

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja

2008.
III. évfolyam 2. szám

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

**2008.
III. évfolyam 2. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

Szociális ellátások és intézmények Szegeden 1945 – 1990 - I. Bárány Ferenc	7
Gyermekszegénység - Lakásmegtartási nehézségek és a gyermek- szegénység kapcsolata Szentesen Szabó Péter	17
Nursing Shortage: A Global Healthcare Crisis Annie Collins	26
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	32
Guidelines to the Authors of Acta Sana	34

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

**2008.
Vol. 3. No. 2.**

CONTENTS

Social Services and Institutes in Szeged 1945 – 1990 - I. Ferenc Bárány	7
Child poverty - Connection of home holding difficulties and child poverty in Szentes Péter Szabó	17
Nursing Shortage: A Global Healthcare Crisis Annie Collins	26
Útmutató az Acta Sana szerzői számára	32
Guidelines to the Authors of Acta Sana	34

Tisztelt Olvasó!

Lecturi Salutem!

Üdvözet – Invocatio – az Olvasónak!

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

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

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

Szerkesztők

Greetings – Invocatio - to the Reader

Dear Reader,

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

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

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

Editors



**A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI ÉS SZOCIÁLIS
KÉPZÉSI KAR**



FELVÉTELT HIRDET

2009 szeptemberére

**A többciklusú képzésben folytatott,
BSc (BA) alapszakokra - államilag támogatott és költségtérítéses
képzésre:**

- **ápolás és betegellátás** (*ápoló és gyógytornász szakirány*): nappali és levelező tagozat
- **egészségügyi gondozás és prevenció** (*védőnő szakirány*): nappali tagozat;
(*Az egészségtudományi alapszakokon a képzési idő egységesen 8 félév.*)
 - **szociális munka**: *nappali és levelező tagozat.*
(*A szociális munka alapszakon a képzési idő 6+1 félév.*)

**Felsőfokú szakképzési szakra – államilag támogatott és költségtérítéses
helyekre:**

- **diagnosztikai technológus szakra**
(*képi diagnosztikai és intervenciósszisztémák elágazásra*)
nappali és levelező tagozat
(*képzési idő: 5 félév*)

*

**A jelentkezés feltételeiről és a képzési programokról személyesen
tájékozódhat:**

Nyílt napjainkon:

2008. december 4. (csütörtök)
Szegedi Tudományegyetem József Attila Információs Központ
6722 Szeged, Ady tér 10.

2008. december 19. (péntek) 10.00 – 14.00 óra között
2009. január 10. (szombat) 10.00 – 14.00 óra között
2009. február 5. (csütörtök) 10.00 – 14.00 óra között
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

További tájékoztatói lehetőség:

Felsőoktatási Tájékoztató 2009. szeptemberben induló képzések

Tel: a (62) 546-412; **E-mail:** tanosz@etszk.u-szeged.hu;

Honlap: www.etszk.u-szeged.hu

Szociális ellátások és intézmények Szegeden 1945 – 1990

I.

Bárány Ferenc

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék
e-mail: barany@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: szociális közigazgatás, szociális intézmények, gyermekvédelem

Összefoglalás

A tanulmány első része Szeged városi szociális közigazgatás és szociális intézmények 1945 és 1990 közötti történetével foglalkozik. Bemutatja a második világháborút közvetlenül követő évek, majd a politikai rendszerváltozás utáni időszak intézményrendszerének változásait, elemzi a szükségletek és az ellátások közötti összefüggéseket. Ismerteti a gyermekvédelmi intézmények különféle formáit, az intézményhálózat fejlesztésének terveit. Részletesen elemzi a segélyezés problémáit, a bölcsődei ellátást és az állami nevelőotthonok helyzetét. Ez az időszak a nagy intézmények kialakításának korszaka, de már megjelennek a korszerűsítésre irányuló elképzelések is. A tanulmány alapját Szeged Városi Tanács Végrehajtó Bizottsága üléseinek jegyzőkönyvei és statisztikai adatok képezik. A dolgozat Szeged város egészségügyi és szociális ellátásának közel fél évszázados történetét feltáró kutatómunka része.

Egészségügyi és szociális közigazgatás a második világháború utáni években

1944 decemberében a Debrecenben megalakult ideiglenes magyar kormánynak a népjóléti miniszter tagja is volt. A később megszervezett Népjóléti Minisztérium ügykörébe tartozott az egészségügy és a szociális ágazat nagy része. 1950-ben megszüntették a Népjóléti Minisztériumot, és Egészségügyi Minisztériumot hoztak létre az egészségügy, valamint a felnőttek (dolgozók és nyugdíjasok) szociális gondozásának országos közigazgatási, szakmai irányítására.

A front átvonulása után Szegeden az újjáéledő városi közigazgatásban megmaradt a háború előtti alatti tisztiorvosi szolgálat, amelynek élén a városi tisztii főorvos, dr. Viola György állt. A szolgálat feladata volt az állami egészségvédelmi (zöldkeresztes) szolgálat, a hatósági orvosi hálózat, a városi kórház és a közegészségügyi-járványügyi állomás irányítása. A polgármesteri hivatalban népjóléti osztály intézte az egészségügyi ellátással kapcsolatos hivatali teendőket. Helyileg tehát lényegében a háború előtti irányítási rendszer restaurálódott. A betegellátás 1944 és 1950 között az egyre növekvő számú biztosítottak számára jogszabályban rögzített határok között ingyenes volt, a nem biztosított betegek a városi, körzeti orvosnál és a közkórházak-

ban hatóságilag megállapított honoráriumot fizettek, a szegényjogú betegek ellátása szintén térítésmentesen történt. A magánorvoslás már az államosítás előtt is az egészségügyi ellátás viszonylag kis területét érintette, néhány speciális szakmában, mint a fogorvoslás és a szülészet-nőgyógyászat azonban még a korai 1950-es években is megmaradt.

A magyar állam szociálpolitikai feladatairól szóló 6300/1945. ME sz. rendelet szerint törvényhatóságokként ismét meg kellett alakítani az 1936-ban megszüntetett közegészségügyi bizottságokat, amelyek a helyi hatóságok indítványozó, javaslattevő szerveinek a szerepét töltötték be. Szegeden 1946. április 2-án alakult közegészségügyi bizottság. Ügynevezett rendes tagja lett Berényi Árpád mérnök, a Szabad Szakszervezetek képviselőjében, dr. Zobay Pál áll. ügyéségi elnök a földbirtokrendező tanács részéről, Gulyás György, a Nemzeti Segély titkára, valamint dr. Berkes Pál, Császár Balázs, Jani Mihály és Komócsin Zoltán törvényhatósági bizottsági tagok. A bizottság rendkívüli tagjai: dr. Viola György tisztii főorvos, dr. Varga István városi főorvos, dr. Biacsy Béla szociális felügyelő, Ulrich Magda egészségügyi védőnő és Kiss Erzsébet szociális védőnő.¹

1946-ban létrehozták a szociális közigazgatás külön szervezetét, a Népjóléti Minisztérium közvetlen irányítása alá tartozó szociális szakszolgálatot.

Az országot hat szociális kerületre osztották. Egy-egy kerület élén szociális főfelügyelő állt, két-három vármegye tartozott hozzá. A főfelügyelők a minisztérium tisztviselői voltak, az Országos Szociálpolitikai Tanács előadói. A népjóléti miniszter vármegyéenként, törvényhatósági jogú városokként szociális felügyelőket nevezett ki, akik megyei, járási és városi, községi szociális titkárok segítségével, a társadalmi, politikai szervezetek bevonásával végezték a területi szociális munkát. A helyi szociális felügyelőségek az országos hálózat részeként, a minisztérium „külső struktúrájaként” működtek, de közvetlen hivatali és munkakapcsolatban álltak a helyi közigazgatással is. Ez a kettősség előnyei mellett számos hátránnyal, nehézséggel járt.²

Szeged az V. szociális kerülethez tartozott Békés, Csanád-Arad-Torontál és Csongrád vármegyével együtt. 1946. áprilisában dr. Biacsy Bélát nevezték ki a város szociális felügyelőjének.³ Ő azonban nem sokáig töltötte be ezt a funkciót, 1947 áprilisában dr. Zentai Károly Csanád vármegyei szociális felügyelőt megbízzák a Szeged város szociális felügyelői teendőinek ellátásával is.⁴ Zentai márkói feladatait 1948 márciusában más vette át, ettől kezdődően csak Szeged város szociális felügyelőségének irányítója a szociális szakszolgálat megszűnéséig.⁵

Jogszabály írta elő, hogy törvényhatóságokként szociálpolitikai tanácsot kell alakítani a szociális felügyelőség társadalmi-politikai kapcsolatainak erősítése céljából. 1946. áprilisában ez Szegeden is megtörtént. A szociálpolitikai tanács tevékenysége sok párhuzamosságot mutatott a közegészségügyi tanács munkájával, személyi összetételében is átfedések voltak. A 9140/1948-as kormányrendelet egyesítette a két tanácsot népjóléti bizottság névvel. Ennek tagja lett a szakszervezetek és a FÉKOSZ képviselője, négy törvényhatósági bizottsági tag, az UFOSZ, a Vöröskereszt, az MNDSZ, a polgármester, a tisztí főorvos és a szociális felügyelő. A népjóléti bizottságokat 1949. január 1-ig kellett létrehozni.

1949 végén a tanácsrendszerre való áttérés előtt tervezték az egészségügyi és szociális szakszolgálat összevonását is. A két szolgálat feladatkörét az „egészségügyi és szociális hivatal” látta volna el az államhatalom helyi szervei, a tanácsok végrehajtó bizottsága egészségügyi és szociális ügyvitelének előkészítését szolgálva.⁶

Az egészségügy és a szociális ügyek tanácsai irányítása

Szegeden 1951. januárjában került napirendre a városi Közegészségügyi és Népjóléti Osztály

át szervezése. A népjóléti feladatokat az Igazgatási Osztály szociálpolitikai csoportja vette át, a gyermekvédelem ügyköre az Oktatási és Népmvelési Osztály feladata lett. A megmaradó részből szervezték az önálló Egészségügyi Osztályt (XI. osztály). Az osztály látta el az állami, közegészségügyi és járványügyi feladatot, hozzá tartozott a gyógyító-megelőző ellátás, az anya-, csecsemő- és gyermekvédelem, valamint a tervezési és pénzügyi feladatkör.⁷ Az osztály élén az osztályvezető városi főorvos állt, mint intézkedő, rendelkező szerv. A korábbi városi tisztí főorvos csak szakközeg, tanácsadó szerepet töltött be.) Az osztály, mint a tanács végrehajtó bizottságának szakközega felügyeletet és ellenőrzést gyakorolt a városban működő és a tanácsnak alárendelt egészségügyi intézmények felett, felelős volt ezek működéséért, tervezte és szervezte a városi egészségügyi ellátást.⁸

A munkaviszonytól független felnőttvédelmi szociális ellátás ügyköre 1954-től a Belügyminisztériumtól átkerült az Egészségügyi Minisztériumba. A városi tanácsí hivatali munkamegosztásában is hasonló változás történt. 1953. október 6-tól a szociális, gyámügyi és gyermekvédelmi igazgatási teendőket ellátó hivatali részlegek az Igazgatási Osztály keretéből kiváltak és önálló szociálpolitikai csoporttá alakultak át, amelynek közvetlen felügyeletét a Városi Tanács VB Egészségügyi Osztályának vezetője gyakorolta. „A szociálpolitikai csoport feladatköre: a szociális igazgatás, ennek keretében a felnőttvédelem, a szociális otthonok és hatósági főzőhely felügyelete, közgyógyszerellátás, közsegélyezés, hadigondozás, katonai segélyezés, a tervügyek ellátása stb., továbbá a gyámügyi igazgatás ellátása és a gyermekvédelem.”⁹ A rendkívül összetett szociális terület, az intézmények igazgatása bonyolult feladat volt, az Egészségügyi Osztályon belül olykor feszültségek jelentkeztek. 1974-ben például az osztály vb-nek szóló beszámolójában leírják, hogy a szociálpolitikai munka irányítása gondot jelent az osztályon belül. A probléma okát a szociálpolitikai csoport vezetőjének hibájául róják fel, a munka irányítása nem következetes, nincs folyamatosság.¹⁰

A Városi Tanács Közegészségügyi és Népjóléti Osztályát (1950. aug. 15. – 1951. febr. 1.), illetve az Egészségügyi Osztályt (1951. febr. 1. – 1990. okt. 22.) az alábbi osztályvezető főorvosok vezették:

Békési Zoltán 1951. jan. 15. – 1951. márc. 16.
Koszorús Istvánné 1951. márc. 16. – 1951. ápr. 7.
Békési Zoltán 1951. ápr. 7. – 1951. dec. 6.
Lantos György 1951. dec. 6. – 1957. jan. 15.
Imre Mihály mb. 1957. jan. 15. – 1957. ápr. 1.

Gajó István mb. 1957. ápr. 1. – 1957. ápr. 23.
 Berkes Pál 1957. ápr. 23. – 1963. márc. 1.
 Turóczki Júlia 1963. márc. 1. – 1965. febr. 15.
 Dudás Béla 1965. febr. 15. – 1979. jún. 30.
 Várkonyi László 1979. júl. 1. – 1982. ápr. 30.
 Csergő Tibor 1982. júl. 1. – 1990. okt. 22.

