-19 és hajléktalanság

Szoboszlai Katalin¹

¹*Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Társadalomtudományi és Szociális Munka nem önálló Tanszék*

Absztrakt

A Covid-19 járvány és a hajléktalanság kezelése kihívás volt a hajléktalanokat segítő intézményeknek és szociális munkásoknak. A járványkezelés állami eszközei és forrásai késve érkeztek meg az intézményekhez, a szociális munkások magukra maradtak egy korábban soha nem tapasztalt, mindenkire veszélyes, halálos kimenetelű betegséggel szemben. A hajléktalanság kezelésében a szociális munka a krízisintervenció mellett a hajléktalanok és a szociális munkások egészségének védelmét is jelentette a járványidőszakban. A tanulmány a Covid-19 járvány első három hullámában tapasztalt veszélyeztetettségről és a védekezésről szól egy sérülékeny társadalmi csoport, mint a hajléktalanok segítségével.

Kulcsszavak: Covid-19, hajléktalanság, szociális munka, hajléktalanok segítése

Abstract

Dealing with the Covid-19 epidemic and homelessness has been a challenge for institutions and social workers assisting the homeless. As public tools and resources for outbreak management were delayed in reaching the institutions, social workers were left to deal with an unprecedented, deadly disease that was dangerous for all. In addition to crisis intervention, social work in the management of homelessness also meant protecting the health of homeless people and social workers during the epidemic period. This study focuses on the vulnerability and protection experienced during the first three waves of the Covid-19 epidemic in assisting a vulnerable social group, like a homeless people.

Keywords: Covid-19, homelessness, social work, homeless care

Bevezetés

A hajléktalanság a társadalmi kirekesztettség olyan állapota, ahol az emberi létezéshez nélkülözhetetlen alapszükségletek kielégítésének tartós deficitjeivel szembesülünk. A hajléktalanság kategóriák közül a lakásnélküliek közé tartozó szálláshasználók és a fedélnélküli, utcai hajléktalanok fokozottan ki vannak téve az egészségügyi rizikótényezőknek, beleértve a járványt jelentő környezeti ártalmakat is. Korábban, száz évre visszamenően sem tapasztalt a magyar társadalom olyan halálos kimenetelű humán járványt, ami a népesség egészét veszélyeztette volna, ezért is fordulhatott elő, hogy a szociális munka területein tudások és tapasztalatok nélkül fogtunk bele a járvány elleni védekezésbe. Jelen tanulmány célja rámutatni a koronavírus veszélyeire és a védekezés akadályaira a hajléktalanoknál és a hajléktalanellátásban. Ahhoz, hogy pontosabb képet kapjunk a hajléktalanok és a szociális munkások érintettségéről a koronavírus fertőzéssel, egy saját szerkesztésű, gyorsjelentés készítésére alkalmas kérdőív volt a segítségemre a témában. A vizsgálat időben a 2020. március és 2021. július közötti időszakot öleli fel. A kérdőívek kitöltésére 2021. októberben került sor. Az adatok közzétételével a megbetegedések és halálozások területi eloszlására és a Covid-19 járvány elleni védekezés jellegzetességeire hívom fel a figyelmet a hajléktalanoknál a járvány első három hullámában².

Covid-19 és a járvány elleni védekezés

Jelen írásban nem részletezem a Covid-19 járvány kialakulásának epidemiológiai jellegzetességeit, hanem célzottan a járvány elleni védekezésre fókuszálva a koronavírus-járvány első három hullámának a hajléktalanokra és az őket segítő szociális munkásokra vonatkozó sajátosságait helyezem a középpontba.

Hivatalosan, 2020. március 4-én diagnosztizálták az első két SARS-CoV-2 megbetegedést hazánkban, és ezt követően, az azonosított Covid-19 fertőzés és halálozás esetszámok növekedése indította el az állam részéről a lakosságra és az egészségügyi intézményekre vonatkozóan a veszélyhelyzet kihirdetését és a járványügyi intézkedések bevezetését (Merkely, Szabó, Kosztin és munkatársai 2020). Március végétől a munkahelyeket és az oktatási intézményeket érintő általános zárlatra került sor a járvány megfékezése

² Koronavírus járvány hullámok Magyarországon: 1. hullám – 2020. március – július; 2. hullám: 2020. augusztus – 2021. január; 3. hullám: 2021. február – július.

érdekben. A kijárást korlátozó intézkedések mindenekeelőtt a lakhatással rendelkezőket, otthonaikban élöket érintették (Patyán, Bene és Stumpf 2021). Jól kifejezi ezt a lezárást bevezető és kontaktus szám radikális csökkentését célzó „Maradj otthon!” szlogen, ami meglehetősen értelmezhetetlen a lakhatás nélküli hajléktalanokra. A lakhatásból való kirekesztettség okán, a FEANTSA ETHOS kategóriák³ alapján a lakástalanok és fedélnélküliek társadalmi kisebbségi csoportjához tartozók, becslüt adatok alapján a populáció 0,10 százalékát (Györi 2020a) kitevő emberek számára a többnyire zsúfolt, lelakott szálláshelyek és a közterületek maradtak meg tartózkodási helyként a járványidőszakban.

Magyarországon, a koronavírus elleni védekezés első ötven napja után készült H-UNCOVER reprezentatív, keresztmetszeti vizsgálat adatai alapján a járvány első hullámában a legtöbb igazolt megbetegedés mind az otthonaikban, mind az intézményekben élöknél a Közép-Magyarországi régióban történt, ezt követte csökkenő esetszámok mellett az Észak-Magyarországi és Észak-Alföldi régió és a Dunántúl régió. Az életkort tekintve magas esetszámokat találunk a megbetegedést tekintve a 40-64 éves otthonában élö korosztálynál 42,3 százalék és az idöseket reprezentáló 65 évesnél magasabb életkorban otthonában lévöknél 37,4 százalék. Az intézményben élök esetében a 65 évnél idösebb korosztálynál a legmagasabb az igazolt Covid-19 megbetegedés aránya 74,2 százalék és a megbetegedések gyakorisága tízezer főre vetítve 109. Az adatok alátámasztják, hogy az időskor és az intézményi lakókörnyezet magas kockázatot jelentö tényezök a megbetegedést tekintve a népességben (Merkely, Szabó, Kosztin és munkatársai 2020).

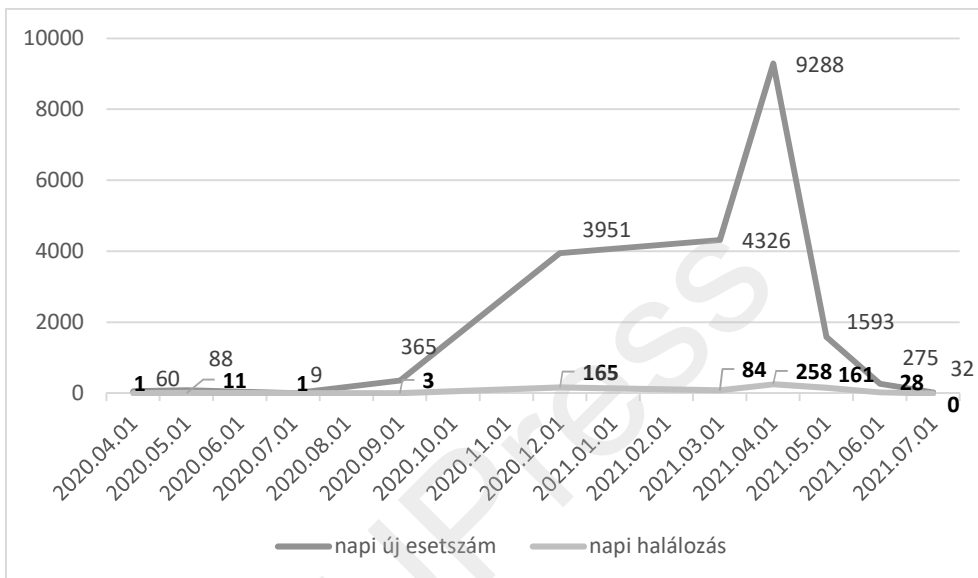
A Covid-19 elleni védekezés főként a megelőzésre irányult a személyes higiéné megerősítése (szájmaszk és kézmosás), valamint a háztartáson kívüli kontaktus számok radikális csökkentése érdekében a járvány első hullámában. Hangsúlyossá vált az egyén felelőssége a megbetegedés elkerülésében, az egyéni szabadságot korlátozó és a normalitást megváltoztató, korábban nem tapasztalt, mindenkire kiterjedö intézkedések mellett ('home office' munka és tanulás, vásárlási idősáv, az utazás szigorú feltételekhez kötése). Az első hullám korlátozásainak feloldása után újabb szigorítások következtek a

³A FEANTSA, ETHOS - A hajléktalanság és a lakhatásból való kirekesztettség európai tipológiájának kategóriáinak ismertetése részletesen:

https://www.feantsa.org/download/hu___2957983251444875415.pdf

járvány második és harmadik hullámában, olyan, az egyéni autonómiát korlátozó intézkedésekkel, mint például kijárási tilalom este nyolc óra után, amelyeket az állam a rapid módon növekvő, megerősített megbetegedési és halálozási esetszámok miatt vezetett be és tartott fenn hónapokon keresztül.

1. ábra: Napi új koronavírus megbetegedés és új halálozási esetszámok 2020 április 1. és 2021 július 1. között (fő)



Forrás: JHU CSSE COVID-19 Data (saját szerkesztés)

A Covid-19 fertőzés napi szinten emelkedő új esetszámokat jelentett a járvány első három hullámában. A járvány második és harmadik hullámában korábban nem tapasztalt mértékben növekedtek a fertőzési és halálozási adatok, ami egyrészt alátámasztotta a korlátozó intézkedések fenntartását, másrészt sürgette a vírus elleni védőoltások elérhetővé tételét a populációban. A hullámok lecsendesülése és a korlátozó intézkedések feloldása a nyári időszakokban következett be, amikor néhány esetben fordult elő megbetegedés és halálozás koronavírus miatt.

Sérülékeny társadalmi csoportok veszélyeztetettsége

A koronavírus-járvány kezdetétől ismerjük azokat a kockázatokat, amelyek miatt a társadalom egyes tagjainak különösen veszélyessé válik a Covid-19 fertőzés és a vírus egészségre vonatkozó következménye. A rizikó tényezők közül az idősödő életkor és az időskor, a krónikus betegségek és a betegségek

halmozódása kiemelkedő kockázatot jelentenek a fertőzés lefolyásában. Az idősök rizikócsoportja mellett a fogyatékos emberek és a hajléktalan emberek kiszolgáltatottsága nagymértékben jelentkezik a járványhelyzetben. Mindhárom, Covid-19 fertőzésnek kitett rizikócsoportot, mint sérülékeny társadalmi csoportot azonosítjuk, ami hátrányokkal teli szociális státuszuk mellett az egészségügyi problémáik komplexitásában is megmutatkozik.

A 2011. évi népszámlálási adatokat alapul véve, a hajléktalanok 48 százaléka tartozik az 50 évnél idősebb korosztályba és 2 százalék a 70 év felettiek aránya (Győri, 2020a). Közel tíz év alatt idősebbek lettek a szálláshasználó és közterületen élő hajléktalan emberek, az 50 év felettiek aránya 68 százalék, és közülük minden harmadik hajléktalan ember 60 évnél idősebb (Győri, 2020b). Míg a teljes népességen belül kedvezőbbek az időskori életkilátások, addig az idősödő és időszerű hajléktalanoknál rosszabbak, a 70 évnél idősebb hajléktalan emberek aránya csupán 6 százalék a hajléktalan populációban (Győri, 2020b).

Az anyagi és lakhatási deprivációval együtt járó nélkülözés megbetegíti az embereket. A betegségeket előidéző és fenntartó tényezők kiemelt kockázatot jelentenek a koronavírus fertőzést tekintve a hajléktalanságban. Nagy-Borsy és munkatársai (2021) kutatásából kiderül, hogy a hajléktalanok 70 százalékánál fordul elő legalább egy krónikus betegség, 35 százalék szed gyógyszert és 41 százalék keresi fel a háziorvosát egy év alatt. A megbetegedések előfordulása 80 százalék, a multimorbiditás, egyidejűleg két-három krónikus betegség jelenlétének gyakorisága 46 százalék a hajléktalan populációban. Gyakori krónikus betegségek a hajléktalan embereknél a légzőszervi-és keringési betegségek, a szájüreg betegségei, a lábhoz tartozó betegségek és az erőszakos cselekményekből eredő sérülések. A hajléktalanok többsége erős dohányos és alkoholfogyasztó, ebből adódóan a két addiktív szer napi szintű fogyasztásának gyakorisága a hajléktalanoknál kiemelkedő értéket mutat. Rendszerint a betegségek megelőzése és a terápiája nem tartozik a mindennapi élet szükségleteihez a hajléktalan embereknél, éppen ezért ritkán, maradandó tüneteket okozó betegségek esetén vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat.

Hajléktalanság és Covid-19

A koronavírus járvánnyal egy minden szempontból túlterhelt hajléktalan-ellátás nézett szembe. Az első hullám kezdetén, 2020. márciusban még tartott

a hajléktalanok téli krízis ellátása a szolgáltatásokat biztosító szervezeteknél. A krízisellátás öt hónapja készenlétről, bejelentésekre tett azonnali intézkedésekről, szociális kríziskezelésről, éjszakai szálláshelyek telítettségéről, 24 órában működő szolgáltatásokról és szociális munkáról szól. A Covid-19 megjelenése és a korlátozó intézkedések bevezetése lényegesen megnehezítette a hajléktalanok segítségét a szállókon és a közterületeken. A védekezésben, a megelőzést tekintve a hajléktalan emberekre és a szociális munkásokra egyaránt gondolni kellett, mindenki számára elérhetővé kellett tenni a szájmaszkot és a fertőtlenítő szereket, amelyekből komoly készlethiány mutatkozott a járvány első hullámának időszakában. Az otthon varrt vagy megrendelésre készült maszkokkal, a nehezen beszerezhető fertőtlenítővel biztosítottá vált a segítők és a hajléktalan emberek személyes védelme. A szakemberek azonban még hetekig nélkülözték a szakmai eljárásrendeket, e helyett a szolgáltatások teamjei gondolták újra az utcai szociális munka és a szállók működését, ők készítettek szolgáltatásra szabott útmutatókat.

Mint a fentiekből kibontakozik a határait feszegető hajléktalanellátásra még több teher hárult a koronavírus járvány kezdetétől fogva, ami fizikailag és mentálisan is tovább terhelte a hajléktalanellátást és a benne dolgozókat (Ombudsman jelentése 2021).

A járvány második hullámának közepén a drasztikusan megemelkedett megbetegedési és növekvő halálozási adatok mellett kezdődött el a következő téli krízis ellátás, ami elé felkészültebben néztek a szakemberek a védőeszközök készletezését tekintve. Pályázati forrás nyílt meg a beszerzésekre, illetve a szociális intézmények az alapvető eszközökből (szájmaszk, kézfertőtlenítő) állami készletekhez is hozzá jutottak. A Covid-19 elleni védőoltás hiánya erősen jelentkezett, ami elérhetővé tömegesen a harmadik hullám időszakában vált a szociális munkások és a hajléktalanok számára. A hajléktalan embereket segítő szociális munkások két téli krízisellátás időszakban dolgoztak közterületen és közösségi együttlétet biztosító, járványidőszakban is nyitott intézményekben minimális védőeszközökkel, védőruha és védőoltás nélkül.

Mindeközben a harmadik hullám kezdetén, 2021. február elején a „Február Harmadika Munkacsoport” (F3 kutatás) kérdőíves adatfelvételt végzett közterületen és szálláshelyen élő hajléktalanokkal. Az adatfelvétel eltérően a korábbiaktól, kitért a hajléktalanok tapasztalataira a koronavírussal, a járványügyi intézkedésekkel, a segítségnyújtással és az életükben bekövetkezett változásokkal kapcsolatosan. A válaszok alapján a közterületen

élő hajléktalan emberek többségének véleménye szerint nem fenyegeti gyakrabban a koronavírus fertőzés veszélye a hajléktalanokat, mint általában az embereket. Akik szerint nagyobb az esélye a fertőzésnek, az a rosszabb egészségi állapotnak tudható be. A szálláshelyeken lévők szerint a zsúfolt szálláshelyeken alvókat és a közterületen lévő hajléktalanokat veszélyezteteti leginkább a vírus. A hajléktalan emberek többségének tájékozottsága kielégítő a koronavírus fertőzés tünetiről, a tipikus tünetek ismertek számukra. Korcsoportokat tekintve hangsúlyosan a 60 évnél idősebbek félnek leginkább a Covid-19 megbetegedéstől, közülük minden második ember tart a fertőzésveszélytől. A 60 év alatti korosztályokhoz tartozók csökkenő mértékben félnek a járványtól. Minden negyedik hajléktalan ember bizonytalan a kérdésben, tartanak is tőle és nem is, míg minden harmadik ember szerint nem kell félni a megbetegedéstől. Azok tartanak a fertőzéstől, akiknek korábban volt pozitív teszjük, ők megfontoltabbak és ők inkább betartják a védelmi szabályokat (Győri, Gurály és Szabó 2021).

A szubjektív megnyilvánulások jól szemléltetik azt az általános nézetet, miszerint a hajléktalanok között is az idősek vannak leginkább kitéve a megbetegedésnek. A megelőzést szolgáló szájmász viselése mellett eseti vagy rendszeres tesztelés többnyire a szálláshelyeken fordult elő, és a közterületen tartózkodók többnyire kimaradtak a tesztelésből. Hivatalos tesztelésre megbetegedés esetén az eljárásrendnek megfelelően került sor, illetve az intézmények külső forrásból tudtak beszerezni megvásárolható antigén tesztek a hajléktalanok és szociális munkások tesztelésére, aminek felhasználására egészségügyi szakemberre is szükség volt az intézményekben.

Az érintettséget tekintve, összességében a megkérdezett hajléktalanok 43 százalékát tesztelték egy év alatt 2020. március és 2021. február között, gyakrabban a szálláshelyeken tesztelték, míg az utcán élők többségét nem tesztelték koronavírusra. A teszteléseket tekintve jelentős a különbség a főváros és a vidéki városok között. Budapesten, a hajléktalanok háromnegyede volt tesztelve⁴, addig vidéken a szállón és közterületen élő hajléktalanok többségét nem tesztelték koronavírus fertőzésre. A vidéki települések között is találunk különbséget, amíg a dunántúli településeken minden második hajléktalan ember tesztelése megtörtént, addig a keleti országrész városai közül Debrecenben minden harmadik, Nyíregyházán minden negyedik hajléktalan ember tesztelésére került sor (Győri, Gurály és Szabó 2021). A

⁴ PCR és IgG-IgM tesztek és antigén tesztek.

tesztelés költségét, helyenként eltérő módon önkormányzati és intézményi forrásból finanszírozták a hajléktalan-ellátást nyújtó intézményekben a járvány második és harmadik hullámában. Budapesten, a fővárosi önkormányzat koronavírus kimutató teszteket biztosított a szociális intézményeknek, közben vidéken a hajléktalanokat segítő intézmények maguk vásároltak teszteket, miközben az állami készletekhez történő hozzáférés hiánya mutatkozott meg a második és a harmadik hullám idején.

Ismeretes, hogy a tesztelések a megbetegedések kiszűrését szolgálják. Országosan az F3 kutatás alapján a hajléktalanok 57 százalékát tesztelték 2021 február előtt, és a tesztelt hajléktalanok 19 százalékának lett pozitív a tesztje. A hajléktalanok közül a szállókon tartózkodók esetében lényegesen több pozitív tesztet találtak, mint a közterületen tartózkodóknál. A korosztályokat és az egészségi állapotot tekintve a szállókon élő, 60 évnél idősebb és betegebb hajléktalan embereknél találtak több pozitív tesztet. A hajléktalan emberek 6 százaléka számolt be koronavírus megbetegedésről a járvány első és második hullámában. A fertőzésen átesettek közül 4 százalék volt kórházban, 2 százalék kórházon kívül vészelte át a betegséget. Hajléktalan szállók lakóinak Covid-19 halálozási rátája 32 fő volt 2021. március 5-ig (Győri, Gurály és Szabó 2021). Közterületen élő hajléktalanok Covid-19 okozta elhalálozásáról a 2021. évi F3 adatfelvételtől készült tájékoztatóban nem találtunk adatokat.

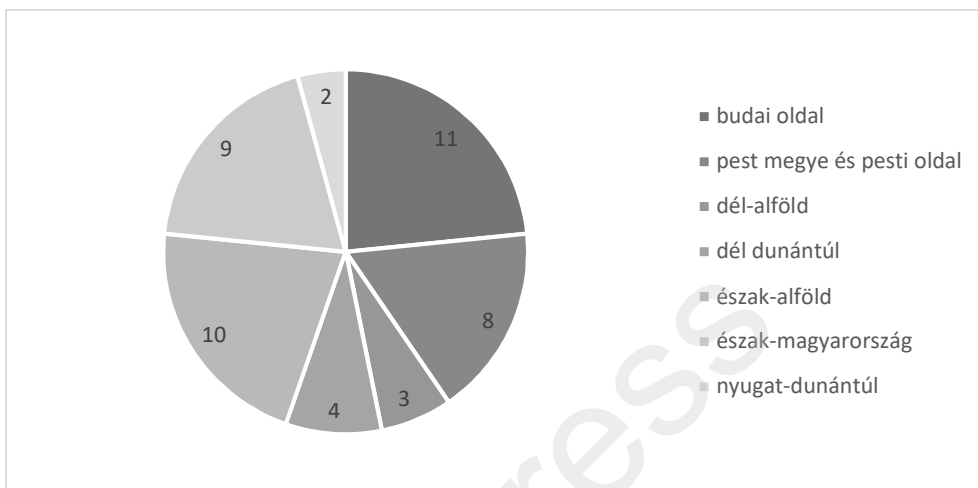
Anyag és módszer

Covid-19 és hajléktalanság témához kapcsolódó adatfelvételt végeztem a koronavírus járvány negyedik hullámának felfutási időszakában 2021. októberben. Míg a fentebb ismertetett F3 kutatás a hajléktalanok megkérdezésén alapult, addig a saját vizsgálatomba a hajléktalanokat segítő intézményeket vontam be, és a járvány egy következő hullámára is kiterjesztettem az adatfelvételt, így három hullámra van lehetőségünk rátekinteni egy gyorsjelentés formájában. A saját vizsgálatom nem reprezentatív a hajléktalanokat és a hajléktalan ellátásban dolgozókat tekintve. A kérdőíveket a hajléktalanokat segítő intézmények munkatársai töltötték ki, így tehát a beérkezett adatok az ő válaszadási hajlandóságukat tükrözik.

