

# 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 1. szám

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

**2008.  
III. évfolyam 1. szám**

**TARTALOMJEGYZÉK**

<b>Fájdalom-management az ápolásban</b> Nagy Erika	<b>6</b>
<b>Nyugdíjreform után – nyugdíjreform előtt Magyarországon</b> Prónai Borbála	<b>12</b>
<b>Siket és nagyothalló fiatalok integrációs lehetőségei a magyar felsőoktatásban</b> Tunyogi József	<b>18</b>
<b>Útmutató az Acta Sana szerzői számára</b>	<b>25</b>
<b>Guidelines to the Authors of Acta Sana</b>	<b>27</b>

**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. 1.**

**CONTENTS**

<b>Pain management in nursing</b> Erika Nagy	<b>6</b>
<b>After the pension reform - before the pension reform in Hungary</b> Borbála Prónai	<b>12</b>
<b>Integration of Deaf and Hard of Hearing Young People in the Hungarian Higher Education</b> József Tunyogi	<b>18</b>
<b>Guidelines to the Authors of Acta Sana</b>	<b>27</b>

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

## Fájdalom-management az ápolásban

Nagy Erika

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Ápolási Tanszék

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

**Kulcsszavak:** fájdalom, ápolás, fájdalomskála

---

### Összefoglalás

**A vizsgálat célja:** A múlt századtól a fájdalom szemléletének változásával a fájdalom-érzet fizikai, pszichés, mentális, szociális komponenseinek vizsgálata került előtérbe. Ez a komplex szemlélet a fájdalom mérésének technikájának vonatkozásában is megjelent, valamint egyre gyakoribbá tette alternatív módszerek alkalmazását a fájdalom enyhítésében. Az ápoló szerepe ebben a folyamatban nélkülözhetetlen. A vizsgálat célja annak feltárása, hogy a felnőtt fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolók milyen eszközöket ismernek és használnak a fájdalom mérésére és csillapítására.

**Módszer:** A vizsgálatban 114, több intézet felnőtt fekvőbeteg osztályán dolgozó ápoló vett részt. A vizsgálat eszköze önkitöltéses kérdőív volt. Az adatok feldolgozása alapstatisztikai próbák segítségével történt.

**Eredmények:** A mintában résztvevők különböző felnőtt fekvőbeteg osztályokon dolgoznak, melyek mindegyikén fontos és kezelendő tünet a fájdalom. A fájdalom felmérésére használható eszközök közül az ápolók leginkább az egydimenziós, vagy kategorikus skálákat ismerik, de a válaszokból kiderült az is, hogy a gyakorlatban alig használják ezeket. Hasonló eredményeket láthatunk a fájdalomcsillapító módszerek esetében is. A válaszolók a nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárásokat kis mértékben alkalmazzák. A felmérés rámutatott arra is, hogy az ápolók szívesen fejlesztenék tudásukat és sajátítanának el új technikákat.

**Következtetések:** Ahhoz, hogy az ápolásban fájdalom-menedzsmentről beszélhessünk, el kell érünk, hogy a gyakorló ápolók mérőeszközöket használjanak, és segítenünk kell olyan módszerek elsajátítását, mellyel hatékonyabban egészíthetnék ki a gyógyszeres terápiát.

---

### Bevezetés

A fájdalom szemlélete a XX. században nagy változáson ment keresztül. A pusztán élettani, fiziológiás felfogás mellett egyre inkább tért hódított a szemlélet, melyben azt hangsúlyozza, hogy a fájdalomérzet fizikai, pszichés, mentális, szociális komponensekből tevődik össze, melyek egymással dinamikus kapcsolatban állnak.

A fájdalom gyógyszeres kezelése az ókorba nyúlik vissza, de a fájdalom komplexitásának vizsgálata csak a múlt században kezdődött. A szemléletváltást egyrészt a fájdalomkutatás fejlődése segítette elő, másrészt annak felismerése, hogy a fájdalom elégtelen kezelése súlyos társadalmi és gazdasági következményekkel jár.

A fájdalomnak számos kiváltó oka van, gyakorlatilag az egész szervezetet érintő folyamat. A szervezet egyéb folyamatai és funkciói alakítják, módosítják a megjelenését. A fájdalom megélését az egyén részéről több összetevő befolyásolja.

A hosszú időn keresztül fennálló, krónikus fájdalomnak káros lélektani hatásai lehetnek, beleértve a félelmet, szorongást, a csökkent önbecsülést, az interperszonális kapcsolatokban felmerülő nehézségeket. A krónikus fájdalomban szenvedő beteg gyakran nem tud dolgozni, családi és társadalmi élete megromlik és a fájdalom miatt beszűkült egyén ezen a lefelé haladó spirálon egyre erősebb szorongást, majd mélyülő depressziót élhet meg.

Az akut fájdalom kései hatásaival csupán az utóbbi 20 évben foglalkoznak tudományos vizsgálatok. Allan Gottschalk és David S. Smith írja: „a fájdalom, melyet gyakran nem megfelelően kezelnek, több mint 23 millió sebészeti beavatkozást követ és hosszan fennállhat a szövetek gyógyulását követően. Az elégtelenül kezelt fájdalom kitörölhetetlen nyomot hagy az idegrendszerben, befolyásolja a posztoperatív időszakot, és az akut fájdalom krónikussá válásával hónapok múlva is rontja a beteg életminőségét”. (1)

A fájdalommal küszködő egyén a társadalomra is nagy terheket ró. Így a fájdalom - főként a krónikus fájdalom - gazdasági és társadalmi problémákat jelent, csökkenti a beteg életminőségét, aki rendszeresen távol marad a munkából, igénybe veszi az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat, ezáltal a biztosító és a munkáltató költségei is nőnek.

Az egyénre és a társadalomra gyakorolt hatások felismerésével megkezdődött a fájdalom-kezelés új koncepcióinak kialakítása. Az American Pain Society 1995-ben a fájdalmat az ötödik életfontosságú jelként definiálja („fifth vital sign”), és a beteg kezelését a fájdalomskálán mért értéktől teszi függővé. (2)

A szemlélet változása a fájdalom mérésének technikájában is jelentkezett. A korábbi egydimenziós fájdalomskálákat (numerikus értékelő skálák, vizualis analóg skálák, kategorikus skálák) a multidimenzionális skálák váltották fel, melyek a fájdalom erősségén kívül annak egyéb jellemzőit is magukban foglalják (pl. a fájdalom hatása a beteg életére).

Ki mérje a fájdalmat? Természetesnek tűnik a válasz, hogy az orvos és az ápoló egyaránt. Az ápoló legfontosabb önálló funkciói közé tartozik az életjelek mérése, a beteg megfigyelése. A fekvőbeteg ellátásban az ápolók műszakonként 8-12 órát töltenek a beteggel. Olyan osztályokon, ahol krónikus betegekkel foglalkoznak, a kapcsolat nem szakad meg az egy-két napos, vagy hetes kórházi tartózkodás után, hiszen a betegek visszajárnak a kezelésekre. Szoros kapcsolat alakul ki a beteggel. A betegek fájdalma szempontjából fontos az ápoló empátián alapuló viszonyulása és még ennél is fontosabb az, hogy elhiszi-e a páciense fájdalmát. Azok a betegek, akiknek fájdalmát elutasítja az ápoló, nagyobb szorongást élnek meg, nehezebben kérnek fájdalomcsillapítót, így fájdalmuk tovább áll fenn, mint akik fájdalma az egészségügyi dolgozók által „hitelesített”. (3)

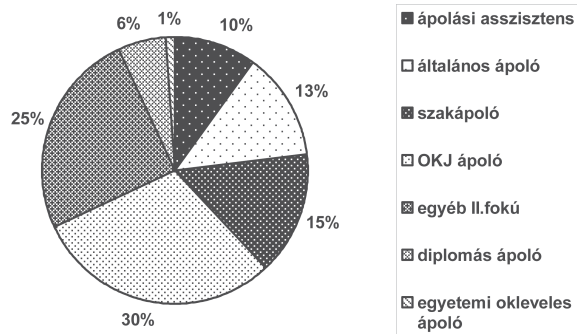
**A vizsgálat célja**

Vizsgálatomban arra kerestem a választ, hogy az ápolók ismerik-e a fájdalom mérésére alkalmas eszközöket, mérik-e a fájdalmat, továbbá milyen gyakran alkalmaznak nem gyógyszeres fájdalomcsillapítást, valamint, hogy milyen módszereket ismernek a nem gyógyszeres fájdalomcsillapításra.

**Módszer**

A vizsgálatban 114, több intézet felnőtt fekvőbeteg osztályán dolgozó ápoló vett részt. A vizsgálat eszköze önkitöltéses kérdőív volt, mely

10 zárt, és öt nyitott kérdést tartalmazott. A demográfiai adatok az életkorra, a nemre, a végzettségre és az osztály jellegére vonatkozó kérdésekből tevődtek össze. A kérdőív további kérdései a fájdalom mérésére és fájdalomcsillapításra vonatkoztak. Az adatok feldolgozása az alapstatisztikai próbák segítségével történt.

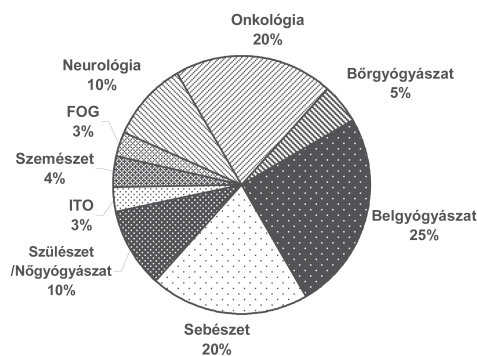


1. ábra: A minta megoszlása végzettség szerint

A megkérdezettek átlagéletkora 41,5 év volt, a mintában szereplő ápolók 97%-a nő. A végzettségeket az 1.számú ábra mutatja.