A leghosszabb ideig - másfél évtizedig - Dudás Béla főorvos töltötte be ezt a funkciót, Csergő Tibor dr. is majd egy évtizedig irányította az osztály munkáját. A rendszer talán legnehezebb időszakában Lantos György volt az osztályvezető, aki a sors fintoraként 1956-ban elhagyta az országot, akkori kifejezéssel „disszidált”.¹¹

Az 1970-es évek végén az Egészségügyi Osztály 2448 egészségügyi dolgozó munkáját irányította. 379 orvost, 1285 egészségügyi dolgozót és 771 egészségügyi műszaki, ügyviteli dolgozót alkalmaztak a tanácsai egészségügyi intézményekben.¹²

A szociális ellátás városi intézményei

1944. októberétől a tanácsrendszer kiépítéséig terjedő időszakban a szociális ellátások kiemelt fontosságú területe a szegénygondozás, a magukról gondoskodni képtelenek, a koldus szinten élők ellátása. Zentai Károly szegedi szociális felügyelő beszámolójából tudjuk, hogy a Szeged városi szegénygondozás ezekben az években is az úgynevezett egri/magyar norma szerint történt, amelynek alapjait 1935-ben fektették le, és 1946-ban az új viszonyoknak megfelelően átszervezték. A koldulás továbbra is tilos volt, a rászorulókról a törvényhatóság népjóléti ügyosztálya szegénykatesztert készített, nyilvántartotta a felajánlásokat. A szegényügygel, jótékonyssággal foglalkozó szervezeteket összefogó szegényügyi bizottság úgy határozott, hogy minden szegedi lakos jövedelmének körülbelül 1%-át felajánlja a szegénygondozás céljára, ennek 70%-át be is fizették. A szegénykateszter alapján végezett úgynevezett külső gondozás keretében 1948. áprilisi adatok szerint 1085 személy kapott állandó segélyt, népkonyhán étkezett 1267 személy. Nem rendszeres segélyben részesült 160 személy, köztemetésben részesült 16 elhunyt, közgyógyellátást pedig 227 családfő kapott. A városi napköziotthonokban 1200 gyermek kapott egyszeri, vagy kétszeri étkezést, a demokratikus nőszövetség iskolásokat étkeztető akciója keretében 1250 iskolás gyermek és 50 felnőtt étkezéséről gondoskodtak.¹³

A magyar normás szegénygondozás másik formája a zárt intézeti szegénygondozás. A magatehetetlen, vagy feltétlenül intézeti gondozásra szoruló szegényeket a Moszkvai (Berlini) körúti szeretetházban helyezték el, 119 férfit és 131 nőt. Minden rászorulót azonban nem tudtak elhelyezni,

a bővítést már az 1940-es évek végén is halaszthatatlannak tartották. A városi szegénygondozást szolgálta továbbá a Londoni körúti árvaház, ahol 44 fiú és 22 leány talált otthonra.¹⁴

Az iskolás gyermekek étkeztetési akcióját kiterjesztették az úgynevezett „szolnoki norma” alapján az átmenetileg válságos helyzetbe került 7-800 munkanélkülire is.¹⁵

A szociális gondoskodásban részesülők korra jellemző csoportját alkották a volt hadifoglyok. 1947. áprilisa után a Szovjetunióból nagy számban érkeztek Debrecenen át Szegedre a jugoszláv illetőségű, közöttük sok magyar anyanyelvű, leszerelt hadifoglyok. A városban 200 férőhelyes Jugoszláv Átmeneti Hadifogoly Otthont állítottak fel, ahol 1948. áprilisáig 856 jugoszláv illetőségű, magyar anyanyelvű volt hadifoglyot láttak el.¹⁶

A bentlakásos szociális intézmények helyzete a háború után a közszükségleti cikkek hiánya, az általános pénztelenség következtében katasztrofális volt, működésüket csak a legnagyobb nehézségek útján, állandó segélyezési akciókkal, gyűjtésekkel lehetett biztosítani. Dr. Biacsy Béla szociális felügyelő a népjóléti miniszterhez küldött jelentésében írja: „...megfelelő felszerelés hiányában a gondozottak még a legminimálisabb szükségletét sem tudják fedezni, sőt kénytelenek őket az intézetek kötelékéből elbocsátani és a felvételre jelentkezőket elutasítani.”¹⁷ Az Állami Siketnémák Intézetében 130 helyett csak 30 személyt gondoztak, az Állami Vakok Intézete nem működött, foglalkoztatójában 6-8 ember tevékenykedett. A városi árvaház, a Vöröskeresztes Kórház lábelleni és ruhasegélyre szorult, nem volt elég a szappan, az iskolákban kevés volt az élelmiszer, ruházat és a szappan.¹⁸

A szegedi Nemzeti Bizottság által életre hívott és országos hálózattá fejlődött Nemzeti Segély gyermekmentő akciójának keretében 1945. márciusában közel ezer gyermek érkezett Budapestről Szegedre, akiket átmenetileg a Nemzeti Segély Kálvária sugárúti székházában helyezték el.¹⁹

Az 1940-es évek vége gyökeres fordulatot hozott a szegedi szociális ellátásban is. Az önálló, elkülönült szociálpolitika szükségességének tagadása a szociális igazgatás átszervezésében is megmutatkozott. A tanács vb-nek nem volt önálló népjóléti, szociálpolitikai osztálya, a szociális szakszolgálat megszűnt, beolvadt a tanácsai apparátusba.

A szociális gondoskodás fő célcsoportjává a „dolgozó ember” vált, amelynek ellátásáról az államosított és formailag a szakszervezetek alá rendelt társadalombiztosítás és a vállalati, munkahelyi szociálpolitika gondoskodott. A többi célcsoport, mint például a hajléktalanok, idős, beteg emberek,

fogyatékosok, munkanélküliek szociális ellátása az 1970-es, 1980-as évtizedig nem kapott megfelelő figyelmet. A hagyományosan szegény, szociálisan rászoruló emberek ellátását szolgáló intézmények az első húsz évben alig fejlődtek.

A szociális ellátás intézményei kivétel nélkül állami intézményekké váltak, a társadalmi segítőkészség szinte kizárólag a Vöröskereszt helyi szervezetének aktivistái révén érvényesült a szociális gondoskodásban. A szociális ellátásban meghatározó szerepet vállaló női szerzetesrendek tagjai, az általuk működtetett intézmények 1944-től 1948-ig is egyre rosszabb feltételek között dolgoztak, 1948-ban azonban valóságos politikai hadjárat, koncepciójogi eljárás indult ellenük. Az újsomogyitelepi szociális intézményben dolgozó Fehér Katalin szerzetes nővért 4 és fél év, Mezei Veronikát 4 év börtönre ítélte „a munkásbíróság”, mindkettőjüket - mint „a fekete reakció legveszedelmesebb ügynökeit” - azzal vádolták, hogy meglopták a gondozottakat.²⁰ Hasonló váddal illették a Moszkvai körüti szeretetházi apácákat. Koltay Erzsébet Modenta rendfőnöknőt letartóztatták, az otthon vezetését az MNDSZ (Magyar Nők Demokratikus Szövetsége) vette át.²¹

1951-ben a város kezelésben lévő fontosabb szociális intézmények: Szociális otthon (a volt szeretetházi intézmény a Ferences Szerzetesrend alsóvárosi rendházában és Petőfi telepi „fiók szociális otthon”), a városi árvaház, irgalomház és fiúotthon, valamint az átmeneti szállás.²² A Vakok Intézete és Siketnémák Intézete nem városi kezelésben volt. Az 1950-es évek első felében télen melegedőket alakítottak ki. 1953-ban három városi melegedőt lehetett igénybe venni: Új Petőfi telepen, Dugonics u. 24. sz. alatt és a Vértanúk tere (ma Vám tér) 5. sz. alatti épületben.²³

Egyik legsürgetőbb feladatnak tekintette a Városi Tanács VB a „kolduskérdés felszámolását”, első lépésként a koldusok összeírását. Megoldásként a koldusok kitoloncolását vagy szociális otthoni elhelyezésüket javasolták.²⁴ A Városi Tanács VB Szociálpolitikai Csoportjának beszámolója a következő évben is megemlíti, hogy a kolduskérdés felszámolása a város területén folyamatosan megtörtént, de továbbra is gond a gyermekek koldulása és csavargása.²⁵ A későbbi években ezzel a kérdéssel már a városvezetés szintjén nem találkozunk. A munkaképes koldusok „közveszélyes munkakerülökké” nyilvánítása, a hatóságok erőteljes fellépése eltüntette a városból a „nótórius koldusokat”. 1959-ben a Városi Tanács VB ülésén elhangzott: a koldus-kérdés nem szociálpolitikai kérdés, hanem rendőri.²⁶

Szociális gyermekvédelem

A gyermek védelme a modern társadalom, az állam számára a XX. század elejétől mind nagyobb jelentőségű üggyé vált. A gyámügy, az egészségügyi gyermekvédelem mellett, azzal sok szállal összefonódva megjelent a szociális gyermekvédelem mint a szociálpolitika egyik ágazata, az 1930-as évektől pedig mind jobban teret hódít a családvédelem gondolata. A gyermekvédelem a második világháború utáni évtizedekben is kiemelkedően fontos állami célkitűzés, ami természetesen a helyi társadalom, egy város életében is nyomon követhető. A gyermekvédelem sokrétű államigazgatási, egészségügyi, szociális és pedagógiai feladatai bonyolulttá és nehezen áttekinthetővé tették a szociális igazgatást, a gyermekvédelmi intézményrendszert. „A gyermekvédelemnek jelenleg az egyik legfőbb hibája, hogy különböző ágazatok (szociálpolitikai, egészségügyi, közoktatásügyi, igazságügyi, ipari, rendészeti) egymástól meglehetősen elkülönítetten és egymásra való tekintet nélkül végzik feladataikat” – olvashatjuk az egyik városi tanácsi vb-anyagban.²⁷

A szűkebb értelemben vett szociális gyermekvédelem a megszűnt Népjóléti, Szociálpolitikai Osztály hatásköréből a Városi Tanács VB Oktatási Osztályának (később Művelődési Osztály) ügykörébe került át (gyámügy, veszélyeztetett gyermekek, nevelőotthonok), más része (bölcsőde, egészségügyi gyermekotthon) az Egészségügyi Osztály irányítása alatt működött. (Vö. 1. ábra)

A gyermek- és ifjúságvédelem városi feladatainak összehangolására 1956. januárjában Gyermek- és Ifjúságvédelmi Városi Bizottság alakult, segítette őket a tanács Oktatásügyi Állandó Bizottságának Gyermek- és Ifjúságvédelmi Albizottsága. A tanácsi kerületekben azonban nem sikerült a hasonló bizottságok felállítása.²⁸

Az 1960-as évektől növekszik a nyilvántartott veszélyeztetett gyermekek száma. 1962-ben Szegeden 376 „nem megfelelő körülmények között élő” gyermekről tudtak. A legtöbben a szülők erkölcstelen életmódja (71) és egészségügyi okok miatt kerültek ebbe a helyzetbe, anyagi okok miatt mindössze 20 gyermek és fiatal körülményeit minősítették nem megfelelőnek. Szükségesnek tartották hangsúlyozni, hogy nem minden elvált szülő gyermeke veszélyeztetett.²⁹

A teljesen államosított gyermekvédelemben az 1960-as évtized közepén napirendre került a „társadalmasítás”, amely negyedévenként tartott értekezletek és kerületi albizottságok keretében történt. Az albizottságok területén 442 kiskorú élt

1974	1976	1980	1982	1984	1986	1987
664*	955	801	1614	1741	1801	2124

1. táblázat: A nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak számának alakulása az 1970-es és 1980-as évtizedben³¹

* A dorozsmai veszélyeztetett cigány gyermekek nélkül.

veszélyeztetett körülmények között, 155 családban. A kerületi tanácsok a gyermekek védelme érdekében preventív segélyeket is adhattak.³⁰

A nyilvántartásba vett veszélyeztetett kiskorúak száma az 1980-as években több, mint kétszeresére emelkedett. Az anyagi okok miatt veszélyeztetettek száma és aránya hasonló növekvő tendenciát mutat, a veszélyeztetettség az esetek mintegy felében a rossz anyagi körülményekre vezethető vissza.³²

A nehéz anyagi körülmények között élő, gyermeket nevelő családok 1975-től rendszeres és rendkívüli nevelési segélyt kaphattak. A segélyezett gyermekek száma tíz év alatt nyolcszorosára emelkedett. A segélyezett kiskorúak és családjaik száma a 80-as évek második felében tovább növekedett.³³

Rendkívüli nevelési segély			
	1985	1986	1987
Családok	351	420	644
Ebből cigány	110	97	105
Gyermekek	1061	1100	1726
Ebből cigány	259	249	342
Rendszeres nevelési segély			
Családok	259	291	326
Ebből cigány	7	7	6
Gyermekek	518	548	614
Ebből cigány	14	14	16

2. táblázat

A rendkívüli nevelési segélyt kapott családok és gyermekek között jellemzően nagyobb arányban szerepelnek a cigányok, mint a rendszeres támogatásban részesülők között. 1989-ben 424 család kapott rendszeres segélyt, ezekben a családokban 902 gyermeket neveltek.³⁴

A rendszerváltás előtti években megkezdődött Szegeden, az ország más nagyvárosihoz hasonlóan a komplex családgondozás, családgondozói hálózat kiépítése.³⁵

Bölcsődék

A 3 éves kor alatti gyermekek napközbeni intézményes ellátása a világháború utáni évtizedekben az egészségügyi ellátáshoz tartozott. Ez meghatározta a bölcsődei gondozás szemléletét. A bölcsődei ellátást a közvélemény és a gyermekvédelmi szakma fenntartásokkal fogadta, szükséges rossznak tartotta. A rendszerváltás utáni sok bölcsődét be is zártak.

