

A SZOCIÁLIS MUNKA elmélete és gyakorlata

7. kötet

Hegyesi Gábor – Talyigás Katalin sorozatszerkesztők

Tudományos gondolkodás és kutatás a szociális munkában II.

Kutatások a magyarországi szociális munka problématerületein

Szerkesztette a szerkesztőbizottság

B. Erdős Márta – Talyigás Katalin főszerkesztők

Budai István – Fábián Gergely – Hegyesi Gábor – Héderné Berta Edina – Kozma Judit- Szöllősi Gábor

MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottság

2021

Lektorok:

**Forray R. Katalin, Jobbágy Mária, Kelemen Gábor, Mucsi Georgina, Szabó Lajos,
Szoboszlai Katalin, Zana Katalin**

Olvasószerkesztők:

Lévai Júlia, Fábián Gergely

Nyomdai előkészítő munka:

Kirilla György

Minden jog fenntartva

© MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottság

ISBN 978-963-8302-55-7

Előszó

A II. kötetben a szociális munka fontos problématerületeiről készült kutatások eredményeinek rövid összefoglalói olvashatók. Ebben a kötetben – amellet, hogy a cél, a kutatómunka hozadékának, megközelítéseinek, módszereinek bemutatása változatlan – a szociális munka maga is a kutatás tárgyává válik. Az itt bemutatott kutatások eredményei visszacsatolhatók a szociális munka mindennapi gyakorlati tevékenységébe, és erősítik a szakemberek módszertani felkészültségét.

E második kötet megjelenése, még hozzá röviddel az első után, valamint a beérkező anyagok módszertani sokfélesége, gazdagsága egyértelműen jelzi, hogy a szociálismunka-kutatás, ami korábban nem fogalmazta meg saját jellemzőit a társadalomtudományi kutatások világán belül, mennyit gazdagodott az elmúlt évek során. E kutatásoknak van néhány, a szakterület sajátosságaiból adódó vonása. Fókuszában – hasonlóan az elmélethez, a praxishoz – mindig a személy-a-környezetben áll. A szociális munkás kutatómunkája során az eltérő szinteken ható tényezőket veszi számba, keresi a kapcsolatokat az egyéni és a társadalmi szinteken tapasztalható jelenségek között. A szociálismunka-kutatásokban éppen úgy a rendszerszemlélet kap teret, mint bármely más szakmai tevékenységünkben.

A szociális munka értékei a kutatások három fő jellegzetességében mutatkoznak meg: a szociálismunka-kutatások fontos célja a sérülékeny, megfosztottságban élő csoportok helyzetének bemutatása, hangjuk felerősítése, a híradás a sorsukról. Ennyiben tehát a kutatásnak is empowering, fejlesztő szemlélettel, gyakran részvételi módszerekkel kell történnie, erőssé és képessé téve azokat, akiknek erre szüksége van. Másfelől, a szociálismunka-kutatások támogatják, megalapozzák a konstruktív változásokat, a társadalmi reformfolyamatokat, segítik a praxis formálódását. A kutatások további jellegzetessége, hogy többféle nézőpont bemutatására tesznek kísérletet, és e sokszempontúsággal – a tudományos pontosság, érvényesség kívánalmain túl – a reflektív szakemberré válást is elősegítik.

Az e területen folyó munkák többsége alkalmazott kutatás, ezen belül szükségletfelmérés, eredmény- és folyamatértékelés, vagy komplex értékelő kutatás. Az értékelésben ma már rengeteg módszer alkalmazható, az értékelés különböző szintjeit, módszereit tekintjük elfogadottnak. Így például a GRADE skála (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, 2007) értékelő kutatásnak tekinti a program, a praxis rendszerezett leírását, az esettanulmányok készítését. Kötetünkben erre a szintre, és módszertani szempontból komplexebb, bonyolultabb szintekre is találhat példákat az Olvasó.

Kutatni tanulni azonban nem csupán tankönyvekből érdemes. Reméljük, hogy a kötet olvasói közül minél többen jelentkeznek majd szerzőként saját empirikus tanulmányukkal a hazai szakfolyóiratokban, szakmai kiadványokban, továbbfejlesztve, újra gondolva mindazt, amiről itt olvashatnak.