Az adatfelvétel a hajléktalanok és a szociális munkások tesztelésére, oltakozására és koronavírus miatti halálozásra vonatkozó adatok megismerését és gyors láttelel elkészítését szolgálta. Összesen 47 intézményből érkeztek adatok az ország minden részéből. A válaszolók a hajléktalanokat segítő

ellátások körülbelül 20 százalékát fedik le⁵. Az adatokat visszaküldő hajléktalanokat segítő intézmények illetékessége alapján területi egységekben kezelem az adatokat, úgymint földrajzi régiók, Pest megye beleértve a főváros Pesti oldalát és a főváros Budai oldala.

2. ábra: Intézmények száma terület szerint



Forrás: saját adatfelvétel, 2021

Az adatfelvétel 2020 március és 2021. október közötti időszakot érintette a következő témákban:

koronavírussal fertőzött hajléktalanok	koronavírus tesztelése hajléktalanoknál	oltással rendelkező hajléktalanok	oltással rendelkező segítők
3. oltással is rendelkező hajléktalanok	3. oltással is rendelkező segítők	halálozás hajléktalan emberek	halálozás segítők

A vizsgálat időtartama a Covid-19 járvány hullámaihoz igazodik. Az adatfelvételnél ezért az 1. hullám, 2. hullám, 3. hullám megnevezés jelöli az időszakokat. Az adatok az intézmények és a szociális munkások által ismertekről szólnak. A Nemzeti Népegészségügyi Központ (NKK) a

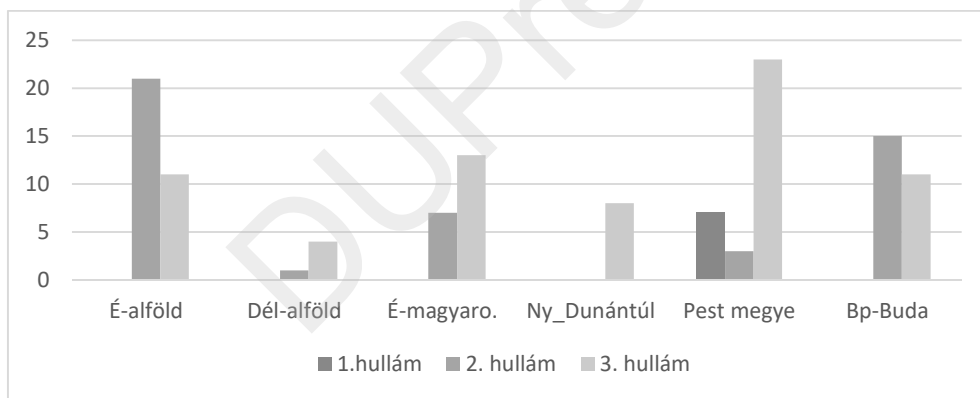
⁵ Bővebben: Szociális Ágazati Portál, intézménykereső: <https://szocialisportal.hu/szakmai-intezmenykereso/>

megbetegedési és halálozási adatok között nem jelöli a hajléktalan személyeket, ezért összehasonlításra nem alkalmasak az alább közölt adatok. Az alacsony elemszám miatt a tendenciák felvázolására szorítkozom az elemzésben.

Hajléktalanként túlélni?

A hajléktalanság számos szociális és egészségügyi krízishelyzetet jelent a hajléktalan emberek életében. Az esetek nagy részében a szálláshelyen és utcán tartózkodó emberek szociális és egészségügyi problémái együttesen jelentkeznek, és a segítségnyújtás a szociális munkások mindennapi feladatai közé tartozik. A Covid-19 járvány a kezdetektől elvágta a hajléktalan embereket az alapbetegségek kezelésétől az egészségügy intézményeiben. Számos, hajléktalanokat segítő ellátás kizárólag a hajléktalanok háziorvosával tudott kapcsolatban lenni a koronavírus fertőzések megállapítását és a betegség kezelését tekintve.

3. ábra: Koronavírussal fertőzött hajléktalanok száma (fő)

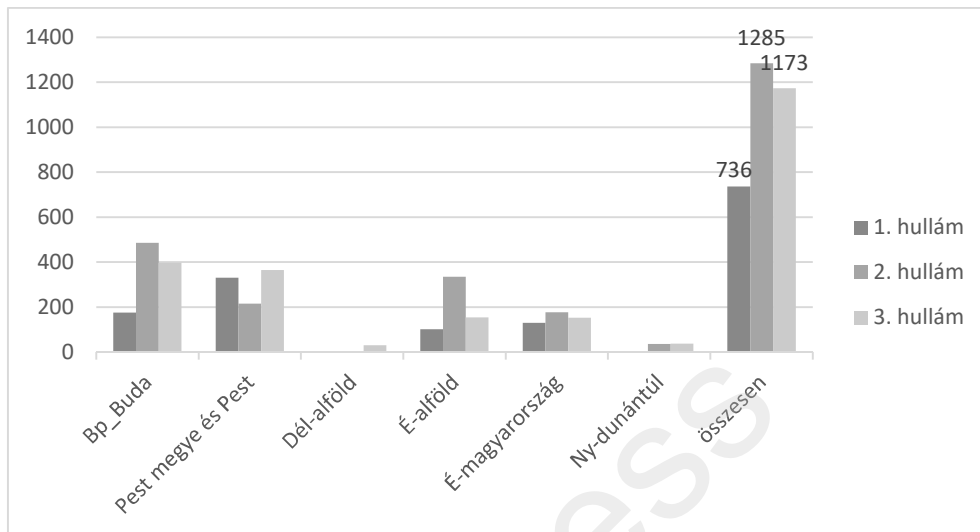


Forrás: saját adatfelvétel, 2021

A koronavírus első három hullámában 131 fő hajléktalan ember megbetegedéséről érkezett adat 43 intézményből. Az első hullám megbetegedései a fővárosra és körzeteire koncentráálódtak, míg ország nagyrésztében nem jeleztek fertőzést a hajléktalanellátó szervezetek ebben az időszakban. A második hullám a keleti és középső országrészeket inkább érintette a hajléktalan emberek esetében, ezt követően a harmadik hullámban mindenhol emelkedő esetszámokat találunk az országban. Ezek a tendenciák illeszkednek az országos adatokhoz és a 2021. február előtt ismert

hajléktalanokra vonatkozó adatokhoz (Merkely, Szabó, Kosztin és munkatársai 2020; Győri, Gurály és Szabó 2021).

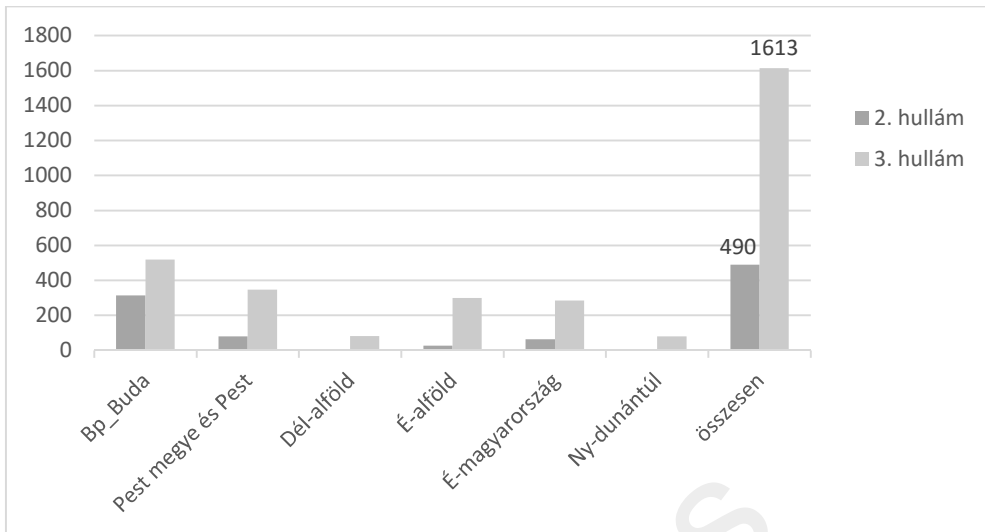
4. ábra: Covid-19 tesztelések száma (fő)



Forrás: saját adatfelvétel, 2021

Koronavírusfertőzésre tesztelések magas számban Pest megyében és a fővárosban történtek az első hullám idején. A fővárosi szociális intézmények után a keleti országrész régióiban több tesztet végeztek el, mint a dunántúli településeken. A tesztelések számának növekedése figyelhető meg a járvány második és harmadik hullámában. A válaszoló intézmények összesen 3194 tesztelésről küldtek adatot. Az intézmények 60 - 60 százalékkal többet teszteltek az első hullámhoz képest a második hullámban és a harmadik hullámban. A hajléktalanok tesztelését és oltását a szálláshely alapján nem lehetett szétválasztani az elemzésben. A válaszadó intézmények megnevezéséből nem derül ki egyértelműen, hogy milyen szolgáltatásokat nyújtanak a hajléktalan embereknek, illetve egy intézményhez tartozhat szállás, nappali melegedő és utcai szociális munka.

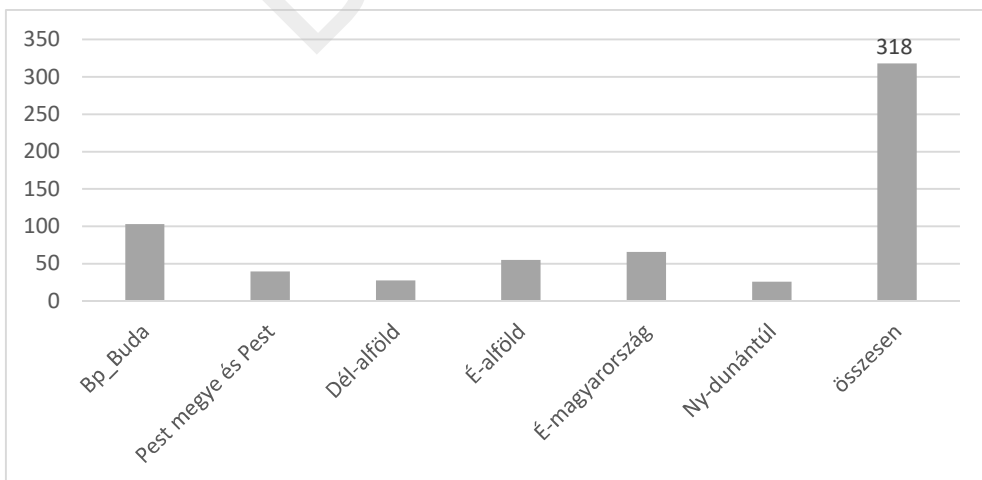
5. ábra: Védőoltással rendelkező hajléktalanok száma (fő)



Forrás: saját adatfelvétel, 2021

A válaszadó intézményekben jellemzően a fővárosban és körzeteiben volt lehetősége a hajléktalan embereknek a Covid-19 elleni oltás felvételére a második hullámban, ezzel szemben a járvány harmadik hullámában a hajléktalanok felvették a védőoltást az ország minden régiójában. Összesen 2103 oltást jeleztek az intézmények a hajléktalanoknál. Ez a szám feltehetően a második oltást felvevőket is tartalmazza.

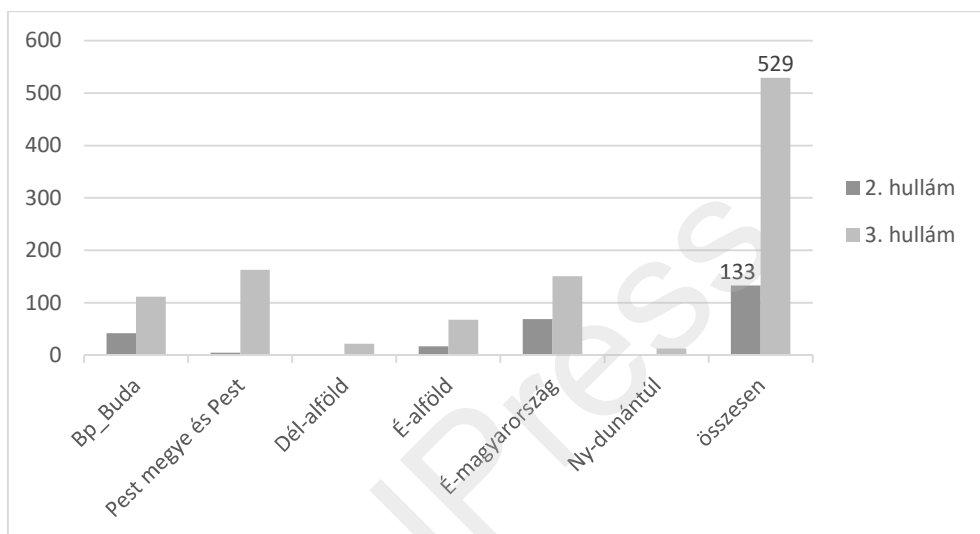
6. ábra: Harmadik védőoltással rendelkező hajléktalanok száma (fő)



Forrás: saját adatfelvétel, 2021

A harmadik védőoltás felvételét 2021. őszén - az adatfelvétel időszakában - kérhette a lakosság az oltópontokon. Az adatfelvételkor a válaszadó intézmények 318 hajléktalannál jelezték a 3. oltás felvételét, legtöbbször Pest megye és a főváros körzeteiben kérték az oltást, kevesebben a keleti és nyugati országrész régióiban. Az adatok alapján feltételezhetjük, hogy az oltakozási hajlandóság megvan a hajléktalan emberekben.

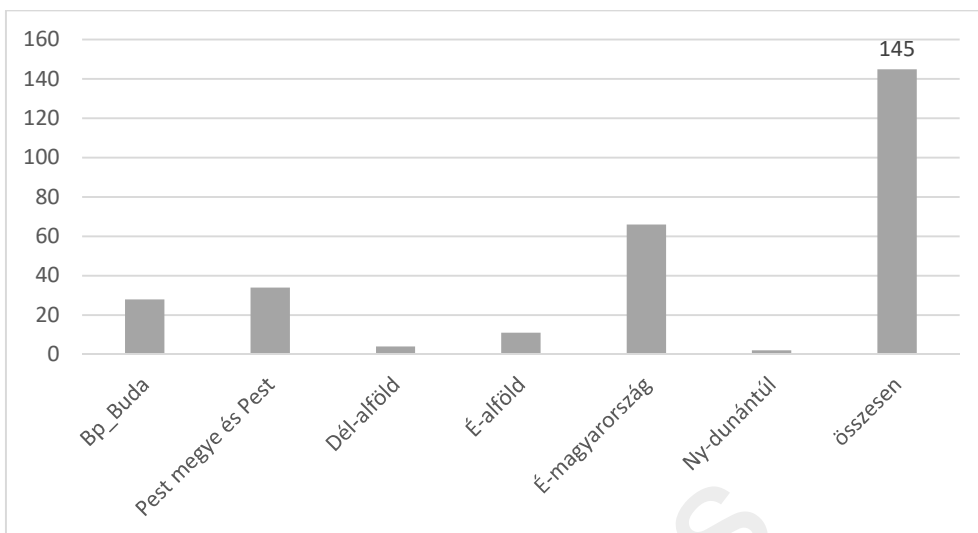
7. ábra: Védőoltással rendelkező segítők száma (fő)



Forrás: saját adatfelvétel, 2021

A szolgáltatásokban dolgozó segítők oltakozása a második hullám idején 133 esetben, míg a harmadikban 529 esetben történt meg. A felvett oltások növekedése és területi lefedettsége egybeesik a harmadik hullám idején országosan is jelentősen megemelkedett oltási növekményekkel.

8. ábra: Harmadik védőoltással rendelkező segítők száma (fő)



Forrás: saját adatfelvétel, 2021

A válaszoló intézmények 145 esetben jelezték a harmadik oltás felvételét a segítőknel. A 2021 ősztől felvehető oltás alacsony elemszáma feltehetően azért mutatkozik, mert a második oltás felvételétől nem telt el legalább hat hónap a következő oltás felvételéig. Általában, a 18 és 60 év közötti, krónikus betegséggel nem rendelkező korcsoport első oltása időben később következett be, mint a 60 évnél idősebb, illetve krónikus betegséggel rendelkezők koronavírus elleni védőoltása. Ez az időbeli eltolódás érzékelhető a harmadik oltás felvételének alacsonyabb elemszámában.

Covid-19 megbetegedésben elhalálozott segítőről nem kaptunk adatokat. Hajléktalan ember koronavírus megbetegedés következtében ismert halálát 18 esetben jelezték az intézmények az járvány első három hullámában.

Összegzés

A hajléktalan emberek kitettsége a Covid-19 fertőzésnek hasonló a 60 éven felüli korosztályt és a krónikus betegeket tekintve a teljes népességhez. A rendelkezésre álló adatok alapján a lakásnélküli, szálláshasználó és közterületen élő emberek nem betegedtek meg nagyobb arányban a populációban tapasztaltakhoz képest. Ez alapján nem jelenthetjük ki, hogy a hajléktalanság magasabb kockázatot jelentene a betegség kialakulását tekintve és előidézője lenne a koronavírus haláleseteknek. Sokkal inkább az öregedés, az idős életkor és a multimorbiditás játszik szerepet közvetlenül a megbetegedésben és a

halálozásban. A hajléktalanság kezelését tekintve a szociális munka a krízisintervenció mellett a hajléktalanok és a szociális munkások egészségének védelmét is jelentette a járványidőszakban. A szociális munkások helytállása példaértékű a koronavírus járvány elleni védekezésben és ezzel emberéletek megmentésében.

Felhasznált irodalom

1. Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-170/2021 számú ügyben a COVID-19 járvány terjedésével szemben a hajléktalanellátásban alkalmazott intézkedésekkel összefüggésben. 2021. 04. 16. Letöltési hely: <https://www.ajbh.hu/> Letöltés ideje: 2021. május 10.
2. Emese Nagy-Borsy, Zsolt Vági, Petra Skerlecz, Blanka Szeitl, István Kiss and Zsuzsa Rákosy (2021): Health status and health behaviour of the Hungarian homeless people. *Public Health*, p. 79:15 <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00534-2> Letöltés ideje: 2021. május 10.
3. Győri Péter (2020a): Idősorok a hazai hajléktalanokról. In: Társadalmi Riport 2020, szerkesztette: Kolosi Tamás, Szelényi Iván, Tóth István György, Budapest p. 332-357. Letöltési hely: <https://docplayer.hu/198775217-Idosorok-a-hazai-hajlektalansagrol.html> Letöltés ideje: 2021. május 10.
4. Győri Péter (2020b): Büntetőtörvény után - világjárvány előtt. Hajléktalanná válás-szolgáltatások-perspektívák. Jelentés a 2020. évi hajléktalan adatfelvételtől. Február Harmadika Munkacsoport. Letöltési hely: <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/2020/F3-Gyorsjelentenes-2020-handout.pdf>
5. Győri Péter, Gurály Zoltán és Szabó Andrea (2021): Világjárvány veszélyében lakástalanul. Jelentés a hajléktalan emberek 2021. február 3-i országos kérdőíves adatfelvételéről. Letöltési hely: <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/2021/F3-Gyorsjelentenes-2021-handout.pdf> Letöltés ideje: 2021. május 10.
6. Patyán László, Bene Ágnes és Stumpf-Tamás Ivett (2021): COVID-19, lockdown, elderly. Experiences of the follow up research among active older adults 2020- 2021. *Hungarian Gerontology*, 13(Különszám), 40–42. DOI [https://doi.org/10.47225/mg/13/Különszám/10581](https://doi.org/10.47225/mg/13/Kulonszam/10581) Letöltés ideje: 2021. május 10.

A várandós, kisgyermekes nők hátránya a munkaerőpiacon

Vámosiné Balla Petra¹, R. Fedor Anita²

¹tanársegéd, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, PhD hallgató, Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

²főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet

Absztrakt

A korábbi évek folyamán számos állami intézkedés irányult a hazai születésszám növelésére. Ezek az intézkedések legfőképpen anyagi támogatásként jelentkeztek (CSOK, Babaváró hitel). Ugyanennyire fontos a nők számára a munka és magánélet egyensúlyának megteremtése, mely jelentős feladatot ró a családi életben és a munkahelyen egyszerre helytállni kívánó nőkre. A kutatások szerint a gyermeket váró nőket hátrányos megkülönböztetés éri a munkahelyen, és az újdonsült anyák nagy része jelentős időre elhagyja a munka világát. Számos várandós, kisgyermekes és gyermekgondozási szabadságról visszatérő anyát ér diszkrimináció és hátrányos megkülönböztetés a munkaerőpiacon. Tanulmányom célja, hogy azonosítsam milyen nehézségekkel néznek szembe a várandós, kisgyermekes női munkavállalók; feltárjam, hogyan valósul meg a diszkrimináció, és javaslatokat tegyek a hátrányok leküzdése érdekében.

Kulcsszavak: *diszkrimináció, hátrányos helyzet, munkaerőpiac, várandósok, kisgyermeket nevelők*

Abstract

In previous years, a number of government measures were taken to increase the domestic birth rate. These measures were mainly in the form of financial support (CSOK, baby loans). Equally important for women is the need to achieve a work-life balance, which is a major challenge for women who have to manage both family life and the workplace. Research shows that women with children face discrimination in the workplace and that many new mothers leave the workforce for significant periods of time. Many pregnant women, mothers with young children returning from childcare leave face discrimination and disadvantage in the labour market. The aim of my study is

to identify the difficulties faced by pregnant women and women with young children; to explore how discrimination takes place and to make recommendations to overcome these disadvantages.