A bölcsődei férőhelyek száma a női munkaerő iránti szükségletekkel párhuzamosan gyorsan növekedett. (3. sz. táblázat) A bölcsődei férőhelyek gyors növelését a női munkaerő iránti kereslet tette indokolttá. Az 1950-1960-as években az üzemi bölcsődei férőhelyek száma meghaladta a területi, tanácsi bölcsődék férőhelyeinek számát. A férőhelyek iránti kereslet az 1990-ig tartó időszakban állandóan meghaladta az engedélyezett helyek számát. Például 1971. szeptemberében 485 bölcsődei férőhelyre 632 gyermeket vettek fel.³⁶ A hiányon alig enyhített az 1967-ben bevezetett gyermek-gondozási segély (gyes). 1973-ban a felvételt kérelmezők közel 60 %-át kellett elutasítani.³⁷

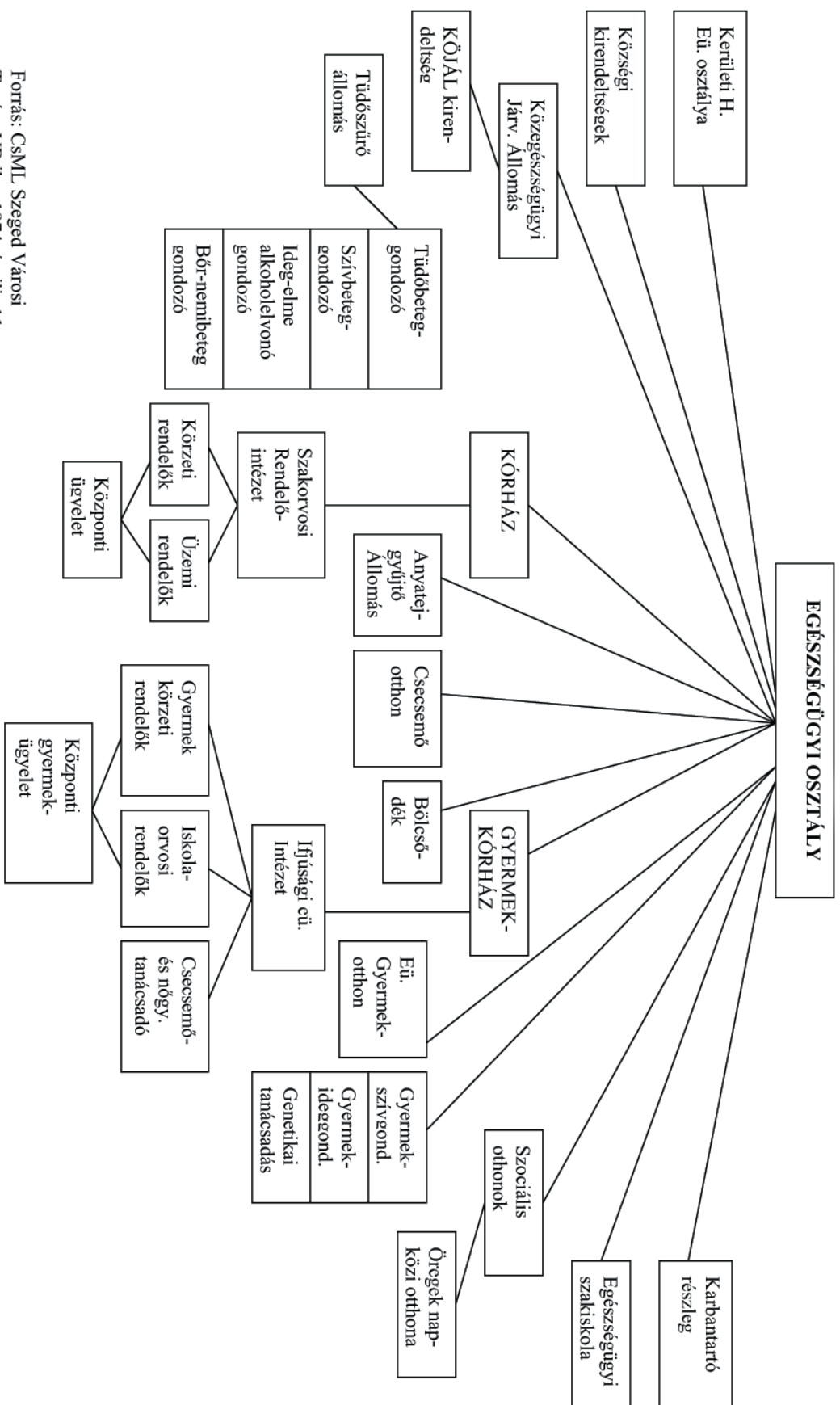
1958-ban Szegeden 15 bölcsőde van, ebből 10 üzemi intézmény. 1980-ban a területi (tanácsi) bölcsődék száma 20, az üzemi bölcsődéké 7-re csökkent.³⁸

Irgalomház, egészségügyi gyermekotthon

Az alapítványi jelleggel működő Boromei Szent Károly Irgalomházat a front közeledtekor elhagyták a szatmári irgalmas nővérek, akik az alapítástól végeztek az intézményben a gondozási munkát. A püspöki hivatal megbízásából a szegény iskolanővérek (a Miasszonyunkról Nevezett Szegény Iskolanővérek) vették át a krízishelyzetbe került intézményben a közel száz súlyosan testi-értelmi fogyatékos, gyógyíthatatlan gyermek beteg gondozását. 1945. áprilisában az irgalmas nővérek (Páli Szent Vincéről Nevezett Irgalmas Nővérek) veszik át az Irgalomházat. 1947. márciusában a Viktória Nővéreket bízzák meg a vezetéssel és gondozással, akik egyházi közösséget is alkottak az intézményben.³⁹

Az Irgalomházban mindössze 6 szegedi beutalt volt ebben az időben, az ápoltak többségét a Népjóléti Minisztérium utalta be és fizette a költségeket, az ország különböző városaiból, a határon túl maradt településekről származó gondozottak után pedig az illetékes városnak, községnek kellett volna fizetni. Szeged ezeket a költségeket segítőkézsége ellenére sem vállalhatta magára. A minisztérium csak 1947-től tudott jelentősebb segítséget adni.⁴⁰

1951-ben az Irgalomházat államosították, és mint Állami Egészségügyi gyermekotthon, az újszegedi Gyermekotthon részlege



Forrás: CsML Szeged Városi Tanács VB jkv. 1974. április 11.

1. ábra: Az egészségügyi és szociális ellátás szervezeti felépítése Szegeden 1974

működött tovább 1955-ig. Az otthonban a férőhelyek száma továbbra is 100, fiúk, lányok vegyesen. A felnőtteket már 1947-től fokozatosan igyekeztek eltávolítani az intézményből a szeretetházba, illetve a szociális otthonba.⁴¹ Túlkoros gondozottak azonban a következő évtizedek alatt is maradtak az intézménybe.

1955. január 1-től 1966. november 1-ig az intézmény az Egészségügyi Minisztérium közvetlen irányítása alá tartozott dr. Molnár Lajos igazgatása alatt. Ebben az időszakban két jelentős változás történt. 1963-ban az otthonhoz csatolták az ásothalmi volt határőr laktanyában kialakított 100 férőhelyes otthont. 1964-ben pedig Waltner Károly gyermekgyógyász professzor felajánlásából új pavilonnal bővült a szegedi anyaintézmény. A két részlegben így összesen 250 férőhelyen gondozta a gyermek betegeket 132 alkalmazott.⁴²

1966. január 1-től a minisztériumtól Szeged Városi Tanács Egészségügyi Osztályához került az Egészségügyi Gyermekotthon szakmai és gazdasági irányítása, de a beutalási jogot a minisztérium fenntartotta. November 1-én az igazgatói teendőket dr. Galántai Erzsébet vette át, akinek a vezetése alatt felszereltségében, szakmai színvonalát tekintve sokat fejlődött az intézmény. 1986-ban újabb, korszerű pavilont építettek, így a gondozottak száma ugyan nem változott, továbbra is 250, de kedvezőtlen adottságú ásothalmi részlegben csak 30 beteg maradt. A férőhelyekből 35 a szegedi, 90 a Csongrád megyei, 125 pedig a Békés megyei gyermek beutaltak számára állt rendelkezésre. A dolgozók száma az 1970-es évek végére 162-re emelkedett.⁴³

Állami gondozottak, csecsemő és nevelőotthonok

1944. és 1950. között Szegeden az árva, elhagyott és elhagyottá nyilvánított, állami gondozásba vett gyermekek számára három intézmény állt rendelkezésre. A Londoni körüti Városi Árvaház, amelynek irányítását 1944. szeptember 30-án átvették a Szent Vince rendi irgalmas nővérek, ők 1948-ig folytathatták ezt a munkát. Az újszegedi Árpád Nevelőotthon, amely a háború előtt átmeneti leányotthon, valamint a Gyermekvédő Liga és a Gyermekszanatórium Egyesület kerti gyógyiskolája volt, a háború után hadikórházként működött, itt szállásolták el az Izraelbe kivándorló gyermekeket, majd a görög polgárháború miatt elmenekült gyermekeket.⁴⁴ A Csanádi utcai Állami Gyermekmenhely, majd Állami Gyermekvédő Intézet az állami gyermekvédelem részeként hároméves korig gondozta, ápolta és gyógyította az állami

gondozásba vett csecsemőket és tartotta a kapcsolatot a nevelőszülőknél elhelyezett gyermekekkel.⁴⁵

1951 áprilisától a Bal fasoron létrehozott Csongrád megyei Gyermek- és Ifjúságvédő Intézet (GYIVI) lett a felelős az állami gondozott gyermekek testi-szellemi fejlődéséért. A korábbi nevelőotthonok kezdetben gazdaságilag, szakmailag önállóan működtek, majd integrálták azokat a GYIVI szervezetébe.

Szegeden az 1950-es évek végén, az 1960-as évek elején közel ötszáz az állami gondozott kiskorúak száma, akik főként erkölcsi és egészségügyi okból kerültek állami gondozásba, viszonylag ritka esetben hivatkoztak anyagi okokra.⁴⁶ Az állami gondoskodás az 1945 előtti időktől eltérően döntően gyermekvédelmi intézményekben történt, a nevelőszülőknél élő gondozottak száma az 1960-as években mindössze 70-80. Az örökbe-fogadás is ritka, évente egy-két esetben.⁴⁷

1950-ben a kórházi ápolásra nem szoruló csecsemőket a gyermekkórházzá alakuló Csanádi utcai épületből a Bal fasori GYIVI létesítménybe költöztették, ahol átmeneti gyermekotthon is helyet kapott. 1958-ban a Gyermek- és Csecsemőotthon gondnoka kérte, hogy az otthont a Városi Tanács VB irányításából helyezték a Megyei Tanács VB kezelésébe, de ehhez a szegedi vb nem járult hozzá.⁴⁸ Az 1970-es években a 90 férőhelyes Csecsemőotthon egyik részlege a Bal fasoron, a másik, a tipegők számára létesített részleg a Töltés utcában működött.⁴⁹ 1982-ben nyílt meg a Bölcsőde utcai korszerű épületben az 56, majd 40 férőhelyes Gyermekotthon.

Az 1950-es években Szegeden három nevelőotthon volt. A Londoni körüti otthonban száz I-IV. osztályos általános iskolás fiúkat helyeztek el, a József Attila (Vásárhelyi) sugárúti nevelőotthonban 56 I-VIII. osztályos leány lakott (1957-től a nevelőotthon Kállai Éva nevet vette fel), az Ifjú Gárda Ifjúsági Város (volt Árpád Nevelőotthon) 120 fő tanköteles koron túli, de még 16. életévét be nem töltött kiskorút fogadott be. Közülük csak az Ifjú Gárda épületi adottságai tekinthetők megfelelőnek, időnként azonban ott is annyian voltak, hogy a gyerekek megtetvesedtek.⁵⁰ 1959-ben alakult a 60-80 férőhelyes Rigó utcai Nevelőotthon, ahol a felső tagozatos állami gondozott fiúkat helyezték el.⁵¹

Az 1960-as és 1970-es évtizedben a nevelőotthonok száma nem változott, a férőhelyek mennyisége és elosztása azonban gyakran módosult. 1968-ban a nevelőotthoni férőhelyek az alábbiak szerint alakultak:

Ifjú Gárda	120
Kállai Éva leányotthon	110
Rigó utcai nevelőotthon	80
Londoni krt-i nevelőotthon	90
Csecsemőotthon	80 férőhely.

Összesen tehát 550 nevelőotthoni férőhely. Ezen kívül az egészségügyi gyermekotthonban, ipari tanuló intézetben, diákotthonokban és siketnémák intézetében elhelyezett fiatalokkal együtt 716 a Szegeden élő állami gondozottak száma.⁵²

Az 1980-as évek első felében egy korszerű nevelőotthon építését tervezték, de ez nem valósult

meg, helyette a régiákat korszerűsítették. Változott a szakmai koncepció is. Arra törekedtek, hogy a nevelőotthonok „széles korhatárúvá” váljanak, a testvéreket ne szakítsák el egymástól. A Londoni körúti és a Rigó utcai nevelőotthonban 6-18 éves fiúkat helyeztek el, az Ifjú Gárda széleskorhatárú koedukált otthonná vált. A Kállai Éva Otthon ifjúsági otthonként működött. A két utóbbinak kihe-lyezett utógondozói részlege is volt. A férőhelyek kihasználtságának arányai arra engednek következtetni, hogy a korábbi évek zsúfoltsága erre az időszakra megszűnt.⁵³

	1980.				1984.			
	Ifjú Gárda	Londoni krt.	Rigó utca	Kállai Éva	Ifjú Gárda	Londoni krt.	Rigó utca	Kállai Éva
Óvodás	0	14	0	0	30	16	2	0
Alsótagozatos	0	60	0	0	29	33	7	0
Felsőtagozatos	0	0	74	0	21	37	22	0
Szakmunkás t.	74	0	0	25	15	0	15	5
Dolgozó kisk.	16	0	0	17	20	0	1	26
Összesen	90	74	74	42	115	86	47	31
Férőhely kihasználás	69	74	92,5	70	88,4	86	59	52
Utógondozói otthonban	40	0	0	45	20	0	0	35

3. táblázat

Rövidítések jegyzéke

CsML = Csongrád Megyei Levéltár
 GYIVI = Gyermek- és Ifjúságvédelmi Intézet
 MOL = Magyar Országos Levéltár
 NM = Népjóléti Minisztérium
 VB = Végrehajtó Bizottság

Jegyzetek

1. CsML Szeged város polgármesterének iratai 4078/1946. VI. sz., Közli: Rácz János: Csongrád megye a népi demokratikus átalakulás éveiben 1945. november – 1948. június. Szeged, 1981. 472-473. old.
2. Bővebben: Bárány Ferenc: Szociális igazgatás 1945 – 1950. In: A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Főiskolai Kar Általános Szociális Munkás Szakának és Gyógytornász Szakának Jubileumi évkönyve 1989-1999. Szeged, 1999.
3. MOL NM C-1-h 8. d.
4. CsML Csanád vm. szociális felügyelőjének iratai XXI. 7. 3. d. 350/1948.
5. CsML Csanád vm. szociális felügyelőjének iratai XXI. 7. 3. d. Dr. Biacsy Béla további sorsáról nem tudunk. Feltehetőleg róla van szó a Délmagyarország 1948. április 11. számában, amely arról számol be, hogy „újabb demokráciaellenes szervezkedést derített fel a szegedi rendőrség”, amelyet Lévai Béla vezetett. Az ÁVO őrizetbe vette több városi tiszttelével együtt dr. Biacsi (sic!) Bélát. Zentai Károlyról, későbbi életútjáról bővebben: Bárány Ferenc: A szociális szakszolgálat tevékenysége az egykori Csanád vármegyében 1946 – 1950. In: Tanulmányok... SZTE EFK Általános Szociális Munkás Szak, Szeged, 2001.
6. CsML Csanád vm. szociális felügyelőjének iratai XXI. 7. 3. d. 1005/1949.
7. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1951. január 18.