**Eredmények**

A mintában résztvevők különböző felnőtt fekvőbeteg osztályokon dolgoznak, melyek mindegyikén fontos és kezelendő tünet a fájdalom. Legtöbb helyen, mint pl. a sebészet, szemészet, vagy a fül-orr-gégészet az akut fájdalom gyakori jelenléte jellemző, de az onkológián, neurológián és a belgyógyászaton a krónikus fájdalom is nagy jelentőséggel bíró ápolási probléma. (2. számú ábra)

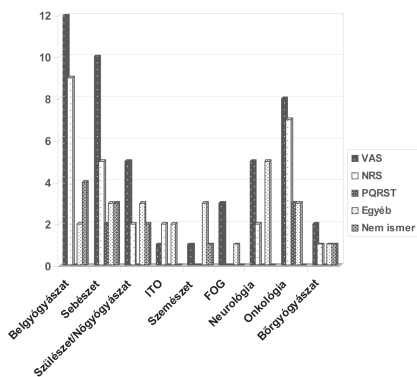


2. ábra: A vizsgált minta százalékos eloszlása fekvőbeteg osztályok között

A fájdalom felmérésére használható eszközök közül hazánkban is sokkal elterjedtebbek az egydimenziós skálák, hiszen ezek használata egyszerűbb és gyorsabb is. A vizuális analóg skála és a numerikus skála hatékonysága között próbált különbséget tenni David E. Fosnocht munkatársaival, de mind-

két eszköz egyformán megfelelőnek bizonyult és jól mérhetővé tette a betegek fájdalmát. (4) A mintában szereplő ápolók is leginkább e két módszert nevezték meg ismertként.

A PQRST kérdőív multidimenzionális skála, melyen megjelöljük a fájdalom palliatív / provokatív faktorait, minőségét, helyét, erősségét, időbeli tényezőit. A kérdőívet leggyakrabban krónikus fájdalom mérésére használják, így nem meglepő, hogy az onkológián dolgozó ápolók többsége ismeri, de öröndetes, hogy a sebészeti osztályokon is többen meg tudták nevezni. Az egyéb kategóriában a különféle fokozatú kategorikus skálákat említették. Ezek közül legtöbbször a négyfokozatú (nincs fájdalom-enyhe fájdalom-közepes erősségű fájdalom-erős fájdalom) skálát nevezték meg az ápolók. (3.számú ábra) A teljes mintát tekintve a vizuál analóg skálát 47%, a numerikus skálát 29%, PQRST kérdőívet 6%, egyéb eszközt 9% említették, és 9% saját bevallása szerint nem ismer a fájdalom mérésére alkalmas eszközt.

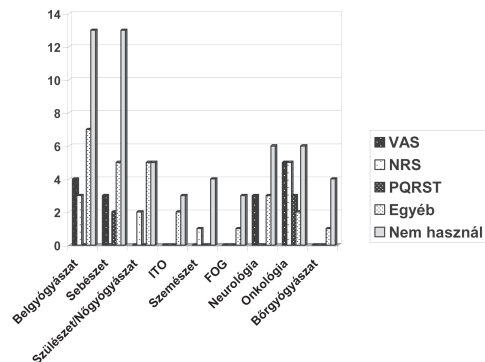


3. ábra: A megnevezett fájdalommérő eszközök osztályonként (VAS- visual analog scale; NRS- numeric rating scale)

A következő kérdés arra vonatkozott, hogy a gyakorlatban a fájdalom felmérésére melyik skálát használják az ápolók. Valamilyen kérdőívet, vagy skálát mindegyik osztályon ismernek az ápolók, mégis mindenütt elmondható, hogy a gyakorlatban alig használják a fájdalommérő eszközöket. Az ápolók 57%-a egyáltalán nem vesz igénybe semmilyen skálát a fájdalom felméréséhez, (az onkológián például, ahol vezető tünet fájdalom, az ott dolgozók 25%-a válaszolta ezt), 11% kérdezi meg a betegeket vizuál analóg, 12% numerikus skála alapján, a PQRST kérdőívet 7%, kategorikus skálákat 17% használ. (4. számú ábra)

A további kérdések a fájdalomcsillapítás módjaira vonatkoztak. A fájdalomcsillapításnak krónikus és akut fájdalom esetén is számos gyógyszeres

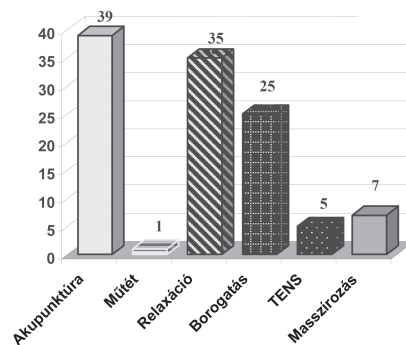
és nem gyógyszeres lehetősége van. A gyógyszeres kezelések esetén az ápoló feladata az orvos által előírt gyógyszer megfelelő alkalmazása, valamint a hatások és mellékhatások megfigyelése.



4. ábra: Az osztályokon használt fájdalommérő eszközök

A nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás széles skálája magában foglalja a beteg komfortérzetének javítását éppen úgy, mint a pszichoterápiás módszerek alkalmazását, melynek több formáját az ápolók önálló funkcióban is gyakorolhatják.

A mintában szereplő ápolókat arra kértem, hogy nevezzék meg az általuk ismert nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárásokat. (5. számú ábra) Az említett eljárások egy része, mint pl. a borogatás, vagy a masszírozás régóta használt és a házi gyógymódokból is ismert eljárás, más részük napjainkban kerül előtérbe a nyugati világban.



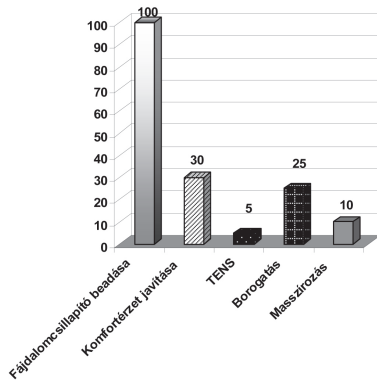
5. ábra: Az ápolók által ismert nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárások

Az akupunktúra egyre nagyobb térrel rendelkezik nem csupán a fájdalomcsillapításban, de az addikciók csökkentésében, vagy fogyókúrások körében is. A relaxációs eljárások sokszínű, könnyebben és nehezebben elsajátítható eljárások, melyek főleg a stressz és a szorongás csökkentése útján érik el fájdalomcsökkentő hatásukat.

Amikor a gyakorlatban alkalmazott módszereket nevezték meg az ápolók, ezek az eljárások már nem szerepeltek a felsoroltak között.



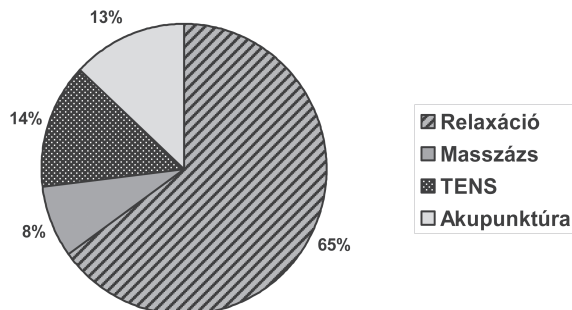
(6. számú ábra) Mindegyik ápoló megnevezi a gyógyszerbeadást. Ehhez a 100%-hoz képest is igen kevésnek tűnik a komfortérzet javítását említők aránya (30%), mely a legegyszerűbb, de hatékony és önállóan végezhető ápolói beavatkozás a beteg fájdalmának csillapítására.



6. ábra: Alkalmazott fájdalomcsillapító eljárások

A borogatáson (25%) és a masszírozáson (10%) túl 5%-ban TENS készüléket is használnak. A TENS módszer lényege az, hogy ha a gerincvelő hátsó szarvában lévő vastag idegrostokat - amelyek feladata az ingereket az agyba továbbítani - elektromos árammal ingerlik, azok ennek hatására egy ún. „telítettségi” állapotba kerülnek. Ekkor nem tudják fogadni a perifériáról érkező fájdalomingeret, és ezáltal megszűnik a fájdalomérzet. A módszer alkalmazására rendelkezésre állnak computervezérlésű, miniatürizált TENS készülékek, melyeket mintegy hatvanféle betegség, probléma kezelésére ajánlanak akár kizárólagos, akár kiegészítő terápiaként. (5)

Bár az ismert és az alkalmazott módszerek között nagy különbség fedezhető fel, a 7. számú ábrán látható, hogy az ápolók szívesen fejlesztenék tudásukat és sajátítanának el új technikákat.



7. ábra: Az ápolók által választott fájdalomcsillapító technika

Elmondható, hogy az ápolók bár ismernek a fájdalom mérésére alkalmas eszközöket, ennek ellenére csak esetlegesen alkalmazzák azokat.

A nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárásokat alig veszik igénybe, és a fájdalomcsillapításban az önálló funkcióban végezhető tevékenységek alig jelennek meg.

### Következtetések

A fájdalom egy fontos tünet, amely az ápolás gyakorlatának minden szakterületén előfordul. A fájdalomcsillapítást a tradicionális felfogás általában orvosi feladatnak tekinti. A fájdalom komplex kezeléséhez azonban team munkára, és jól képzett ápolókra van szükség. Ha az ápoló nem észleli, és nem tudja pontosan leírni a beteg fájdalmát, ha nem pontosan adagolja a fájdalomcsillapítót, ha annak hatását nem figyeli meg, akkor az orvos munkája sem lehet hatékony.

Az 1997-es CLIV. Tv. az egészségügyről alapján az ápoló törvénybe foglalt feladata a fájdalommal kapcsolatban a következő:

„98.§. (1)

a.) Az ápolás azoknak az ápolási, és gondozási eljárásoknak az összessége, amelynek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése, a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával;

b.) a beteg önellátó képességének helyreállítására, a betegség okozta fájdalom csökkentésére és a szenvedés enyhítésére irányul. (6)

Lényeges, hogy ne csupán a fájdalom csillapításáról, hanem annak menedzseléséről beszélhessünk. A fájdalom menedzselése nem csupán anglicizmus, vagy szóhasználatban jelentkező különbség, hanem sokkal inkább egy új szemlélet bevezetése, amely a kognitív és emocionális tényezők figyelembe vételével, multidiszciplináris szemléletben, team-munkát tesz lehetővé és követel meg a betegek érdekében.