B. Erdős Márta - Talyigás Katalin

I. FEJEZET: AZ ÉRTÉKELÉS ÉS SZOLGÁLTATÁSFEJLESZTÉS ÁTFOGÓ KÉRDÉSEI. ÉRTÉKELŐ KUTATÁS, MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS, MINŐSÉGFEJLESZTÉS

B. Erdős Márta, Herczog Mária, Vojtek Éva

Az értékelő kutatások egy kerete: a Trident

Bevezető gondolatok

Mire a szociális munkás-jelölt eljut az első szakdolgozati konzultációig, általában már több kutatómódszertannal foglalkozó kurzust tudhat maga mögött. Valószínűleg kevésbé a szakterületre jellemző gyakorlatias beállítódások az okai, de még csak nem is a módszertani kurzusok gyengeségei vagy az erre felkészítő-bevezető logikai, tudományfilozófiai tárgyú kurzusok hiányosságai idézik elő, mint inkább a korábbi filozofáló-elemző hozzáállást legyűrő, mára dominánssá váló technokrácia, hogy az elsőként felvetődő kérdések az *utolsóként* tárgyalandó kérdésekké válnak a kutatási terv megalkotása során: *Húsz interjú elég lesz? Csináltam egy interjúvázlatot, ez így jó lesz? Ez lenne a kérdőívem, megnézné?*

S bár kérdésre kérdéssel általában nem válaszolunk, itt mégis érdemes lelassítani, reflexióra készíteni a kutató-jelöltet: *Mi a kutatói kérdés?*¹ Többnyire ekkor derül ki, hogy a leendő kolléga *értékelő kutatást* tervez, azaz a praxist kutatja („*practice-informed research*”).

Valamivel rosszabb a helyzet akkor, amikor az akadémiai világon kívül egy adott projekthez (ahol nagyon erősen, gyakran túl erősen kell törekednünk a *formai* megfelelésre) „*kell majd valami kutatás*”, azaz programértékelés. A kutatómunka elemi feltételei – azaz a kutatás céljával arányos és rugalmasan felhasználható források, a megfelelően képzett szakemberek, elegendő idő a munka elvégzéséhez és az érintettek erős, de legalábbis felkelthető-fenntartható motivációi – csak nagyritkán teljesülnek projekt-keretek között. Emiatt a „*valami kutatás*”, amelyet szintén értékelő kutatásként fogunk felismerni, ugyanilyen ritkán alkalmas arra, hogy valódi fejlesztéseket alapozhassunk rá. Az érdemi értékelés, vagy a megelőző, körültekintően elvégzett hatástanulmányok elmaradása nem csupán a projektvilág problémája. A szociális terület szakpolitikai döntéseinek esetében hasonló a helyzet: nem mérjük fel a lehetséges problémák, kockázatok és megoldások körét, és vagy egyáltalán nem, vagy csak nem megfelelő módszerekkel értékelünk; ha mégis, akkor az értékelés eredményei nem tudnak fejlesztésként beépülni a szakmai gyakorlatba. Márpedig szociális területen jogos elvárás, hogy a praxist mindig empirikus kutatásokkal alapozzuk meg és kövessük („*research-informed practice*”).

Ebben a fejezetben a szerzők egyik célkitűzése az, hogy a gyakorlatban is jól használható értékelő megközelítéseket, módszereket mutassanak be az olvasónak. Éppen ezért elengedhetetlennek tartjuk, hogy a felvetett főbb gondolatokat a szociális területről vett problémákkal és megoldásokkal, egyszerűen gyakorlati példákkal illusztráljuk. Első példánk a szociális munkát érintő szakmaközi együttműködésekre vonatkozik:

¹ Exploratív, leíró vizsgálatoknál hiba hipotézist emlegetni, de a kutatói kérdést egyes esetekben valóban egy jól definiálható oksági kapcsolatot vizsgáló hipotézissé alakítjuk.

Időszerű volna átfogóan értékelni a szociális területen tevékenykedő szakemberek (így például a védőnők, közösség-szervezők, iskolai szociális segítők stb.) munkájának legfontosabb összetevőit, leképezni a praxist, felmérni munkájuk eredményességét, hatékonyságát. A kliensek érdekében és a megfelelő forrásfelhasználás miatt is fontos, hogy az együttműködő segítők a feladatokat minél célszerűbben tudják felosztani egymás között, és minden résztvevő pontosan lássa saját kompetenciahatárait, valamint az ebből következő képzési, továbbképzési szükségleteit. Jelenleg a szakterületek közötti határok nagyon elmosódottak, a felelősségi körök, a képzési-továbbképzési szükségletek, lehetőségek és korlátok hatásai tisztázatlanok. Így annak lehetősége is fennáll, hogy egyes területek ellátatlanul, vagy részben ellátatlanul maradnak, mert a probléma megoldásához másféle kompetenciákra, erőforrásokra lenne szükség, mint amelyek éppen adóttak. Vajon lehetséges, hogy egyes területeken csupán látszat a megfelelő képzettségű szakemberek elérhetősége, eredményes munkájának szükséges feltételrendszere?