8. A Magyar Állam szervei 3. kötet 1950 – 1970.
Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1993. 87. old.
9. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei. 1953. november 26.
10. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei. 1974. április 11.
11. 1956-ban Lantos Györgyön kívül külföldre távozott még a vezető beosztású orvosok közül dr. Molnár Pál kórházigazgató-főorvos, dr. Forgács Pál a Sportorvosi Intézet vezetője és dr. Hutter Ferenc kórházi laboratóriumi főorvos.
12. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei. 1978. április 6.
13. Zentai Károly: Szociális munkaeredmények Szegeden. Szociális Szakszolgálat, 1948. 4-5. sz. 26. old.
14. Zentai Károly: Szociális munkaeredmények Szegeden. Szociális Szakszolgálat, 1948. 4-5. sz. 26. old.
15. Dénes Leoné: MNDSZ iskolai étkeztetési akció. Szociális Szakszolgálat, 1948. 4-5. sz. 26-27. old.
16. Dénes Leoné: Jugoszláv Átmeneti Otthon. Szociális Szakszolgálat, 1948. 4-5. sz. 27. old.
17. CsML Szeged város szociális felügyelőjének iratai 20/1946.
Közli: Rác János szerk.: Csongrád megye a népi demokratikus átalakulás éveiben 1945. november – 1948. június. Szeged, 1981. 473. old.
18. CsML Szeged város szociális felügyelőjének iratai 20/1946.
Közli: Rác János szerk.: Csongrád megye a népi demokratikus átalakulás éveiben 1945. november – 1948. június. Szeged, 1981. 473-474. old.
19. Délmagyarország, 1945. március 8.
20. Ítélt a munkásbíróság az újsomogyitelepi apácák bűntügyében.
Délmagyarország, 1948. november 4.
21. Újabb klerikális gaztett. Tehetetlen aggodat loptak meg a szeretetházi apácák.
Délmagyarország, 1948. november 13.
22. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1951. január 25.
23. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1953. november 26.
24. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1952. június 5.
25. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1953. november 26.
26. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1959. június 2.
27. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1952. június 5.
28. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1956. május 8.
29. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1962. január 23.
30. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1965. január 18.
31. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1974. április 11., 1986. július 10., 1988. február 11.
32. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1986. július 10.
33. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1988. február 11.
34. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1990. augusztus 16.
35. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1988. február 11.
36. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1972. január 13.
37. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1974. április 11.
38. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1958. december 30. és 1980. szeptember 25.
- 39. Pál József:** A szegedi Boromei Szent Károly Irgalomház története 1929-1951.
In: Móra Ferenc Múzeum Évkönyve. Történeti Tanulmányok. Studia Historica. 2. Szeged, 1999. 510., 517. és 532. old. Az Irgalomház 1939-ben költözött a Polgár, ma Gogol utcából Polyák Károly alapító Agyagos út és Trencsényi (Gladics) utca által közrefogott többoldas telken emelt épületekbe, a mai Waltner Károly Otthon területére.
- 40. Pál József:** A szegedi Boromei Szent Károly Irgalomház története (1929-1951).
In: Móra Ferenc Múzeum Évkönyve. Történeti Tanulmányok. Studia Historica. 2. Szeged, 1999. 539. old.
41. Ötvenéves az egészségügyi gyermekotthon. N. I. Délmagyarország, 1978. június 27.
42. Ötvenéves az egészségügyi gyermekotthon. N. I. Délmagyarország, 1978. június 27.
43. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülései jegyzőkönyvei 1965. november 23., 1967. január 17. és 1875. május 8., valamint Ötvenéves az egészségügyi gyermekotthon. N. I. Délmagyarország, 1978. június 27.
- 44. Dóczi Tamás:** Csongrád megye gyermekvédelmének rövid története.
<http://www.csongrad-megye.hu/szocial>
- 45. Tekulics Péter dr. – Román Ferenc dr.:** 100 éves a Szeged MJV. Önkormányzat Gyermekkorháza. Szeged, 2003. 3. old.

46. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1959. február 24. és 1960. november 1.
47. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1961. október 17. és 1968. március 12.
48. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1958. június 1.
49. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1974. április 11.
50. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1952. november 6. és 1956. május 8.
51. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1960. szeptember 20.
51. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1968. március 12.
52. CsML Szeged Város Tanácsa VB ülési jegyzőkönyvei 1984. november 8.

Social Services and Institutes in Szeged 1945 – 1990

I.

Bárány, F.

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies,
Department of Social Work and Social Policy
e-mail: barany@etszk.u-szeged.hu

Keywords: social administration, social institute, child protection

Summary

The first part of the study deals with the history of social administration and social institutes in town Szeged from 1945 up to 1990. It explains the changes of the system of institutions and analyses the links between the needs and services in the years after the second world war and after the change of the political system. It elaborates different forms of institutes of the child protection and plans of development of institution-system. It analyses in detail problems of child benefits, applied of day nursery and circumstances of the foster homes. This period is the development of large institutions, but appear yet the modern conceptions too. The study lies on evidence the minutes of town council Szeged and statistical data. The study is a part of the research on half century long history of the health and social services in town Szeged.

Gyermekszegénység Lakásmegtartási nehézségek és a gyermekszegénység kapcsolata Szentesen

Szabó Péter

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék
e-mail: szabop@etszk.u-szeged.hu

Kulcsszavak: szociálpolitika, gyermekszegénység, másodelemzés, adósságkezelés, lakásfenntartási költségek, önkormányzati feladatok

Összefoglalás

A Gyermekszegénység témakörét a XXI. század elején Magyarországon is kiemelt érdeklődés övezi, nem pusztán annak tartalma miatt, hanem politikai, ideológiai túltöltöttsége miatt is.

2007-ben a Szentesi Családsegítő Központban végzett *vizsgálat célja* volt, hogy feltárja a gyermekszegénység és a lakhatási nehézségek összefüggéseit, valamint rávilágítson a helyi szociálpolitika lehetőségeire, nehézségeire. A kutatás alapvetően beavatkozás nélküli adatgyűjtésre szorítkozott. Az adatlapok szinte kérdőívnek tekinthetők, a kutatás ezen kérdőívek egyidejű összegyűjtését és elemzését vállalta fel, hasonlóan a statisztikai célokra gyűjtött adatok *másodelemzéséhez*.

Egyértelmű *eredményeket* adott a kutatás, melyek szerint nem a tudatos hiány felhalmozás és a potyautasok cipelése jelenti az adósságkezelési szolgáltatás legnagyobb gondját, hanem egy olyan stabil - vagy inkább növekvő - réteg megléte, akik alacsony jövedelmük miatt létfenntartásukra fordítják a lakásfenntartásra szánt támogatásokat is. A gyermekes családok kiadásaiban nagyobb hányaddal szerepeltek a fogyasztási kiadások. A háztartások pénzügyi egyenlegét vizsgálva kimutatható, hogy sokkal nagyobb a veszélye a gyermekes családoknál annak, hogy a kiadások meghaladják a bevételeket.

Következtetések: szükség van az önkormányzati bérlakások díjszabásának felülvizsgálatára, a bérlakás koncepció átgondolására, valamint a támogató szolgáltatások hatékonyságának növelésére, a személyes gondoskodás módjainak - nem csak a lakhatást pótló ellátások - továbbfejlesztésére, fejlődésére. A beavatkozási tevékenységeknek nem pusztán korrektív jelleggel, hanem - a sokat emlegetett - megelőző tulajdonságokkal is rendelkezniük kell, ezt viszont a gazdaságpolitika eszközeivel, illetve a társadalompolitikai célokkal való összeegyeztetéssel lehet megoldani.

Bevezetés

Gyermekvédelmi szakemberként szinte triviálisnak tűnt, hogy léteznek – nem kis számban – szegény családokban élő gyermekek, akik kénytelenek az élet számos területén nélkülözést elszenvedni. Kérdés azonban az, hogy a gyermekszegénység takar-e valamivel többet annál, minthogy a szegénység korszpecifikus változatának tekintsük. A gyermekszegénység definíciójának (1) szakirodalmi feldolgozása során érzékelhető, hogy a gyermekszegénységnek van egy megkérdőjelezhetetlen *morális* töltete, ami miatt az érdekes-érdemtelen párhuzam értelmét veszti. Ezen túlmenően sajnos van egy sokkal *racionalisabb* eleme is, ami a probléma mélyülésével áll kapcsolatban. A szegény embe-

rekre sokan - jó esetben - sajnálattal tekintenek, kevésbé jó esetben az önsorsrontó embert látják bennük. A szegény családba születő gyermekek esetében a szegénység már egyféle hagyatékként száll a szülőkről a következő nemzedékre, ezzel még annak a lehetőségét sem kapják meg a gyerekek, hogy saját maguk ronthassák el a sorsukat. Veszteségük már a kiindulás pillanatában nagyobb, mint gondolnánk. Ezeknek a veszteségeknek a lefaragásán nem csak a családnak kell munkálkodnia, hanem a helyi közösségeknek, illetve ha ténylegesen komolyan gondoljuk a szolidaritást, akkor a tágabb értelemben vett társadalmi közegnek, felelősségvállalóknak kell megalkotniuk azt az esélyteremtő rendszert, amelyben a felkapaszkodás esélyét visszakapják a gyerekek és ezáltal a családtagjaik is.

A már említett politikai, ideológiai hatás erősen befolyásolta, hogy 2007-ben kidolgozásra került a „Legyen jobb a gyerekeknek” Nemzeti Stratégia 2007-2032, (2) melyben hosszú távú, generációs programot fogalmaztak meg a gyermekszegénység csökkentésére. A legsürgetőbb nehézségek csökkentésére pedig kidolgozták a három éves időtartamú Rövid Programot, melyen belül a cél az, hogy érzékelhetően csökkenjen a szegénységben élő gyermekek száma és aránya, hogy jelentősen javuljanak a mély szegénységben élő, végzetesen kirekesztett gyermekek életkörülményei, és hogy előkészítse a hosszabb időt igénylő változásokat. A változtatások tervszerű elindításához a helyzet tényszerű ismerete szükséges, amely figyelembe veszi a helyi sajátosságokat, a rendelkezésre álló erőforrásokat, esetleges gátakat és kiemelten figyelmet fordít a valós motivációk feltárására is. Ezen tényszerű ismeretek összegyűjtésének egyik részlete lehet a lakhatási nehézségek és a gyermekszegénység kapcsolatának feltárása.

A vizsgálat célja

A kutatás alapvető célja volt, hogy a Családsegítő Központ által gyűjtött adatokból mélyebb tartalmakat tárjon fel, és ezeket intézményi keretek között hasznosítsa és megteremtse a lakhatással összefüggő helyi közigazgatási folyamatok szakmai alapjait. A kutatás konkrét szándéka volt, hogy az alapellátási intézmény adósságkezelési tanácsadás keretében gyűjtött adatainak elemzésével közelebb jussunk ahhoz a kérdéshez, hogy helyi szinten milyen kapcsolat tárható fel a lakhatást támogató szolgáltatások működtetése és a gyermekszegénység között. Illetve helyi szinten milyen ellátásokkal, intézkedésekkel igyekeznek a gyermekszegénységet csökkenteni, amennyiben vannak ilyen irányú szándékok.

A kutatásban több szociológiai ismérv mentén is sikerült különbséget tenni gyermekes és gyermektelen család között, ezek az alábbiak:

Kor, nem, lakásnagyság, lakásban élők száma, iskolai végzettség, munkaerő-piaci státusz.

Mindezek mellett célja a kutatásnak, hogy a családok, háztartások gazdálkodási lehetőségeire is rávilágítson, van-e elegendő jövedelem a kiadások fedezetére. Nem utolsó sorban pedig foglalkozik azzal is, hogy a családok milyen módon képzelik el saját sorsuk rendezését.

Módszertani alapok

A kutatás alapvetően beavatkozás nélküli adatgyűjtésre szorítkozott, a már korábban kitöltött adatlapok információinak összegzésére 2007-ben

került sor. A támogatásban részesülő lakosok adatlapjai SPSS for Windows statisztikai elemző programmal kerültek feldolgozásra, így lehetővé vált keresztábrákban megjeleníteni az adatokat, illetve ábrák formájában szemléltetni. Az elemzést megkönnyítette, hogy az adatlapok minden esetben teljesen kitöltöttek, így a válaszmegtagadások vagy hiányzó adatok problémájával nem kellett szembenézni. Az adatok természetesen nem reprezentatívak Szentes város teljes lakosságára. Feltárt minta alapján (N=50 fő) meg tudható, hogy milyen szociológiai jellemzői vannak a vizsgált csoportnak. Az adatok rögzítése a szolgáltatás igénybevételekor lekérdezéssel történt. A lekérdezések között eltelt idő okozta torzítás kiküszöbölése céljából, mindig az aktuális nyugdíjminimum volt az irányadó, hiszen maga az ellátás is ehhez kötött. Az adatlap kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a módszertani adósságkezelési projekt (3) keretében közreadott adattal megegyező kérdéseket tartalmaz, így a települések közötti összehasonlítás lehetőségét rejti magában.

Szentesen ebben a témában korábbi adatgyűjtés nem történt, így a hipotézis megfogalmazásához pusztán a tapasztalatok és az általánosítható, szélesebb körből származó információk voltak felhasználhatóak. (4)

A kutatás hipotézisei:

Az adósságkezelési szolgáltatás körében támogatott családok jellemzően önkormányzati bérlakásban élnek, a magántulajdon és a piaci logika nem türi az adósság felhalmozását. (5)

A háztartások kiadásait a lakásfenntartási kiadások mellett döntően befolyásolja a fogyasztási kiadás mértéke, így a hátralékok keletkezésében is szerepet játszik. (5)

Az adósságkezelési támogatás nem csak a munkajövedelem nélküli háztartások támogatását jelenti, a támogatottak között vannak rendszeres munkajövedelemmel rendelkező háztartások is. (5)

Eredmények

A vizsgált csoport bemutatása

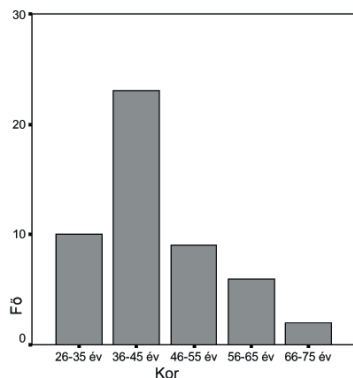
A kutatás során a Szentesi Családsegítő Központ Családsegítő Szolgálatánál vezetett adósságkezelési tanácsadói adatlapok adatai kerültek elemzésre. Az elemzés körébe 50 olyan háztartást sikerült bevonni, melyeknél minden adat rendelkezésre állt. A kutatás szempontjából jelentős tény, hogy a tanácsadást végző intézménynél rendelkezésre álló adatokról van szó, ugyanis itt felmérhetők a háztartások fogyasztási és lakásfenntartási kiadásai is, illetve a jövedelmi helyzetre és egyéb szociológiai mutatókra is lehet információkat gyűjteni.