A fájdalom menedzselése tudományosan megalapozott módszerek használatát jelenti, és további kutatásokat sürget, hiszen hazánkban még kevés vizsgálat készült az ápolók fájdalomcsillapításban játszott szerepéről. Az utóbbi évtizedekben az ápolás kénytelen a költségekkel is számolni. Tudnunk kell, mikor és mennyit költünk egy-egy jól bevált eljárásra, hiszen lehet, hogy a hagyományos eljárásoknál van költséghatékonyabb megoldás is. Az elemzéseknek a módszereink hatékonyságán túl ki kell térniük a költségelemzés területére még akkor is, ha ez néha nem tűnik humánusnak. (7)

A fájdalomcsillapítók ára eltérő, a korszerűbbek igen drágák. A szupportív technikák, melyek csökkenthetik a fájdalmat, így a relaxáció fajtái, a zeneterápia, a vezetett képzelet, és más pszichológiai beavatkozások relatíve olcsók. Ezek az eljárások részben igen időigényesek, azonban az ápolóktól speciális felkészültséget kívánnak meg. A fájdalomcsillapító kezelések jelentőségének mérlegelésénél és gyakorlati megtervezésénél ezeket az aspektusokat is figyelembe kell venni.

Az ápoló kulcsszereplő a betegek körülményeinek, szükségleteinek és személyiségének széleskörű megértésében, valamint a fájdalom adekvát kezelésében. Szemlélet hiányában mégis legtöbbször a fájdalomcsillapítás az ápoló részéről a komfortérzet biztosításán túl az orvos által elrendelt fájdalomcsillapító beadásából áll. Kevés helyen mérik a betegek fájdalmát, és az ápolók nagyon kevés alternatív terápiát alkalmaznak, és következőképpen tudnak átadni a betegnek.

Az ismeretekhez szükséges adatok feltérképezéséhez az ápoló számára számos forrás áll rendelkezésére. Az adatgyűjtés szubjektív és objektív leleteken alapul. A fájdalom és a szorongás észleléséhez, méréséhez nélkülözhetetlenek az ezeket mérő skálák, amelyek a klinikai gyakorlat hasznos eszközévé válhatnak. A mérőeszközök segítségével mérhetővé, és ezáltal értékelhetővé válik az ápoló beavatkozása is, amely az ápolási folyamat tudatosabb tervezésének feltétele. A skálák beépíthetők az ápolási dokumentációba, figyelembe véve az adminisztrációból fakadó megterhelést. Táblázatos formában elkészíthető és összeállítható a megfigyelési szempontrendszer, amely minden osztályon alkalmazható. (8)

Nagy Britanniában 1997 óta képeznek az akut és krónikus fájdalom csillapítására ápolókat. Fontos szerepük van a fájdalom és komponenseinek (szociális, spirituális, mentális, pszichés) mérésében, a betegek oktatásában és gondozásában, a relaxációs terápiák és coping mechanizmusok átadásában, tanításában. Ápolási standardokban fektették

le a különféle képzettségi szintekhez tartozó kompetenciákat. (9)

A társadalomban az egyre szélesebb ismeretszerzési lehetőségeknek köszönhetően megnőtt az igény az alternatív fájdalomcsillapító technikák alkalmazására. A kereskedelemben kaphatók TENS készülékek, melyek használatának elsajátításához nem szükséges orvosi végzettség. Gyakorlati alkalmazásukat azonban meg kell tanulni és ahhoz, hogy ez valóban hatékonyan csillapítsa a fájdalmat, szükséges hogy felkészült szakember tanítsa meg rá a beteget.

Több olyan relaxációs technika ismert, melyet jól képzett ápolók is oktathatnának. A progresszív izomrelaxációtól az autogén tréningen át a zeneterápiáig számtalan eljárás létezik, mely nem csak a betegek fájdalmának enyhítésében, de az ápolók saját lelki egészségvédelmében is hasznos szerepet tölthetne be.

A zeneterápia az ember érzéseire, érzelmeire, a zenén keresztül „kitapintható” komponensekre irányul. Ilyenkor a zene az önkifejezés, a befogadás, a kapcsolatteremtés és a fájdalomcsillapítás terén a figyelemelterelés eszköze. A receptív zeneterápia a zenehallgatáson alapul. Ilyenkor a beteg befogadó: a zene hallgatása hat rá, ezen keresztül dolgozza fel élményeit, vagy feleli el fájdalmát. E terápia egyszerűsített formáját az ápolók is alkalmazzák, pl. az Egyesült Államokban és Angliában is relaxációs módszerekkel együtt. (10)

A betegek, és különösen a krónikus betegek ellátásában meghatározó az ápoló személyisége és felkészültsége. A gondozás, a rehabilitáció folyamatában koordináló, oktató, segítő szerepe nélkülözhetetlen. Szükség van tehát olyan tudásra és technikákra, melyek bevonhatóak az ápolás gyakorlatába. Nemcsak a betegek szorongását oldhatjuk, és fájdalmát csillapíthatjuk ezzel, de költségeket is takaríthatunk meg azáltal, hogy több módon támadjuk meg a fájdalmat. Így csökkenhet az ápolási idő és a gyógyszerköltség is, de hosszú távon a rokkantsági mutatók is javulhatnak.

### Irodalomjegyzék:

1. **Gottschalk A., Smith D.:** New Concepts in Acute Pain Therapy: Preemptive Analgesia. American Family Physician Volume 63 (10), May 15, 2001
2. **American Pain Society,** Quality of Care Committee. (1995) Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA; 274: 23, 1874-1880.
3. **Watt-Watson J., Garfinkel, P., Gallop, R. et al.:** The Impact of Nurses' Empathic Responses on Patients' Pain Management. Nursing Research, Volume 49(4), July/August 2000, 191-200.

- 
4. **Fosnocht DE, Dahle JM, Swanson ER:** Measuring Pain Intensity in the ED: Correlation of a Numeric Rating Scale with a Visual Analog Scale. *Academic Emergency Medicine* 2003; 10: 484
  5. **Bíró István:** A fájdalom és a transcutan elektromos ideg ingerlés-blokád. *TENS/TENB Medicina*, 1999.
  6. **1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről**
  7. **Gulácsi László:** Tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás 2. rész: Az ápolási tevékenység megfelelősége és mérhetősége. *Nővér*, 2000. 13. évf. 2. sz. 33-38.
  8. **Horváth A., Nagy E.:** A fájdalom menedzselésének ápolási szempontjai. *IME IV. évfolyam* 7. szám, 2005. október
  9. **Recommendations for Nursing Practice in Pain Management.** British Pain Society, 2002. [http://www.britishpainsociety.org/pub\\_professional.htm](http://www.britishpainsociety.org/pub_professional.htm)
  10. **Evans, D.:** The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2002, 37(1), 8-18.
- 

### Pain management in nursing

Nagy, E.

University of Szeged Faculty of Health Sciences and Social Studies,  
Department of Nursing  
e-mail: [nerika@etszk.u-szeged.hu](mailto:nerika@etszk.u-szeged.hu)

**Keywords:** pain, nursing, pain scale

#### Summary

**Introduction:** Since the last century, because the change in pain's view, the pain sensation's physical, psychic, mental and social components have got into forefront. This complex view came forward in the technique of the measurement of the pain, and made the application of alternative pain-alleviating methods more frequent. The nurse's role is indispensable in this process.

**Objective:** The aim of the research was to explore what kind of devices are known to nurses who work in adult in-patient medical departments, and are they useful for measuring the pain and its damping.

**Methods:** 114 nurses from various institutes' adult in-patient wards attended the research. The device of the examination was a self-filling questionnaire. The processing of the data was made using basic statistic methods.

**Results:** The participants of the sample are working in different adult in-patient wards in which the pain is important and treatable symptom. From the devices which can be used for measuring the pain the nurses know mostly the unidimensional and categorical scales, but the answers show that these scales are hardly used in the practice. We can see similar results from the answers about painkilling methods. The nurses rarely use non-medical pain-treating methods not taking notice that these can be made in independent function. The examination also shown that the nurses would like to develop their knowledge and acquire new techniques.

**Conclusion:** If we like to talk about pain management in nursing, the nurses in practice have to apply the measuring devices. We have to help the acquisition of methods which could be more effective in complementing the medical therapy.

---

## Nyugdíjreform után – nyugdíjreform előtt Magyarországon

Prónai Borbála

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

**Kulcsszavak:** nyugdíjbiztosítás, nyugdíjreform, kötelező magánpénztári nyugdíj

### Összefoglalás

A tanulmány az időskori biztonságot jelentő nyugdíjbiztosítási rendszer magyarországi reformjával foglalkozik. Röviden bemutatja a nyugdíjrendszer átalakítását szükségessé tevő főbb tényezőket, a kedvezőtlen demográfiai, gazdasági, munkaerő-piaci folyamatokat. Összefoglalja az eddig megtett reformlépéseket, melyek főleg a magyar nyugdíjrendszer finanszírozhatósága érdekében történtek. Bemutatja az 1998-tól bevezetett magánnyugdíj-rendszert, melynek egyik célja az egyéni felelősség és öngondoskodás erősítése volt. Kitér a kötelező magán-nyugdíjpénztári tagság alakulására, az önkéntes belépés lehetőségére, illetve a társadalombiztosítási nyugdíjrendszerbe való visszalépés szabályozására. Ismerteti a magán-nyugdíjpénztár által nyújtott szolgáltatásokat, a rokkantsági nyugdíjra jogosult pénztártagok választási lehetőségeit. Felvázolja a nyugdíjrendszerben tervezett további változtatásokat, elképzeléseket.

### Bevezetés

A szociális ellátás rendszerének egyik legfontosabb területe az időskori biztonságot jelentő nyugdíjrendszer, amit az a tény is mutat, hogy Magyarországon jelenleg több mint három millió ember részesül nyugellátásban. A nyugdíjbiztosítási rendszer átalakítása, tervezett változtatása, mivel előbb-utóbb mindenkit érint, alapvetően befolyásolja és meghatározza minden magyar állampolgár szociális biztonságát.

### Nyugdíjbiztosítási rendszer átalakításának szükségessége

A nyugdíjbiztosítási rendszerek a világ szinte minden országában, így hazánkban is átalakítás közben, előtt vagy után állnak, a megváltozott demográfiai, társadalmi, gazdasági, politikai feltételekhez való alkalmazkodás és a hosszabb távú stabilitás biztosítása érdekében.

A nyugdíjbiztosítási rendszer átalakítását Magyarországon is több tényező tette és teszi szükségessé: az 1970-es évek közepétől, de az 1980-as évektől még inkább tapasztalható kedvezőtlen demográfiai, gazdasági, munkaerő-piaci folyamatok következtében nemcsak a kiadások növekedése figyelhető meg, de a bevételek csökkenése is.