Keywords: *discrimination, disadvantage, labour market, pregnant women, women raising young children*

Bevezetés

Magyarországon ahogyan a volt szocialista országok nagyrésztében, valamint a világ számos országában a kétkeresős családmódel, már a múlt században jelentős hangsúlyt kapott; a szocializmusban magas volt a nők foglalkoztatási aránya. Egyrészt elvárt volt, hogy ők is dolgozzanak, másrészt elindult egyfajta függetlenedési vágy a nőkben, ami ösztönözte őket a saját karrier kialakítására (B. Bába, 2014). Ez nem azt jelentette, hogy azonos feltételekkel indultak a munkaerőpiacon, hiszen a nemek közötti társadalmi egyenlőtlenségek, és a munkaerőpiaci horizontális és vertikális nemi szegregáció fennmaradt (Leitheiser és Veroszta, 2020). Ezzel kezdetét vette a nők számára az ún. kettős műszak, hiszen egyszerre kellett a munkahelyen ellátni a feladataikat, valamint otthon a háztartási és gyermeknevelési teendőket (Makay, 2018). A rendszerváltást követően a foglalkoztatási arány drasztikusan csökkent, és Makay 2018-as kutatásából kiderül, hazánkban a legalacsonyabb a kisgyermekes anyák foglalkoztatási rátája az EU-ban. A munkaerőpiaci távolmaradás hatalmas költségekkel jár az anyák számára, amelyek nem csak anyagi jellegűek, hanem hosszútávú hatást gyakorolnak a jövőbeli munkaerőpiaci elhelyezkedésre is pl.: a képzések hiánya okán. Összességében csökken az anyák munkaerőpiaci értéke (Leitheiser, 2017).

A nők munkaerőpiaci részvétele

Az tapasztalható az elmúlt évtizedekben, hogy az átlagos születésszám folyamatosan csökkent, a halálozási arány azonban nem javult ilyen drasztikusan párhuzamos mértékben ezzel, így a népesség szám fokozatosan csökken a fejlett piacgazdaságon alapuló társadalmakban. Az alacsony születésszám egy olyan társadalom kialakulását irányozza előre, melyben kevés aktív munkavállaló van jelen és lényegesen nagy az inaktív népesség. Ez a fogyó népesség társadalmi folyamata. Hazánkban sem történik ez másként. Magyarországon a népességszám csökkenése 1982-től észlelhető, 2011-ben csökkent a lakosságszám 10 millió fő alá. Ezen tendencia a

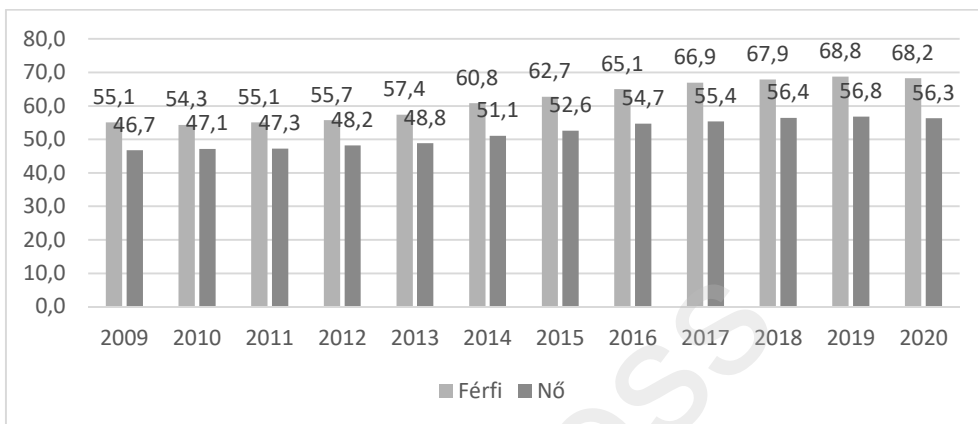
munkaerőpiaci változásokra vezethető vissza. A nők munkába állásával felborult a hagyományos munkamegosztás és a kétkeresős családmódel vált elterjedté, melyben nem csak a családfő dolgozik, de az anya is munkát vállal a család fenntartása érdekében. A nők családi és munkavállalói szerepeinek összehangolása, a munka és magánélet megteremtése rendkívül nehéz feladatot ró rájuk. Ezért vált jellemzővé a családalapítás elhalasztása, mely a népesség termékenységének csökkenéséhez vezetett (Spéder, 2006).

A születésszám növelésére Magyarországon elindították a Családvédelmi Akciótervet 2018-ban, mely a családok éve volt. Ezen intézkedések közé tartoztak a Családi Otthontermelési Kedvezmény (CSOK), növekvő adókedvezmények, bölcsődefejlesztés és a lakásfelújítási támogatás. Már 2014-től a szülők számára a gyés és gyed mellett is lehetőség nyílt a teljes időben történő munkavállalásra. Majd 2019-ben elindult az újabb családtámogatási program, mely keretei között találkozhattunk a Babaváró támogatással, a jelzáloghitel elengedésével, az autóvásárlási támogatással nagycsaládosok részére és a falusi családi otthontermelési kedvezménnyel. 2020-ban pedig kezdetét vette a nagyszülői gyed, a négy- vagy többgyermekes anyák adókedvezménye, továbbá 2021-ben döntött a kormány a családi adóvisszatérítésről is. A 2010 és 2018 közötti támogatásokra fordított költségvetési forrás 960,2 milliárd Ft-ról 1929,1 milliárd Ft-ra nőtt, 2020-ra pedig 2228 milliárd forintot irányzott elő az Országgyűlés. 2021-ben a kormány 2295 milliárd Ft-ból finanszírozta ezeket az intézkedéseket. A családtámogatások GDP arányos összegében azonban 2017 óta csökkenés figyelhető meg. Míg 2017-ben az intézkedésekre fordított összeg a GDP 4,7%-át tette ki Magyarországon, addig ez a szám 2018-ra 4,6%-ra, 2019-re pedig 4,4%-ra csökkent. Ennek oka egyfelől a GDP általános növekedésében, valamint a születésszámok csökkenésében keresendő, amely következtében egyes állítások esetében csökken az igénybevételre jogosultak száma (Nagy és mtsai, 2021).

Megállapítható, hogy jelentős pénzügyi támogatást kaptak a családok az utóbbi időben, melynek legtöbbször a gyermekvállalás a feltétele. Ezen támogatások elsősorban anyagi juttatásokban valósulnak meg, másodsorban családokat segítő szolgáltatások keretében, továbbá adó- és járulékkedvezmények formájában. Fontos megemlíteni újra a munka és magán(családi)élet összeegyeztetésének nehézségét, hiszen hazánkban a gyermekvállalási terheket elsősorban továbbra is az anyák viselik. 2020. I. félévében 238,3 ezer fő nő részesült gyermekgondozási ellátásban, ezzel

szemben csupán 2,9 ezer férfi kapta ugyanezt. (KSH, 2022a) Ebből adódóan a nőket hátrányos megkülönböztetés és diszkrimináció érheti a munkahelyen, mivel valószínűsíthetően ők fogják elhagyni a munka világát huzamosabb időre gyermekvállalás esetén.

1. ábra: A foglalkoztatási ráta alakulása nemenként (%)

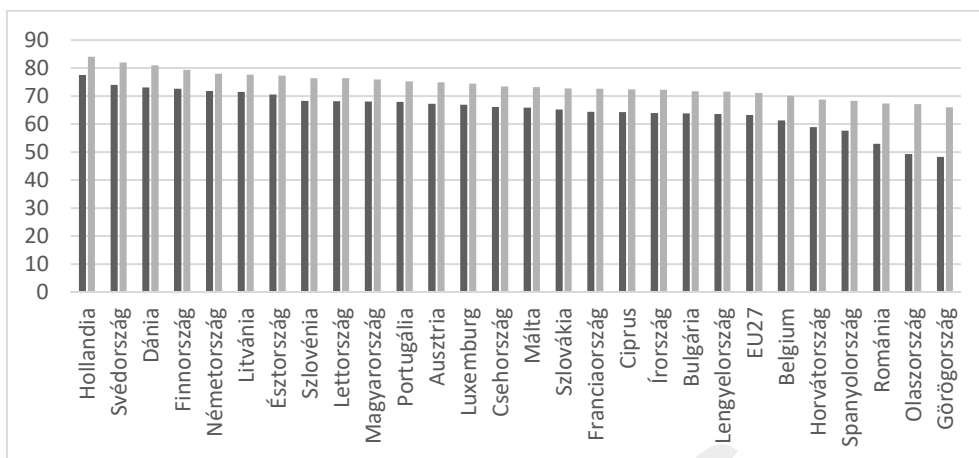


Forrás: KSH, 2022b

Az 1. ábrán jól látható, hogy jelentős eltérés mutatkozik a férfi és női foglalkoztatási arányok között. A 2008-as gazdasági világválság után a férfiak foglalkoztatási aránya sokkal hamarabb helyreállt, mint a nőké. A 2019-ben kitörő koronavírus világjárvány okozta foglalkoztatási csökkenés azonos mértékben érintette a két nemet, azonban a különbség fennmaradt. A legfrissebb 2020-as adatok alapján a férfi foglalkoztatási arány 68,2%, míg a nőké jócskán lemaradva 56,3%.

A 2. ábra mutatja, hogy Magyarországon a foglalkoztatási ráta a legutolsó elérhető adattábla alapján az EU-s átlag felett helyezkedik el Lettországtól éppen lemaradva, Portugáliát megelőzve. A nők és férfiak foglalkoztatási rátáiban fellelhető differencia minden tagállamban a férfiak számára kedvező, hiszen az ő foglalkoztatottsági arányuk mindenhol magasabb, mint a nőké.

2. ábra: A 15-74 évesek munkanélküliségi rátája nemek szerint az EU27 tagországaiban, 2021. II. negyedév [%]



Forrás: KSH, 2022c

Diszkrimináció a munkahelyen

A diszkrimináció fogalma általánosságban valamilyen megkülönböztetést jelent, de hétköznapi értelemben leggyakrabban a negatív megkülönböztetést értjük alatta. Ezek elsősorban valamilyen előítéletből vagy sztereotípiából fakadnak. Leggyakrabban valamely társadalmi csoportot ér diszkrimináció, mint a nők, romák, fogyatékossgal élők. Hazánkban az Alkotmány tartalmazza a diszkrimináció tilalmát, valamint Az egyenlő bánásmódról szóló (Ebktv.) 2003. évi CXXV. törvény rendelkezik a hátrányos megkülönböztetés tilalmáról, illetve tartalmazza az esélyegyenlőségre vonatkozó irányelveket. Annak ellenére, hogy a jogi környezet kedvező feltételeket biztosít a hátrányos megkülönböztetés elleni küzdelemben, ezek alkalmazása és betartatása nem zökkenőmentes. E probléma ellen való küzdelem hívja életre a jogvédő szervezetek munkáját, akik segítik a diszkriminatív esetek megoldását (Bodrogi, 2011).

Közgazdasági értelemben a diszkrimináció akkor van jelen a munkapiacra, ha két, egyenlő termelékenységű, azonban valamilyen demográfiai adottság alapján elkülöníthető csoport tagjait eltérő bánásmódban részesítenek. (Lovász, 2012) Az Ebktv. a diszkrimináció öt formáját nevesíti meg az Európai Unió elvárásainak megfelelően, melyek a következők: közvetlen hátrányos megkülönböztetés, közvetett hátrányos megkülönböztetés, zaklatás, jogellenes elkülönítés (szegregáció), megtorlás és erre adott utasítás. Diszkriminációnak

minősül az úgynevezett „védett tulajdonságok” megsértése, mint egy személy vagy csoport valós vagy vélt a) neme, b) faji hovatartozása, c) bőrszíne, d) nemzetisége, e) nemzetiséghez való tartozása, f) anyanyelve, g) fogyatékosága, h) egészségi állapota, i) vallási vagy világnézeti meggyőződése, j) politikai vagy más véleménye, k) családi állapota, l) anyasága (terhessége) vagy apasága, m) szexuális irányultsága, n) nemi identitása, o) életkora, p) társadalmi származása, q) vagyoni helyzete, r) foglalkoztatási jogviszonyára vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyának részmunkaidős jellege, illetve határozott időtartama, s) érdekképviselőhöz való tartozása, t) egyéb helyzete, tulajdonsága vagy jellemzője. (Dajnoki – Balázs-Földi, 2016)

A nemek között figyelhető meg leginkább a megkülönböztetés a munkaerőpiacon. A nők hátrányos munkaerőpiaci helyzete megjelenik a piaci integrációban, re-integrációban, az előrelépési lehetőségekben és a bérezésben. A női munkavállalási esélyeket leginkább a gyermekvállalási attitűd rontja. (Gulya, 2015)

1. táblázat: A valaha hátrányos megkülönböztetést megélt népesség alakulása (2010-2019)

Megnevezés	Férfi	Nő	Együtt
2010. I. negyedév			
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség, fő	377 975	511 477	889 452
19–64 éves népesség összesen, fő	2 985 534	3 133 923	6 119 457
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség aránya, %	13	16	15
2012. I. negyedév			
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség, fő	410 305	526 972	937 277
19–64 éves népesség összesen, fő	3 013 327	3 143 426	6 156 752
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség aránya, %	14	17	15
2015. I. negyedév			
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség, fő	388 861	486 065	874 927
19–64 éves népesség összesen, fő	2 968 047	3 070 450	6 038 498
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség aránya, %	13	16	15
2019. IV. negyedév			
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség, fő	271 351	354 043	625 394
19–64 éves népesség összesen, fő	2 912 933	2 945 878	5 858 810
Valaha hátrányos megkülönböztetést megélt 19–64 éves népesség aránya, %	9	12	11

Forrás: KSH, 2022d

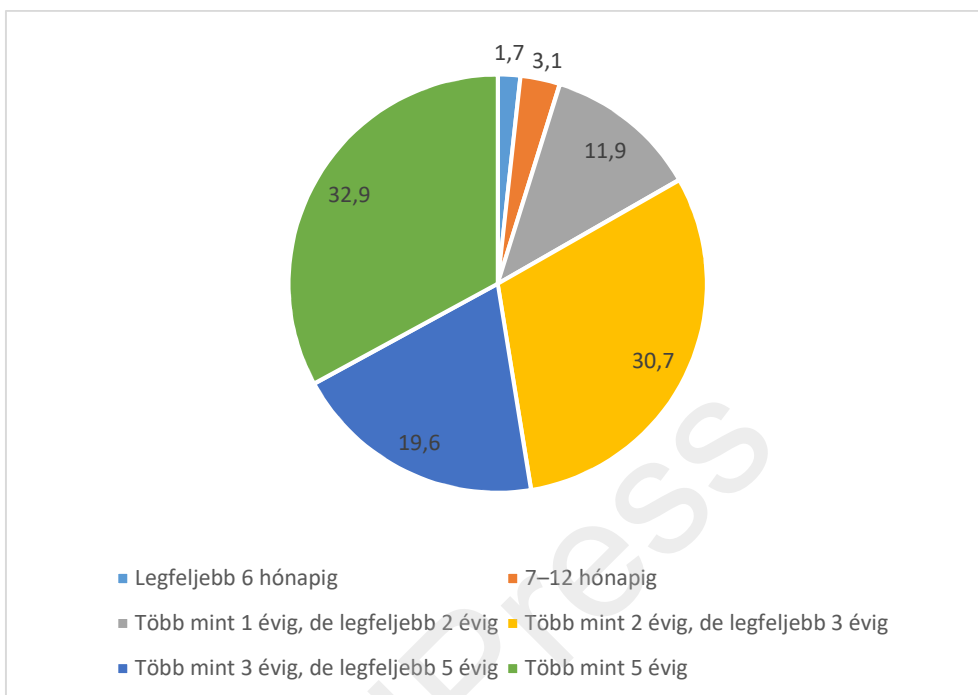
Habár ahogyan az a 1. táblázatból látható, hogy az utóbbi évtizedben a 19-64 éves népesség körében csökkent a hátrányos megkülönböztetést megélt férfiak és nők aránya, még mindig a nők 12%-a tapasztalta, hogy valamilyen területen (álláskeresésnél, munkahelyen munkavégzés során, elbocsátásnál, létszámleépítés esetén vagy hivatalos ügyintézésnél és egyéb élethelyzetben) 2019. IV. negyedévében, holott a férfiaknak csupán 9%-a tapasztalta ugyanezt. Ebből a 625.394 esetből 35.699 esetben érezték, hogy a megkülönböztetés oka a nemi hovatartozásuk. A "Hátrányos helyzetű csoportok a munkaerőpiacon" c. kiegészítő kérdőív a Munkaerő-felmérés mintájába kijelölt háztartásoknál az

alapfelvétellel egy időben, 2019. IV. negyedévében került lekérdezésre (KSH, 2022e).

Várandós, kisgyermekes nőket érő diszkrimináció

A nőket ért diszkrimináció a munkaerőpiacon általános jelenség, ez nagyrészt abból a feltételezésből ered, hogy a munkáltató számára többletköltséggel jár az időszak, amíg a nő a gyermekellátási távolléten tartózkodik, ami végső soron csökkenti a nők termelékenységét (Lovász, 2012). A nők többsége rosszul fizetett, rutinfeladatokat tartalmazó munkakörökben dolgozik (Giddens, 2002). A nők 63%-ának kellett már tartós távollétre (pl.: Gyed, Gyes, Gyet) menni gyermekgondozás okán. Ezen lehetőségek egyikét 98%-ban az anyák veszik igénybe, az alábbi ábrán jól látható a távollét hossza szerinti megoszlás. R. Fedor és Fónai (2012) kutatásában arra világít rá, hogy a várandósok többsége hamarabb felhagyott az aktív munkavégzéssel, mint a szülés időpontja, így hosszabb ideig volt távol a munkaerőpiactól. Grosch és mtsai. 2007-es kutatása szerint a nők foglalkoztatási esélyeit 37%-al rontja a gyermekvállalás, mialatt a férfiak esélyeit 8%-al növeli. 2020-as évben 238 ezer nő részesült valamilyen gyermekgondozási ellátásban. R. Fedor és Fónai (2012) és R. Fedor és Hajnal (2014) kutatásában arra világít rá, hogy a várandósok többsége hamarabb felhagyott az aktív munkavégzéssel, mint a szülés időpontja, így hosszabb ideig volt távol a munkaerőpiactól. Lipták és Matiscsákné Lizák (2018) tanulmányukban jól összefoglalják a kisgyermekes nők elhelyezkedését gátló okokat, melyek a hagyományos személet, a nők igényeihez való alkalmazkodás hiánya a munkában, a gyermekfelügyelet megoldatlansága, a nők többletköltséggel járó foglalkoztatása, a nők, mint bonyodalmas munkavállalók és a már említett sztereotípiák.

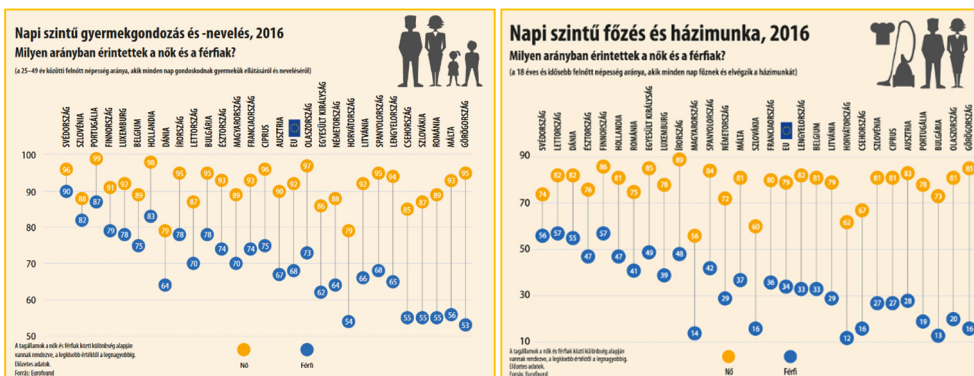
3. ábra: A 18–64 éves népesség demográfiai jellemzői korábbi és jelenlegi gyermekgondozással kapcsolatos kötöttség miatti huzamos (legalább egy hónapos) távollét hossza szerint, 2018. II. negyedév [ezer fő]



Forrás: KSH, 2022f

A nők szakmai kibontakozását akadályozza a hagyományos felfogás, mely szerint a háztartás vezetése és a gyermeknevelés egyértelműen a feleség feladata. Az otthoni, nem fizetett munka nagyrészt a nők végzik el. A nemek közötti feladatmegosztás egyenlőtlenül alakul. Az alábbi ábrából jól látható, hogy ez nem csak Magyarországra jellemző jelenség, hanem az egész Európai Unióban átlagos helyzet. Hazánkban a nők 89%-ban, a férfiak pedig 70%-ban vesznek részt a napi szintű gyermekgondozásban és -nevelésben, míg a főzés és a házimunka nagyobb eltérést mutatott, hiszen a nők 56%-ával szemben a férfiak csupán 14%-a lát el napi szinten házimunkát és főzési feladatokat. Ez a különbség jelentős az EU-s átlaghoz képest.

4. ábra: Napi szintű gyermekgondozás és -nevelés, valamint főzés és házimunka



Forrás: KSH, 2022g

A kisgyermekes anyák munkavégzéséhez való általános hozzáállás alig változott az elmúlt időszakban, tehát továbbra is a hagyományos felfogás a jellemző, mely szerint az a legoptimálisabb, ha az anya a gyermek 3 éves koráig otthon marad és nem áll munkába (Makay, 2017). R. Fedor (2012) kutatása is igazolja, hogy az anyák többsége is alapvetően a hároméves „kizárólag anyaság” intézményét támogatja. Szerintük az otthoni gondozás elengedhetetlen a gyermek lelki fejlődésében és hosszútávú jótékony hatással rendelkezik, amelyet nem lehet pótolni.