Az összegyűjtött adatokat elemezve megtudhatjuk, hogy a szolgáltatáson belül milyen strukturális hibák rejlenek, valamint átfogó képet kaphatunk arról a népességsoporról, akik több szálon is függőségbe kerültek a jóléti ellátórendszerrel. Mindezen tényezők szükségesek egy esetleges változtatás előtti felméréshez, annak eldöntéséhez, hogy kik, milyen előnyöket, vagy esetleg hátrányokat szenvedhetnek el a beavatkozást követően.

Adósságkezelésben résztvevők

Kor, nem és gyermekszám szerinti megoszlás

Az adósságkezelési szolgáltatást igénylők között legnagyobb százalékban (46%) a 36-45 éves korcsoport képviselteti magát, ezen túlmenően az igénylők 66%-a aktív korú. A nyugdíjas korú igénylők aránya nagyon alacsony. Mindezekből elmondható, hogy *a hátralékok munkaképes korban keletkeznek, ami feltételezhetően az elégtelen munkajövedelmekkel is összefüggésben van.*



1. ábra: Az adósságkezelésben részesülők száma korcsoportonként

Az ábra nagyon szemléletesen megmutatja a 36-45 éves korcsoport kiugróan magas arányát, ami éppen a produktivitás fő korszakának számít. Az adósságkezelésben részesülők többsége 26-55 éves, tehát aktív korú.

A családok 20%-ában nem él 18 éven aluli gyermek, a gyermekes családok esetében az átlagos gyermekszám megközelíti a 3-at (2,9).

Az igénylők nemek szerinti megoszlása egyértelmű nő többletet mutat, ami teljes mértékben alátámasztja azt az általános tapasztalatot, hogy általában a nők járnak a családi ügyeket intézni.

A háztartásban fellelhető krónikus betegségekkel kapcsolatban megállapítható, hogy az arány magas, majdnem minden második háztartásban van legalább egy fő, aki diagnosztizáltan krónikus betegségben szenved. Figyelemre méltó az az adat is, hogy szinte minden negyedik igénylő családjában van közgyógyellátásban részesülő személy. Amennyiben ezeket a tényeket összevetjük azzal,

hogy ezekben a háztartásokban alapvetően nem öregek élnek, kijelenthető, hogy *munkavállalási szempontból ideális korú személyek az egészségi állapotuk tekintetében az átlagnál rosszabb helyzetben vannak.*

Lakás jellemzői és a családnagyság közötti összefüggések

A lakások közül 6 nem éri el a 45m²-es nagyságot, a programban résztvevők többsége viszont 60m² feletti lakásban lakik. A gyermekes családok körét vizsgálva látható, hogy általában a nagyobb lakásokat lakják. A családnagyság növekedésével együtt nő a szobák száma is. A gyermekes családokon belül 2,75 fő jut egy szobára, a programban résztvevő családokban az egy szobára jutó személyek száma: 2,07 fő. Összehasonlítva a két adatot látható, hogy *a gyermekes családok a magasabb szobaszám ellenére zsúfoltabban laknak, mint a gyermektelen családok.* Három olyan család van, ahol komfort nélküli lakásban élnek gyerekek, a többiekben jellemző, hogy komfortos, vagy összkomfortos a lakás. A lakás tulajdonviszonyait tekintve a gyermekes családok és a gyermektelen családok között különbözőség nem mutatható ki, mindkét esetben a tulajdon és az önkormányzati bérlakás a döntő, 1/3-2/3 arányban képviseltetve magukat.

Iskolai végzettség és munkaerőpiaci státusz

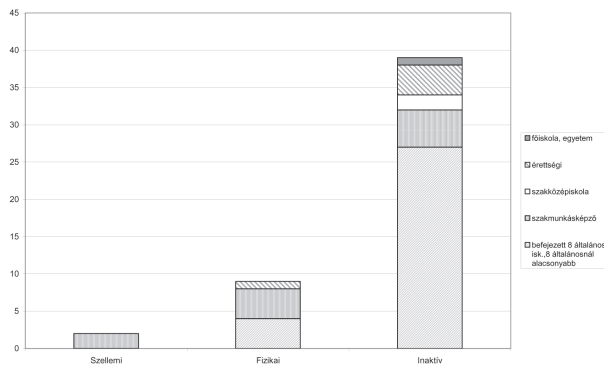
Az adósságkezelés szempontjából nagyon fontos tényező a családok jövedelemtermelő képessége, amely alapvetően a koruktól, iskolai végzettségüktől, munkaerőpiaci státuszuktól, egészségi állapotuktól, háztartás-összetételüktől, szocializációjuktól, a térség gazdasági lehetőségeitől és még nagyon sok más dologtól függ. (6) A vizsgálat koncentrált az egyéni tényezőkre is, abból a feltevésekből kiindulva, hogy a helyi viszonyok hasonlóképpen hatnak az itt élők mindegyikére. A korábbi fejezetrész tárgyalta a kor szerinti megoszlást, amiből látható volt, hogy a családok jelentős része aktív korú, így az elvi lehetősége adott a munkavállalásnak. Az egészségi állapotuk már jelentősen korlátozza ezt a lehetőséget: Az iskolai végzettségek alapján szinte csak két kategória állítható fel,

1. olyanok, akik rendelkeznek szakmával és/vagy érettségivel, illetve

2. olyanok, akik csak 8 általánossal rendelkeznek, vagy még azzal sem.

A 2. csoport létszáma 13-al meghaladja az elsőét. A gazdasági aktivitás igen kedvezőtlen képet mutat a vizsgáltak körében. *A támogatottak között csak minden ötödik háztartásban van jövedelemtermelő tevékenységet folytató személy.*

Látható, hogy a mintában jellemzően alacsony képzettségű, inaktív háztartások vannak. A közép-



2. ábra: A támogatottak gazdasági aktivitása és iskolai végzettsége

fokú végzettség megléte már afelé mutat, hogy munkavállalóvá lehet válni. A 116 fős gyermek populációból 72 gyermek olyan háztartásban él, ahol nincs aktív kereső, ez nem pusztán a jövedelmi nehézséget jelenti, hanem azt is, hogy a gyermek nem lát olyan mintát, amely a munkavállalás fontosságát erősítené, és esetleg szocializálná a későbbi munkavállalói magatartásra.(7) Fontos azonban észrevenni, hogy vannak olyan háztartások is, ahol van kereső, sőt olyan is, ahol kettő is van (összesen: 18), mégis a jövedelmi helyzetük és a kiadásaik alapján belesznek a támogatottak körébe. Ezek alapján elmondható, hogy téves az az elképzelés, hogy az adósságkezelés keretében a nem dolgozó és fizetni nem akaró családoknak utólagosan kifizeti az önkormányzat a kiadásaikat.

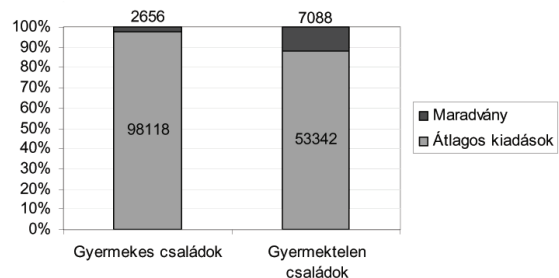
A munkajövedelmeken kívül a háztartásokban a transzfer jellegű jövedelmek is képezhetik a család vásárló-kapacitásának alapját, (8) ebben a tekintetben az egyes ellátási típusokat vizsgálva az alábbi tények állapíthatók meg.

Nyugdíjszerű ellátásban a támogatottak közel fele (46%) részesül, ezzel együtt van olyan háztartás, amely a „nyugdíj” mellett a gyermekgondozási támogatások valamelyikét is kapja.

Jövedelmek és kiadások

A jövedelmi viszonyok vizsgálatánál már rendelkezünk a családokról egy megközelítő képpel, ugyanis a támogatás megítélése is jövedelemfüggő. A vizsgálat kiterjedt arra is, hogy hány gyermekes háztartás él a vizsgálati csoport medián jövedelme alatti szinten - 16 háztartás -, tehát a további 25 medián fölötti háztartásban további 24 családban van gyermek (összes gyermekes család száma: 40). Ez azt a képet erősíti, hogy a családi jövedelem abszolút mértékét tekintve a gyermekes háztartások vannak erősebb pozícióban. A lakásmegtartási nehézség szempontjából a jövedelmen kívül a kiadás mértéke a fontos. Az egy főre jutó jövedelmek, és az egy főre jutó kiadások összevetése megmu-

tatja, hogy hány olyan család van, ahol az elvi lehetősége megvan annak, hogy a jövedelmek elégségesek legyenek a kiadások finanszírozására.



3. ábra: A gyermekes és gyermektelen családok átlagos összes kiadása és a maradvány mértéke

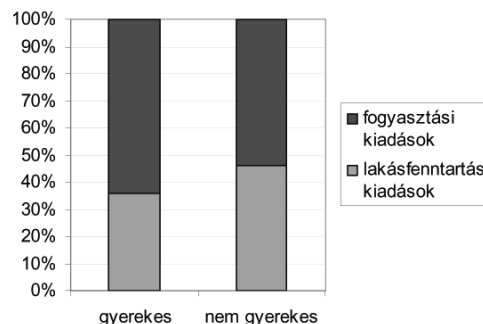
Az ábra némileg megtévesztő, mert azt sugallja, hogy a családokban elegendő jövedelem áll rendelkezésre.

Az 50 háztartásból csak 9-nél elegendő a jövedelem a kiadások finanszírozására, ebből két háztartás esetében nem haladja meg a pozitívum a 2000 Ft-ot, ami egy váratlan kiadás kapcsán elolvadhat. Még két háztartásban szinte forintra egyezik a kiadás a bevétellel, ami egy bizonytalan egyensúlyt jelent. Megtakarítási lehetősége csak 3 családnak van, ami konkrétan azt jelenti, hogy bevételeik meghaladják minimum 10.000 Ft-tal a kiadásaikat. A támogatás megítélésének feltétele a 25% önerő vállalása, ez alapján az előbbi 3 család lenne csak támogatásra jogosult. Annak érdekében, hogy az ellátáshoz többen hozzáférjenek, a helyi rendszerben ezt a kitévelt úgy alkalmazzák, hogy az adósságkezelésbe a tartozásnak csak akkora részét vonják be, amelynél a folyósított lakásfenntartási támogatás fedezi a számított önrészt. Így a támogatásban való részvétel nem jelent külön kiadást a családoknak. A gyermekes családok esetében 30.000 Ft alatti egy főre jutó jövedelmet mértem a 40 vizsgált háztartás közül 36 esetben, míg a gyermekkel nem rendelkező 10 család közül egyiknek sem érte el az egy főre jutó jövedelme a 30.000 Ft-ot. A gyermekes családok átlagos egy főre jutó jövedelme: 21.301 Ft, míg a gyermektelen családok esetében ez 2.094 Ft-tal több: 23.395 Ft.

Amennyiben ugyanezt a gondolatmenetet követve megnézzük, hogy a kiadások tekintetében hogyan alakulnak a számok, látható, hogy ott a különbség 1.200 Ft-ra csökken, viszont ebben az esetben ez éppen kedvező előjelűvé is válik, mivel a gyermekes családok kiadásai egy főre vetítve alacsonyabbak, mint a gyermekteleneké. Ez az adat is igazolja azt a felfogást, miszerint a fogyasztási egysé-

gekkel való számolás sokkal jobban közelít a valós fogyasztás leírásához. Az egy főre jutó jövedelmek a normatív lakásfenntartási támogatás szempontjából is nagyon fontosak, a beadott jövedelmi adatok alapján 8 háztartásban nem éri el a jogszabályi összeget (27.130 Ft x 0,5= 13.565 Ft) az egy főre jutó jövedelem, és ezen háztartások mindegyikében él gyermek! Ezek a családok jogosultak lennének a lakásfenntartás elismert havi költségének a 30%-ára. (A képet némileg torzítja, hogy az adatfelvételkor még nem az a nyugdíj minimum összeg volt érvényben, amivel a kutatásban számoltam.)

Érdeemes a helyzet érzékeltetésére kiszámolni, hogy a jövedelem-tömeg és a tartozás-tömeg hogyan aránylik egymáshoz. A vizsgált 50 család lakásfenntartási és fogyasztási kiadásainak (Lakásfenntartási kiadások: fűtés, víz, villany, gáz, személyszállítás, közös költség, lakbér, hitel. Fogyasztási kiadások: bérlet, biztosítás, étkeztetés, kábeltévé, telefon, zsebpénz, egyéb) összege: 4.458.144 Ft. A családok összes jövedelme: 4.281.040 Ft, így látható, hogy 177.104 Ft hiány van összességében a családokban, egy családra vetítve ez kb.: 3.500 Ft. Ebből úgy tűnik, hogy a hátralékok rendezése után a jelenlegi támogatásokat csak csekély mennyiségben kell kiegészíteni ahhoz, hogy a mért fogyasztás, ár és felhasználási prioritások mellett ne halmozódjanak fel újabb tartozások. Azonban az átlagos hiányt figyelembe véve torz képet kapunk, mert *vannak olyan háztartások, ahol a pótlandó összeg meghaladja a havi 25.000 Ft-ot, ezek tipikusan nagycsaládok 4-5 gyermekkel.* Essen szó azokról a háztartásokról is, ahol jelentősebb összeg marad a házi pénztárban. Felmerül a kérdés: ők miért nem tudják teljesíteni a kiadásaikat? Ha mégis rászorulók, miben különböznek a többiektől? A jövedelmi helyzetük alapján jogosan jár nekik a támogatás, a titok nyitja nem a lakással kapcsolatos fenntartási kiadásokban, hanem az egyéb fogyasztási típusú kiadásokban keresendő. Ennek kapcsán érdemes e kettő kiadásnem egymáshoz viszonyított súlyát is megvizsgálni. 33 esetben kisebb a lakásfenntartási kiadás a fogyasztási kiadásoknál, az eltérésük mértéke is jelentős, megközelíti az 50 család esetében a 1.150.000 Ft-ot. Mindezekből az lenne logikus következtetés, hogy a hátralékok nem a rezsi díjából keletkeznek, hanem döntően a fogyasztásra átcsoportosított kiadások miatt keletkező jövedelemhiány miatt. Elmondható, hogy az adósságkezelési támogatások nagy része nem a lakásmegtartást támogatja, hanem a szolgáltatások biztosítása mellett közvetve a mindennapi megélhetéshez járul hozzá.