### Költségek emelkedése – bevételek visszaesése:

- gazdasági növekedés megtorpanása
- várható átlagos élettartam emelkedése

- születésszám csökkenése (teljes termékenységi arányszám 1970 előtt még meghaladta a kettőt, mára közelít az egyhez – 1,3) (1)

- második világháború után született “Ratkógyerekek” és azok gyerekeinek nyugdíjba vonulása a 2010-es, majd a 2040-es években várható

- idősebb korosztály arányának növekedése
- nyugdíjasok számának emelkedése

- magas munkanélküliség

- rokkantnyugdíjazások magas száma

- képzési idő növekedése

- járulékfizető foglalkoztatottak számának csökkenése



nyugdíjkiadások emelkedése – finanszírozási problémák

A magas munkanélküliség és a kedvezőtlen demográfiai folyamatok (a társadalom elöregedése) következtében folyamatosan romlik az aktív-inaktív rétegek aránya (és ez irányba hat az egyre hosszabb képzési idő is), mely tendencia a jövőben várhatóan tovább folytatódik.

Míg Magyarországon 1980-ig az élveszületések száma meghaladta a halálozások számát, addig 1981-től sajnos természetes fogyás figyelhető meg. Jellemzővé vált a fiatalok számának csökkenése (20 év alattiak aránya: 1970-ben 30 %, 2000-ben 23,5 %, 2050-ben várhatóan 18,9 %), a 65 éven felüliek arányának emelkedése (1970-ben 11,5 %, 2000-ben 14,7 %, 2050-ben előzetes számí-

tások alapján 26,2 %). Magyarországon már ma a lakosság 21 %-a 60 éven felüli, 30,3 %-a nyugdíjas, itt is előszeretettel élnek a korai nyugdíjazás lehetőségével, s így a nyugdíjkiadások már 1994-ben elérték a GDP 10 %-át, s ezt a tendenciát erősíteni fogja, hogy a második világháború után született „Ratkó-gyerekek” és azok gyerekeinek nyugdíjba vonulása a 2010-es, majd a 2040-es években várható. (1, 2, 3)

Mindezek a folyamatok, valamint a nyugdíjbiztosítás finanszírozhatóságának fenntartása szükségessé és elkerülhetetlenné tette és teszi a jelenlegi rendszer átalakítását.

A Világbank 1994-es jelentése követendő példának állította a chilei típusú nyugdíjreformot. Javasolta az állami felosztó-kirovó rendszer visszaszorítását, a társadalombiztosítási nyugdíjrendszerek részleges magánosítását, és e mellett ajánlotta a régi rendszerek reformját is, amit véleménye szerint az átmenet előtt, vagy azzal egy időben kell megvalósítani. (4) A javaslatnak megfelelően számos országban hoztak létre magánkezelésű, tőkésített, kötelező, bérjárulékból finanszírozott nyugdíjalapokat (pl. Svédország, Lengyelország). Az átmenet jelentős költségnövekedéssel járt, hiszen a régi rendszer működtetése mellett kellett felállítani az új alapokat. Így jelentősen megnőtt az aktív korban lévők terhelése, akik egyszerre fizetik szüleik nyugdíját és előtakarékoskodnak saját nyugdíjukra.

A reformlépések (melyek főleg a finanszírozhatóság érdekében történtek) nálunk is a világ más országaiban alkalmazott megoldási módokhoz hasonlóan alakultak (jogosultsági feltételek szigorítása, szolgáltatások körének szűkítése, mértékek csökkentése).

### **Szigorítások a nyugdíjrendszerben:**

- öregségi teljes nyugdíjra jogosító minimális *szolgálati idő*:  
10 év → 20 év (1991)
- öregségi *nyugdíjkorhatár* felemelése:  
55/60 év → 62 év (1998) (5, 6, 7, 10)

Mindkét intézkedésnél hosszabb átmeneti időt biztosítva igyekeztek a zavartalan átállást, az érintett dolgozók érdekeinek védelmét megvalósítani. Az átmenet zökkenőmentessé tétele érdekében bevezették az öregségi (1991) és a rokkantsági (1993) résznyugdíjat, valamint az előrehozott öregségi nyugdíj lehetőségét (1997). (6, 7, 8, 10)

### **Nyugdíjbiztosítás reformja**

Az egyéni felelősség és öngondoskodás erősítését két jelentős intézkedés célozta meg, az első 1993-ban kiegészítő jelleggel lehetővé tette önkéntes nyugdíjpénztárak alakítását (nem a társadalombiztosítás keretében), a másik 1998-ban kötelező jelleggel bevezette a tőkefedezeti elven működő magán-nyugdíjpénztári rendszert.

Ezzel az 1998-ban megvalósított nyugdíjreformmal nyugdíjbiztosításunk három pillérűvé vált. Vegyes finanszírozással működik, mely szerint a társadalombiztosítási nyugdíj felosztó-kirovó, a kötelező magánpénztári nyugdíj tőkefedezeti elvű és ezeket egészíti ki az önkéntes biztosítás lehetősége. Az önkéntes nyugdíjpénztárakba belépők számára nyújtott személyi jövedelemadókedvezménynek is köszönhetően taglétszámuk gyorsan növekedett. A reformmal a szolidaritás mellett felerősödött az öngondoskodás jelentősége.

### **Pályakezdők kötelező magán-nyugdíjpénztári tagsága: (9, 11, 12)**

A pályakezdőknek (42. életévük betöltéséig) 1998. július 1-jétől kötelező volt magán-nyugdíjpénztárt választaniuk, vagy a kijelölt területi magán-pénztár tagjai lettek. 2002-ben megszűntek a kötelező magán-nyugdíjpénztári tagságot, s mindenki szabadon dönthetett – biztosítottá válását követő év végéig – a magán-nyugdíjpénztári belépésről, de eddig az időpontig vissza is lehetett lépni a társadalombiztosítási rendszerbe. Majd a pályakezdők számára 2003-tól ismét kötelezővé váló magán-nyugdíjpénztári tagság miatt ez a visszalépési lehetőség 2003. december 31-re módosult. 2006-tól az tekinthető pályakezdőnek, aki tanulmányait befejezve első ízben létesít biztosítási jogviszonyt, és nem töltötte be 35. életévet.

A nem pályakezdők saját elhatározásuk alapján csatlakozhattak valamelyik magán-nyugdíjpénztárhoz, vagy maradhettek a társadalombiztosítási nyugdíjrendszerben, és akkor nyugdíjra kizárólag innen számíthatnak. Önkéntesen 1999. augusztus 31-éig lehetett átlépni a magán-nyugdíjpénztári rendszerbe, de 2000. december 31-éig még vissza lehetett lépni (egy alkalommal) a társadalombiztosítási nyugdíjrendszerbe. Ez a magán-nyugdíjrendszerbe való átlépési határidő 2003. december 31-re módosult, feltételként előírták viszont a 2003. január 1-én még be nem töltött 30. életévet. Jelenlegi szabályozás szerint, ha a dolgozó külföldön már kötelezően biztosított volt, nem kötelező pénztártaggá válnia, ám 30 éves kora előtt megteheti,

amikor Magyarországon első alkalommal létesít nyugdíjbiztosítási jogviszonyt.

A visszalépési határidő is többször változott, és ez a lehetőség a kötelezően beléptetettekre is kiterjedt, jelenleg 2012. december 31, bár bizonyos feltételeket előír a törvény (jogosultság pénztári nyugdíjszolgáltatásra, 10 évnél rövidebb magánnyugdíjpénztári jogviszony, magánnyugdíjpénztári járadék várható összege nem éri el a társadalombiztosítási nyugdíj-rész 25 %-át).

#### **Nyugdíjbiztosítási ellátások:**

- társadalombiztosítási nyugdíjrendszer keretében járó szolgáltatások:
  - saját jogú nyugellátások (öregségi nyugdíj, rokkantsági nyugdíj, baleseti rokkantsági nyugdíj)
  - hozzátartozói nyugellátások (özvegyi nyugdíj, árvaellátás, szülői nyugdíj, baleseti hozzátartozói nyugellátások)
- magánnyugdíj keretében járó szolgáltatások:
  - nyugdíjjáradék
  - egyösszegű kifizetés (9)

Magánnyugdíj-rendszer tagjainak nyugdíja eredetileg két részből állt:

- 75 %: társadalombiztosítási nyugdíj
  - 25 %: garantált magánnyugdíj (legalább 15 évi tagdíjfizetés esetén)
- (normajáradék: a pénztártag számára megállapítandó legkisebb nyugdíjjáradék – társadalombiztosítási nyugdíjának 25 %-a) (11)

Ez kedvezőbb is lehet a tisztán társadalombiztosítási rendszerben kapott összegnél, amennyiben többet fizetnek be (magas fizetés, tagdíj-kiegészítés), és a magánnyugdíjpénztár magasabb hozamot tud biztosítani. Viszont nem volt ajánlott átlépni a magánnyugdíjpénztári rendszerbe a 47 éven felülieknek, a tartósan betegeknek, a munkanélkülieknek, az alacsonyabb jövedelműeknek.

A normajáradékot az eredeti elképzelések szerint a Garanciaalap, végső esetben az állami költségvetés garantálta. 2002-től megszűnt a normajáradék, így a pénztári járadékot kizárólag az egyéni számla egyenlege alapján kell megállapítani, tehát a Garanciaalap nem finanszíroz garantált járadékot (25 %), csak a tagi követelést garantálja. Ezzel megszűnt az az egyösszegű szolgáltatás is, amikor a normafedezet (ami a normajáradékhoz szükséges) kétszeresét meghaladó összeg felvehető volt a nyugdíjjáradék folyósításának megkezdésekor. (10, 11)

Az Évgyűrűk honlapján található nyugdíjszámítási program szerint:

- egy ma 50 éves, beosztott szellemi munkát végző diplomás
- 22 évi magánpénztári tagság után
  - fizetésének kb. 9 %-át kapná járadékként (társadalombiztosítási veszteségét kalkulációk szerint kb. 15 %-os helyettesítési ráta pótolná) (13, 14)

Ez a példa azt mutatja, hogy a magánnyugdíj-rendszerbe átlépett tagok sokszor rosszabbul járnak, mintha maradtak volna a társadalombiztosítási nyugdíjrendszerben. 2007 októberében felmerült egy javaslat, hogy az 50 évnél idősebb magánpénztári tagok átmenetileg visszaléphessenek a társadalombiztosítási nyugdíjrendszerbe. Ez a javaslat csak egy napig élt, hiszen ezzel a változtatással egyrészt elismernék, hogy nem kellő tájékoztatás után kellett dönteniük az embereknek, másrészt leszoktatnák az állampolgárokat arról, hogy döntésükért felelősséget kell viselniük.