A gyermekvállalást követően a nők nehezebben tudnak visszatérni a munkaerőpiacra, és a bérük is alacsonyabb lesz a férfiakéhoz képest. Az előmeneteli lehetőségek sokkal szűkebbek, mint a férfiaké, valamint az állásbiztonság is alacsonyabb. A nők férfiakhoz viszonyított munkaerőpiaci helyzete kedvezőtlenebb képet mutat a toborzás terén is (Koncz, 2004). Különösen nehéz helyzetben vannak az egyedülálló anyák, akik számára még nehezebb a munka-magánélet egyensúlyának fenntartása. Sántha, Nagy és Erdei (2020) kutatásából kiderül, hogy erre hatást gyakorol az egészségügyi műveltség szintje, amely azonban az egyedülálló anyák esetében az egyik legalacsonyabb hazánkban.

A nők számára gyakran észlelt jelenség az ún. üvegplafon szindróma is, melynek következtében a karrier egy adott ponton megtorpan, nem lehet meghatározni, mi gátolja a továbblépést, de azt nyilvánvalóan valamely külső hatás okozza (Grosch és mtsai., 2007).

A Gyed-en, Gyes-en lévő anyák 70%-a szeretne visszatérni a munka világába a gyermekgondozási szabadság lejártát követően. Ennek azonban számos akadálya és korlátja lehet. A Kismamák, Kispapák 2020-as kutatásban bebizonyosodott, hogy a nők nem tudnak ugyanabba a pozícióba, vagy munkakörbe visszakerülni, mint amilyenben szülés előtt helyezkedtek el. A támogató intézményrendszer hiánya okozza az egyik legnagyobb problémát. A bölcsődei elhelyezésről gyakran már a várandósság alatt el kell kezdeni gondoskodni, ha az anya zökkenőmentesen szeretne visszatérni korábbi munkájába.

Javaslatok a helyzet javítására

Alapvetően javítható a nők helyzete minden olyan eszközzel, amely megkönnyíti számukra, hogy egyszerre lássák el munkahelyi kötelességeiket és anyai teendőiket. A nők munkaerőpiaci hátrányait nem könnyű csökkenteni a férfiakhoz képest. Az alábbi eszközök alkalmazása azonban segíthet leküzdeni/csökkenteni a lemaradást.

Családbarát munkahelyek, atipikus foglalkoztatási formák

A családbarát munkahelyek és a rugalmas, részmunkaidős foglalkoztatási formák elképzelése számos esetben még nem vált elterjedtté hazánkban. De mit is jelent a családbarát munkahely? Általánosságban elmondható, hogy azokat a munkahelyeket nevezzük így, amelyek célként tűzték ki, hogy segítsék munkavállalóikat a családi és a munkahelyi élet összehangolásában. Ennek egyik elsődleges eszköze a flexibilis munkavégzés, tehát, hogy a munkavállaló saját maga tudja beosztani, hogy a nap mely időszakában fogja elvégezni a rá kiszabott feladatokat. Ennek köszönhetően úgy alakíthatja napját, hogy el tudja szállítani gyermekét az óvodába/bölcsődébe és akár érte tudjon menni oda gyermeke betegsége esetén. Egy következő lépés lehet a koronavírus járványnak köszönhetően ma már széleskörben ismertté vált és használatos „home office” munkavégzés. Ez esetben a munkavállaló otthonról látja el feladatait, de feltétele, hogy hozzáférjen a munkahely belső hálózatához, ami nem minden esetben adott. Ezzel időt spórolhat meg a munkavállaló, hiszen nem szükséges közlekedéssel töltenie idejét. Egy másik ismérve a családbarát munkahelyeknek, ha kialakítanak egy olyan helységet (baba-mama szoba), ahol a kisgyermekes munkavállalók dolgozhatnak akkor, ha esetleg a gyermeküket kénytelenek behozni munkahelyükre. Létezik olyan munkahely is, ami gyermekfelügyeletet biztosít akkor, ha szükség van rá.

Munkahelyi visszailleszkedés támogatása

Segítségét jelenthet a gyermekgondozási távolléten lévő anyák visszatérésében, ha ez idő alatt képzésekben való részvételt biztosít számára a munkahelye, ezáltal kevésbé érezheti kiesve magát a munkából az anyuka. Karriertanácsadással segítheti a zökkenőmentes beilleszkedést a szülés előtti pozícióba. Mindezen intézkedések megvalósulhatnak digitális úton, hogy az anyának ne kelljen fizikálisan jelen lennie, amelyet az Ipar 4.0 vívmányai lehetővé és egyre inkább könnyen elérhetővé tesznek mindenki számára. (Hengspergerné Stomp és Móré, 2021)

A gyermekellátó rendszer bővítése

Az egyik legfontosabb feltétel a gyermekek nappali elhelyezése addig, amíg a szülők dolgoznak. A napközis gyermekfelügyeletet ellátó intézmények hiánya a nők munkaerőpiaci visszatérésének egyik legnagyobb akadálya. (Leitheiser és Veroszta, 2020) Ilyen szempontból hazánk eddig lemaradásban volt, de jelenleg számos pozitív kezdeményezés indult el a bölcsődei férőhelyek számának növelése érdekében, amely reményt jelent a gyermekgondozási távollétról akár a 2. év utáni vagy korábban visszatérni kívánó szülők számára. A kormány 2019-ben döntött a bölcsődefejlesztési program kiterjesztéséről, amely értelmében az idei évre 70.000 férőhelyesre szeretnék kibővíteni a 2018-ban meglévő 48.000 helyet (Nagy és mtsai., 2021).

Tájékoztatás

Fontos lenne mindezek mellett, hogy a nők megfelelő információkkal rendelkezzenek, arra az esetre, hogyha diszkrimináció éri őket. Egyrészt ismerjék fel azt, másrészt tudják, hogy milyen lehetőségekkel rendelkeznek a helyzet kezelésére és milyen intézményekhez fordulhatnak a sérelmek elhárítása érdekében.

Összegzés

Összességében elmondható, hogy a nőket számos területen éri diszkrimináció a munkaerőpiacon. A nők munkaerőpici részvétele egyre szélesebb, mialatt háztartási terhei kevésbé csökkentek. Jelentős nyomás helyeződött rájuk a munka és magán (családi) élet összehangolása tekintetében. Jelen tanulmányban elsősorban a várandós és kisgyermeket nevelő nőket ért egyenlőtlen bánásmódot elemeztem. A diszkrimináció elsődleges forrása az a tény, hogy a nők gyermekvállalás miatt sokáig maradnak távol a munkahelytől, továbbá a gyermekük betegsége esetén ők fognak kimaradni a munkától. Tanulmányom végén javaslatokat teszek arra, hogyan lenne megkönnyíthető a nők munkahelyi integrációja gyermekvállalást követően családbarát munkahelyek kialakításával, rugalmas munkaidő és a „home office” bevezetésével, a gyermekellátó rendszer bővítésével és a tájékoztatás eszközével.

Felhasznált irodalom

1. Bácsné Bába Éva (2014): Kisgyermekes anyák a munkaerőpiacon –pro és contra. TAYLOR,6(1–2): 250–259.
2. Bodrogi Bea (2011): A diszkrimináció elleni küzdelem módszerei. Magyar Helsinki Bizottság, Budapest.
3. Dajnoki Krisztina, Balázs-Földi Emese (2016): Diszkrimináció a munkaerőpiacon. Közép-Európai Közlemények, 9(3), 150-165.
4. Grosch M. – Horváth A. – Keveházi K. – Koltai L. . Komka N. – Rabi E. – Sáfrány R. – Vucskó B. (szerk. Koltai L. – Vucskó B.) (2007): A munkamagánélet összeegyeztetését segítő és gátló tényezők Magyarországon. Vezetői összefoglaló. Fővárosi Esélyegyenlőség Módszertani Iroda Műhelye, Budapest.
5. Gulya F. (2015): A nőket érő munkaerő-piaci diszkriminációról. <https://www.arsboni.hu/a-noket-ero-munkaero-piaci-diszkriminaciorol.html>
6. Hengspergerné, Stomp Ágnes, Móré, Marianna (2021): Az Ipar 4.0 hatása a magyar szakképzési rendszerre. In: Rusinné, Fedor Anita (szerk.) Jövőformáló tudomány - Generációk Egymásért Debrecen, Magyarország : Debreceni Egyetemi Kiadó (2021) pp. 66-77. , 12 p.

7. Koncz Katalin (2004): A nők munkaerő-piaci helyzete az ezredfordulón Magyarországon. Statisztikai Szemle, 82. évf. 2004. 12. szám
8. KSH (2022a): Munkaerőpiaci folyamatok, 2020. I. félév. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mpf/mpf202/index.html>
9. KSH (2022b): Foglalkoztatási ráta korcsoportok szerint, nemenként [%]* <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mpf/mpf202/index.html>
10. KSH (2022c): Munkaerőpiaci folyamatok, 2021. I. félév. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mpf/mpf212/index.html#magyarorszgfoglalkoztatsirtjaazunistlagfeletti>
11. KSH (2022d): Hátrányos helyzetű csoportok a munkaerőpiacon. <https://www.ksh.hu/docs/hun/modsz/modsz915.html>
12. KSH (2022e): A hátrányos megkülönböztetés előfordulása a 19–64 éves népesség körében, élethelyzet, a hátrányos megkülönböztetés oka és nagyrégiók szerint, 2019. IV. negyedév. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_hatranynos9_15_16.html
13. KSH (2022f): A 18–64 éves népesség demográfiai jellemzői korábbi és jelenlegi gyermekgondozással kapcsolatos kötöttség miatti huzamos (legalább egy hónapos) távollét szerint, 2018. II. negyedév https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_evkozi/e_csalkot9_11_12a.html
14. KSH (2022g): Gyermekgondozás és házimunka. <https://www.ksh.hu/interaktiv/eurostat/womenmen/bloc-3d.html>
15. Leitheiser, Fruzsina; Veroszta, Zsuzsanna (2020): A várandósok szülés utáni munkavállalási terveit meghatározó tényezők. DEMOGRÁFIA 63:2-3 pp. 199-228., 30 p.
16. Leitheiser Fruzsina (2021): Várandóskori munkavállalási tervek megvalósulása és a korai munkavállalás jellemzői. Acta Sociologica: Pécsi Szociológiai Szemle, 7(1), 87–102.
17. Lipták Katalin, Matiscsákné Lizák Marianna (2018): Vezetéstudomány/Budapest Management Review XLIX. Évf. 2018. 03. Szám Doi: 10.14267/Vesztud.2018.03.05
18. Lovász, Anna (2012): A béralkalmazkodás elősegítése. Munkaepiaci diszkrimináció. In: (szerk. Fazekas K. – Scharle Á.) (2012): Nyugdíj, segély, közmunka. A magyar foglalkoztatáspolitikai két évtizede, 1990-2010. Országos Foglalkoztatási Közalapítvány, Budapest. pp. 156-168.

19. Makay Zsuzsanna (2018): Kisgyermekes anyák munkavállalása és az ezzel kapcsolatos vélemények változása Magyarországon. *Magyar Tudomány*. 179:11 pp. 1702-1716., 15 p.
20. Makay Zsuzsanna (2017): Változnak-e a kisgyermekes anyák munkavállalásával kapcsolatos vélemények Magyarországon? *Korfa*, 17(5): 1–4
21. Nagy Adrienn (2021): *Családpolitika*. T/510. Budapest: Állami Számvevőszék. Elérhető:
https://www.asz.hu/storage/files/files/elemzesek/2021/csaladpolitika_20210126.pdf?ctid=1307
22. R. Fedor Anita (2012): A gazdasági aktivitás lokális jellemzői: nők és férfiak a "munka piacán". *Acta Medicinæ Et Sociologica* 3:3 pp. 83-98., 16 p. (2012)
23. R. Fedor Anita, Fónai Mihály (2012): Kisgyermekes nők foglalkoztatási jellemzői és a családtámogatások igénybevétele. *Szabolcs-Szatmár-Beregi Szemle* 48: (4). 71-86.
24. R. Fedor Anita, Hajnal Béla (2014): A kisgyermeket nevelő nők karaktercsoportjai. *Statisztikai Szemle* 92 : 6 pp. 541-568., 28 p.
25. Sántha Ágnes, Nagy Melinda, Jávorné Erdei Renáta (2020): The Health Literacy of Ethnic Hungarian Mothers in Eastern Europe. *Italian Journal Of Sociology Of Education* (12):3 pp. 91-111, 21 p. (2020) DOI: 10.14658/pupj-ijse-2020-3-5
26. Spéder Zsolt (2006): Mintaváltás közben. A gyermekvállalás időzítése az életútban, különös tekintettel a szülő nők iskolai végzettségére és a párkapcsolati státusára. *Demográfia*. 49/2-3, 113-148.

A civil szervezetek szerepe a társadalmi integrációban

Dr. Zakor-Broda Rita¹

¹Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Társadalomtudományi és Szociális Munka nem önálló Tanszék

Absztrakt

A civil szervezetek társadalmi integrációban betöltött szerepe és gazdasági jelentősége egyre meghatározóbb. Ennek háttérében az állami szerepvállaláson és a civil szerveződések növekvő aktivitásán túl megfigyelhető a társadalmi kapcsolatok egyre növekvő súlya, valamint a kétszektorú intézményrendszer átértékelődése is. A civil szervezetek egyre nagyobb szerepet vállalnak a társadalmi szükségletek kielégítésében, a társadalmi problémák kezelésében. A civil szféra lehetővé teszi az állampolgárok közösségi aktivitásának kibontakozását, a társadalmi szolidaritás gyakorlását. Olyan interakciós teret biztosítanak, amely során norma, érték, kultúra és érdek közvetítő funkciójuk megvalósul. A civil szervezetek hozzájárulnak a társadalmi integrációhoz, amely a hasonló értékekkel rendelkezők interakcióján alapul és fontos tényezője az egymás iránti bizalom. A társadalom megújításában mérvadó szerepet töltenek be, hiszen a globalizáció és a társadalmi-gazdasági struktúrák változásai szükségessé teszik a civil társadalom és az állam együttműködési formáinak kiaknázását és működését.

Kulcsszavak: *civil szervezetek, társadalmi integráció, társadalmi szerepvállalás, járványhelyzet, együttműködés, közösségi részvétel, foglalkoztatás*

Abstract

The role and economic importance of NGOs in social integration is becoming increasingly important. Against this background, in addition to the role of the state and non-governmental organizations, the growing weight of social relations and the re-evaluation of the two-sector institutional system can also be observed. NGOs are playing an increasingly important role in meeting societal needs and social problems in the treatment. The civil sphere enables the development of the community activity of the citizens and the exercise of social solidarity. They provide a space for interaction in which their norm, value, and culture of mediating their function is realized. NGOs offer social

integration that has similar values based on their interaction and is an important factor in mutual trust. They play a key role in the renewal of society, as globalization and changes in socio-economic structures necessitate the exploitation and functioning of forms of cooperation between civil society and the state.

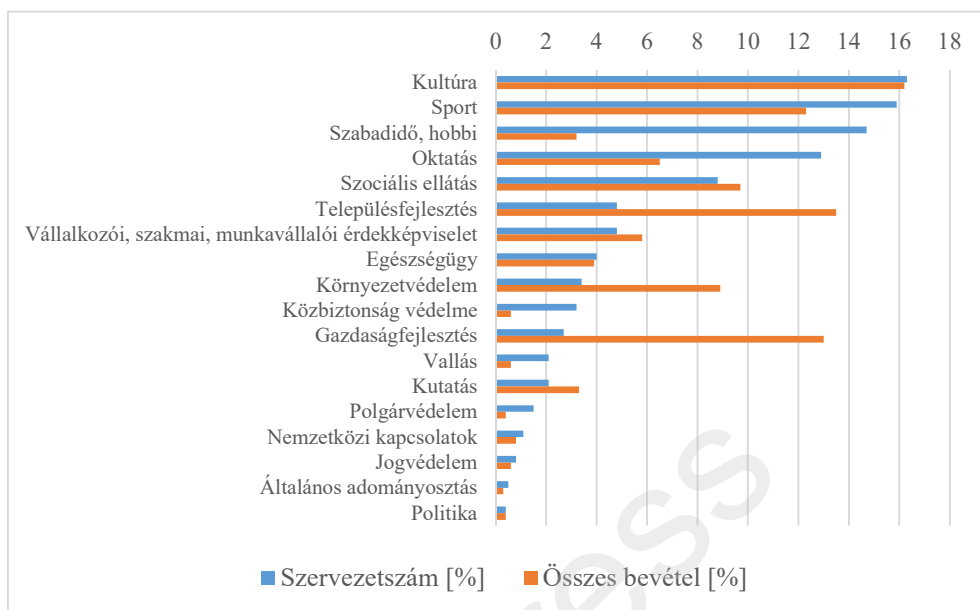
Keywords: *NGOs (non-governmental organizations), social integration, social engagement, epidemic situation, cooperation, community participation, employment.*

Bevezetés

A civil szektor a társadalmi öntevékenységet folytató szervezeteket és önszerveződéseket foglalja magában, melyek tevékenységüket valamely közösség szükségleteinek kielégítése céljából végzik. Tevékenységeik által a társadalmi szükségletek, szociális problémák közvetlen kielégítésére, kezelésére nyílik lehetőség. A közösségi kezdeményezésekből következtethetünk a társadalmi kapcsolatok szorosságára, a szolidaritás erősségére, az egyének közötti együttműködés fejlettségére.

A civil szektort jelentős területi koncentráció jellemzi. Működésük szempontjából a szektor legtöbb szereplője az alapítványokat és az egyesületeket összefoglaló klasszikus civil szervezeti formát választják. Ez nem csupán tevékenységük célját, de annak földrajzi kiterjedését is befolyásolja. A civil szervezetek a közszolgáltatások terén képesek alternatívákat nyújtani a közösségnek, az állam egyebek mellett is, egyre inkább engedi a civil szerepvállalását, mindezzel komoly terhet véve le a válláról, kiegészítve feladatrendszerét (Fricz, 2019). A szervezetek általában kulturális, sport, szabadidős vagy oktatási célokat szolgálnak, de jelentős mértékben látnak el egészségügyi feladatokat, vagy tevékenykednek a szociális, illetve a településfejlesztés területén.

1. ábra: A nonprofit szervezetek számának és összes bevételének megoszlása tevékenységcsoportok szerint 2020



Forrás: KSH (<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/2020/index.html>)

Jelentősen megnőtt 1990 után az újonnan létrejött nonprofit szervezetek száma hazánkban. Alapításuk célját európai az uniós csatlakozásunk révén megnyíló pályázati lehetőségek is nagymértékben befolyásolták. A civil szervezetek céljaik elérése érdekében gyakran vesznek részt különféle pályázatokon. A különböző kiírások legaktívabb résztvevőinek a gazdaságfejlesztéssel, a szociális ellátással foglalkozók, illetve az oktatási és kulturális tevékenységet folytató szervezetek tekinthetők. A civilek kiadásaikat döntően fenntartási költségekre, valamint az alkalmazottak bérének kifizetésére fordítják.

Tények és adatok a civil szervezetekhez kapcsolódóan

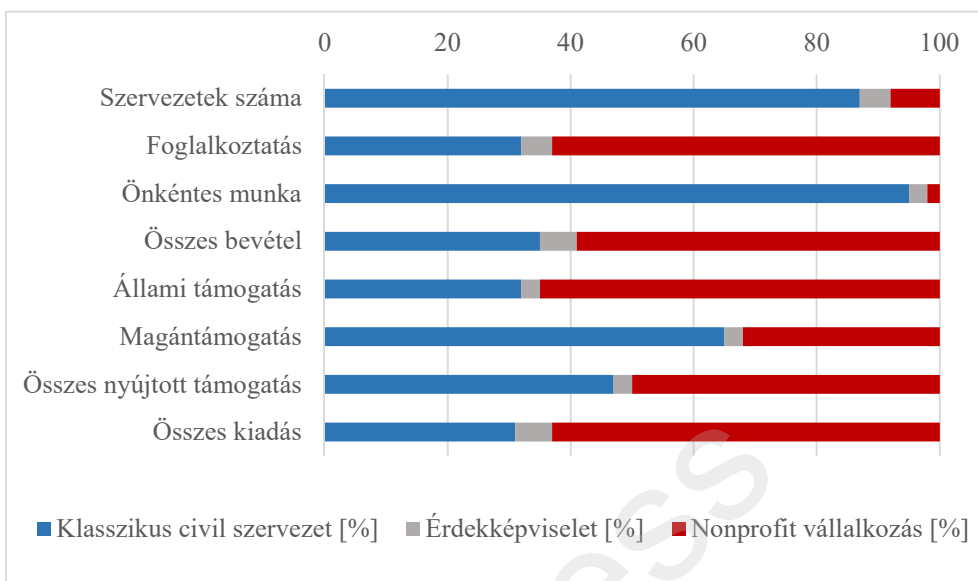
A KSH adatszolgáltatása alapján 2020-ban összesen 60 673 civil szervezet működött Magyarországon, amelyek egyharmada alapítvány, kétharmada pedig társas nonprofit szervezet. Megfigyelhető, hogy a járványhelyzet hatására a civil szervezetek önkénteseinek száma 15%-kal csökkent a 2019. évi adatokhoz képest. A civil szféra alapvető jellemzője továbbra is megfigyelhető, azaz szervezeti jelleg szerint az összes nonprofit szervezet közel 87%-a 2020-ban is a klasszikus civil szektorba (magánalapítványok,

egyesületek, szövetségek) tartozott. Az alapítványok tevékenységeik alapján az oktatáshoz (33%), a szociális ellátáshoz (16%), és a kultúrához (15%) kötődött. A társas nonprofit szervezeteknél megállapítható, hogy a szabadidős (22%) és sportegyesületek (22%), továbbá a kulturális szervezetek (17%) aránya volt ezúttal is a legmeghatározóbb.