4. ábra: A gyermekes és nem gyermekes családok fogyasztási és lakásfenntartási kiadásai

Nagyon fontos meglátni ebben a sorban azt is, hogy nem a tudatos hiány felhalmozás és a potyautasok cipelése jelenti a gondot, hanem egy olyan stabil - vagy inkább növekvő - réteg megléte, akik alacsony jövedelmük miatt létfenntartásukra fordítják a lakásfenntartásra szánt támogatásokat is.

A TÁRKI Monitor Jelentések 2005. (9) alapján a háztartások 2005-ben egy hónapban átlagosan 126.249 Ft-ot fogyasztottak el, 2003-ban az egy háztartásra jutó havi fogyasztás mértéke 103.156 Ft volt. A TÁRKI fogalomhasználata és mérési módszertana másként definiálja a fogyasztási kiadások körét, de megközelítően összevethető a jelen kutatás adataival. Az egyes fogyasztási tételeket és a hozzájuk köthető összegeket megadja a TÁRKI, így a kutatásban használt módon átszámíthatóak, ami alapján a lakásfenntartási kiadások országos havi átlagával - 32.307 Ft-tal - szemben a kutatásba bevont családoknál Szentesen a havi átlag lakásfenntartási kiadás 33.141 Ft.

A kutatás nem terjed ki arra, hogy a fogyasztási kiadások milyen célra fordítódnak, illetve mennyire szolgálják a gyermekek fogyasztását, bár a zsebpénz és az étkeztetés vélhetően hozzájuk köthető. Fontos lenne a kiadás nemeket tovább bontani és specifikusan, a felhasználás szerint rögzíteni, így az adósságkezelés folyamatában a tervezés során nagyobb hangsúlyt fektetni rá, ezáltal képviselőket biztosítani a gyermekek igényeinek.

Hátralékok

A hátralékok vizsgálata során az egyes szolgáltatókat nem különböztettük meg a tulajdonviszony és a gazdasági vállalati típus alapján. A szolgáltatókat piaci szereplőként szemlélve, arra a felvetésre alapoztunk, hogy a szolgáltatók is - mint általában az emberek - a profit maximalizálásra törekcszenek. Felmerült a kérdés, hogy melyek azok a területek, amelyek mentén a hátralékok csökkentése elkezdhető, és a gyermekek biztonságos lakhatása a legnagyobb eséllyel szavatolható. Szükséges az adatok áttekintése:

Tartozás típusa	Adós háztartások száma	Átlagos tartozás
Gáz	7	85.314 Ft
Víz	14	89.426 Ft
Villany	8	92.983 Ft
Bérlet	23	156.517 Ft
Távhő	16	129.875 Ft

1. táblázat: A tartozások megoszlása a háztartások száma és átlagos nagysága alapján

Egy háztartásra jutó átlagos hátralék összege: 165.419 Ft.

11-en vannak, akiknek egynél több adósságuk van, ezek közül - bevallottan - 2-nél több adóssággal 4 háztartás rendelkezik, közülük kettő gyermekes háztartás.

A tartozások között leggyakoribb a bérleti díj tartozás, átlagos összegében is ez a legjelentősebb hátralék.

Láthatóan a háztartások a bérleti díj és a távhő kiadásokat helyezik a hierarchia legaljára, ezeket fizetik legkevésbé. A bérleti díjak tekintetében nem lehet indok a magas összeg, mivel az a teljes lakásfenntartási költségnek a kis hányadát teszi ki. A távhő díjak esetében már inkább elképzelhető, hogy a számla nagysága befolyásolja a befizetési hajlandóságot. A szolgáltatások a legelemibb igényekhez kötődnek, így szükségességük megkérdőjelezhetetlen. A megoldás a szolgáltatók magatartásában kereshető, az ismert, hogy a helyi önkormányzat az elmúlt 2 évben nem lakoltatott ki senkit az ingatlanából az utcára, sőt a jogi eljárások nagy százalékát (44%) felfüggesztette. Az adatok azt mutatták meg, hogy bizonyos szolgáltatók szándéka nem a megfélemlítés és a behajtás felé mutatnak, és nem pusztán a piaci nyereség motiválta őket, hanem az adósságok mindkét fél számára előnyös rendezésére törekedtek. A bírósági útra terelés is inkább az önkormányzat esetében jelentkezett, mivel a szolgáltatás szüneteltetését, kikötését ők nem tudják szankcióként alkalmazni. Figyelemre méltó, hogy a távhő tartozások ilyen magasán képviseltetik magukat, mivel Szentesen ezt a fűtési formát a lakások kisebb hányada használja, illetve a termásvíz segítségével az ára is viszonylag kedvező. A vízdíjak az önkormányzati bérleti díjjal azonosan viselkednek, mivel a Szentesi Víz- és Csatornamű Kft. tulajdonosa az önkormányzat.

Összehasonlítva a gyermekes családok egy főre jutó hátralékának átlagát a gyermektelenekével, kiderült, hogy *a gyermektelen családokban sokkal*

magasabb az egy főre jutó hátralék összege, valamint a hátralék keletkezési időpontja is azt mutatja, hogy átlagosan rövidebb idő alatt halmozták fel a tartozásaikat.

A lakásvesztés veszélyét a vizsgált körben nem rejti magában egyik hátralék típus sem, mivel javarészt önkormányzati lakásban laknak, illetve az adósságrendezési szolgáltatásban való részvétel ezt hivatott megakadályozni.

A bérleti díjjal kapcsolatban az önkormányzat nem tud, vagy a polgárok védelme érdekében nem akar racionális szolgáltatói magatartást folytatni. Ennek szorító hatását azonban érzi, mert a rendszeren fizető bérlők befizetései nem elégségesek a lakásállomány fenntartására, karbantartására, fejlesztésére. Meg kell jegyezni, hogy vélhetően ezek az önkormányzati bérleti díj bevételek a teljes és hiánytalan bérlői befizetések mellett sem fedeznék a lakások állapotának megőrzéséhez és karbantartásához szükséges kiadásokat, mivel jelenleg is kiegészítésre kerülnek a nem lakáscélú bérbeadás bevételeivel. (10)

A hátralékok fokozatos csökkentése sokkal célravezetőbb, mint az egyösszegű kiváltása. A szerződő felek motiváltsága a hosszabb együttműködés során biztosítható marad azzal, hogy a teljes tartozás kiváltása időben kitolódik. Valamint lehetőséget nyújt arra is, hogy az adósságkezelési tanácsadás során figyelemmel kísért háztartásgazdálkodás újabb nem várt kiadásait is kezelni lehessen. Folyamatosan monitorozva, hogy egyáltalán fennáll-e annak az elvi lehetősége, hogy a támogatás lejártát követően az önellátás képessége - nem csak anyagi oldalról - kialakult-e? Egyetlen negatívuma, hogy az ügyfél függőségét erősíti, és bonyolítja az ügyintézt.

Nagyon fontos megjegyezni, hogy a jogszabály szerinti önrész vállalása és a támogatás felső összeghatárának korlátozása kiszorítja a legalacsonyabb jövedelműeket, illetve a már jelentős hátralékkal rendelkezőket a rendszerből.

Egyéni okok, magyarázatok és rendezési elképzelések

A megjelölt hátralék felhalmozódási okok vizsgálata során látható, hogy alapvetően két kategória köré lehet csoportosítani a válaszokat, a jövedelem elégtelen szintje és a kiadások magas szintje köré. A két tényező gyakoriságát összehasonlítva látható, hogy inkább a bevételek elvesztését, alacsony szintjét okolták a hátralék felhalmozódásáért. Az eredmények az előzetes elvárások szerint alakultak, az emberek egyértelműen úgy ítélték meg, hogy a jövedelmük a kevés. Ezt támasztja alá az is, hogy a megoldást a legtöbben a munkavállalásban látták,

illetve a jövedelmek növelésében. Nagyon alacsony bevételek mellett is voltak olyan háztartások, ahol a kiadások csökkentésében láttak még lehetőséget a helyzetük javítására. A fizetési képesség mellett nagyon fontos tényező a fizetési hajlandóság. Alacsony az idő előtt megszüntetett hátralék rendezések száma. Két-három havi fizetetlen számla esetén még nem folyamodnak a támogatás megszüntetéséhez. A hátralék rendezésének és a továbbiak kialakulásának megelőzése érdekében a családok közül 15 úgy ítélte meg, hogy van mobilizálható vagyona. Azok gondolták úgy, hogy van mobilizálható vagyonuk, akik a saját lakásukban élnek. Egyértelműen kiderült, hogy a családok nem szeretnék az egyetlen - lakástulajdon - vagyonukat mobilizálni, még azok sem, akik egyébként tudatában vannak annak, hogy van ilyen jellegű tartalékuk. Mindez kiemelkedően fontos tényről jelenít meg, mégpedig azt, hogy a családok felmérték, hogy a saját tulajdonú lakás elvesztése a felszínen maradás utolsó lehetőségének az elvesztését is jelenti.

Az adósságkezelésben résztvevő háztartások általános tulajdonságai: általában komfortos, vagy annál jobb lakásban élő bérlők, szobánként több mint két lakóval. Döntően alacsony iskolai végzettségűek, és ennek megfelelően kevésbé foglalkoztatottak, amit az egészségi állapot és a gyermeknevelés is tovább korlátoz. Jövedelmeik nem fedezik a kiadásaikat, és szeretnék a problémájuk megoldása érdekében további munkát vállalni.

Összegezve a kutatás méréseit látható, hogy a családok többségében a probléma alapja a jövedelmi oldal és a kiadási oldal egyensúlyának tartós felborulása. A helyzetet súlyosítja a fogyasztási kiadások magas részaránya.

Következtetések

A gyermekszegénység és a lakhatás kérdésében a legtöbb esetben nem lehet különválasztani a gyermek érdekeit a család érdekeitől, nem lehet testreszabottan a gyermekekre irányuló támogatást létrehozni, illetve ez a különválasztás nem lenne szerencsés.

A helyi önkormányzati, civil és egyházi gondoskodás szervezésén túl a helyi foglalkoztatási helyzet és gazdasági folyamatok nagyban befolyásolják a családok és ezen keresztül a gyermekek életesélyeit. A szegénység és a jövedelem nélkülség összefüggéseinek részletezésébe nem szeretnék belemenni, annyit viszont szükségesnek tartok leszögezni, hogy „*az egyéni jólét, illetve életkörülmények megítélése szempontjából a személyes jövedelem önmagában nem meghatározó, része ennek a közös jövedelmi és fogyasztási egységet alkotó*

többi családtag, illetve háztartástag jövedelmi viszonya is. Ez alapozza meg az ekvivalenciaskála alkalmazását is.” (11) Mindez azt is megmutatja, hogy a családi jövedelmekkel kell számolnunk még akkor is, ha annak családon belüli elosztási módjáról nem rendelkezünk információkkal. A családi jövedelmek körében nem azonos súllyal esik latba a különböző módon „megszerzett” jövedelem. Nem mindegy, hogy a család csak átengedett jövedelmekből él, vagy saját maga is képes aktívan, munkából származó jövedelmet előállítani. A munkavállalás képessége nagyon sok tényezőtől függ, szeretném kiemelni ezek közül a foglalkoztatási helyzetet, amely az adott földrajzi környezetet jellemzi. A munkavállalás, és ezen belül az alternatív típusú foglalkoztatások is döntően befolyásolhatják a jövedelmi szegénység elterjedtségét. Ezt figyelembe véve az elsődleges kitorési pontnak a foglalkoztatás bővítése, a tartós munkanélküliek munkaerő-piaci rehabilitációja, az atipikus foglalkoztatási formák bővítése tekinthető, illetve az, hogy a munkavállalási hajlandóságot negatívan befolyásoló tényezők ellen szervezett formában lépünk fel.

Az alacsony foglalkoztatási szint mellett a foglalkoztatottak alacsony képzettsége és az ezzel járó alacsony jövedelem jellemzi a térséget.

A családok egy jelentős része nem rendelkezik a megfelelő jövedelemmel ahhoz, hogy szükségleteit a piaci feltételek mellett kielégítse, ezért szükséges a jövedelmek meghatározott szintű és módú pótlása, kiegészítése. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezményhez köthető nem pénzbeli ellátások nagyon sokat segítenek a napközbeni ellátáshoz, az oktatáshoz, a képzéshez és az étkezéshez jutásban, viszont a családok körében erős ellenőztözőnek számít a munkavállalás tekintetében. A támogatás jövedelemhatára viszonylag alacsony, így már egy alacsony munkabér megszerzése is azzal járhat, hogy részben, vagy egészben elveszítik a kedvezményt. A jövedelemnélküliség mellett nagyon fontos terület a lakhatás kérdése, mivel az alapvetően meghatározza a családi szocializációt, szerepeket és a testi, lelki fejlődést. Vitathatatlan, hogy az életminőség egyik legmarkánsabb fokmérője a lakókörnyezet, ami nem csak minősíti az életformát, hanem nagyban befolyásolja is azt, illetve erősen korlátozhatja a benne élők esélyeit. A lakhatás megvalósításának nem csak materiális oldala van, hanem érzelmi is. Nagyon fontos a már meglévő lakás megtartása és a lehetőség biztosítása arra, hogy a családi életciklus megfelelő szakaszában reális esélye legyen a családoknak a saját jogon (bérlőként, vagy tulajdonosként) történő lakhatás megvalósítására.