Az értékelés gyakorlati hasznáról

Értékelő kutatáson gyakran egymástól nagyon különbözőnek tűnő megközelítéseket értünk, és amennyiben más szakterületek képviselőivel kommunikálunk, egyáltalán nem biztos, hogy az értékelő kutatások területén közös nyelvet fogunk beszélni (*Braithwaite és mtsai. 2013*). Az egészségügyi területen dolgozóknak a hatásosság vagy szakmai hatékonyság (efficiency) mérése, a pedagógusoknak pedig a kompetencia-fejlesztés jut majd elsőként eszébe, míg a közgazdászokat leginkább a költséghatékonyság vagy a vállalati minőségmenedzsment rendszerek fogják érdekelni.

Bár azt tapasztaljuk, hogy a szociális munkás kutatóként általában az értékelő kutatás valamelyik formája iránt érdeklődik (bővebben e formákról ld. *B. Erdős, Vojtek, 2018: 11-12; Herczog, 2020*) különböző okokból ritkán teszi ezt mások vagy önmaga számára nyilvánvalóvá. Mi jut eszébe – a projektvilág már említett, ismert nehézségein túl – az értékelő kutatásokról a szociális munkásnak? Valószínűleg a sztenderdizáció árnyoldalai (*Bányai, 2008*), és a bizonyítékokon alapuló gyakorlat rugalmatlansága. Mit fog érezni? Aggódó féltést a többnyire nehezen megszerzett forrásokból kialakított új programok iránt (*Weiss, 1993*): jön az értékelő, és hibákat talál... A módszertan területén pedig felötlenek benne a szolgáltatásokkal való elégedettség mérő kérdőívek.

Ismert, hogy a legtöbb Európai Unió program esetében a képzéseket követően *elégedettségi kérdőívet* kell kitölteniük a résztvevőknek. A kérdőíveket a programot vezető szervezet készíti el, és többnyire pozitív, de semmitmondó válaszok születnek. Ennek több oka közül az egyik, hogy a képzés végén már mindenki fáradt, menne már haza, és ráadásul érzi is, hogy a „lekérdezés” nem több pusztán formalitásnál, nem ad értékelhető információt. A valós visszacsatolások hiánya miatt nem motivált érdemi válaszokra, nem érzi, hogy ennek tényleges jelentősége lenne. Érdemes volna elemzés tárgyává tenni, hogy milyen, ténylegesen hasznosítható tartalmak kerülnek ezekbe a kérdőívekbe, és milyen értékelési technikával lehetne ténylegesen mérni az elégedettséggel egyébként messze nem azonos elégedettséget, eredményességet ezekben az esetekben.

Reményeink szerint a kérdés második felére ezzel az írással válaszolni tudunk. Nem kevesebbet szeretnénk elérni, mint hogy megmutassuk: a megfelelően elvégzett értékelő kutatás, és a

korrekt, kiegyensúlyozott módon kommunikált eredmények minden érintettnek hasznosak lehetnek, mert elősegítik a lelkiismeretes és reflektív szakmai működést (Schön, 1983).