A magánnyugdíj-rendszer keretében a biztosítottak és a kedvezményezettek (a pénztártag bárkit jelölhet, jelölés hiányában a törvényes örökös) nyugdíjjáradéokra vagy egyösszegű kifizetésre szerhetnek jogosultságot.

#### **Magánnyugdíj keretében járó szolgáltatások:**

I. A pénztártag négyféle nyugdíjjáradék közül választhat (belépéskor vagy nyugdíjba vonuláskor): (11)

- „egy életre szóló” életjáradék – tag számára fizetik élete végéig (csak akkor örökölhető, ha a tag a felhalmozási időszakban hal meg),
- „elején határozott időtartamos” életjáradék – előre meghatározott időtartamon át jár a pénztárnak és kedvezményezettjének, ennek lejárta után a pénztártag kapja élete végéig,
- „végén garanciátartamos” életjáradék – pénztártag kapja élete végéig, majd halála után a kedvezményezettnek folyósítják előre meghatározott időn át,
- „kettő vagy több életre szóló” életjáradék – pénztártag és kedvezményezettje vagy kedvezményezettjei kapják életük végéig.

Ez a felsorolás egyben sorrendet is jelöl, mely szerint a kedvezményezettek egyre biztosabban jutnak hozzá az elhunyt pénztártag járadékához, de ez azt is jelenti, hogy a havi járadék összege egyre kisebb lesz.

A négyféle életjáradék-típus közül a pénztár legalább kettőt köteles biztosítani, és akár egy biztosítóintézetől is megvásárolhatja a járadékszolgáltatást, sőt a járadék saját folyósításának külön feltételeket szabhat.

## II. Egyösszegű kifizetés:

- pénztártag felhalmozási időszakban bekövetkezett halála
- kedvezményezett részére, aki ha nem azonos a hozzátartozóval, átutaltathatja az összeget a Nyugdíjbiztosítási Alaphoz annak érdekében, hogy az özvegy, árva, szülő teljes összegű hozzátartozói nyugellátásra legyen jogosult;
- nincs legalább 15 évi tagdíjjal fedezett tagsági viszony (kérhető járadék is, de összege igen alacsony lehet) (11)

A rokkantsági nyugdíjra jogosult pénztártag választhat:

- vagy az egyéni számláján felhalmozott összeg terhére veszi igénybe a magán-nyugdíjpénztári járadékszolgáltatást (ekkor csökkentett összegű – 75 %-os – társadalombiztosítási rokkantsági nyugdíjra lesz jogosult) – ez akkor éri meg neki, ha jelentős összeg van a számláján,
- vagy átutaltatja az egyéni számláján felhalmozott összeget a Nyugdíjbiztosítási Alapba, és teljes összegű társadalombiztosítási rokkantsági nyugdíjra lesz jogosult (10)

## További nyugdíjreform-elképzelések: (10, 15, 16, 19, 20, 21.)

- nyugdíjkorhatár emelése (65 évre – várhatóan 2013-tól fokozatosan 5 év alatt)
- járadékok befizetett járulékhöz, szolgálati évek számához való szorosabb kapcsolása
- nyugdíjszámítás alapjának módosítása (2008-tól: nettó jövedelem)
- e miatt, számítások szerint az induló nyugdíjak összege 2008-ban mintegy 8 %-kal lesz alacsonyabb
- a valorizáció megváltoztatása (nyugdíjazás előtti év szintjéig), ami az előbbi, kalkulált csökkenést ellensúlyozza (most a nyugdíjazást megelőző harmadik év előtti évek keresete van a nyugdíjazást megelőző második év kereseti szintjéhez igazítva)
- nyugdíjemelés újraszabályozása – két lehetséges változat szerint:
  1. infláció – béremelkedés: 75% – 25 %-os arányában;
  2. csak infláció követése
- korai nyugdíjazás lehetőségének szigorítása

- rokkantsági nyugdíjazás feltételeinek szigorítása (munkaképes rokkantak: rehabilitációs járadékot kapnak – max. 3 évig)
- kerkedvezmény szükítése (2010. dec. 31-ig marad)

## Tervezett intézkedések: (10, 16, 17, 18, 19, 20, 21.)

Nyugdíjbiztosítási Alaphoz kerül:

- 2008: rokkantsági ellátások, baleseti táppénz
- 2009-től: táppénz, gyed, gyes kifizetése (biztosítói modellváltás miatt: új egészségpénztárak csak természetbeni ellátásokat nyújtanak – nem működnek kifizetőhelyként)
  - járulékok átcsoportosítása (munkáltató: 3 % átkerül a nyugdíjbiztosításhoz, munkavállaló: egészségbiztosítási járulék 7 %-ról 6 %-ra csökken, nyugdíjbiztosítási járulék 1 %-kal, 9,5 %-ra nő)
- gyermekgondozási díj fele járulékalapból kerül kifizetésre, s csak felét állja a költségvetés
- nyugdíj melletti munkavállalás szigorítása:
  - 2008 előtt nyugdíjba vonulók: 2010-ig korlátozás nélkül vállalhatnak munkát
  - 2008-tól nyugdíjazottak: 62 éves korukig, ha a keresetük meghaladja a minimálbér összegét, a nyugdíjfolyósítás szünetel

viszont

- 2009-től: nem szűnik meg a nyugdíjminimum
- átmenetileg megmarad a résznyugdíj intézménye is (eredetileg 2009-től ez is megszűnt volna)
- 2013-ig marad az előrehozott nyugdíjazás mai rendszere

## Összegzés

A nyugdíjbiztosítási rendszernek kiszámíthatónak, áttekinthetőnek kell lennie, ahol mindenki számára egyértelmű és világos, hogy mik a jogai, mik a kötelességei, miért mi jár. Érvényesülnie kell a jogbiztonságnak és a hosszú távú stabilitásnak. A nyugdíjrendszer megváltoztatása előtt minden esetben szükség lenne az intézkedések fiskális, társadalmi hatásainak felmérésére is.

Az eddig megtett és jelenleg tervezett intézkedésekből sajnos azt lehet látni, hogy ezek az elvek nem mindig érvényesültek, a változtatások sokszor megalapozatlanok, elsietettek, ennek következtében gyakoriak a visszarendeződések, a módosítások. Megfigyelhető a kellő tájékoztatás hiánya is, így a biztosítottak döntése nem minden információ birtokában történik, ami az egyébként is bizonytalan jövőt még kiszámíthatatlanabbá teszi.

A nyugdíjbiztosítás átalakítása során alapvető cél, hogy csökkenjenek az ellentmondások, szakmai, politikai egyetértés, társadalmi megegyezés alakuljon ki, a különböző érdekek között elfogadható egyensúly valósuljon meg és érvényesüljön a hosszú távú stabilitás iránti igény. Ezeken túl még biztosítani kell az Európai Unió tagorszá-

gainak nyugdíjrendszereihez való harmonikus kapcsolódást is. Azt is látnunk kell azonban, hogy mivel a juttatások nagysága, színvonala elsősorban a gazdaság teljesítőképességének függvénye, ezért a finanszírozhatóságot a tartós gazdasági növekedés, a munka termelékenységének emelkedése alapozhatja meg.

### Irodalomjegyzék

1. Demográfiai évkönyv 2003. KSH. Bp. 2004.
2. **Augusztinovics Mária – Gál Róbert Iván – Matits Ágnes – Máté Levenete – Simonovits András – Stahl János:** A magyar nyugdíjrendszer az 1998-as reform előtt és után. Közgazdasági Szemle, 2002. 6. sz. 473-517.
3. **Hablicsek László:** Hosszú távú demográfiai forgatókönyvek. Magyarország. 1995-2050. KSH. Népeségtudományi Intézet. Bp. 1995.
4. World Bank Policy Research Report. Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth. Oxford University Press, Oxford. 1994.
5. 1980. évi 20. tvr. a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. tv. egyes rendelkezéseinek módosításáról. Törvények és rendeletek hivatalos gyűjteménye 1980. Közgazdasági és Jogi K. Bp. 1981. 214. o.
6. 1991. évi II. törvény (1-2. §) a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. tv. módosításáról. In: <http://www.1000ev.hu/index.php>.
7. 1993. évi VIII. törvény (11. §) a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. tv. módosításáról és kiegészítéséről. In: <http://www.1000ev.hu/index.php>.
8. 1996. évi LIX. törvény ( 1. §) az öregségi nyugdíjkorhatár emeléséről és az ezzel összefüggő törvénymódosításokról. In: <http://www.1000ev.hu/index.php>.
9. 1997. évi LXXX. törvény (4, 14, 17. §) a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultaktól, valamint az e szolgáltatások fedezetéről.
10. 1997. évi LXXXI. törvény (7, 9-12, 18, 20, 28. §) a társadalombiztosítási nyugellátásról.
11. 1997. évi LXXXII. törvény (2-4, 22, 27-30, 89, 98, 123. §) a magánnyugdíjról és a magánnyugdíjpénztárakról.
12. 2001. évi LXXXIV. törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai 2000. évi költségvetésének végrehajtásáról. In: <http://www.1000ev.hu/index.php>.
13. Visszalépés a visszalépéstől. In: <http://www.nol.hu/cikk/468448/> (letöltés dátuma: 2007. 10. 19.)
14. [http://evgyurukcalc.econet.hu/info\\_public.html](http://evgyurukcalc.econet.hu/info_public.html) (letöltés dátuma: 2007. 10. 19.)
15. Startpályán a nyugdíjreform. In: <http://www.nol.hu/cikk/467188/> (letöltés dátuma: 2007. 10. 09.)
16. Ami elvész a vámon, bejön a réven. In: <http://www.nol.hu/cikk/472249/> (letöltés dátuma: 2008. 01 10.)
17. Árukodó tb-alapok – Ágyaznak a biztosítói modellváltásnak. In: <http://www.nol.hu/cikk/471406/> (letöltés dátuma: 2007. 11 15.)
18. Visszavonuló a korai nyugdíjazás szigorításából. In: <http://www.nol.hu/cikk/472251/> (letöltés dátuma: 2007. 11 21.)
19. **Matits Ágnes:** ÖSSZEFOGLALÓ a magyar nyugdíjrendszerről és problémáiról, valamint a lehetségesnek tartott megoldásokról vallott nézetekről. In: <http://www.portfolio.hu/cikkek.tdp?k=2&i=75771> (letöltés dátuma: 2007. 11. 19.)
20. <http://www.portfolio.hu/melleklet/nyugdij.tdp> (letöltés dátuma: 2007. 11. 19.)
21. <http://www.portfolio.hu/cikkek.tdp?> (letöltés dátuma: 2007. 11. 19.)