2020-ban a civil szektor éves bevételeinek 48%-a állami vagy önkormányzati költségvetésből származott, ami körülbelül 123 milliárd forintot jelent. 2020-ban a nonprofit szektorban 156 ezer főt tett ki a munkaviszonnyal rendelkezők száma, amelyből 106 ezer volt főállású, teljes munkaidős és 50 ezer részmunkaidős, illetve nem főállású munkavállaló. A nonprofit szervezeteknél a részmunkaidős foglalkoztatásban állók teszik ki az összlétszám egyharmadát. A civil szervezeteknél ez a foglalkoztatási forma még gyakoribb, mivel sokan nyugdíjasként, illetve kiegészítő tevékenységként, megváltozott munkaképességű vagy speciális helyzetű foglalkoztatottként vállalnak feladatot a szférában. A foglalkoztatottak száma a klasszikus civil szervezeteknél közel 54 ezer fő (41 ezer számított főállású) volt. Az alapítványoknak és egyesületeknek önkéntesként segítők száma a teljes szektor önkéntes munkaerőforrásának döntő hányadát (95%-át) adta. 2020-ban a szektorban tevékenykedő önkéntes segítők becsült száma 311 ezer fő volt. Az általuk teljesített 43 millió munkaóra több mint ezer teljes munkaidős foglalkoztatott munkaidejének felelt meg, munkájuk becsült értéke 83 milliárd forintra tehető. A klasszikus civil szervezetek humán erőforrása eltér a nonprofit gazdasági társaságoktól és az érdekképviselőktől. Utóbbiaknál a humán erőforrás 90% feletti arányát a fizetett munkaerő teszi ki, és az önkéntesség kevésbé jellemző, ugyanakkor a civil szervezetek munkaerőigényének 30%-át az önkéntes tevékenység biztosítja.

A Covid19-járvány következtében bevezetett intézkedések és korlátozások megnehezítették az önkéntes tevékenység végzését, továbbá a betegség és a megszűnő munkahelyek okozta jövedelemkiesés pedig a lakossági adományok várható visszaesését is előrevetítették. Az önkéntesek száma a civil szervezeteknél 2020-ra 347 ezerről 294 ezer főre csökkent (KSH,2020).

2. ábra: A klasszikus civil szervezetek nonprofit szektoron belüli súlyának legfontosabb mutatói 2020



Forrás: KSH (<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/2020/index.html>)

A civil szervezetek társadalmi szerepvállalásai és az integrációt segítő tevékenységeik

A civil szervezetek a társadalmi-gazdasági-kulturális élet meghatározó szereplői, társadalmi szerepvállalásuk révén hozzájárulnak egyes társadalmi problémák enyhítéséhez, kezeléséhez, illetve bizonyos közösségi, társadalmi szükségletek kielégítéséhez. A társadalmi folyamatok több szintjén és területén jelen vannak, segítik a közös értékek és érdekek mentén létrejövő szerveződések, intézményeik és programjaik segítik a társadalom tagjait és közösségeit érdekeik érvényesítésében. A civil szervezetekben végzett aktív tevékenység a felnövekvő generációnak is pozitív mintául szolgál, hatásuk az egyénre, családra, közösségre, társadalomra is egyaránt megfigyelhető. A civilek egyfajta szocializációs szerepet is betöltenek, hiszen a modern kor fiataljai olyan viselkedésmódokat sajátíthatnak el a szervezetek nyújtotta lehetőségek során, amelyek nagymértékben hozzájárulnak ahhoz, hogy felnőttként a társadalom aktív és hasznos tagjaivá válhassanak. A civil társadalom egyik nagy kihívása, hogy segítsék kibontakozni és elmélyíteni a civil tudatosságot és a közösségi, társadalmi akciókba, cselekvésekbe való bekapcsolódást (Nárai, 2004).

A civil társadalomban megjelenő fiatalok olyan tapasztalatokat szerezhetnek, amelyek meghatározzák későbbi felnőttként állampolgári szerepüket, illetve azt, miként viszonyulnak a társadalom egyes csoportjaihoz, problémáikhoz. Életkoruk révén a civil lét hatást gyakorol önfejlődésükre, a fiatalokként megélt önkéntesség hozzájárul a felnőttkori közösségi részvétel ösztönzéséhez.

A civil szervezetek száma és feladata emelkedő tendenciát mutat, amely a társadalomban megjelenő új, vagy ismét előtérbe kerülő társadalmi problémákkal is magyarázható. A társadalmi-gazdasági élet olyan szereplői ők, akik egyéni „adottságaik” révén híd szerepként funkcionálhatnak a társadalom, az állam és a piac között. Társadalmi szerepvállalásuk igen széles skálán mozog, ezért joggal merülhet fel a kérdés, hogy a társadalmi elvárások a civilekkel szemben nem túlzóak-e, a civil kezdeményezésekbe vetett bizalom nincs-e veszélyben? (Carson, 2002).

Megkérdőjelezhetetlen, hogy a civil szervezetek sokszínűségük által hozzájárulnak a modern demokráciák megvalósulásához, erősítéséhez. Kezdeményezéseik által képesek csoportérdekek összekapcsolására magasabb szinteken, akár közérdekekkel is. Egy megfelelően működő civil szféra alternatívát és választási lehetőséget jelenthet a társadalom kiegyensúlyozott működése érdekében (Glózer, 2000). Egy társadalomban minél több ember, szervezet aktív részese a civil társadalomnak annál erőteljesebbé válnak az emberek közötti hálók, továbbá növekszik a társadalomban jelen lévő együttműködési készség (Putnam, 2000).

A civil szervezetek tevékenységük által hozzájárulnak és lehetővé teszik az egyének és közösségek számára, hogy bekapcsolódjanak a közügyek alakításába, ezáltal a közösségi részvétel és cselekvés aktív tagjaivá válnak. Ezen szerepvállalásuk fejleszti, segíti, támogatja a társadalom tagjait a tudatos állampolgárrá válásban, hiszen magasabb szintre emelhető az emberek szolidaritása, felelősségérzete, kezdeményező-készsége. Ezen folyamatok által pedig a résztvevők kompetenciája is gyarapodik, elősegítik a civil identitás kialakulását és elmélyülését.

A civil szervezetek tevékenységeik által ösztönzőleg hatnak a társadalomra, felelősségérzete plántálnak tagjaikba, akik az együttműködés eszközével aktívan részt kívánnak venni sorsuk és környezetük alakításában, kialakul bennük a befolyás igénye.

Seligman úgy véli, hogy a civil szervezetekben való tevékenykedés növeli az egyének társadalmi problémák iránti érzékenységét, empátiájukat,

szolidaritásukat. Az egyénekből kialakult együttműködési hajlandóság és társadalmi szolidaritás az, amely életre hívja a cselekvés igényét a társadalmi egyenlőtlenségek kezelése érdekében (Seligman, 1997).

A civil részvétel ugyanakkor egy lelki szükségletet is kielégít, hiszen a közös érdekek és célok mentén szerveződő tevékenység hozzájárul ahhoz, hogy az egyének kreativitásukat kibontakoztathassák, önbizalmuk növekedjen, kompenzálják esetleges kudarcukat más területeken. A tagság a valahová tartozás érzését nyújtja, azonosulási lehetőséget kínál.

Egyes civil szervezetek támogató rendszerként is funkcionálnak, hiszen védik, támogatják a krízisben lévő személyeket problémáik megoldásában.

A részvétel a hasznosság érzetét biztosítja az egyéneknek olyan időszakokban is, amikor ő maga is nehéz, bizonytalan helyzetben van. A munkanélküli, vagy nyugdíjas személyek kapcsolata a civil aktivitással kevésbé szűkül be, továbbra is a társadalom hasznos tagjainak érzhetik magukat.

A civil szervezetek sajátja, hogy képesek az emberek aktivizálására, a közösségi kötődések kiaknázására, képesek bekapcsolni tagjaikat a társadalom folyton változó vérkeringésébe, azaz integrálja az egyént a társadalomba közösségi kapcsolatfejlesztő funkciója által (Kuti, 1996).

A civil társadalomra egyfajta elsősegélynyújtó, folyamatosan változó rendszerként tekinthetünk, hiszen egyes társadalmi problémákra azonnali, gyors reagálásra képes. Innovátor szerepük nélkülözhetetlen, képesek az állam és a piac olykor merev szabályait nélkülözve a társadalmi igényekre és szükségletekre alternatívát nyújtani. A szociálpolitika területén megjelenő számos szolgáltatás első fecskéi civil kezdeményezések voltak, hiszen felismerve és azonosítva a problémákat, képesek voltak támogató tevékenységet megalkotni és megvalósítani, ezáltal hozzájárulva az állami ellátórendszer társadalmi problémakezeléséhez. Manapság a szociális szféra számos területén vannak jelen a civilek, mint közfeladatot ellátó szervezetek, átvállalva a feladatokat az állami és piaci szereplőktől. A civilek képesek sajátos kvalitásukból adódóan arra, hogy egyes szolgáltatások hiányosságait korrigálják, személyre szabottá tegyék (Nárai, 2004).

A civil társadalom hozzájárul a társadalmi újraelosztás folyamatához, hiszen az adománygyűjtés és adományozás során az állami, önkormányzati és vállalati szféra, valamint a lakosság is képviseli magát akár adományozóként, akár támogatottként. Ezen redisztributív hatás legtöbbször a társadalmilag kirekesztett csoportok, védendő közösségek mindennapi kihívásaira válaszol.

A civilek foglalkoztatásban és a munkaerőpiaci reintegrációban betöltött szerepe is jelentős. Foglalkoztatóként való megjelenésük lehetővé teszi az alternatív munkaformákban való alkalmazását az egyéneknek, továbbá a civileknél végzett önkéntes tevékenység gazdasági haszna sem elhanyagolható.

A civilek jelentős önkéntes munkát képesek mozgósítani. Az önkéntes munka egyszerre jelent erőforrást magának a szervezetnek, ugyanakkor az önkéntes számára is egyfajta integrációs mechanizmust jelent. Az önkéntes munka a munkaerőpiaci készségek fejlesztéséhez is hozzájárul, de maga a segítségnyújtás pedig a különböző társadalmi csoportok közötti kapcsolatrendszer meghatározásában is szerepet játszik (Feischmidt és Zakariás, 2018).

Civil szervezetek és a munkaerőpiac

Hazánkban is fontos szerepet töltenek be a civil szervezetek a foglalkoztatás növelésében. A legtöbb esetben a foglalkoztatáshoz állami és önkormányzati segítséget, pályázatok útján történő kiegészítéseket vehetnek igénybe a civilek, de bizonyos állami feladatátvállalások összekapcsolódnak a foglalkoztatás bővítésének követelményével is. A támogatott foglalkoztatás során mind a munkavállaló, mind pedig a munkáltató támogatása megvalósul. A civil szervezetek rugalmasságából fakadóan kiváló terepet biztosítanak a foglalkoztatási kísérletek megvalósításához.

A nonprofit szervezetek számára nem a profiszerezés az elsődleges szempont, hanem a közösségek szükségleteinek a kielégítése. Személyes jelenlétüknek köszönhetően ismerik a helyi társadalom adottságait, amelyre azonnal reagálni tudnak, és igen nyitottak a munkaerőpiaci szempontból hátrányos helyzetű munkavállalói csoportok alkalmazására (R. Fedor, 2015).

Egyes megyei kiemelt programokhoz is jelentős foglalkoztatási szintemelést társul, amelyek megvalósítói a civil szervezetek. A legtöbb ilyen tevékenység a rehabilitációs foglalkoztatáshoz, a termelő típusú iskolaprogramokhoz kapcsolódik, illetve a hajléktalanok foglalkoztatására is irányulhatnak. A civileknek a hátrányos helyzetű csoportok foglalkoztatásában kiemelt szerepe van, hiszen legtöbbször az állami és önkormányzati ellátórendszer nem tudná sikeresen visszaintegrálni a munkaerőpiacra. A civil szervezeteknél a foglalkoztatással összefüggő leggyakoribb tevékenységek a munkaerőpiaci információnyújtás és ehhez kapcsolódó tanácsadói munka, egészségügyi

támogatás, oktatás és korrepetálás, segítézés, a szociális munka különböző formái (Székely 2010).

Az elmúlt évtizedekben megváltozott a munkanélküliség jellege, ezért szükségessé vált, hogy új munkaerőpiaci szereplőket vonjanak be a jelenség kezelésébe, akiknek segítségével lehetőség nyílik helyreállítani az állástalan személyek munkavégző-képességét, támogatják őket a piacképes szakmák megszerzésében, továbbá ezen tevékenységeiket foglalkoztatással egybekötve valósítják meg. Ez a gondolat először az Európai Bizottság „Növekedés, versenyképesség, foglalkoztatás” című könyvében fogalmazódott meg (Frey, 2001).

A munkaerőpiaci környezet és a demográfiai folyamatok szükségessé tették az új szereplők bevonását, akik képesek közvetlenül kapcsolatot teremteni és építeni a leszakadó társadalmi csoportokkal, a periférián élő rászorultakkal (Székely, 2010).

Összehangolt erőfeszítésekre van szükség a hátrányos helyzetből való kitöréshez, a munkalehetőségek bővítéséhez, valamint a szegénység és a nélkülözés mérsékléséhez. A gazdasági válságok mindig a legkiszolgáltatottabb csoportokat érintik először, kockára téve ezzel a nemzeti romaintegrációs stratégiák végrehajtásában elért szerény eredményeket. A munkaerőpiaci problémák megoldását, kezelését együttműködés keretében célszerű megvalósítani, a foglalkoztatással kapcsolatos politikák kidolgozását, megszervezését és megvalósítását helyi szereplőkre kell építeni. A hátrányos helyzet kezelésében nagy szerepe van a különböző országos esélyegyenlőségi programok mellett a megyei, és a lokális szervezetek esélyteremtő tevékenységének. A helyi adottságokat és lehetőségeket ismerő helyi szakemberek tervezésbe történő bevonása elkerülhetetlen a társadalmi felzárkózás segítésében, a regionális különbségek csökkentésében (R. Fedor és Lácza, 2021, R. Fedor, 2021)

Partnerség szükséges az önkormányzatok, a munkaügyi szervezet, szakképzési intézmények, helyi munkaadók és vállalkozói szervezetek, foglalkoztatás területén lévő szakmai szervezetek, érdekvédelmi és civil szervezetek között, amelyet intézményi keretek között lehet végrehajtani. A partnerségi összefogás, illetve annak koordinálása hiányában a hatékony munkahely-teremtési programok nem képesek elérni céljukat. Szükséges egy szerződésben rögzített, az együttműködő partnerek között területi jelleggel, előre meghatározott célokkal létrejövő együttműködés.

A civil szervezetek helytállása a járványhelyzetben

A koronavírus-járvány hazai megjelenése és a hozzá kapcsolódóan elrendelt korlátozó intézkedések nem csak az intézményeket, de mondhatni az egész társadalmat felkészületlenül érte. Különösen igaz volt ez az egyébként is nehéz helyzetben lévő, kiszolgáltatott térségekre és csoportokra. Kistelepüléseken alkalmi és közmunkából élők számára sok esetben a napi betevő előteremtése is kérdéssé válhatott, amennyiben elvesztették munkahelyüket.

Az iskolák digitális oktatásra való áttérését az internet-hozzáféréseken túlmenően gyakran a megfelelő eszközök hiánya is hátráltatta. Sok esetben a civil szervezetekre hárult a feladat, hogy a válság által leginkább sújtottak helyzetén valahogy javítsanak. Sok civil szervezet erején felül teljesítve vett részt a járványhelyzet következményeinek csökkentésében, enyhítésében. A pandémiával összefüggő új tevékenységbe kapcsolódtak be munkájukkal, amely közül a legjellemzőbb az adománygyűjtés és osztás volt. Több szervezet az iskolai lemorzsolódás elkerülése érdekében mentori és korrepetáláshoz kapcsolódó feladatokat is elláttak. Kiemelt terület volt az új helyzet válságainak elhárítása. A siker kulcsa a legtöbb esetben az emberek közötti összefogás, az önkéntesség és a gyors reagálóképesség volt. Sok esetben a civilek és az önkormányzatok, valamint a helyi intézmények között együttműködés alakult ki, vagy még inkább megerősödött. Erőforrásaik hol kiegészítették egymást, hol pedig hiánypótló szerepet tölthettek be a civilek (Foltányi, Farkas és Kelemen-Varga, 2020).

A civilek hatása a térségek gazdasági-társadalmi fejlődésére

Osváth László tanulmányában a hazai civil szervezetek együttműködését vizsgálta, amelyben kitért a civil szféra térségi fejlődésre gyakorolt hatásaira is. Értekezéséből kitűnik, hogy a civil társadalom jelentős hatással van egy adott térség, település fejlődésére. Általánosságban megállapítható, hogy tevékenységeik célterülete egy adott településre, településrészeire korlátozódik, de ugyanakkor hatással vannak a tágabb környezet, a térség fejlődésére is. Egy adott terület, település, térség fejlesztése elképzelhetetlen az ott élő lakosság és az ott tevékenykedő társadalmi szereplők aktív közreműködése nélkül. Sok esetben a fejlődés és fejlesztés irányvonalait felülről érkező döntések határozzák meg, de a szakmai elemek és a tartalmi töltet meghatározásában a térségben élők szerepe az irányadó. A fejlődés szempontjából nélkülözhetetlen, hogy mindenki magáénak érezze a fejlődést és ennek

érdekében képes legyen aktív cselekvésre is. A civil szervezetek pótolhatatlan szereplői a célok kijelölésének, hiszen csak olyan fejlődési irányvonalak támogatását vállalják, amelyekkel ők maguk is tudnak azonosulni, szükségesnek érzik az adott területen történő változásokat, amelyek valós társadalmi igényekre és szükségletekre épülnek. Ezt nevezhetjük egyfajta civil kontrollnak is, amelyet ellenőrzési funkciója által valósít meg a civil szféra.

A civil szervezetek fejlődésre gyakorolt hatása mérhető gazdasági szempontból is, de többnyire társadalmi hasznosságuk áll a fejlődés középpontjában. A civil szféra nem csak szolgáltatásokat nyújt, de a foglalkoztatásban is szerepet vállalnak. A civil szervezetek ilyen szempontból történő vizsgálata térségenként eltérő adatokat mutathat. Hazánkban ezen mutatók még nem érik el az uniós tagországokban mért adatokat, de kiváló lehetőségekként vannak jelen a jövőben. A civil szervezetek együttműködési hajlandósága hozzájárul ezen potenciál kihasználásához. Az együttműködés révén a szervezetek hatékonyabbá tudják tenni működésüket, szolgáltatási minőségük fejlődik, a foglalkoztatási lehetőségeik bővíthetnek és a térség fejlődésébe több forrást tudnak investálni.

Egy térség fejlődése szempontjából igen nagy jelentőséggel bír a benne kialakuló, kiépülő kapcsolatok. A civil szervezetek szerepe megkérdőjelezhetetlen a térség belső megszerveződésének vonatkozásában, hiszen ezen kapcsolatokból születik a hovatartozás érzése, az identitás, amelyek motiválják az egyéneket és közösségeket a térség életébe való aktív közreműködésre. A civil szervezetek ezen kötődések fenntartásában és formálásában vállalnak szerepet. A térségi kötődés által a közösségek felismerik közös érdekeiket, amelyek mentén az összefogás kialakul. A lemaradó térségekben megfigyelhető jelenség, hogy a lemaradás nem csupán a kapcsolatok, hanem a lehetőségek beszűkülését, csökkenését is eredményezi az elvándorlás következtében, ami hozzájárul a lemaradás mélyüléséhez (Osváth, 2005).

Összegzés

A fejlett jóléti demokráciák egyik ismérve, hogy a nonprofit szektor méltán kivívott helyet foglal el harmadik szektorként a közszolgáltatások biztosítása és a közjavak előállítását. A civilek közfeladat ellátása révén ma már hazánkban is észlelhető a közszolgáltatások biztosításában ez a fajta többszektoriság. A civil szervezetek, mint társadalmi szereplők egy olyan

rendszer részévé váltak, amely jelenlétük és hozzáadott értékeik által hatékonyabbá, eredményesebbé és sokszor színvonalasabbá teszik az állampolgárok által elérhető szolgáltatásokat. A nonprofit szervezetek jelenléte és tevékenységeik alternatívát és választási lehetőséget kínálnak a szolgáltatások igénybevevőinek, a társadalomban jelentkező egyéni és csoportszintű problémák kezelésében. A szektor segítségével a társadalmi és gazdasági tervszerű beavatkozások valósulhatnak meg rövid, közép és hosszú távon egyaránt. A több évtizedes tapasztalataikkal, szakértelmükkel (együttműködve a társadalom és gazdaságpolitika más szereplőivel) hozzájárulnak a kitűzött fejlesztési célok, koncepciók megvalósításához, összehangolásához. A folyamatosan változó és szükség esetén átalakuló rendszerük biztosítja azt a fajta rugalmasságot és flexibilitást, amely nélkülözhetetlenné teszi a szektort a problémakezelés struktúrájában való jelenlétre.

Felhasznált irodalom

1. Anita, R. Fedor (2021): Regional characteristics of the precariat on the labour market, Debrecen, Magyarország, Debrecen University Press, 178 p.
2. Carson, Emmett D. (2002): Public Expectations and Nonprofit Sector Realities: A Growing Divide With Disastrous Consequences. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, No. 3. 429-436.
3. Feischmidt Margit; Zakariás Ildikó (2018): Jótékonyág és politika: a menekülteknek nyújtott közvetlen segítség közéleti hatásai. Politikatudományi Szemle, XXVII. 55–83.
4. Foltányi Zsuzsa; Farkas Bálint; Kelemen-Varga Roland (2020): Második hullám – civil szervezeti jó gyakorlatok a koronavírus-járványban. Ökotárs Alapítvány
https://kiutprogram.hu/wp-content/uploads/2021/01/masodik_hullam_jogyakorlatok.pdf
(2022.01.10.)
5. Frey Mária (2001): A nonprofit szektor foglalkoztatási szerepvállalásának lehetőségei és korlátai. OFA Kutatási Műhely I. kötet.
6. Fricz Tamás (2019): Civilitika – A civil társadalom kialakulása Nyugat-és KözépEurópában, illetve Magyarországon, Polgári Szemle, 15. évf. 1–3. szám, 2019, 284–297.