A helyi adottságok ismeretében elmondható, hogy az adósságkezelésben résztvevők közül többeknek nem sikerül kilábalni az adós státusból, illetve később újabb hátralékaik keletkeztek. Ennek oka a háztartások költségei és a teljes jövedelme közötti távolságban keresendő. Jelentős problémának tűnik továbbá, hogy nem csak a lakásfenntartási kiadások magasak, hanem a prioritásban előttük álló fogyasztási kiadások is, amelyek már „lenullázzák” a háztartásokat. Nem a lakásfenntartási támogatások magas szintű emelése látszik célszerűnek, hanem egy kettős rendszer kiépítése. Ennek első pillére képes lenne a hátralék felhalmozódásának kezdetén úgy beavatkozni, hogy kiegészítő támogatást nyújtva fenntartható legyen a fizetési képesség. A másik pillér azokban az esetekben nyújtana segítséget, amelyekben nincs meg az elvi esélye

sem a családi gazdálkodás egyensúlyban tartásának. A második pillér már figyelembe venné a rezsi költségeken túl a családnagyságot, annak szerkezetét, a jövedelemtermelő képességet. Mindezek függvényében közvetlenül támogatná elsősorban a fenntartási költségeket, illetve közvetetten bizonyos támogatott fogyasztási kiadásokat is. A támogatás színvonalának megállapításakor fogyasztási egységekkel számolt jövedelemhatárokat és támogatási határokat célszerű megállapítani.

Összegezve: a lakásfenntartásra, megtartásra szervezett támogatások egy része a fogyasztás finanszírozásába megy át. Egy átfogóbb vizsgálat során szükséges pontosan megmérni ezt az átszivárgást, illetve a fogyasztási szokások alaposabb feltérképezésével a lehetséges beavatkozási pontokat is megjelölni.

Irodalomjegyzék

- 1. Darvas Ágnes-Tausz Katalin:** Gyermekszegénység. DEMOS Magyarország, Budapest, 2006.
2. „Legyen jobb a gyerekeknek” Nemzeti Stratégia 2007-2032 MEH, SZMM, Bp. 2007.
- 3. Gyulai-Hoffman-Máhr:** Az adósságkezelési szolgáltatás gyakorlata. Szociális Igazgatási Egyesület, Debrecen, 2004.
4. Szentés Város Szociális Szolgáltatástervezési Konceptiója, 2004. Szentés Város Szociális Térképe
- 5. Czike Klára-Vass Péter:** Gyorsjelentés a díjhátralék(osok)ról. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 1998.
- 6. Ferge Zsuzsa:** Ellenálló egyenlőtlenségek. Esély, 2005/4. Budapest
- 7. Darvas Ágnes-Tausz Katalin:** A gyermekek szegénysége, Szociológiai Szemle, 2002/4. 95-120.
- 8. Havasi Éva:** Megélhetési nehézségek, anyagi depriváció. Feketén-Fehéren. TÁRKI. Monitor Jelentések 2005., 59-83., Budapest
9. Feketén, Fehéren. TÁRKI Monitor Jelentések 2005., Budapest
10. Szentés Város Önkormányzata 2006. évi költségvetése, Szentés Város Önkormányzata 2007. évi költségvetése
- 11. Havasi Éva-Altörjai Szilvia:** A jövedelem, mint az anyagi jólét és a szegénység mérőszáma, Társadalomstatisztikai Füzetek 43. KSH, Budapest, 2005.

Child poverty
Connection of home holding difficulties and child poverty in Szentes

Szabó, P.

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies,
Department of Social Work and Social Policy
e-mail: szabop@etszk.u-szeged.hu

Key words: social policy, child poverty, secondary analysis, debt management, home expense, local governmental tasks

Summary: The topic of child poverty has an advantaged interest also in Hungary in the beginning of the 21st century, not only because of its contents, but its political and ideological filling.

The main purpose of our research in the Family Support Service of Szentes was to explore the connections of child poverty and home holding difficulties, and point to the possibilities and difficulties of local governmental social policy. The research is essentially based on collection of data without any intervention. Used data forms can be considered as questionnaires, and the research assumed to collect and analyze similarly to secondary analysis of data collected for statistical purpose. The research effected unambiguous results, by what the main problem of the debt management program are not the calculated deficit aggregation and carrying „stowaways”, but being a such constant, or mostly increasing stratum, who has very low income, and must expend for their subsistence the money support got for home expense. The consumption expense of families with children takes the bigger proportion of their budget. Examining the monetary balance of households, can be detected a larger risk, that the expenses can exceed the incomes in the case of families with children.

Conclusions: It is necessary to revise scale of fees of flats, that belong to the local government, and considering all the flat conception, increasing the effectiveness of social support services, developing the ways of personal care, including not only home supplementary services.

Nursing Shortage: A Global Healthcare Crisis

Annie Collins, RN, MSN

Washburn University, Topeka, Kansas, USA

annie.collins@washburn.edu

Keywords: nursing shortage, healthcare crisis

Summary

According to the World Health Organization (WHO) a world-wide crisis for healthcare delivery by professionally educated nurses is threatening to topple recent progress towards increasing longevity and quality of life. Sigma Theta Tau (STT) concurs and states that a crisis exists in countries of affluence as well as those of the Third World. In recent years, quality of life has improved for most countries as evidenced by a declining mortality and fertility rates with an increase in longevity. However, as noted by the United Nations and other organizations with an interest in global health, this trend is slowing and may begin to reverse if the issue of adequate numbers of professionally educated nurses in all countries is not addressed. This paper discusses the impact that a declining number of educated nursing professionals in a community will have on the population served. Also, societal shifts occurring, especially migration, and the impact on society and indicators that point to an increase in declining numbers in the nursing profession and how this will affect global health will be discussed. Recommendations for corrective measures by leaders in world health such as the WHO, STT, and Pan American Health Organization will be included in the final analysis.

World-wide a crisis exists. Four million health workers is the number estimated by the World Health Organization (WHO) to meet the shortage demands in the health profession. According to the WHO, fifty-seven countries are in dire need of increasing their healthcare workforce. As populations boom and demographic information demonstrate that populations are aging there is a growing need for healthcare professionals. Demographic research also finds that the number of professional healthcare providers is declining. This is especially true in the area of professional nursing. Nursing is the primary resource for healthcare delivery in communities around the world. Every country relies heavily on nurses to provide the majority of health services and in countries devastated by HIV/AIDS, the nurse is what separates communities from total collapse [1]. In Haiti there are only 1.1 nurse for every 10,000 people compared to the United States with 30 nurses per 10,000 [2]. The Pan American Health Organization [2] continues by stating that fifteen countries have fewer than 10 nurses per 10,000. Despite the already low number of nurses in developing countries, wealthier nations continue to recruit nurses from these underserved areas. Despite this recruitment countries such as the U.S. still face their own shortage of nurses. It is estimated by the

United States Department of Health and Human Services the nursing shortage will reach 275,000 by 2010 and 800,000 by 2020 [2]. According to Dickenson-Hazard [3] all nations must have the human resources necessary to provide professional nursing care to their populations in order for global health to be a reality.

Sigma Theta Tau (STT), nursing's honorary society, has identified declining numbers of nursing professionals as a primary concern. Sigma Theta Tau defines nursing "an essential profession fully recognized as a partner valued in health systems for the delivery of humane, holistic, and culturally appropriate care to individuals, families and communities, and the promotion of equity in health outcomes and enhancement of the quality of life". Arista 3, STT's task force on global health, addressed the nurse's role in their summary statement [4]. The summary statement identifies the roles of the professional nurse as leadership, provision of care and service, coordination, and development of healthcare[5]. With this in mind the essential role of the nurse for mobilizing a communities health needs can be seen. Examples include countries such as Chile where 90% of well child care is performed by nurses. In Belize 90% of public mental health care is performed by nurses [2]. In Nicaragua, 88% of

outpatients are primarily seen by nurses [2]. Therefore, nursing is a vital source of healthcare delivery in all communities on a global level.

The issue of a shortage of nurses on a global level has gendered concern from local communities, nations and at a global level. The World Health Organization (WHO) recently initiated research to gain a better perspective of the nature of the nursing shortage. Sigma Theta Tau International (STTI) has committed their leadership and knowledge resources to this issue and the identification of solutions to the problem without exploiting one nation's health over another nation's health. The nursing shortage has influenced the demographics of populations and will continue to do so. Also, demographic shifts have influenced the nursing shortage.

Migration

The migration of nurses has affected the availability of nurses to certain population groups more than other demographic shifts. As the nursing shortage grew, nurses have migrated from rural to urban areas and filled the growing vacancies in the cities. This has left a vacuum in health care delivery in many rural areas. Additionally, for the past 40 years, as the nursing shortage grew, the import of foreign nurses has been a practice of many more affluent countries. This results in "nurse stealing" as labeled by countries most vulnerable to the loss of professional nurses and yet paid for and educated the same nurses in the hopes of improving their own healthcare levels. It is estimated that more than one quarter of the medical and nursing workforces of Australia, Canada, United States, and the United Kingdom are foreign educated health professionals [6]. Peru reports that 15%, more than 5,000 nurses, of their nursing workforce have left for Spain, Italy, and the U.S. [2]. The country of destination, often times receives the best educated, experienced, and mature nurses from the country of origin. For example, a recent study of nurses immigrating to the U.S. find that most are college educated, single, unmarried, wanting to work full-time, and 30-40 years of age [7].

Historically, nurse migration was based on individual motivation, contacts, and opportunities [8]. In the past decade migration of nurses to other lands has changed and become a large scale, for profit, international industry [9]. To make up for the loss of nurses, developing countries are now recruiting from other developing countries [10]. Often times, costly recruitment is an additional expense that developing countries can ill afford. The English speaking countries of the Caribbean

have been an excellent resource for recruitment to the U.S. and Canada. In its wake, recruitment from the Caribbean region has left the country with a 35% vacancy rate and a large percentage of nurses nearing retirement [2].

From the individual nurse perspective, however, once the education is obtained, they are motivated to leave their native country and migrate to another country where the pay scale is higher and the amenities of practice and living are an improvement. The nurse who migrates is now in a position to help other family members by sending currency home with a high exchange rate and can act as the foothold into a country where other family members can immigrate [9]. It is estimated that globally 70 billion dollars is contributed to world economies through remittances home [6].

The push-pull theory of migration is clearly displayed in the migration of nurses from one country to another. Awases, Gbary, and Chatora [11] state that low wages, lack of proper facilities and equipment, lack of professional opportunities and political factors as the push for nurse migration. Pull factors as described by Kingma [12] and Buchan [8] are opportunities for professional development, improved quality of life, safety, higher wages and learning opportunities.

The results for developing countries of lost professional nursing staff are a decline in the ability of the country to deliver healthcare equitably [10]. In 2003 Jaime Tan, health secretary for the Philippines, stated within five years the Philippine Health system will collapse unless efforts are made to retain nurses within their system [13]. The migration of nurses also means that developing countries cannot meet commitments made to local population groups as well as regional, national, and global commitments [10]. It is for this reason that the Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers [14] was developed and adopted by Sigma Theta Tau International. Quality health care is not always the result when nurses emigrate to the destination country. The immigrant nurse may be ill prepared. Language issues, differences in education, and experience requirements may result in errors in the healthcare setting.

Whatever agreements are reached by countries on the receiving or donor side of the migration issue, the human right of a nurse to migrate and return again to the homeland is imperative. This is supported by the Guiding Principles of the Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers and the International Council of Nurses in their position statements on this issue. All the while

it must be recognized along with the benefits of migration for some nurses there are inherent risks for the nurse and the potential for adverse impacts on healthcare on a local, national, and global level. Both statements also include clear directives on the obligation of the recruiting countries to exhaust all resources from within that recruit and retain their own nurses before recruiting from other countries. Exhaustive efforts should be made to address complex internal issues in a country's nurse labor market before recruiting from outside of the country. Issues may include long-standing under investment in the education, professional development, career advancement, and other failed policies that impact nurse retention and recruitment [8,15,9,16].

Fertility

Demographic research has shown changes in the education level of women results in a greater decline in fertility than contraceptive education. As education levels rise the age at which a woman marries and gives birth has also risen. As a result of increased education, delayed marriage and first birth women are employed in greater numbers outside of the home and remain in employment outside of the home in greater numbers. Despite the increasing number of women in employment outside of the home, there has been a decline in the number of women entering the nursing profession. Traditionally, nursing was viewed as a profession suitable for a woman. However, with an increase in education the availability of jobs outside the traditional profession of nursing became available to women. During the 1980's through the 1990's the decline in nursing school applications was noted on a worldwide basis. This decline in admission to nursing schools by both genders, in particular women, resulted in fewer professional nurses with the current United States (U.S.) statistics showing the mean age of nurses at 45 and many ready to retire within a few years. This global shortage of healthcare workers, in particular nurses, has led the WHO to list the need of "encouragement of women to enter health professions" as a major goal for the years to come. The WHO suggests methods of encouragement would include flexible work hours and leadership career tracks with both supporting family life [17].

Another unique demographic phenomenon, occurring post World War II, in Western Europe and the U.S. was the rapid rise in births. The population boomed giving rise to the term used to describe individuals born during this time as "Baby Boomers". During the late 1940's through the late

1950's soldier's returned home, the average first marriage age dropped, and there was an economic upswing. With relative peace on the world stage and an economic boom, population numbers rapidly rose. Baby Boomers are now aging and reaching the time in their life where there is an increase in the need for additional healthcare. In the near future many will be in need of not only outpatient but inpatient services in healthcare facilities. Many healthcare facilities, currently, are not able to meet the demand for services that only the professional nurse can give. The need is critical at present and will only become more acute as the populations in many countries age, in particular those with shifting age ratios of aged to young with the aged outnumbering younger populations.

Mortality

In most countries, mortality rates have declined steadily. Life expectancies have risen and the need for care of aging population groups has also risen. As stated by the recently released report from the Pan American Health Organization, the increased demand for nurses is primarily due to growing life expectancy and the aging of populations. Other factors include the increasing numbers of individuals with the HIV/AIDS virus [2].

Nursing has always been at the forefront as advocates for the elderly and caring for their growing health needs. Demographic change with more women working outside of the home has resulted in the need for quality care for the elderly by those other than family. This need generates an increase in the need for professional nurses with the appropriate skill set and gerontological background necessary to provide quality care. As we live longer the risk for chronic disease increases. It is through the leadership, provision of care, and service coordination to promote preventative and preservation of quality of life in the face of chronic disease that nurses benefit population groups the most.

If the crisis is not averted then the mortality rates will again rise and life spans will begin to drop in many countries. Countries most at risk are in Sub-Saharan Africa. Of the fifty-seven countries identified by the WHO as in most need for healthcare workers, thirty-six of the countries with the worst problems are in Sub-Saharan Africa [18]. Only 3% of the 60 million healthcare workers in the world are caring for 25% of the global burden of disease, whereas Europe and North America have 61% of the nurses and only 10% of the disease burden [18].