---

**After the pension reform - before the pension reform in Hungary**

Prónai, B.

University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies,  
Department of Social Work and Social Policy  
e-mail: [probo@etszk.u-szeged.hu](mailto:probo@etszk.u-szeged.hu)

**Keywords:** pension scheme, pension reform, mandatory private pension

**Summary**

The study deals with the Hungarian reform of the pension system that provides security in old age. It explains briefly the main factors that necessitated the changes in the pension scheme, the adverse demographic, economic and labour market processes. It summarises the steps of reform already taken, which were taken mainly in order to be able to finance the Hungarian pension system. It describes the new private pension scheme introduced in 1998, the aim of which was partly to enforce individual responsibility and self care. Also, it describes the changes in the membership of mandatory private pension schemes, the possibilities to join them voluntarily, and the regulation on the ways of returning to the social security pension scheme. It elaborates on the services provided by the private pension schemes, and the options the members have who are eligible to disabled pension. It outlines some planned changes and ideas for the future as well.

---

## Siket és nagyothalló fiatalok integrációs lehetőségei a magyar felsőoktatásban

Tunyogi József

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

**Kulcsszavak:** érzékszervi fogyatékosok, siketek, nagyothallók, esélyegyenlőség, felsőoktatás

---

### Összefoglalás

Az Európai Unió alapító és később csatlakozott országaiban egyaránt megfigyelhető, hogy az érzékszervi, elsősorban a siket és nagyothalló hallgatók rendkívül alacsony arányban tanulnak a felsőoktatásban. Kutatócsoportunk egy közös projektben, három ország (Olaszország, Lengyelország és Magyarország) érintett szervezeteinek részvételével próbálja e jelenség hátterét feltárni és keresni a társadalmi befogadás lehetőségeit. A projekt közvetlen célja, hogy az érzékszervi fogyatékosok, különösen a siketek nagyobb arányban kerüljenek be a felsőoktatásba.

A tanulmány hozzá kíván járulni a távolmaradás valódi okainak felkutatásához és a kielégítetlen szükségletek megismeréséhez. Feltételezhető, hogy ezen okok a magyar környezetben a több évtizedes, erőltetett orális kommunikációban, az érdekek gyenge érvényesítésében és a mindezekből következő, ezekkel szorosan összefüggő társadalmi befogadás hiányában keresendők.

Kutatási módszer a kérdőíves pillanatfelvétel, amely azonban a vártnál alacsonyabb mintaelemszám miatt csak a probléma jelzése, és csak azt az alapsokaságot reprezentálja, amely már résztvevője a felsőoktatásnak.

A vizsgálat kiterjed az érintett csoport kommunikációjára, a mindennapi életben megjelenő nehézségekre, a kapott szolgáltatásokra, a valós szükségletekre, az esélyegyenlőséget biztosító koordinátor szerepére és a (siket és nagyothalló) hallgatók jövőképre.

---

Jelen tanulmány a „Counselling Centre for Training Sensory Disabled” című Grundtvig 2 projekt keretében készült. A projekt alapvető törekvése, hogy létrehozzon az olaszországi Abruzzo Régióban az érzékszervi fogyatékosok, azon belül is siketek számára képző- és tanácsadó központot.

A projekt általános célja, hogy hozzájáruljon az úgynevezett Lisszaboni Stratégia megvalósulásához, amely szerint az Európai Unió fő stratégiai célja 2010-re: „hogy a világ legversenyképesebb és dinamikusabb tudás alapú gazdasága legyen, és a fenntartható fejlődést több és jobb munkahellyel és nagyobb szociális kohézióval teremtse meg.” Ez a szociális és oktatási rendszerek modernizációját is jelenti. Európában történtek erőfeszítések a fogyatékosok társadalmi befogadására, de ezek ellenére az iskolai kudarcok és a társadalmi kirekesztettség e téren még mindig túl magas.

A projekt közvetlen célja, hogy az érzékszervi fogyatékosok, különösen a siketek bekerüljenek a felsőoktatásba. Ezt indokolja, hogy a partner

országokban a siket egyetemisták száma alacsony, még a többi felsőoktatásban tanuló, fogyatékosággal élő csoporttal összevetve is.

A fenti célok megvalósításának előkészítéséhez járul hozzá ez a tanulmány, a program keretében a magyar helyzet feltárását tekintve feladatának.

Hipotézis: Magyarországon is rendkívül alacsony a siketek és nagyothallók aránya a felsőoktatási intézményekben. Ennek oka az oktatási rendszerben való sikertelen részvétel, az érdekek gyenge érvényesítése és szélesebb értelemben a társadalmi befogadás hiánya.

A vizsgálat során azt próbáltuk kideríteni, hogy amennyiben a fenti feltételezések igazak, mik lehetnek az alapvető, mélyebben rejlő okok?

Módszer: Kérdőíves pillanatfelvétel, amely a rendkívül alacsony mintaelemszám miatt csak jelzés, illusztráció, és semmiképpen nem reprezentálja az alapsokaságot, illetve csak azt a kört, amely már résztvevője a felsőoktatásnak. Középiskolák és felsőoktatási intézmények siket és nagyothalló

diákjai képezték eredetileg az alapsokaságot Csongrád Megye területén.

A kérdőíveket az Institute for Research, Study and Diffusion of Italian Language (az Olasz Nyelv Kutatására, Tanulmányozására és Terjesztésére Szakosodott Intézet) munkatársai készítették. Hasonló tematikájú tanulmányt készített még a lengyelországi helyzetről a The College of Computer Science in Lodz ( a Számítógépes Tudományok Lódz-i Főiskolája), a pályázatban szereplő lengyel partner is.

### A célcsoportról

Mint minden fogyatékoság, speciális élethelyzet, így a hallószerv sérülése is nemcsak specifikus hallási funkciókiesést okoz, hanem a teljes személyiség fejlődését megváltoztatja. Ennek következménye a pszichés jelenségek funkcionális egységének megbomlása.

Az elsődleges tünetekhez kapcsolódóan megjelenő kommunikációs akadályok a gondolkodási műveletek sajátos szerveződését eredményezik. Ezáltal lecsökken és átalakul a külvilágról szerzett információfelvétel, lelassul az ismeretszerzés és következményként nehezítetté válik a szocializációs folyamat.

A szakirodalom alavetően két, jellemzően eltérő eredetű halláscsökkenést különböztet meg: a vezetékes és az idegi eredetű halláscsökkenést.

1. A vezetékes halláscsökkenés elsősorban mennyiségi eltérést mutat az ép halláshoz képest. Ennél a mélyebb frekvenciasáv észlelése gyakoribb (ritka kivétellel), mint a magas hangok meghallásának csökkenése. Az esetek döntő többségében gyógyítható (hurutos állapot rendezése, orrgarat eltávolítása, dobhártya, hallócsontláncolat helyreállítása stb.). Mértéke nem lehet több, mint 60 dB.

2. Az idegi eredetű halláscsökkenés mennyiségi és minőségi eltérést is jelent az ép halláshoz képest. A magasabb frekvenciasáv (ritka kivétellel) meghallása sérül, ez műtéttel nem gyógyítható. Ha a halláscsökkenés mértéke alacsony, akkor enyhe, panaszt nem, vagy csak alig okozó károsodástól a teljes siketségig terjedhet.

### A siketség kezelése, a siketek részvétele az oktatási rendszerben

Magyarországon a második világháború után elsősorban a szájról olvasás jelentette a siketek képzésének alapját. Csak az utóbbi évtizedekben tapasztalható a jelnyelv fokozatos terjedése. Az orális tanulás/tanítás alapvető célja az átlag népességbe történő integrálás. A jelnyelvtolmacsok képzése, a jelnyelv egységesítése napjainkban is folyamatban van.

Az alapfokú iskolai képzésre jellemző, hogy a siket gyermekek speciális szükségleteiknek megfelelő környezetben tanulnak leginkább. Ezek a siketek és nagyothallók számára létrehozott, gyógypedagógusok közreműködésével dolgozó intézmények. Léteznek integrált általános iskolák is, ezek azonban kevésbé elterjedtek.

A középiskolákban és a felsőfokú intézményrendszerben általában együtt tanulnak a nagyothallók a hallókkal. A tapasztalat szerint nem kapnak a valós szükségleteiknek megfelelő segítséget (pl. jelnyelven történő oktatást, személyes támogatást.) Ez a tíz éve létező törvényes garanciák (a fogyatékos személyek esélyegyenlőségét biztosító törvény) ellenére is így van. Ezzel együtt nincsenek megfelelő tanulási, részvételi feltételek és kulturálisan elfogadott minták a középiskolai és a felsőfokú képzésekben való részvétel esetében sem. Ez a nagyarányú távolmaradásban, sőt a siket identitás nyílt fel nem vállalásában is megmutatkozik.

A Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége (SINOSZ) 1989-től független társadalmi szervezetként működik. Szakmai érdekvédelmi funkciókat lát el, segíti és támogatja a siket és nagyothalló embereket egyéni érdekeik érvényesítésében és a társadalomba való beilleszkedésükben. A SINOSZ kiadásait elsősorban állami költségvetési támogatásból, másodsorban adományokból és pályázatokon elnyert összegekből fedezi.

### Siketek és nagyothallók megoszlása a népességben, oktatási statisztikák

Ma Magyarországon nehéz megbecsülni a siketek és a nagyothallók arányát. Az azonban kétségtelen, hogy az egyes szervezetekben regisztrált populációnál jóval többen vannak. Ennek

Nagyothalló, siket	11,8 %	43 475 fő
Néma, siketnéma	1,2 %	4 525 fő
Egyéb (mozgássérült, vak, egyéb)	87 %	320 265 fő
Összesen	100 %	368 265 fő

1. táblázat: Siketek csoportjainak aránya

egyik oka az, hogy sokan közülük nem érzik a siketekhez tartozónak magukat, a vélt, vagy valós elutasítás miatt szégyellik állapotukat. Így az enyhe fokban károsodott hallásúak nem regisztrálják magukat az érdekvédelmi és a felsőoktatási nyilvántartásokban. E csoportok tagjainak az iskolai és munkaerőpiaci részvétele a törekvések és a lehetőségek korlátai miatt rendkívül nehézkes.