7. Glózer Rita (2000): Civil szervezetek – kommunikációelméleti keretben. In: Civil évkönyv 1999. Budapest, Európa Ház. 18–24.
8. Központi Statisztikai Hivatal (2021): A nonprofit szektor legfontosabb jellemzői 2019-ben
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nonprofit/2019/index.html>
 (Letöltés ideje: 2021.10.29.)
9. Kuti Éva (1996): A nonprofit szervezetek szerepe a kilencvenes évek magyar társadalmában és gazdaságában. Közgazdasági Szemle, XLIII. évf. 905-919.
10. Nárai Márta (2004): A civil szervezetek szerepe és jelentősége az egyének, közösségek, illetve a társadalom számára, *Educatio*. 4. 616–634.
11. Osváth László (2005): A civil szervezetek térségi együttműködései Magyarországon (Útmutató és kézikönyv a civil szervezetek térségi együttműködésének elveiről, módszereiről, eljárási rendjéről). Országos Civil Érdekképviselőért Egyesület, Budapest.
12. Putnam, Robert D. (2000): *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon and Schuster.
13. R. Fedor Anita, Lácza Magdolna (2021): Határmentiség – hátrányos helyzet – munkaerőpiaci bizonytalanság. *ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA* 12 : 33 pp. 44-62. , 19 p.
14. Rusinné, Fedor Anita (2015) A civil szféra foglalkoztatásban betöltött szerepe. In: Rusinné, Fedor Anita; Zakor-Broda, Rita (szerk.) *Társadalmi-gazdasági stratégiai helyzetértékelés a civil szektor bevonásával, Nyíregyháza, Magyarország: Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat*, 93 p. pp. 22-29., 8 p
15. Seligman, A. B. (1997): *A civil társadalom eszméje*. Budapest, Kávé Kiadó.
16. Székely Éva (szerk.)(2010): *Alternatív munkaerőpiaci projektek Módszertani Kiadványa*, Budapest, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.

A munkavállalás és gyermekvállalás jellemzői - a családalapítás munkaerőpiaci háttérének vizsgálata

Kutatás közben

Pózner Beáta¹ – R. Fedor Anita²

¹kkv menedzser, CIB Bank Zrt.

²főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet

Absztrakt

A magyarországi népesség 65 éve nem éri el a reprodukcióhoz szükséges 2,1 termékenységi szintet. 1990 évek óta a férfiak és nők átlagos életkora az első gyermekvállaláskor folyamatosan kitolódik, a fiatalok körében prioritássá vált a továbbtanulás, a házasodási kedv pedig visszaesett.

A kisgyermekes nők munkába állásával együtt járnak a munkaadó részéről érkező elvárások, miközben hogy az otthoni kötelezettségek (házimunka, gyermeknevelés) nem csökkennek. A rugalmatlan munkaerőpiaci körülmények, az atipikus foglalkozási lehetőségek hiánya, a nemi és foglalkoztatotti szerepekhez kapcsolódó tradicionális attitűd nem könnyíti meg a munka és magánélet közötti egyensúly kialakítását, mely kihat a munkahelyi eredményességre, a családi kapcsolatokra, a tervezett gyerekszám realizálására, melyek az egyéni jóllét, a fizikai és mentális egészség alapjai. Míg a családpolitika a harmadik gyerek vállalását kiemelten támogatta, addig a tervezett első és második gyermek születése sok nőnél elmaradt. Az első gyermekvállalás időszakának kitolódása a fiatalokat, az alacsony születési szám a diplomás nőket érinti.

Kulcsszavak: reprodukció, termékenység, gyermekvállalás, munkaidő, egyensúly

Abstract

For 65 years, the Hungarian population has not reached the 2.1 fertility level needed for reproduction. Since the 1990s, the average age of men and women at the time of first childbearing has been steadily rising, further education has become a priority among young people, and the propensity to marry has declined.

As women with young children go out to work, so do the expectations of the employer, while at the same time the responsibilities at home (housework, childcare) are not reduced. Inflexible labour market conditions, the lack of atypical employment opportunities, traditional attitudes to gender and employment roles do not facilitate work-life balance, which affects work performance, family relationships and the achievement of planned childbearing, which are the basis for individual well-being and physical and mental health. While family policy has given priority to the third child, many women, although planned, do not have their first and second child. Young women are affected by the postponement of the first childbearing period, while the low birth rate affects women with a university degree.

Keywords: *reproduction, fertility, having children, working time, balance*

Bevezetés

Az elmúlt évtizedek kedvezőtlen demográfiai trendje épp úgy érinti hazánkat, mint a nyugati társadalmakat. A KSH adatai alapján, a magyarországi népesség 65 éve nem éri el az egyszerű reprodukcióhoz szükséges 2,1 termékenységi szintet. A helyzetet tovább rontja, hogy az 1990 évektől folyamatosan kitolódik a férfiak és a nők átlagos életkora az első gyermekvállaláskor, a fiatalok körében prioritássá vált a továbbtanulás, visszaesett a házassági kedv.

A nők hosszabb időtátamú iskolai részvétele késlelteti a felnőttkorba átmenetet, a nagyobb karrierlehetőség arra készíti őket, hogy elhalasszák, vagy elkerüljék a gyermekvállalást. A növekvő gazdasági függetlenség pedig magyarázat arra, miért tolódik el a házasságkötések és az anyává válás időszaka. (Blossfeld és Huinink, 1991)

A magasabb iskolai végzettség megszerzésével nő a munkavállaló elvárásaihoz közelítő feltételeket kínáló állás lehetősége, tehát ésszerű a felsőoktatásba bekapcsolódni, az emberi tőkébe beruházni, majd a tanulást követően gyermeket vállalni. Másrészt nemcsak társadalmi norma, hanem felelősség is, hogy el tudja tartani a szülő a gyermekét, amelyhez anyagi biztonság szükséges. Még nehezebb helyzetben van az, akik munka és gyereknevelés mellett tanul. Az élethosszig tartó tanulás (lifelong learning) nem csupán egy jól hangzó paradigma, hanem főként a diplomás szakmában elvárás is a munkáltatók felől. Az un. akadémiai infláció még tovább erősíti a trendet. Ahová korábban elég volt egy középfokú végzettség ott ma már elvárás a BSc, vagy MA diploma, ahová nemrég egyetemi végzettség kellett,

ma már doktori fokozatra van szükség. A munkaerőpiaci versenyhelyzet során különböző szakmában jellemzővé vált a diplomahalmozás. A több diploma azonban nem vezet egyértelműen magasabb pozícióhoz, inkább csak a versenyhátrány ledolgozását segíti, azonban a tanulással töltött többletidő még tovább kitolja, esetleg akár csökkentheti is a gyermekvállalási kedvet.

A kisgyermekes nők munkába állásával együtt járnak a munkaadó részéről érkező elvárások, miközben hogy az otthoni kötelezettségek (házimunka, gyermeknevelés melyek tradicionálisan a nők feladata a családban) nem csökkennek. A rugalmatlan munkaerőpiaci körülmények, a munka és magánélet összeegyeztetése különösen gyermekvállaláskor okoz nehézséget a nők számára. Fokozottan igaz ez a pályakezdő diplomás fiatalokra, a női szereppel nehezen összeegyeztethető foglalkozási csoportok tagjaira, mint például a női orvosok, illetve a női vezetők. Ez a konfliktus kihat a munkahelyi eredményességre, a családi kapcsolatokra, a tervezett gyerekszám realizálására, melyek az egyéni jóllét, a fizikai és mentális egészség alapjai.

A kormány az elmúlt évtizedben számos családtámogatási eszközrendszert vezetett be. A 2017 májusában meghirdetett demográfiai akciótervében többek között ösztönözni kívánta a diplomás párok gyerekvállalását is. Azonban a rugalmatlan munkaszervezés, az atipikus foglalkoztatási lehetőségek hiánya, a nemi és foglalkoztatotti szerepekhez kapcsolódó tradicionális attitűd továbbra is nehezíti az egyensúly kialakulását. Több kutatás foglalkozik a családtámogatási rendszer, a népességfogyás megállítása és a termékenységi ráta összefüggéseivel, valamint a munkaidő csökkentés, és annak ökológiai hatásával. A gyerekszám csökkenés okát a kutatók a rugalmatlan munkaerőpiaci körülmények, a munka és magánélet egyensúly teremtésének nehézségeivel magyarázzák, de a problémára még nem találtak megfelelő megoldást. Az elmúlt időszakban néhány multinacionális vállalatnál elindultak kezdeményezések a rugalmas munkaidő illetve a munkaidő-csökkentés lehetőségének bevezetésére.

Tanulmányunkban a felvezetett téma kutatási hátterét kívánjuk bemutatni azzal a céllal, hogy kidolgozzunk egy, a nők munkaerőpiaci szerepvállalását és a gyermekvállalás időzítését fókuszba állító tudományos kutatási programot.

1. Kutatási téma alapjainak kifejtése

Az elmúlt évtizedekben megvalósult családtámogatási programok kiemelt feladata volt, hogy növelje a családalapítási kedvet, a gyermekvállalási hajlandóságot, ellensúlyozza a gyermekvállalással szülőkre háruló terhet és kedvezőbb szociális környezetet biztosítson a megszületendő gyermekek számára. Míg a családpolitika a harmadik gyerek vállalását kiemelten támogatta, addig a tervezett első és második gyermek születése sok nőnél elmaradt. Az első gyermekvállalás időszakának kitolódása a fiatalokat, az alacsony születési szám a diplomás nőket érinti, így ennek a két demográfiai csoportnak a vizsgálata kiemelten fontos.

A témához kapcsolódó vizsgálat célja, a munkavállalás és családalapítás közötti összefüggések, a gyermekvállalást hátráltató tényezők feltárásaként fogalmazható meg. Vizsgálati szempontként számos kutatási aspektus irányába lehet elindulni. Ezt megelőzően azonban érdemes feltárni a téma hazai és nemzetközi kutatási előzményeit. Ezt több szempontból is fontos a kutatástervezésénél. Egyrészt azért, mert a kutató olyan ismeretek, információk birtokába jut, amelyek megalapozhatják a vizsgálat elméleti hátterét, hozzájárulnak a szakszerű, bizonyítékokon alapuló hipotézisalkotáshoz, segítenek a célcsoport kiválasztásában és a vizsgálati dimenziók, valamint ezek indikátorainak meghatározásában.

Előzetes szakirodalmi ismereteink és kutatási előzmények szerint kutatási célként azt érdemes vizsgálni, hogy a kiválasztott célcsoportok gyermekvállalási hajlandóságát milyen tényezők határozzák meg, milyen kapcsolat van a munkaerőpiaci státusz, a vezetői szerep, és a szülővé válás, a családi háttér, és munkavállalók elvárása, magatartása között. A kutatási célhoz kapcsolódóan kérdésként merül fel, hogy mi okozza a legnagyobb félelmet vagy nehézséget a gyermekvállalással kapcsolatban. Melyek azok a munkavállalói elvárások, amely biztosításával a munkaadó segíteni tudná a szülővé válással egyidőben a nőkre nehezedő terhek mérséklését, melyek akadályozhatják a munka és magánélet egyensúlyának megteremtését? Szükség van-e társadalmi szemléletváltásra, hogy a nők elhiggyék, nem kell mindent egyedül megoldaniuk? Lehetséges-e szemléletváltás jó példák, jó példaképek, jógyakorlatok bemutatásával? Növeli-e az elkötelezettséget, a lojalitást a családcentrikusabb, stresszt csökkentő feltételeket, rugalmasabb munkaidőt kínáló munkahely? A tervezett kutatás eredményei megmutathatják

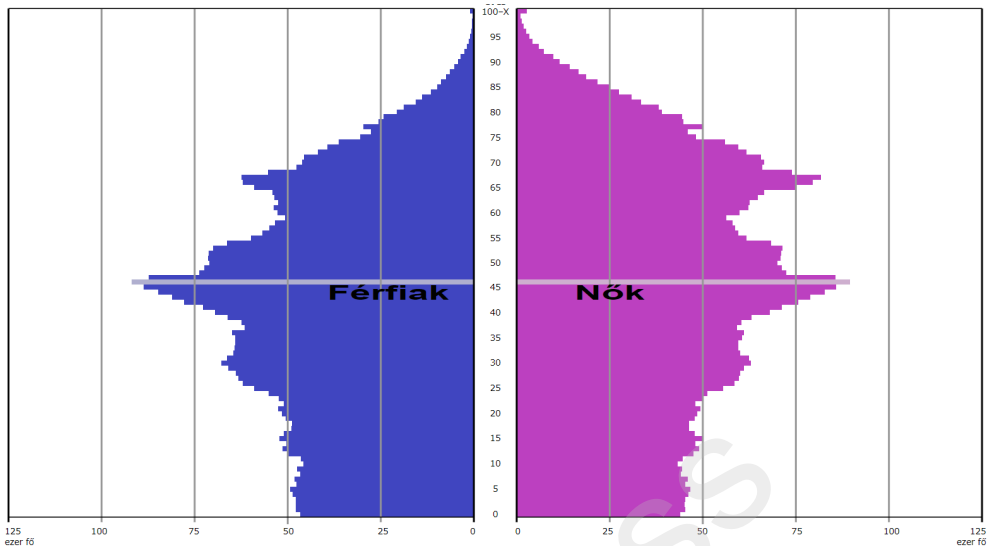
azokat a társadalmi és munkaerőpiaci viszonyokat, jellemzőket, amelyekbe prevenció szinten beavatkozva a demográfiai trend kedvező irányba mozdítható.

2. Kutatás szakirodalmi háttérének áttekintése

„Az alacsony termékenységi arányszámok által jellemzett első demográfiai átmenetben a család és a gyerekek voltak a középpontban, ezzel szemben a második átmenet az egyének jogaira és az önmegvalósításra fekteti a hangsúlyt. (Paksi, Király és mtsai, 2014:87, idézi Van de Kaa, 2001: 94).” A második demográfiai átmenetet fémjelző hatások hazánkban Nyugat-Európából szivárogtak át, ahol már az 1960-as évektől megfigyelték az értékrendbeli változásokat. Ennek hatására a poszt szocialista országokban 1985-től kezdődően a párkapcsolatok és gyermekvállalás új mintáinak terjedését figyelték meg a demográfusok (Husz, 2006; R. Fedor, 2015).

A születések számában 1957-től tartó negatív trend 2012-ben megfordult. 2016-2019. között 1,49 stagnált, majd 2020-ban 1,56-ra nőtt a teljes termékenységi ráta. Azonban a demográfiai korfa alapján a következő évtizedekben folyamatosan csökkeni fog a szülőképes korú nők száma. A „Ratkó-unkokák” (1973-77-ben születettek most 45-49 éves nők lásd 1. ábra) kilépnek a szülőképes korból és azok az alacsony létszámú generációk lépnek be, akik az ezredforduló után születtek. Emiatt a családpolitikai támogatásokkal fokozott gyermekvállalási kedv ellenére sem fog tudni érdemben növekedni. A gyermekvállalás későbbi korra tolódását az is mutatja, hogy a 30-as és 40 éves kor feletti körében nőtt - arányát tekintve - jelentősen a szülések száma. A demográfiai okok mellett ki kell emelni egy globális méretű gazdasági okot is, amely jelentősen alakította a gyermekvállalási hajlandóságot. A 2008-as világgazdasági válság okozta megszorítások, és a munkahely bizonytalansága miatt sokan elhalasztották az első gyermek szülését, vagy a többedik gyermekük vállalását (KSH, 2022).

1. ábra: Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint (korfa)



Forrás: KSH, 2022

A szülőképes nők száma nem csökkent olyan mértékben, az elmúlt évtizedekben, mint a születések száma, ami arra utal, hogy a születések számának csökkenését nem csak szülőképes korú nők számának csökkenése idézte elő. A csökkenés oka részben az életkori összetételben történt változások, részben pedig az életkor szerinti erőteljesen differenciálódott gyermekvállalási hajlandóság (Földházi, 2014).

Gyermekvállalási hajlandóság

„...a tények az mutatják, hogy a fejlett társadalmakban a fiatalok egyre később válnak felnőtté. Tágabb időintervallumot ölelnek fel az olyan felnőttkort jelző és jellemző különböző döntések, mint az otthonról való elköltözés, a munkavállalás kezdete, a párválasztás, és ennek következtében a gyermekvállalás is (Paksi, Király és mtsai, 2014:85).”

Az egyre későbbi korra elhúzódó gyermekvállalás demográfiai következménye, hogy a nők termékenységi időszaka (15-49 éves kor) lerövidül, így minél későbbi életkorban vállal egy nő gyermeket, annál valószínűbb, hogy kevesebb gyermeke lesz (Billari, 2005), illetve a halasztásnak lehet biológiai kockázata, így akár megghiúsulhat a tervezett gyermek születése.

A gyermekvállalási hajlandóság nagymértékű csökkenése összefüggésben állhat a párkapcsolatok terén történt változásokkal, vagyis a csökkenő házasodási kedvvel és az élettársi kapcsolatok elterjedésével. (Földházi, 2014) A születésszám növelését a csökkenő számú szülőképes korú nő mellett, csak a gyermekvállalási hajlandóság növelésével lehetne megvalósítani, hiszen a gyermek születések számát a képesség mellett a hajlandóság befolyásolja. Stabil párkapcsolat, a támogató családi háttér, megfelelő értékrend és attitűd, biztonságot nyújtó anyagi háttér, valamint a külső tényezők között a családtámogatások, és emellett a munkahely rugalmassága, biztonsága, vagyis a munka és magánélet egyensúlyának biztosítása a legfontosabb tényező a gyermekvállalási kedv növelésében.

Egyensúly

Az emberi tőke elmélet szerint „*az előzetesen felhalmozott karriertőkék a munkaerőpiacra való visszatérésre ösztönöznek (R. Fedor, 2015, idézi Bukodi és Róbert, 1999:206)*”.

A közsférában 2010-től, a versenyszférában 2012 óta a szülő kérelmére a gyermek 3 éves koráig biztosítania kell a részmunkaidős foglalkoztatás lehetőségét a munkaadónak, ennek ellenére Magyarországon nem jellemző ez a fajta munkavállalás. 2017-ben a munkát vállaló 25-54 éves kor közötti nő 5%-a dolgozott részmunkaidőben, miközben az EU-s átlag 30%. (Makay, 2018)

A diplomás nők munkaerőpiaci sikerességét befolyásoló tényezők és gyerekvállalás hatásait vizsgáló kutatás eredménye szerint a gyerekvállalás csökkenti a vezető beosztás esélyét és a keresetet. (Engler és Fényes, 2014) Statisztikai adatok azt támasztják alá, hogy a diplomás nők gyerekvállalási kedve 2011-2016 között csökkent, míg az alacsonyabb végzettségűek körében több gyermek született, mint korábban. (Kapitány és Spéder, 2018) Fontos azonban látni, hogy a foglalkoztatott nők közül 1990-ben 11,8% volt diplomás, 2010-ben 28,6%, 2020-ra ez a szám 34,9%-ra nőtt. (Fazekas, Kónya és mtsai, 2020: 321) - tehát az elmúlt 30 évben közel háromszorosára emelkedett arányuk. A diplomás nők, a magasabb jövedelmi viszonyaik miatt (amit a GYED csak részben pótol) arra törekcsenek, hogy a gyermekvállalást követően mielőbb visszatérjenek a munkába, elsősorban a kieső jövedelem pótlása, valamint a szakmai karrierjük folytatása érdekében.

Ahogy felfelé megyünk a tudományos ranglétrán a nők aránya egyre alacsonyabb, holott KSH adatok azt mutatják, hogy az egyetemeken több nő tanul és szerez diplomát, mint férfi. A felvi.hu adatai alapján 2022-ben a felsőoktatásba jelentkezők 56%-a nő. Mesterképzésen ez az arány 59%. Ebből arra következtethetünk, hogy a diplomával rendelkező nők aránya össztársadalmi szinten magasabb, mint a férfiaké.

Mi okozhatja a lemaradásukat az akadémiai ranglétrán? Egyértelmű okként a gyermekvállalással összefüggő megszakított munkaerőpiaci jelenlét jelölhető meg (Balla és R. Fedor 2022). Gyermekvállalás esetén a nők rövidebb-hosszabb időre kivonulnak a munkaerőpiacról, több gyermek vállalása esetében többször is, s az újbóli munkába állásukkor szinte előlről kell kezdeniük a munkaerőpiaci beágyazódási folyamatot. Ez a megszakított munkaerőpiaci karrier okolható azért, hogy az akadémiai rangléta magasabb fokán kevés a nők aránya, de ugyanez mondható el egyéb szektorok vezetői pozícióiról is.

A vezetők esetén a munka és a magánélet szférájának szétválasztása a gyakorlatban nem működik és nem is elvárható részükről. Az egyensúly megteremtése a női vezetőket lehetetlen feladat elé állítja, akik a társadalmi elvárások és vállalati kultúra közé szorulva az ellentmondó elvárások között, gyakran – éppen a vállalati kultúra hatására – még több időt töltenek el a munkahelyükön, hogy bizonyítsanak (Nagy, 2017 idézi Hochschild, 2001).

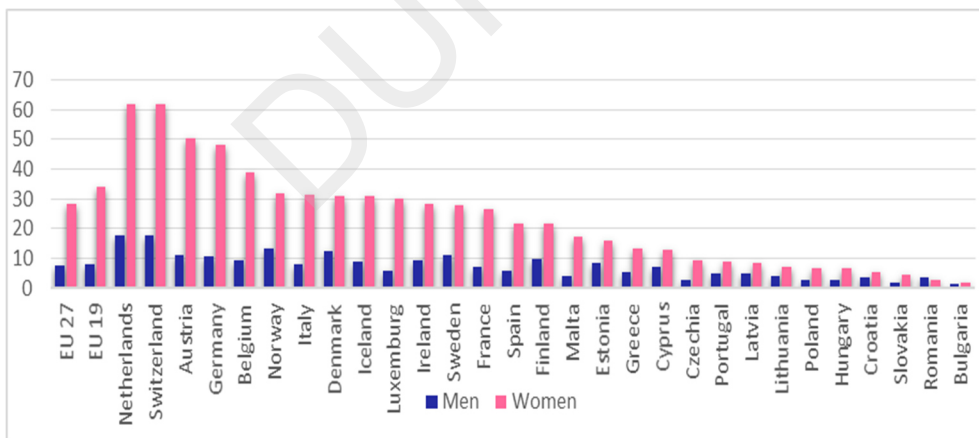
A gyerekszülés után a menedzseri pozícióban lévő nők szembesülnek azzal a helyzettel, hogy a korábban megszokott életritmus nem tartható. Csökkenteni kell a terheiket. Ha úgy látják, hogy a munkahelyen könnyen pótolhatók, a családban viszont kevésbé, akkor visszafogják vezetői karrierjüket. A döntésben egyéni vágyaik mellett a társadalmi elvárások erősen formálják és befolyásolják választásaikat (Nagy, 2017, idézi Halrynjo–Lyng, 2009).