Recommendations

Thomas Robert Malthus, renowned sociologist, stated in his Malthusian Theory that the rate of population growth and food would not keep pace with one another and therefore hunger and poverty would be the result. As Malthusian theory suggests the increase in population growth does not necessarily mean that there are more people to care for one another, and in turn more nurses, but rather there is more poverty, lack of education, disease, illness, and death. Malthusian theory does not include interventions that if properly instituted will reverse the trend we currently see and place the world on a path where the current or better healthcare by professional nurses can be delivered [19]. The current state of the healthcare industry locally, nationally and globally has been described by the experts as in this crisis. When profit over the well being of healthcare consumers is the primary focus then dissatisfaction within the nursing work force and the consumer becomes the norm. It is in this climate that large corporations will import foreign nurses to provide cheap labor with few benefits. Quality healthcare is unequally distributed across populations groups, profit margins are increased, and economic indicators rise as noted by many world experts on health care. An example, as cited by Salvage [1], is evident in many developing countries where in order to avert an all out crisis, two levels of education are being implemented. A higher level of training would be for export in order to have monies sent home and a lower level of training for those staying in country. This dismal, poorly thought out, plan to relieve the stress of the nursing shortage in developing countries does not adequately address issues but covers them with a quick fix according to many world experts. According to experts in the WHO this will not meet the world's healthcare needs but result in rich industrialized countries and rich minorities in poor countries profiting with adequate to superb healthcare and peripheral population groups receiving limited to no healthcare. Instead the WHO recommends the following initiatives [20];

- More direct investment in training and support
- Develop a national plan in all countries and primarily in countries with the greatest need
- More efficient use of workers
- Develop a hierarchy of skill with those that can be carried out by less skilled workers
 - implemented and those requiring a higher level of skill be assigned accordingly.
- Protection and fairer treatment of workers

- Access to effective HIV prevention and treatment
- Encouragement of more men to enter the profession
- Decreased incentives for early retirement
- Comprehensive preparedness plans in every country for a workforce response to
 - outbreaks and emergencies
- In conflicts, reassignment of healthcare workers to areas of need
- Orientation of healthcare workers and the development of career incentives.

If the above recommendations were implemented societies would reap the benefits with increasing numbers of nurses who are qualified to meet the needs of a dynamic ever changing population. Migration will not solve the shortage crisis. In contrast migration may only add to the burden on healthcare delivery systems for many of the world's population groups and result in greater poverty, human misery, and death. In agreement Salvage [1] argues that migration is a symptom of a dysfunctional health system and not the primary disease.

Conclusion

According to Professor Jill White, Dean of the School of Nursing at UTS, "...the increasing threat from diseasesmakes it imperative that countries prepare for rapid response and containment activities, particularly nurses and midwives who are key players in managing health crisis" [17]. Increasing numbers of professionals from diverse disciplines are beginning to sound the alarm about the growing concern with disproportionate number of nurses to population members. Demographic statistical findings reflect significant changes in fertility, mortality and migration trends that impact the need for nurses. Currently, demographic statistical findings on numbers, age, and distribution of nurses globally show an alarming trend that demonstrates the increasing concern of inadequate numbers of nurses to provide for growing and changing populations. As suggested by Huston [9] "...recruiting nurses from other countries to solve acute staffing shortages is simply a poorly thought out, quick fix to a much greater problem and in doing so, not only are donor nations harmed, the issues that led to the shortage in the first place are never addressed. Clearly, large scale recruitment of nurses from other countries would be less necessary if both the importer and exporter nations made a more concerted effort to improve the working conditions, salaries, empowerment,

and recognition of the native nurses they already employ” Quick fix remedies to the nursing shortage such as immigration must be curtailed. Kingma [12] states the negative effects of international migration of nurses is being recognized, however, it is not being addressed. This needs to be done on a local and global level. Both the push and the pull of migration need to be addressed. Economic reform of practices affecting healthcare and nurses need to be addressed. Education is a pivotal factor in this area as well. Nurses, male and female must be educated and prepared to meet society’s needs. As stated by the Pan American Health Organization [2], what is needed is more education with better trained nurses so that the nursing profession remains a vital force. Additionally, there is a need for better planning and resource management for the nursing profession. Cultural issues that do not encourage men to join the profession need to be addressed so that nursing as a profession is appealing to both genders. Incentives to draw individuals into the profession and then keep them there need to be made. Countries experiencing “nurse stealing” need support to prevent the loss of nursing professionals, limit migration and thereby keep their nursing pool in their native country. The Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers [14] argues that “mutuality of benefit” must take place in order for compromise to occur between donor countries and recipient countries. Suggestions include having wealthier recipient countries providing assistance in the form of money, technology, training and facilitation of

migrants back to their home countries. Put simply stated by Jean Yen, “...a well educated skilled health workforce saves lives” [1].

Finally, unless addressed, the problem will continue to spiral until greater inequities in healthcare delivery is found at a global level. WHO’s world health assembly recently stated that the way more economically advantaged countries handle their own health services has a global impact [1]. Gains made in recent years in healthcare will begin to decline particularly in countries with limited resources. The world cannot rely upon a supply and demand system to answer the problem. Rather, informed action must take place with all or a portion of the recommendations made above. The WHO report for 2006 [20] states that many national systems are weak, ineffective and inequitable. What is needed is the political will to develop a capable, motivated and robust health system for all.

Global health experts agree that international action must be initiated to effect change in order to avert a global crisis. Also, the Pan American Health Organization concurs with this and states that decision making to resolve the issues related to the nursing shortage must include nurse involvement [2]. Until this challenge is met, people will continue to suffer and die and future generations will ask why the nursing shortage crisis was not averted and action taken. Global health experts agree that limited action is occurring but the pace must be accelerated in order to keep pace with the rapidly growing healthcare needs of the world.

References

1. **Salvage, J.** (2006). Workers of the world. *Nursing Standard* 2, 18-19.
2. Pan American Health Organization report. A recent report by the Pan American Health Organization (PAHO) says that a shortage of nurses threatens the quality of health care throughout the Americas. Retrieved 11/12/2006 from http://www.paho.org/English/DD/PIN/ptoday18_sep05.htm
3. **Dickenson-Hazard, N.** (First Quarter 2004). Global health issues and challenges. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 6-10.
4. Sigma Theta Tau Position Statements. Retrieved July 17, 2007 from <http://www.nursingsociety.org/about/position-resource-papers.html>
5. Sigma Theta Tau, Arista 3 Summary Statement Held in February, 2002 in Dartford, England, Retrieved July 17, 2007 from <http://www.nursingsociety.org/programs/Arista-Europe.doc>
6. **Oulton, J.** (Dec. 8, 2004). Leadership challenges in a global community. Presentation, CGFNS Distinguished Leadership Award. Philadelphia.
7. **Xu, Y., Kwak, C.** (2005). Characteristics of internationally educated nurses in the United States. *Nursing Economics*. 23, 233-238.
8. **Buchan J.** (2001). Nurse migration and international recruitment. *Nursing Inquiry*, 8, 203-204.
9. **Huston, C.** (2006). Professional issues in nursing. Chapter 6. Importing foreign nurses. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins.

10. International Council of Nurses (2004). The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. Retrieved 2/21/05 from <http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>
11. Awases, M., Gbary, A. & Chatora, R. (2003). Migration of health professionals in six countries: A synthesis report. World Health Regional Office for Africa.
12. Kingma, M. (December 2001). Nursing migration: Global treasure hunt or disaster-in-the-making? *Nursing Inquiry*, 8 (4), 205. Retrieved 3/16/04 from <http://www.balckwell-synergy.com/links/doi/10.1046/j.1440-1800.2001.0016.x>
13. Filipino system "will collapse". (2003). *Nursing Standard*, 17, 4.
14. Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers. (May 2003). Adopted at Pre-WHO Meeting of Commonwealth Health Ministers, 18 May 2003, in Geneva. Retrieved July 17, 2007 from <http://www.thecommonwealth.org/Templates/Systemsearch.asp?q=Code+of+Practice&NodeID=20643&output>
15. Aiken, L., Buchan, J., Sochalski, J., Nichols, B. & Powell, M. (June 2004). Trends in international nurse migration. *Health Affairs*, 23, 69-77.
16. Clarke, H. F, Laschinger H, Giovannetti P, Shamian J, Thomson D, & Tourangeau A. (Summer 2001). Nursing shortages: Workplace environments are essential to the solution. *Hospital Quarterly*, 4, 50-57.
17. World Health Organization (2006). WHO Leadership Summit at UTS: Nurses are key in fighting pandemic disasters. Retrieved December 10, 2006. from http://www.wpro.who.int/media_centre/press_releases/pr_20061124+pr2.htm
18. Weeks, J. (2005). *Population: An introduction to concepts and issues* (9th ed.). Belmont, CA.:Wadsworth/Thomson Learning.
19. World Health Organization (2006). *World health report 2006; Working together for health*. Retrieved: November 12, 2006 from www.who.int/entity/whr/2006/en/

Ápolóhiány: Globális egészségügyi válság

Annie Collins, RN, MSN
 Washburn University, Topeka, Kansas, USA
 annie.collins@washburn.edu

Kulcsszavak: ápolóhiány, egészségügyi válság

Összefoglalás

A Világ Egészségügyi Szervezete (WHO) szerint azzal fenyeget a szakképzett ápolók hiánya miatti világméretű egészségügyi válság, hogy megszakad a várható élettartam és az életminőség terén az utóbbi években tapasztalható javulás. A Sigma Theta Tau (STT) arra a következtetésre jut és azt állítja, hogy mind a gazdag országokban, mind a fejlődő világban e téren válság van. Az utóbbi években a legtöbb országban javult az életminőség, mely tény a csökkenő mortalitási és fertilitási ráta, valamint az élethossz növekedése bizonyítja. Azonban az ENSZ és más nemzetközi egészségügyi szervezetek azt jelentik, hogy ez a tendencia lassul, sőt meg is fordulhat, ha nem foglalkoznak minden országban a szakképzett ápolók megfelelő létszámának problémájával. Ez a tanulmány azt fejtegeti, hogy a szakképzett ápolók számának csökkenése milyen hatással van az általuk szolgált közösségek életére. Ezen kívül arra is kitér, hogy milyen szociális eltolódások, különös tekintettel a migrációra, történnek; hogy milyen társadalmi hatások érvényesülnek; hogy milyen mutatók bizonyítják az ápolók számának csökkenését és hogy ez milyen hatással lesz a globális egészségre. Végül az elemzésbe belekerül az is, hogy a világ egészségügyi irányítói, így a WHO, az STT és a Pánamerikai Egészségügyi Szervezet milyen ajánlásokat fogalmaznak meg a probléma megoldására.

Útmutató az Acta Sana szerzői számára

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

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

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

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

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

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

Példa:

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

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

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

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

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

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

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

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

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

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

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

Postai úton:

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

Szerkesztőség

Guidelines to the Authors of Acta Sana

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

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

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

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

Format and style:

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

1. The following should appear on the title page in this order: the title of the manuscript without any abbreviations, the name of the author(s) with an “and” before the last one, the workplace of the authors.
- 2-3. The summary should be sent in Hungarian and /or in English in separate pages. They should not contain abbreviations. The following should be taken into consideration: the “introduction,” “aims,” “methods,” “results,” and “conclusions” should be formulated briefly so that the reader be able to understand the gist of the paper by reading the summary only. The summary should be divided clearly to show these parts. The Hungarian and English version should look similar and they should not be longer than a standard typed page each.
Keywords in Index Medicus should be used in papers on medicine.
4. A separate list should be made on abbreviations that are not generally accepted.
5. A clear layout is especially important for the reader. The raised question should be formulated in a few sentences in the beginning of the main part of the paper. Detailed historic introduction should be avoided.
6. In the part of the methodology, the implemented methods that led to the results should be described clearly and accurately. If the methods were published earlier, only the basic principles should be outlined referring to the adequate literature. Statistical methods and their literature should also be added. The results and discussion parts should be edited separately and clearly. The discussion should be connected to the latest adequate information and to the statement that the authors sed to make their conclusions. The novelty of the results should be evident. The methods, results and discussion should be completed with suitable subtitles. The length of the paper should not exceed ten standard (1,800 characters/page) typed pages.
7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines. In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Address:

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

Editors

Tudományos Diákköri tevékenység az Egészségtudományi és Szociális Képzési Karon

A Tudományos Diákkör célja, hogy elmélyítse és bővítse a hallgatók tananyaggal kapcsolatos tudományos ismereteit, szolgálja a hallgatók önálló kutatómunkáját, lehetőséget nyújtson az elért kutatási eredmények szakmai megítélésére, értékelésére és támogassa az eredmények közzétételét. Olyan öntevékeny csoportról van szó, mely a hallgatók és oktatók együttműködésével az egyes tanszékhez és szakcsoportokhoz kapcsolódóan, azok szakmai útmutatása szerint tevékenykedik.

Minden tanszék és szakcsoport rendelkezik egy Tudományos Diákköri (TDK) felelős oktatóval. Az ő feladatuk évente összegyűjteni és közzétenni azoknak a témavezető oktatóknak a nevét, akik szakterületükhöz kapcsolódóan vállalják a hallgatói tudományos tevékenység koordinálását. A Tudományos Diákkör tagjának tekinthető az a hallgató, akinek jelentkezését a témavezető elfogadta, és elkezdte kutató munkáját. Az eredmények bemutatására évente nyílik lehetőség helyi rendezvényen, ahol a legjobb pályamunkák és előadók jogot szereznek arra, hogy a két évente megrendezésre kerülő Országos Tudományos Diákkör Konferencián (OTDK) a szakirányuknak megfelelő szekcióban összemérjék tudásukat az ország más képzőintézményeiből érkezett hallgatókkal. A helyi és országos rendezvényen értékes díjak kerülnek átadásra. A nyertes hallgatóknak lehetőségük nyílik arra is, hogy az Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar kiadványában, az Acta Sana-ban publikáljanak.

Annak érdekében, hogy Karunkon minél színvonalasabb hallgatói tudományos munka valósuljon meg, minden érdeklődőt és jelentkezőt szeretettel várnak a TDK felelős oktatók:

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport:

Ápolási Tanszék:

Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport:

Fizioterápiás Tanszék:

Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék:

Védőnői Munka és Módszertana Szakcsoport:

Dr. Farkasné Dr. Gunics Gyöngyi

Lőrinczné Kis Andrea

Dr. Tihanyiné Dr. Vályi Zsuzsanna

Nagy Edit

Laukó Gábor

Sándorné Szabó Iringó

Piczil Márta

KTDT elnök