Miután Magyarországon tankötelezettség van, így az általános iskolai képzésbe kerülők elvileg megtalálhatók, regisztrálhatók. A tényleges különbségek - amelyek a valós népességbeli, ill. a fogyatékossgal élők populációján belül mutatkoznak - a későbbi életszakaszokban mutatnak drámai

eltéréseket a feltételezhető arányokhoz képest. Ma Magyarországon a lakosságnak közel 10 %-a (közel 1 millió lakos) küzd valamilyen mértékű hallásérüléssel. A siketek száma becsléssel cca. 60.000, a súlyos fokban nagyothallók száma ugyanakkor megközelíti a 300.000-et.

A táblázat adatai a fenti becsült nagyságrendet igazolják.

Az iskolai végzettséget tekintve láthatjuk, hogy a 2005-2006. tanévben, országos közoktatási statisztikában nyilvántartott siket gyermekek közül gyogyepedagógiai intézményekben (tehát speciális képzésben részesül) tanul összesen 540 fő, ebből Csongrád megyében 97 gyermeket regisztráltak.

Fogyatékossg	Iskola típusa				
	Általános iskola	Szakiskola	Speciális szakiskola	Gimnázium	Szakközépiskola
Enyhén értelmi fogyatékos	824	121	213	-	-
Középsúlyos értelmi fogyatékos	164	3	38	-	-
<b>Nagyothalló</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	-	-	<b>2</b>
<b>Siket</b>	<b>73</b>	<b>17</b>	-	-	-
Gyengénlátó	5	-	-	-	-
Vak	2	-	-	-	-
Mozgássérült	16	2	-	-	-
Beszéd fogyatékos	6	-	-	-	-
Enyhén értelmi fogyatékos mozgássérült	1	-	-	-	-
Középsúlyos értelmi fogyatékos mozgássérült	6	-	-	-	-
Autista	18	-	-	-	-
Diszlexia egyéb részképesség zavar	976	23	-	4	12
Súlyos magatartási tanulási zavar	126	2	-	1	-
<b>Összesen</b>	<b>2243</b>	<b>175</b>	<b>251</b>	<b>5</b>	<b>14</b>
Ebből leányok	729	79	92	1	4

2. táblázat: Csongrád megyei fogyatékos gyermekek, tanulók fogyatékossg típusa szerinti nyitóadatai a 2005-2006. tanévben

Jellemzően mindegyik gyermek Szeged városában, a legnagyobb megyei településen folytatja általános iskolai tanulmányait.

Ugyanitt, ebben a tanévben a szakiskolában szakmát tanuló, jellemzően nem középfokú, tehát a későbbiekben továbbtanulást lehetővé tevő jellegű képzésben már országosan csak 21 fő tanul ebből a Dél- Alföldi Régióban.

### Kérdőíves vizsgálat a siket és nagyothalló magyar hallgatók egyetemi és főiskolai képzéseiben való részvételéről

A projektben a terv szerint több kérdőívvel terveztük az adatfelvételt. Szegeden a statisztikák alapján azonban mindössze két nagyothalló középiskolást találtunk. A középiskoláknak készített kérdőívvel így érdemi információhoz nem jutottunk. Ezek az intézmények valószínűleg nem vezetnek ilyen nyil-

vántartást, vagy egyszerűen nem vesznek tudomást ezekről a tanulókról.

Az egyik szegedi középiskolást a SINOSZ helyi szervezetének lelkes munkatársa által sikerült megkérni egy kérdőívet kitöltésére.

A tanuló összességében negatív tapasztalatról számol be az iskolai életében. Említi, hogy szájról olvas, segítő tanára nincs, egyéb tanulással kapcsolatos segítséget sem jelez. Kommunikációs asszisztensről beszámol, integrációs programok azonban nincsenek az osztályában. A tanárok attitűdje általában elfogadhatatlan a számára. Kommunikációja gátolt, ugyanakkor csoporttársai elfogadják, és tudnak együtt megfelelően kommunikálni. Nem kívánja folytatni a tanulmányait. Később inkább vállalkozást szeretne alapítani. Szerinte a siketek oktatása során „túl-

Fogyatékoság	Iskola típusa				
	<i>Általános iskola</i>	<i>Szakiskola</i>	<i>Speciális szakiskola</i>	<i>Gimnázium*</i>	<i>Szakközép-iskola*</i>
Enyhén értelmi fogyatékos	3342	170	1133	-	-
Középsúlyos értelmi fogyatékos	621	3	150	-	-
<b>Nagyothalló</b>	<b>64</b>	<b>7</b>	-	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Siket</b>	<b>76</b>	<b>17</b>	-	-	-
Gyengénlátó	24	1	-	-	-
Vak	2	-	-	-	-
Mozgássérült	45	2	-	4	-
Beszéd fogyatékos	50	-	-	-	-
Enyhén értelmi fogyatékos mozgássérült	1	-	1	-	-
Enyhén értelmi fogyatékos nagyothalló	1	-	2	-	-
Enyhén értelmi fogyatékos siket	1	-	-	-	-
Enyhén értelmi fogyatékos mozgássérült	3	-	1	-	-
Középsúlyos értelmi fogyatékos mozgássérült	7	-	-	-	-
Autista	72	2	-	1	-
Diszlexia egyéb részképesség zavar	4723	189	-	39	88
Súlyos magatartási tanulási zavar	976	51	11	5	11
<b>Összesen</b>	<b>10008</b>	<b>442</b>	<b>1298</b>	<b>50</b>	<b>101</b>
Ebből leányok	3633	139	509	18	20

**3. táblázat: A Dél-Alföldi Régióban élő fogyatékos gyermekek, tanulók fogyatékoság típusa szerinti nyitóadatai a 2005-2006. tanévben**

gosan leegyszerűsítik a tanulnivalókat”. Nem vár semmilyen különös támogatást a középiskolától.

Egy esetből természetesen nem lehet messzemenő következtetéseket levonni, ugyanakkor elgondolkodtató, hogy mennyire problematikusak a kérdezett tanuló középiskolai tapasztalatai.

A felsőoktatási intézmények esetében az említett törvényi és intézményes keretek kiépültek. Központi költségvetésből állnak rendelkezésre anyagi források. Szervezetten folyik a siket és nagyothalló hallgatók esélyegyenlőségének megvalósítását célzó tevékenység az egyetemi és kari bizottságokban. Ez utóbbiak a regisztrált, nyilvántartott fogyatékos-sággal élő hallgatók érdekeinek érvényesítését hivatottak elősegíteni. Formális munkájuk mellett vannak olyan személyi segítők is, akik személyes segítségnyújtással teszik elérhetővé az egyetemi, városi szolgáltatásokat és a kommunikációs akadályok leküzdését.

Sikerült ebben a körben a tervezettnél nagyobb elemszámú adatfelvételt elkészíteni: kilenc siket és nagyothalló hallgatóhoz eljutottak a felsőoktatásban tanuló hallgatók részére összeállított kérdőívek. Ezek a fiatalok az ország különböző felsőoktatási intézményében tanulnak, így a személyes kérdezés csak két hallgató esetében volt lehetséges. Köszönet jár a legnagyobb magyar siket-

és nagyothalló országos érdekvédelmi szervezet (SINOSZ) több, lelkes munkatársának a válaszadók felkutatásáért.

Az elemzés során lényeges a siketek és nagyothallók megoszlásának aránya: a válaszolók közül csak ketten állítják magukról, hogy siketek, a többiek a nagyothalló és a „hallóideg sérülés” meghatározással illetik az állapotukat. Ez is jelzi, hogy a minta valamilyen szinten reprezentálja a magyar viszonyokat, vagyis, hogy jelenleg a magyar felsőoktatás sokkal inkább elérhető az enyhébb halláscsökkenés által érintettek, mint a siketek számára.

### **Kommunikáció**

A kérdezettek közül az önmagukat siketnek definiálók inkább jelnyelv útján történő kommunikációról számolnak be, de van közöttük olyan is, aki mindkét kommunikációs formát alkalmazza. A magukat nagyothallóknak nevezők kivétel nélkül szájról olvasva értik meg magukat a környezetükkel. Van, aki jelzi, hogy egyáltalán nem ismeri a jelnyelvet. Csak hárman részesülnek az egyetemen speciális foglalkozásban. Ez azért kevés, mert a felsőoktatási intézményekben léteznek speciális szolgáltatások a fogyatékos-sággal élő hallgatók számára.

### **Szolgáltatások**

Akik kapnak segítséget, általában elégedettek. Van olyan válaszadó, akinek felajánlottak segítséget, ő azonban nem élt a lehetőséggel. Egy esetben jeleznek tutort (ez a rendszer egyáltalán nincs elterjedve a magyar felsőoktatásban). Aki tutort jelölt, kérdésre hozzátette, hogy azon a kari koordinátort (akinek messzemenően nem ez a szerepe) értette.

Jeltolmáccsal ketten rendelkeznek, mindkét esetben ez a segítő a hallgatók szerint oklevéllel rendelkezik. Van, aki nem él ezzel a lehetőséggel.

A válaszadók többsége elmondása szerint nem részesül semmilyen szolgáltatásban. Többen is jelzik azonban, hogy ismereteik szerint ez törvény által garantáltan járna nekik. Hárman viszont segítséget kapnak a jegyzetelésben, amivel elégedettek. A többség jónak ítéli a tanárokkal a kommunikációt. Van olyan válaszoló, aki sérelmezi egyes tanárok jeltolmáccsal történő kommunikációját (személytelennek és formálisnak gondolja ezt).

### **Nehézségek**

Olyan válaszoló is van, akinél vizsgán nem vették figyelembe az állapotát, és ebből hátrányai adódtak. A társakkal való kommunikációt a többség jónak, egy válaszoló rossznak, egy másik pedig kiválónak tartja. Az egyik válaszadót kínosan érinti, hogy nemcsak egyes tanárok, de még hallgatók egy része is csak a jeltolmácson keresztül hajlandó vele beszélni. Ezek a halló emberek arra hivatkoznak, hogy nehezen értik társuk kommunikációját.