A második demográfiai átmenet elmélete alapján a kulturális értékek változása elsőként a diplomások esetében érhető tetten, mivel ez a réteg, aki leginkább fogékony az új eszmei irányzatokra, köztük a késői gyermekszülés, vagy az akaratlagos gyermektelenség iránt. Egy társadalmi, és gazdasági krízis a munkaerőpiaci bizonytalanságot, háztartások jövedelmének visszaesését, a családpolitikai juttatások csökkenését vonja magával, amely arra ösztönzi az egyént, hogy elhalassza a gyermekvállalást. A bizonytalanság csökkentésének hatékony módja a továbbtanulás, emiatt azonban későbbre tolódik a gyermekvállalás, amely a végső gyermekszámot is csökkentheti. A családformálódás terén lezajló változások a házasságkötések számának

csökkenésével párhuzamosan az alternatív párkapcsolati formák, mint az együttélés egyre elfogadottabb. Ez azonban rombolja a párkapcsolatok stabilitását, mely szintén kihat a termékenységi mutatókra. (Husz, 2006)

Korábbi kutatások alátámasztják (Pongrácz, 2005; R. Fedor 2015), hogy a nők jelentős része kiállt a részmunkaidős foglalkozás szükségessége mellett, amely bizonyítja, hogy nem a munkát utasítják el, hanem a döntően nőket terhelő otthoni feladatokat tartják a napi 8 órás munkavállalás mellett nehezen vállalhatónak. Azonban a részmunkaidős foglalkoztatás a részbérezés miatt a családok többsége számára nem nyújt reális perspektívát. A kétkeresős családmoddellre épülő háztartásgazdaság nem tudja nélkülözni az ezzel járó kieső jövedelmet, ráadásul a részmunka a munkáltatók által sem igazán kedvelt foglalkoztatási forma (R. Fedor, 2015; 2021). A rendszerváltást utáni munkaerőpiaci körülmények tovább nehezítették a gyermekes, és a gyermekvállalás előtt álló nők helyzetét. A reprodukció alapvető kérdése, a munkába állásuk megkönnyítése, munkahely megtartásának garantálása. A családpolitika akkor lehet sikeres, és növelheti jelentősen a gyermekvállalások számát, ha az ezeket a feltételeket biztosítani tudja. (Pongrácz, 2005: 44).

2. ábra: Részmunkaidőben dolgozó 20-64 év közötti munkavállalók nemek szerinti aránya 2021.Q4



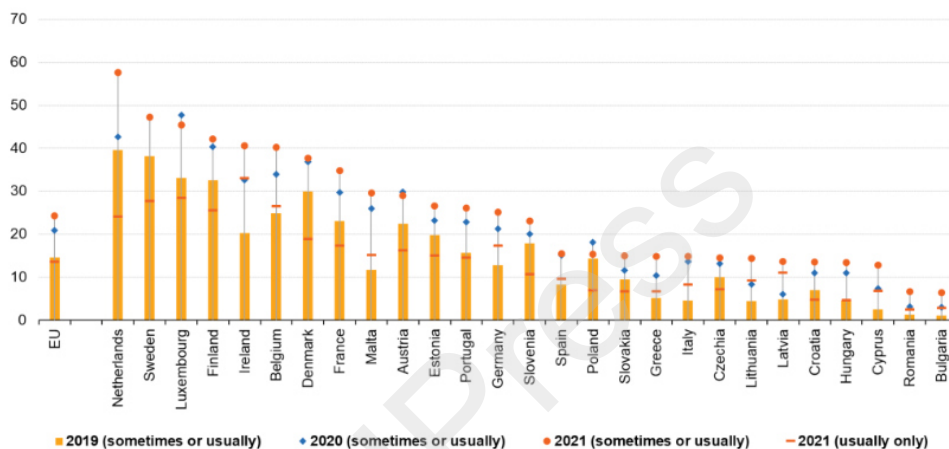
Forrás: Eurostat, saját szerkesztés

Meglepő különbség mutatkozik az egyes országok között a részmunkaidő tekintetében. Az Eurostat legfrissebb 2021. év utolsó negyedévi adatai (2. ábra) alapján, míg Magyarországon a nők 6,7%-a dolgozik részmunkaidőben, Ausztriában 50,3%, Hollandiában 61,8%. Vagyis amíg Hollandiában 10 nőből

6 részmunkaidőben dolgozik, hazánkban 100 dolgozó nőre esik 6 részmunkaidős foglalkoztatott.

Férfiak foglalkoztatása tekintetében százalékosan nem ilyen nagy a különbség. A 20-64 év közötti munkavállaló magyar férfiak közül 2,6%, az osztrákok közül 11%, a holland erősebbik nem körében 17,9% a részmunkaidőben dolgozók aránya.

3. ábra: Otthoni munkavégzés %-ban a teljes foglalkoztatotti (20-64 korosztály) körön belül az EU tagállamokban



Forrás: Eurostat 2021

A 3. ábrán jól látható, hogy Magyarországon nemcsak részmunkaidő tekintetében van nagy elmaradás a fejlett európai uniós tagállamokhoz képest, hanem az otthoni munkavégzés lehetőségében is.

Nincs egy jó módszer a munkaidő csökkentésére. A lehetőségek kialakítását a csökkentés céljához kell igazítani. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy nagy szükség és igény van, arra, hogy elinduljon a munkaidő csökkentés lehetőségének bevezetése legalább kísérleti jelleggel, hiszen a jelenlegi munkaerőpiaci feltételek nem teszik lehetővé a munka egyenlő elosztását és nem segíti elő a nemek közötti egyenlőséget (Spiegelaere és Piasna, 2017).

A rövidebb munkaidő boldogabb, egészségesebb és egyenlőbb társadalomhoz vezethet. Egyes tanulmányok szerint az az érzés, hogy elegendő időnk van arra, ami számunka szükséges, vagy kívánatos, az valóban szorosan összefügg a szubjektív jólléttel és a boldogsággal. Így részt vehetünk olyan tevékenységekben, amelyek elősegítik a személyes fejlődésünket, az

egymáshoz és a közösséghez való kapcsolódást, a közösségi szerepvállalást (Spiegelaere és Piasna, 2017, idézi Kasser és Sheldon, 2009).

3. Kutatási fókusz, a hipotézisek előkészítése

A munkaerőpiaci kutatások az ezredfordulót követően megsokszorozódtak, de ezek között kevés irányul a munka-magánélet egyensúly összefüggéseinek vizsgálatára. Különösen aktuálissá teszi ennek a témának a kutatását, hogy a fiatalok női iskolázottsága nőtt, egyre többen vannak, akik képzettségük alapján magasabb szintű és/vagy vezetői munkára alkalmasak, így a karrierépítést és a gyermekvállalást azonos időre esik. Ráadásul vannak olyan szakmák, amelyek az diploma megszerzése után, még további folyamatos tanulást és munkaerőpiaci jelenlétet követlenek, tehát ebben az időszakban a gyermekvállalás egy fajta karrierépítési deficitként jelenik meg, gondoljuk például az ügyvédi vagy az orvosi pályára, de a vezető pozícióban lévő nőkre is hasonló nehézség jellemző. Legjobb tudomásunk szerint az elmúlt húsz évben nem készült a felelős pozícióban lévő nők munka és magánélet összeegyeztetését fókuszba állító empirikus munka, ezért a korábban bemutatott általános kutatási célunk kiegészül a felelős pozícióban dolgozó diplomás nők gyermekvállalási trendjeinek és karrier útjaiknak a feltárásával.

Konkrét célunk tehát, az átlag női populáció mellett a diplomás fiatalok családalapítási hajlandóságának (gyermekvállalás, házasságkötés) vizsgálata, a munkavállalás szempontjából. Terveink szerint a vizsgálat alanyai a 20-40 éves korosztályhoz tartozó nők lesznek, almintaként jelennek majd meg a kutatásban a vezető és a felelős pozícióban lévő nők és női orvosok, akik körében felmérjük a családalapítás és munkavállalás közötti összefüggéseket. Kutatásunkban tehát arra keressük a választ, hogy a vizsgált csoportok milyen elvárásokat támasztanak a munkaerőpiacon, és milyen tényezők befolyásolják/befolyásolták családalapítási, gyermekvállalási terveiket.

3.1 Kutatási kérdések, hipotézisek

A vizsgálathoz kapcsolódó, meghatározó kutatási kérdések, melyekre választ szeretnénk kapni, a következők:

K1. Milyen tényezők befolyásolják a fiatalok munkavállalási attitűdjét, és ez hogyan alakítja a családalapítási terveiket?

K2. A munkaerőpiaci lehetőségek felülírják-e az elképzelt gyermekszám vállalását?

K3. Milyen különbségek esetleg hasonlóságok figyelhetőek meg a munka és magánélet összehangolásának mintázatában az egyes foglalkozási csoportokban, és a vezető beosztásban lévők körében?

K4. A munkaerőpiac változó trendjei milyen hatással lehetnek elsősorban a felelős pozícióban dolgozó nők munka és magánélet egyensúly biztosítására, gyermekvállalási hajlandóságára?

Kiindulól hipotézisként feltételezhetjük, hogy a munka – magánélet egyensúly iránti vágy kulcstényező a gyermekvállalási aspirációk vonatkozásában.

H1. Feltételezzük, hogy a munkahelyi elvárások, a munkahely rugalmatlansága negatív hatással van a gyermekvállalásra.

H2. Feltételezzük, hogy a fiatal diplomások a munkaerőpiaci karriert előbbre sorolják, mint házasságkötést, a családalapítást.

H3. Feltételezzük, hogy a felelős pozícióban dolgozó diplomás nők munkaerőpiaci sikeressége és gyermekvállalási kedve negatívan korrelál.

4. Adatgyűjtési módszer

Az átlag női minta körében kvantitatív (survey módszer) adatgyűjtést tervezünk, a felelős pozícióban lévők és az orvosnők körében fókuszcsoporthoz és egyéni interjúk megkérdezést tervezünk. A kvalitatív kutatási módszerrel kisebb elemszámú mintán lehetőség nyílik a kutatási terület, a jelenségek minőségi megismerésére, vélemények, attitűdök, összegyűjtésére és elemzésére. A kérdőíves vizsgálat eredményeiből általánosítható következtetések levonására, valamint a hipotéziseink tesztelésére törekszünk.

5. Kutatás várható eredményei

Elsődlegesen egy komplex kép bemutatása a fiatalok és a felelős pozícióban dolgozó nők munkaerőpiaci elvárásairól, a munka és magánélet egyensúlyának nehézségeiről, családalapítási elképzeléseiről, a gyermekvállalás elhalasztásának okaihoz vezető tényezők tükrében. A kutatás módszertanilag alapvetően két pilléren épít. Egyrészt szekunder forrásokra, vagyis a hazai és nemzetközi szakirodalomra és statisztikai adatokra, másrészt primer forrásokra, amelyeket egy, a vizsgált pályakezdő fiatalok és felelős, vagy vezető pozícióban lévő nők körében, folytatott kérdőíves felmérés és interjú biztosít. A kutatás eredményei várhatóan bemutatják a munkaerőpiac olyan speciális aspektusait, amely a vizsgált csoport gyermekvállalási, házassági kedvét leginkább befolyásolja. A kutatás legfontosabb várható eredménye, hogy nemcsak primer

szakirodalmi kutatás és statisztikák alapján lássunk egy meghatározó képet a vizsgált célcsoport helyzetéről, hanem saját személyes tapasztalataik, alapján is bemutatásra kerüljön az érintett kör problematikája.

6. Összegzés

A gyermektelen, de már házas nőket a kisgyerekes anyákhoz hasonlóan a munkaadók nem szívesen alkalmazzák, a várható munkaerőpiaci kiesések miatt. A fiatal pályakezdő nők kettős problémát is jelenthetnek számukra. Egyrészt a most munkaerőpiacra lévő Z generációs fiatalok elvárják a rugalmasabb munkavégzés lehetőségét, másrészt alkalmazásuk kockázatos, hiszen a családalapítás, gyermekvállalás lehetőségével számolnia kell a munkaadónak. A gyermekvállalás miatt kieső dolgozó pótlása nem könnyű, a helyére határozott időre felvett munkaerő motiválása nehezebb. A koronavírus járvány miatt az otthoni munkavégzés lehetőségét kényszer megoldásként sok munkavállaló kipróbálhatta, a munkaadóknak pedig volt lehetőségük meggyőződni arról, hogy a távoli munkavégzés milyen hatással van a hatékonyságra. Az atipikus rugalmas munkaszervezéssel egyrészt akár nagyobb munkahatékonyság érhető el, másrészt a munkavállalók a munka és magánélet összehangolását sokkal könnyebben meg tudják oldani. A home office és a rugalmas munkavégzés, a kisgyermekes édesanyák számára különösen előnyös, akik részéről a gyermekvállalás ellen felhozott leggyakoribb érv a munkaerőpiacról való kiesés és a kieső bér miatti anyagi veszteség.

A home office egyik előnye, hogy csökkentheti a betegszabadságon töltött időt. A nők munkával kapcsolatos elvárásai különböznek a férfiakétól. A gyerek betegsége, otthoni felügyelete, iskolai szünet vagy digitális oktatás esetén az anya otthonról is tudna dolgozni, hiszen megfelelően dolgozni nem csak irodából lehet. Saját idejével felelősen gazdálkodva, éjszaka, vagy hétvégén, de határidőre elvégezheti a rábízott munkát, ami nem könnyű, de egy lehetőség. A kötetlen munkaidőt alkalmazó cégeknél ahol nem a bent töltött órák száma, hanem az elvégzett munka számít, segítheti legjobban az egyensúly kialakítását. Nem okoz stresszt a dolgozónak, hogy hogyan hangolja össze a munkát és a magánéletet. Nem akadályozza a karrierépítés lehetőségét, hiszen az eredmények felmutatás után új szintre léphet a munkahelyi hierarchián.

A munka méltóságot, karrierlehetőséget, elégedettséget ad, biztosítja a jövedelmünket, de nem csak erről szól az élet. Kell a szabad idő, a rekreáció

is. Vajon mit értékelünk többre? A rugalmas munkaidőt, vagy a csökkentett munkaidőt? A munkaidő csökkentés is csak részben nyújthat megoldást olyan problémákra, mint a kiégés vagy a stressz okozta egészségügyi kockázat. A legtöbb munkáltató már látja, a jó fizetés csak belépő a munkavállalói elégedettségnek, a jó munkaerő megtartásához ennél több kell. A Netflix alapítója Reed Hastings és Erin Meyer, *No Rules Rules* (Az a szabály, hogy nincs szabály) című könyvéből megismert korlátlan fizetett szabadság lehetőségével egyre több cég szólítja meg a leendő munkavállalóit. A vállalati kultúra, az alkalmazottak jóléte és a rugalmas munkavégzés intézményei mellett keresnünk kell új válaszokat az új igényekre. Az, hogy milyen munkakörökben marad, vagy válik elérhetővé, és hogy az ilyen típusú kezdeményezések, lehetőségek, szemléletek közül mi épül be a munkaerőpiaci gyakorlatba még kérdés.

Felhasznált irodalom

1. Balla Petra, R. Fedor Anita (2022): A várandós, kisgyermekes nők hátránya a munkaerőpiacon. In. R. Fedor Anita (szerk.): *Életmód és Egészségszociológiai Interdiszciplináris Kutatások – Tudomány: iránytű az élhető jövőhöz*. 197 p.
2. Billari F. (2005): Partnership, childbearing and parenting. Trends of the 1990s. *The New Demographic Regime*, pp 63–94. https://unece.org/DAM/pau/_docs/pau/PAU_2005_Publ_NDRCh05.pdf Letöltés ideje: 2022.04.16.
3. Blossfeld, H.P. and Huinink, J. (1991): Human capital investments or norms of role transition? How women's schooling and career affect the process of family formation. *The American Journal of Sociology*, 97, 143-168. <http://dx.doi.org/10.1086/229743> Letöltés ideje: 2022.04.26.
4. Dési György (2014): Családpolitika. *Infojegyzet*, 2014/9 https://www.parlament.hu/documents/10181/73472/Infojegyzet_2014_9_csaladpolitika.pdf/00dc5263-cd83-4fe0-9905-184f7dc57b53 Letöltés ideje: 2022.04.16.
5. Engler Ágnes, Fényes Hajnalka (2014): A diplomás nők munkaerő-piaci sikerességét befolyásoló tényezők és a gyerekvállalás hatásai. *Felsőoktatási műhely*. pp. 43-54 https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/felsooktatasmuhely/FeMu/2014_4/fe_mu_2014_4_43-54.pdf Letöltés ideje: 2022.04.12

6. Fazekas Károly, Kónya István, Krekó Judit szerk. (2020): Munkaerőpiaci tükrök. Budapest, Közgazdaság és Regionális Tudományi Kutatóközpont ELKH. p. 321 https://kti.krtk.hu/wp-content/uploads/2022/01/mt_2020_hun_mpt.pdf Letöltés ideje: 2022.04.18
7. Földházi Erzsébet (2014): A gyermekvállalási magatartás változása és összefüggései a párkapcsolatok átalakulásával. Kapocs. 13. évf. 5. sz. pp. 31-43
http://epa.oszk.hu/02900/02943/00064/pdf/EPA02943_kapocs_2014_ksz_31-43.pdf Letöltés ideje: 2022.04.14.
8. Husz Ildikó (2006): Iskolázottság és gyermekvállalás időzítése. Demográfia 49/1, pp. 46-67.
<https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/562/459> Letöltés ideje: 2022.04.15
9. Makay Zsuzsanna (2018): Gyermekvállalás, női munkavállalás, In: Demográfiai Portré.
<https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/article/view/2732/2645> Letöltés ideje: 2022.04.17.
10. Máté Olga (2018): Gyermekvállalás. Infojegyzet, 2018/12
https://www.parlament.hu/documents/10181/1479843/Infojegyzet_2018_12_gyermekvallalas.pdf/8ecc1529-515b-cabe-a769-7f46b7e20c5e
Letöltés ideje: 2022.04.17.
11. Kapitány Balázs, Spéder Zsolt (2018): Gyermekvállalás. In. Monostori Judit, Öri Péter, Spéder Zsolt (szerk.) (2018): Demográfiai portré pp. 47-64
<https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/issue/view/564> Letöltés ideje: 2022.04.16.
12. Nagy Beáta (2017): Létezhet-e munka- magánélet egyensúly vezető állásban? Szociológiai Szemle 27(3): pp. 75-103.
<https://core.ac.uk/download/pdf/151094031.pdf> Letöltés ideje: 2022.04.26.
13. Paksi Veronika, Király Gábor, Luksander Alexandra (2014): A gyermekvállalás időzítésével kapcsolatos lakossági attitűdök egyes bizonytalansági tényezők tükrében. Szociológia Szemle 2014. pp. 85-87.
https://szociologia.hu/dynamic/paksi_et_al.pdf Letöltés ideje: 2022.04.16.

14. Pongrácz Tiborné (2005): A család és a munka szerepe a nők életében, In: Nagy Ildikó, Pongrácz Tiborné, Tóth István György (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és a férfiak helyzetéről. Budapest, TÁRKI Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium. pp. 30-45, 73-86. <https://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a503.pdf> Letöltés ideje: 2022.04.25
15. R. Fedor Anita (2015): Egyensúlyban? - A munkaerő-piaci kariertől a familiarizmusig. Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetemi Kiadó 252 p.
16. R. Fedor Anita (2021): Regional characteristics of the precariat on the labour market
Debrecen, Magyarország: Debrecen University Press 180 p.
17. S. De Spieagelaere, A. Piasna (2017): The why and how of working time reduction. European Trade Union Institute. <https://www.etui.org/publications/guides/the-why-and-how-of-working-time-reduction> Letöltés ideje: 2022.04.27.

Felhasznált adatbázisok

18. EUROSTAT (2022). https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsi_pt_q&lang=en Letöltés ideje: 2022.04.27.
19. EUROSTAT (2021). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_-_annual_statistics#Employment_in_2021_compared_with_the_EU_target Letöltés ideje: 2022.05.22
20. Felvi.hu (2022). https://www.felvi.hu/felveteli/ponthatarok_statisztikak/friss_statisztikak!/FrissStatisztikak/index.php/friss_statisztikak/nemek Letöltés ideje: 2022.04.26.
21. Központi Statisztikai Hivatal (2022). Magyarország népességének száma neme és életkor szerint. <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/ország.html> Letöltés ideje: 2022.04.16.
22. Központi Statisztikai Hivatal (2021). A népesség, népmozgalom főbb mutatói. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0001.html Letöltés ideje: 2022.04.16.

23. Központi Statisztikai Hivatal (2021). Élveszületések megye és régió szerint, negyedévente kumulált.

https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0067.html Letöltés ideje: 2022.04.27.

DUPress

Az elsődleges anyai elfogultság mint a csecsemőkori kötődés alappillére

Józsa Tamás¹

¹*Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Pszichológiai nem önálló Tanszék, Nyíregyháza; Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Kenézy Gyula Campus, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály, Debrecen*

Anyagi támogatás: A vizsgálat és a közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

Absztrakt

Számos gyermekkori rendellenesség alapja a nem megfelelő gondozói válaszkészség. Donald Winnicott fogalma, az elsődleges anyai elfogultság jelensége kulcsfontosságú a terület megértéséhez: mivel a gyermek belső munkamodelljének eklatáns és elsőfokú alapköve ez, fontos a koncepció mélyebb taglalása, valamint annak hosszútávú, például az addikciókkal és a pszichoszomatikus megbetegedésekkel történő összefüggésbe hozatala.

Kulcsszavak: *elsődleges anyai elfogultság, kötődés, pszichoszomatikus megbetegedések*

Abstract

Various child's emotional disorder can be caused by issues connected to the care givers, therefore the primary maternal preconception by Donald Winnicott is a key in this field. This phenomenon can be of benefit to maternal and neonatal health, and the factors hindering this preconception shapes the individual's own internal work model. Because the baby from birth orientates his quest for the primary object, we have to focus on the long-term effects (eg. addictive disorders or other mental health issues) too.

Keywords: *primary maternal preconception, attachment, psychosomatic disorders*

Bevezetés

A május első vasárnapján esedékes Nemzetközi Anyák Napja mellett februárban ünnepeljük a Nemzetközi Anyanyelv Világnapját, amely szintén az

édesanyákat élteti. Mindezen téma kapcsán napjaink tudományos kutatásai kiemelik: az anya és gyermeke közötti lelki köldökzsinór egy egész életet befolyásoló, elvághatatlan és pótolhatatlan kötelék. Egy alkalommal, amikor Popper Péter tartott előadást a férfiak és nők lélektanáról, elmesélte, hogy amikor kórházba került vakbélgyulladás miatt, a beavatkozás után egy olyan kórteremben helyezték el, ahol csupa marcona férfi feküdt aranyérműtétet követően. Ekkoriban még szokás volt, hogy ópiummal fogták vissza a széket annak érdekében, hogy a műtött terület el ne fertőződjön, és az első székelés borzasztóan fájdalmas volt, félt is tőle mindenki. Amikor eljött az idejük, ő ott feküdt közöttük, mint boldog vakbeles, és hallgatta, hogy mit ordítanak ki a fürdőszobából: „Mama”, „Jaj, anyám”, „Anya, ne hagyj el”... s egyikük sem azt, hogy „jaj, fater!”. Ekkor jöttem rá – mondta Popper –, hogy az anya-gyermek kapcsolat fontosságának hangsúlyozásában semmilyen pszichológiai szentimentalitás nincs, mert ez valami ősi, alapvető, ösztönszintű kontaktus.

A gyermekkori biztonságos kötődés tehát egy protektív, egészségvédő hatás, melynek kiindulása az elsődleges anyai elfogultság (primary maternal preception) jelensége kell hogy legyen. Ennek elmaradása vagy sérülése esetén nem történik meg a két ember (anya és csecsemő) egymásra hangolódásának kitüntetett és sehol máshol nem megjelenő állapota, és később komoly pszichopatológiák indukálódhatnak.

A külvilágról alkotott legkoraibb reprezentációk

Elsőként Winnicott angol gyermekgyógyász és pszichoanalitikus volt az, aki a megfigyelések fókuszába az elsődleges anyai elfogultságot, ezt a gyermek születése előtt közvetlenül és az utána következő pár hétben tapasztalt állapotot állította, amely azért lényeges, mert ekkor alakul ki az a bevésődés (imprinting), ami életet befolyásoló tényező anya és gyermeke kötődésének szempontjából. Ha ugyanis valamilyen oknál fogva sérül a bőr-bőr, illetve a bőr-szőr kontaktus (utóbbi elnevezést az újszülött apával való kapcsolatára használják), tehát a csecsemő nem kerül korai és rendszeres bőrkontaktusba a gondozójával, röviddel ezután ár szomatikus tünetek tapasztalhatók esetében. Mindez lélektani szinten sem múlik el nyomtalanul: ha a csecsemő első, preverbális élménye az, hogy az oceanisztikus érzésekkel járó magzati létből mintegy átmenet nélkül kerül hideg és rideg környezetbe, később nehezen visszafordítható, tudattalan sérüléseket szenved.

Az elsődleges anyai elfogultság pont ezt a korai kötődést próbálja minden téren kiépíteni és fenntartani. Ezen pszichés mechanizmus igyekszik elősegíteni a megfelelő gondozói válaszkészséget és az anyatej-elválasztás beindulását és szoptatást azáltal, hogy az anyai szervezetben megkezdődik a kötődésért felelős hormonok termelődése (dopamin, oxitocin). Ezen túl elkezdődik a vajúdas-szülés fájdalmára az amnéziás gát kiépülése, s fokozatosan épül fel egy olyan összerendezett állapot, amely szinte skizoid epizódnak tűnhet a külső szemlélő számára: ez alatt azt értjük, hogy az anya a gyermekének minden rezdülésére azonnal rezonál, mintegy érzi azt, és mindketten visszahúzódnak egyazon lélektani térbe. Ez hasonló ahhoz, mint a magzati korban, biztosítva így a szimbiotikus egységet és a duáluniót.

Az emlős állatok közül az embergyermekre jellemző az, hogy születése után a legtovább életképtelen marad (nézőpont kérdése, hogy mikorra tesszük az autonómia elérésének idejét). Amennyiben a csecsemő még egy kis ideig egy olyan pszichológiai állapotban kezdheti meg a felkészülést a világ felfedezésére, mint amilyen élménye intrauterin korában volt (kvázi mint egy anyakenguru esetében az erszény), preventív hatással lehet a nagyon gyakran előforduló Kipp-tünetegyüttesel (apatikus magatartás és hiperaktív sírás váltakozása a gyermeknél) vagy az anyai posztpartum depresszióval szemben. Az elsődleges anyai elfogultság továbbá olyan ráhangolódást mutat az újszülött irányába, amely javítja a kettejük közötti interakciót, s azt vizsgálatokból tudjuk, hogy ennek elmaradása esetén a gyermek agyi aktivitásában EEG-készülékkel mérve frontális asszimmetria volt megfigyelhető, azaz deficitet okoz.

Baby blues és egyéb dallamok

Számos kutatás igazolta azt is, hogy az anyának a perinatális időszakban mutatott magatartása kardinális hatással van az újszülött kognitív struktúráira. Mindez nemcsak hormonálisan, az endokrin rendszert tekintve manifeszt, hanem olyan, egyéb viselkedéses jegyeket figyelembe véve is, mint amilyen az anya járásának ritmusa, vagy a beszédének dallama (prozódiája). Bár a „baby blues” elnevezést arra a születés utáni állapotra utalva használják, amelynek során anya és csecsemője között diszkrepancia alakul ki előbbi lehangolt, apatikus, anergiával és amotivációval jellemezhető viselkedésétől kísérve, az elnevezés igen találó. Már a magzati élet során kapcsolatba kerül az édesanya és a születendő gyermeke, amelynek egy releváns formája a

beszéd és az ének, illetve a nonverbális kommunikáció, például a dúdolás. Ezek ritmusával kapcsolatban kiemelték, hogy a babák számára leginkább kellemesek a rubato-, a rock- és a jazz-melódiák. A rubato egy afrikai dobbal kísért hangegyüttes, amelyben egyaránt jelen vannak vokális és instrumentális részek; zenetörténészek szerint ezek nyugati verziója lett a rock és a jazz. Mivel az anya járásakor keletkező hangok, zörejek hasonlítanak ehhez, a csecsemő a születése után is preferálja az efféle ritmusú, valamint a hasonló mozgásformával kísért megnyugtató formákat (például bölcsődal ringatással kísérvé). Kutatások igazolták azt is, hogy az anyának a várandóssága alatti szívritmusához hasonló zenei tempójú (bpm, beats per minute) melódiákra reagálnak leginkább nyugtatóan a csecsemők. Természetesen a leghatékonyabb magától az édesanyától érkező hang, de általánosságban is jobban reagáltak az emberi beszédre-zenére, mint a vokalitást nem tartalmazó hangegyüttesre. Spektrográfiai (hangképelemzési) vizsgálatokkal igazolták, hogy már 26 hetes magzatok adekvátnan reagálnak a saját édesanyjuk hangjellegzetességeire.

További fontos szempont, hogy mivel az agy az érzékszervekből származó információk 90%-át a hallópályákból és vesztibuláris rendszerből kódolja, ezért az, ha az anya nem hangolódik rá az újszülöttjére a megnyugtató, ölelés, simogatás, ringatás módozatai mentén, csökkent agyi aktivitást eredményez; nem érik serkentő impulzusok azt és elkezdődhet egy atipikus fejlődésmenet. Hidas, Raffai és Vollner mindezekről bővebben írnak a *Lelki köldökzsinór* c. könyvükben (2013). Az első két szerzővel kapcsolatban ehelyütt kell kiemelnünk az anya-magzat kapcsolatanalízis módszerét, amellyel szintén párhuzamba vonhatjuk az elsődleges anyai elfogultságot.

Az anya-magzat kapcsolatanalízis

A pszichoanalitikus hagyományokon és alapokon nyugvó módszer méltán vált külföldön is híressé. Ennek rövid lényege, hogy a várandós kismama már a fogantatás pillanatától kezdve (vagy akár előbb, az anyává válás lélektani megkezdésekor) kapcsolatba tud kerülni egyrészt a saját testével, másrészt pedig azokkal a mentális reprezentációival, tudattalan élmény-együttesével, amelyet a saját édesanyjától hozott. Mindezekkel dolgozva egészségesebb viszonyulással vág neki a terhesség fizikailag és szellemileg is kimerítő 9 hónapjának, és fogantatáskor hatékonyabb kapcsolódása lesz a magzatával. Ennek formái részint kognitív szintűek, de Hidas és Raffai módszere abban is

zseniális, hogy a megfelelő terápiás munkát elvégezve olyanra is „kérhető” a leendő újszülött, hogy változtasson helyet a méhben. Ennek bizonyítékaul tudományos alapokon nyugvó felméréseket végeztek, amelyek bebizonyították, hogy a módszerek köszönhetően kevesebb a császármetszések és a koraszülések száma, nagyobb a születési súly, a babák a születés után kevesebbet alszanak, szívesebben explorálják a külvilágot, nyugodtabb a temperamentumfaktoruk, összességében tehát jobban „késznek állnak” az őket érő ingerek megdolgozására. Ezzel visszautalnánk a fentebb leírtakra: a Hidasék úgy nevezik mindezt, hogy mintha az embergyermek fejlettebb mivoltában kerülne ki az anyaméhből, nem annyira önállóan és kiszolgáltatva, mint ahogyan az a módszerfüggetlenül történő születésekkor tapasztalható.

Mivel az anya-magzat kapcsolatanalízis hatásmechanizmusa sokrétű, nem elhanyagolható benne a szülés aktusára és az utána bekövetkező jelenségre történő felkészülés. Az, hogy a várandós kismama egy terapeuta jelenlétében, instrukcióinak és házi feladatainak óvó-védő, problémamegoldó, a jövőbeli testi és lelki változásokat elővételező (anticipáló) miliójében fejlődik együtt a magzatával, mindenképpen facilitálja az elsődleges anyai elfogultságot. Az, hogy ők a postpartum időszakban is ugyanúgy (hasonlóan) közös tevékenységeket végeznek, mint ahogyan az anyaméhben, ahol „kénytelen-kelletlen” elválaszthatatlanok voltak, a gyermek érzelemszabályozási képességének megfelelő kiépüléséhez elengedhetetlen. Az ezekre (is) visszavezethető nagy mentális kórképek – mint amilyen a borderline személyiségzavar (BPD) – patomechanizmusában az öngondoskodás és az énhatárok elégtelen mivolta szintén megjelenik, amelyek biztosítása koragyermekkorai gyökerű, és anyai feladat. Rendszerszemléleti és családterápiás megfontolások mentén mára evidencia, hogy a gyermek tünetét az őt körülvevő szűkebb és tágabb környezet (patológiás) működéséből is eredeztetni kell. Ennek mentén azok a perinatális, valamint koragyermekkorai faktorok, amelyek az anyai-gondozói válaszkészség kezdettől fogva történő elmaradásából és elégtelen mivoltából fakadnak, múltbeli gyökerűek és egyben jövőbeni kihatásúak.

Anyai transzgenerációs traumák közvetlen hatásai a korai csecsemőkori élményekre

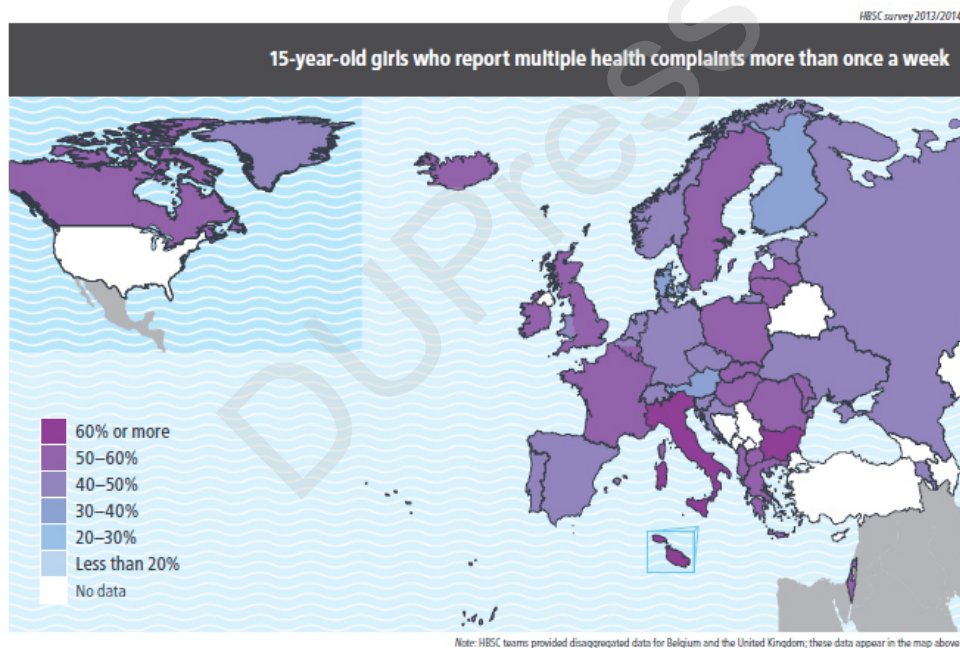
A múltbeli gyökerek kapcsán ehelyütt egy fontos következményt szükséges kiemelnünk az anyai magatartásmintázatból, ez pedig az anya abortálási szándéka a később megszületett és életben maradt, felnövő gyermekére nézve. Esettanulmányok és kvalitatív, kvantitatív vizsgálatok sora igazolja, hogy az anya azon szándéka, hogy elvetesse születendő gyermekét, lélektani (például stresszfaktorokkal összefüggő) és organikus befolyással is bír a gyermekére nézve. Előbbi csoportba sorolhatók a megemelkedett születéskörüli komplikációk, de idetartozik az alacsonyabb születési súly, a koraszülés, valamint különböző motoros- és verbális készségfejlődési elmaradás is. A későbbi életévekben olyan mentális rendellenességek gyökere lehet ez, mint amilyen a tartós öngyilkossági (szuicid) késztetések és kísérletek – szignifikánsan gyakrabban abban az életkorban, mint ahány éves az édesanya volt az abortálási szándékakor. Organikus területen további elmaradások tapasztalhatók a magzati agyfejlődésre, a későbbi hiperaktivitási formákra, valamint a megemelkedett agressziókezelési és önkontrollzavarral összefüggő pszichopatológiákra is.

Az a múltbeli hatás, amely az édesanya saját szülőjével (édesanyjával) kapcsolatos, nemcsak sejtmemória szintjén kerül továbbörökítésre, hanem viselkedési attitűdök formájában is. Azon sémák, amelyek az anyatejjel kerülnek átadásra a leendő édesanyának, ugyanúgy örökíthetnek tovább a saját anyatejével a gyermeke számára. Ezek nagyon könnyen láthatatlan formában jelennek meg, tehát nem nyílt fizikai vagy verbális inzultus keretében, hanem elhanyagoló vagy dezorganizált viselkedésformákban. Az egyik leggyakoribb eset a negatív érzések csillapításának elmaradása, az önmegnyugtató formáinak adekvátan történő át nem adása/meg nem tanítása, amely melegágya lehet olyan későbbi impulzuskontroll-zavaroknak, amelyek addiktív mivolta a fokozott örömkereséssel és ártalomkerüléssel függ össze (például videojátékfüggőség, vásárlásfüggőség, falásrohamok stb.). Ezeknek tehát jövőbeni kardinális hatásuk egyaránt van.

Bár a konfliktuskezelési minták internalizálása elsősorban a családban történik, az intézményekben és a médiumokat fogyasztva egyaránt érhetik negatív behatások a gyermekeket. Napjainkban a verbális kultúra fejletlensége miatt a primitív ösztönök eluralkodása jelenik meg konfliktuskezelési mintaként; ez a tény, illetve a korlátlan fogyasztásra biztató médiabeli

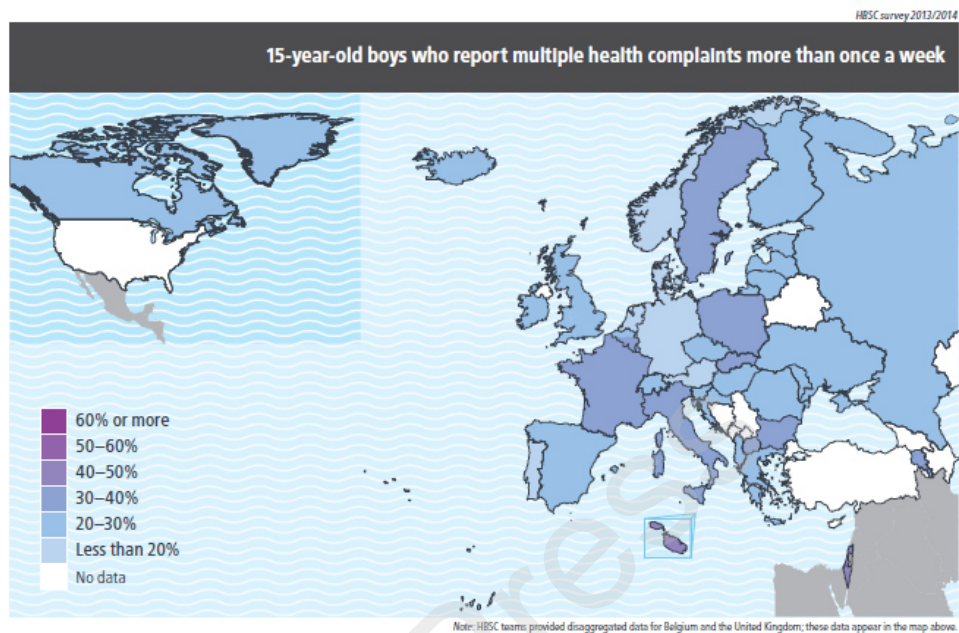
tartalmak egyaránt szerepet játszanak a pszichoszomatikus zavarok kialakulásának prevalencia és incidencia növekedésében (a HBSC nemzetközi adatai és az ezzel kapcsolatos ábrák Inchley és munkatársai 2016-os tanulmányából származnak, 1-es, 2-es ábra). A pszichoszomatikus megbetegedések prevalenciája Magyarországon és nemzetközi szinten is hasonló negatív tendenciát mutat: a serdülő korosztály 39 %-a mutatott legalább egy pszichoszomatikus tünetet az elmúlt időszakban. Ez a szám hazánkban 40 %-ra tehető. A lányok esetében az európai átlag 50 %, tehát közülük minden második érintett ezzel kapcsolatban.

1. ábra: Azon 15 éves lányok gyakoriságának eloszlása, akik több mint egyszer panaszkodnak egy héten az egészségükkel kapcsolatban (nem fizikai ok miatt)



Forrás: Inchley és munkatársai 2016

2. ábra: Azon 15 éves fiúk gyakoriságának eloszlása, akik több mint egyszer panaszkodnak egy héten az egészségükkel kapcsolatban (nem fizikai ok miatt)



(Inchley és munkatársai, 2016)

A kémiai és viselkedési függőségek tekintetében hazánk a prepubertás, pubertás korosztályt érintően is a negatív élményben van. Az alkoholfogyasztás és dohányzás tekintetében az első harmadban helyezkedünk el a gyakoriságot tekintve az európai országok körében. A tv-nézéssel eltöltött időt tekintve hazánk a nemzetközi magas átlag szintjét éri el (60 %).

Összegzés

Összegezve a fentieket, az anyának a születéskörüli megemelkedett érzékenysége-válaszkészsége evolúciós szempontból az újszülött életben maradási esélyeinek a növelését szolgálja, valamint ezen preokkupáció a csecsemő irányába is véd a magára hagyatottsága ellen (a megszületéssel kiszakadt az omnipotencia, a mindenhatóság állapotából). Az apák szerepe e folyamat során kettős: feladatuk biztosítani az anya-újszülött diád biztonságát és zavartalanságát, valamint bekapcsolódni kettejük élményébe a játékoság, spontaneitás, az erő és a védelem kulcsszavak mentén. Lényeges, hogy az elsődleges anyai elfoglaltság megléte a gyermek későbbi életéveire milyen

kardinális befolyással bír. Ezek miatt elengedhetetlen a perinatális időszak védelme és pszichés prevenció- és intervenció alá vonása, valamint a jövőben megfogalmazott olyan intézkedéscsomag propagálása, amely felkészíti a (leendő) édesanyákat a saját nőiségükkel, anyaságukkal történő szembenézés mellett a transzgenerációs, múltbéli traumáik feldolgozására, valamint a jövőben előforduló olyan nehézségekkel történő megbirkózásra, amelyet például a gyakran elmaradó pszichoszociális támogatórendszer jelent.

Irodalomjegyzék

1. Hidas György; Raffai Jenő; Vollner Judit (2013): *Lelki köldökzsinór – Beszélgetések a kisbabámmal*. Budapest, Helikon Kiadó.
2. Inchley J; Currie D; Young T; et al. (2016): *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2013/2014 survey. Health Policy for Children and Adolescents 7*.

ISBN 978-963-615-032-7



9 789636 150327