### **A koordinátorról**

A kérdezettek többsége jelzi, hogy közvetlenül nem tudja elérni a fogyatékossgal élő hallgatók kari koordinátorát. Szerintük ennek oka, hogy nincs térben meghatározott konkrét elérhetősége. A kari koordinátorok tevékenységét a többség gyengének, két válaszoló nagyon jónak tartja. Kitűnik, hogy a kari koordinátor szolgáltatásai kevésbé ismertek, nem nyilvánosak, gyakran formálisak és nem hatékonyak.

### **Jövőkép**

A válaszolók egy kivétellel folytatni kívánják tanulmányaikat. Aki befejezi, már a harmadik diplomáját szerzi. Többen jelenleg is dolgoznak a tanulmányaik mellett.

A kérdezettek többsége pozitív jövőképvel rendelkezik. Van, aki több lehetőséget lát a fogyatékossgal élő fiatalok számára, mint korábban. Néhány válaszoló azonban aggódik a munka világába való bejutásának esélyeit illetően.

### **Szükségletek**

A hallgatói kérdőívek tapasztalatainak összegzése során arra a következtetésre jutottunk, hogy szükséges lenne egy hatékonyabb, közvetlenebb segítségnyújtás a célcsoport részére. A jelenlegi személytelen, és inkább csak tárgyi eszközöket biztosító, formális szolgáltatás.

### **Összegzés**

Magyarországon a siket főiskolai és egyetemi hallgatók rendkívül alacsony számban vannak jelen a felsőoktatásban, a nagyothallók azonban valamilyen nagyobb arányban tanulnak.

E tényeket a fent jelzett országos, regionális és megyei, sőt városi statisztikák nagymértékben megerősítik. Ennek egyik oka, hogy a jelenlegi oktatási rendszerben az Esélyegyenlőségi Törvény hatályba lépésének ellenére sincsenek meg azok a feltételek, amelyek az integrált oktatást lehetővé tennék. Másfelől azonban az is nyilvánvaló, hogy kialakult egy olyan gyakorlat, amely egész egyszerűen teljes képtelenségnek tartja a mai magyar középfokú oktatásban a siketek részvételét, viszont valamilyen szinten elfogadja és támogatja a nagyothallók integrálását. Ezt a projektben folytatott alacsony mintaelem számú, azonban területileg viszonylag széles spektrumot átfogó kérdőíves kutatás egyértelműen bizonyítja.

Ugyanakkor az is tény, hogy Magyarországon több évtizedes hagyománya és jelenleg is élő gyakorlata van annak, hogy ezek a fiatalok speciális képzésben részesülnek az alapfokú, sőt a későbbi tanulmányaik során is. Így ez a probléma mintegy – látszólag - „megoldottnak” minősül a nem siketek számára fenntartott közoktatási intézményekben. Ehhez még mindezek mellett társul egy olyan attitűd a siketek és részben a nagyothallók részéről is, amely szerint az átlag népességgel való közös tanulmányokban való részvétel csak úgy oldható meg, ha a tanuló/hallgató képes a többiekkel együtt, minden speciális segítség mellőzésével, kvázi nem siketként a képzési rendszerben részt venni. Az is fontos tényező, hogy az elsősorban orális alapú kommunikációs kultúra nem teszi lehetővé a jelnyelven történő kommunikációt (kivéve az utóbbi éveket) csak siketek és nagyothallók körében. Ezek egyenes következménye, hogy a környezet nem számol a siketekkel, így nekik is előnyösebb, ha „próbálnak beilleszkedni” a nem siketek világába, vagy teljesen elkülönülnek attól. (Ennek azonban egyenes következménye a későbbi munkahelyi és egyéb nehézségek sora.)

Mindezek után már nem meglepő az arány: a Szegedi Tudományegyetemen nyilvántartott 61 fő fogyatékkal élő hallgató között mindössze két siketet találunk. Így az ország többi területein élő, egyetemen tanuló hallgatók véleménye valószínűleg jelentős mértékben reprezentálhatja akár a teljes siket és nagyothalló egyetemi alapsokaságot is.

A tanulmányait felsőbb szinten folytató célcsoport nincs megfelelően ellátva annak ellenére sem, ahogyan azt a Szegedi Tudományegyetemen folytatott 2006. évi tevékenységi lista látszólag megnyugtatóan jelzi. Sokkal inkább elérhető, nagy mennyiségben akár egyénileg is hozzáférhető információkra

van szükség, pl. az internet segítségével, amely mindenki számára tartalmazza a szükséges alapszükségleteket.

Ugyanakkor olyan személyi segítők tevékenysége is szükséges, akik a tárgyi feltételek biztosításán túl nemcsak az integrációt, hanem majd esetleg később a szélesebb értelemben vett társadalmi befogadást is modellezhetik az érintett hallgatók felé. Most még egyszerűen csak a törvényi feltételek betartása, azok biztosítása is gondot okoz. Megvalósításra váró cél lehet, hogy a személytelen, formális segítségnyújtás helyett hosszú távon, egy jóval emberibb, elfogadóbb integráció, elfogadás és befogadás következzen.

### Irodalomjegyzék

1. **Béres, Cs.:** Halmozottan hátrányos helyzetben – fogyatékos gyermekeket nevelő családok a társadalomban. In: *Esély*, 1997/6.
2. **Czeizel, E. – Lányiné, E. Á. – Rátay, Cs.:** Az értelmi fogyatékosok köreredete a „Budapest Vizsgálat” tükrében. Gondolat Kiadó, Budapest, 1978.
3. Együttműködés a sérült gyerekek családjával. In: *Tanulmányok a gyermekjólét köréből V. Szerk.: Budai, I.* Hajdúböszörmény, 1995.
4. **Allport, G. W.:** Az előítélet. Osiris Kiadó, Budapest, 1999.
5. **Gordosné, Sz. A.:** Gyógypedagógia történet. Tankönyvkiadó, Budapest, 1975.
6. **Göllesz, V.:** A gyógypedagógia alapproblémái. Medicina Kiadó, Budapest, 1979.
7. **Illyés, S.:** A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai. ELTE – Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 2000.
8. **Illyés, S.:** Gyógypedagógiai alapismeretek. Tankönyvkiadó, Budapest, 1987.
9. **Kálmán, Zs.:** Bánatkő. Keraban könyvkiadó, Budapest, 1997.
10. **Kálmán, Zs. – Könczei, Gy.:** A taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Tankönyvkiadó, Budapest, 2002.
11. **Kováts, A. – Tausz, K.:** Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 1997.
12. **Könczei, Gy.:** Fogyatékosok a társadalomban. Gondolat Kiadó, Budapest, 1992.
13. Központi Statisztika Hivatal Csongrád Megyei Évkönyve, 2007.
14. **Lengyel, M. L. – Mészáros, M. K.:** Fogyatékos tanulók helyzete az ezredfordulón. In: *Új Pedagógiai Szemle*. 2001/01-08.
15. **Meares, P. A. – Washington, R. O. – Welsh, B. L.:** Hét elv a fogyatékos gyerekek szociális szolgálatához. In: *Tanulmányok a gyermekjólét köréből V. Szerk.: Budai István.* Hajdúböszörmény, 1995.
16. **Mihály, I.:** Speciális igényű tanulók oktatása a nemzetközi statisztikai adatok tükrében. In: *Új Pedagógiai Szemle*. 2003/11.
17. 1998. évi XXVI. törvény a Fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról. 1998/28 Magyar Közlöny.
18. **Szabó M. H. (szerk.):** A jelnyelv helyzete a kutatásban, az oktatásban és a mindennapi kommunikációban. Budapest - Pécs : PTE, Nyelvtudományi Doktori Iskola. SINOSZ, 2003.
19. 12/1983 (XI. 20.) EüM rendelet a védő munkahelyek szervezéséről
20. 10/2006 (II. 16.) Országgyűlési Határozat az új Országos Fogyatékosügyi Programról <http://www.magyarorszag.hu/allampolgar/ugyek/egeszseg/gyertam20060627.html>
21. **Tausz, K.:** A fogyatékos gyermekek helyzete és a civil társadalom az átmenet időszakában. *Esély*, 1997/6.
22. **Tausz, K. – Varú, G.:** Neki is kell cukor? Néhány gondolat a szociális intézetekről és a fogyatékos emberek helyzetéről. *Esély*, 1991/5.

23. 1993. évi III. tv. A szociális igazgatásról és a szociális ellátásról. Fogyatékosok részére biztosított ellátási formák, szociális segítségnyújtás.
24. Az 1998. évi XXIV. Törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.
25. **Tucker, B. P.:** A csend hangjai. Bastei Kft. Budapest, 2002.
26. **Vasák, I.** Szerk.: A magyar siketek és nagyothallók egyesületi életének krónikája. SINOSZ. Budapest, 1997.
27. **Vasák, I.:** Ismeretek a siketektől. SINOSZ. Budapest, 1996.

---

**Integration of Deaf and Hard of Hearing Young People in the Hungarian  
Higher Education**

Tunyogi, J.

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

**Keywords:** sensory disabled, deaf, hard of hearing, equal opportunities, higher education

**Summary**

It can be observed both in the founding countries of the European Union and the ones that joined later that the proportion of the sensory disabled and especially that of the deaf and hard of hearing people studying in higher education is very low. In a joint project with the participation of local organizations of three countries (Italy, Poland and Hungary), our research team aims at exploring the background of this situation and we try to find the possibilities of more social integration. The direct goal of the project is that more sensory disabled people especially the deaf are admitted to institutions of higher education.

In this study we wish to explore the real reasons of not choosing to go to higher education and to identify the needs that are not met. It can be presumed that in the Hungarian setting the reasons are to be found in forced oral communication in the past decades, in poor lobbying for the interest of the deaf, and finally in the lack of social acceptance, which is closely connected to the other reasons and it derives from them.

The research method was a snapshot questionnaire, which could only identify the problem because of the less than expected number of samples and which represented only those who are already admitted to higher education.

Also, the study covers the way of communication of the affected group, the difficulties they experience in every day life, the services they may receive, their real needs, the role of the coordinator for equal opportunities and the (deaf and hard of hearing) students' vision of the future.

---



## Útmutató az Acta Sana szerzői számára

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeit 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](mailto:apolasi@etszk.u-szeged.hu)

**Postai úton:**

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

Szerkesztőség

## Guidelines to the Authors of Acta Sana

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

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

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

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

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

### Format and style:

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

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

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

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

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

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

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

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

Example:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**E-mail: [apolasi@etszk.u-szeged.hu](mailto:apolasi@etszk.u-szeged.hu)**

**Address:**

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

Editors