Az értékelő kutatások során az egyik legnagyobb dilemmát az okozza, hogy mint bármely szakmai tevékenységnek, a kutatások eredményeinek, a szülőő értelmezéseknek is megvannak a maguk következményei (Paul & Elder, 2006). E következmények az értékelés korábbi paradigmáinak alkalmazása során nem mindig voltak maradéktalanul kedvezőek, megalapozva az értékelő kutatással szembeni óvatosságot. A területen lezajló főbb változások a következők voltak: az első generációs, mérésorientált modellek esetében, a 20. század elején a kutató legfőbb feladata a mérőeszköz kialakítása volt. A gazdasági, ipari hasznosítás ekkoriban látszólag még nem követelte meg a komplex emberi viszonyok számbavételét. Ma nevezik ezt a megközelítést *metodolátriának* is, ahol a kutatás logikájának tiszteletben tartása helyett egy látszólag „mindentudó”, többnyire kvantitatív módszer fetiszizálása, kritikátlan ismételtetése zajlik, tekintet nélkül arra, használhatóak-e valamire az eredmények. A kutatás haszontalansága akkor válik szembetűnővé, amikor a kutatót arra kérjük: néhány rövid mondatban fogalmazza meg elvégzett munkája lényegét úgy, hogy azt bárki megérthesse. A második generációs modellek már vizsgálták a célkitűzésekhez mért erősségeket és gyengeségeket, és ezzel előtérbe került az értékelés hasznosíthatóságának kérdése. Itt már nem arról van szó, hogy értékelés gyanánt pusztán számokat produkálunk; az eredményeket közvetlenül a tervezett fejlesztésekhez kívánják kapcsolni. A mérés már nem az értékelés maga, hanem annak *technikája*. Innen indul el az átmenet a harmadik generációs, pozitivistá szemléletű, zárt értékelésig. Ebben a szemléletben nem csupán az erősségeket és gyengeségeket azonosítja az értékelő, hanem a program bírálatát is elvárják tőle. Ennek természetesen lehetnek előnyei is: az elszámoltathatóság, az átláthatóság javul, az értékelők jó gyakorlatokat azonosítanak. Ugyanakkor az értékelt szervezetek gyakran fenyegetést látnak az értékelésben, ami óhatatlanul adatvesztéshez vezet. A fejlődési fókusz szem elől tévesztése az értékelésben a vizsgált szervezeteket passzív és védekező pozícióba szorította. Ez a megközelítés hosszabb távon *kifejezetten kártékonynak* bizonyult. Amikor ma a sztenderdizáció előnyeiről és árnyoldaláról beszélünk, a sztenderdizáció kérdését lényegében a harmadik generációs értékelő modellekkel kapcsoljuk össze. A gyakorlatban e modellek látványos eredménye a saját problémáikba beleragadó, de még inkább *beledöngölt*, fejlődésképtelenné tett szervezetek, programok lettek. A programok védelmében ugyanakkor megkezdődött a bújócska az értékelők (a „*hunyorok*”, máskor talán kolluzívan együttérző „*szemhunyorok*”) és a programért felelős gyakorlati szakemberek részvételével. Egy további problémát jelentett a lineáris kauzalitás (egyszerű okság) feltételezése, holott a legtöbb program komplexitása és a változó környezet miatti változékonysága ennél többet követel meg. Ritka, különösen szociális területen, hogy két tényező között olyan egyértelmű oksági kapcsolatot tudunk kimutatni, amire semmi egyéb nincs hatással. Végül ennél az értékelésnél a kutatási tervet a kutatás folyamán már nem módosították, gazdagították, holott az esetek nagy többségében az értékelő kutatások során erre nagy szükség van, mert az új adatok, részeredmények beépítésével pontosabb végeredmény születhet. A „*kinyomozzuk, hol rontották el*” hozzáállás egyáltalán nem szolgálta az értékelés valódi célját: a fejlődést. A negyedik generációs modellek egyik előnye így az alternatív, fejlődés-szemponitú kérdésfeltevés lett: melyek a program előnyei, és mely pontokon pontosan hogyan fejleszthető tovább a program? E modellek érzékenyek a kutatás folyamán felmerülő új kérdésekre, az értékelés érintettjeit pedig partnerként kezelik, az értékelés folyamatában való

részvételüket fontosnak tartják – tanulva a harmadik generációs modellek hibáiból, és a megfelelő mértékben eltávolodva ezektől. Az ötödik generációs szociális konstrukcionista értékelő modellek deklaráltan a társadalmi felelősségvállalás céljával, a fenntartható fejlődés iránti elköteleződéssel egészítik ki az eddigieket. Ebben az értelemben tehát szó sincs többé *semlegességről* – ennek helyét átveszi a *kutatói reflektivitás*. Természetesen a kutatás alapvető kívánalmainak – mint a rendszerezettség vagy az átláthatóság, az érvelés következetessége, követhetősége és az alternatív perspektívák megfontolása az egyoldalú torzítások kivédésére – e vizsgálatok is maradéktalanul eleget tesznek (*Moreau & Clarkin, 2011; Lundt, é.n.*).

Az értékelés ma már alkalmas arra, hogy új alapokra helyezze a szakpolitika-alkotás és a praxis kapcsolatát, és összehozza a gyakorló szociális munkásokat az akadémiai közegben tevékenykedő kutatókkal. (*Ellis, 2013*) Ki tudhatná jobban, mint a szociális munkás, hogy milyen erő van a hálózatokban? Ehhez azonban egy merőben más hozzáállásra van szükség: annak ismeretére, hogy minden program és minden egyes hiba alkalmas arra, hogy a fejlődést elősegítő lépéseket alapozzunk meg (*Ellis, Hogard, 2006*). Ki tudhatná jobban, mint a szociális munkás, hogy a hiba nem más, mint esély a fejlődésre?

Az értékelő kutatók egyébként jól ismerik az imént megfogalmazott aggályokat, és általában tudják kezelni a kapcsolódó problémákat. Tudják, miért érdemes mégis értékelni:

- A független vagy a külső és belső nézőpontokat ötvöző értékelés alkalmas arra, hogy a széles nyilvánosság számára is megmutassa a program értékeit, segítse a szakmai-tartalmi értelemben vett elszámoltathatóságot, átláthatóságot;
- Az értékelés hozzájárul mind a program, mind a szakpolitikai háttér fejlesztéséhez
- Az értékelés megmutatja, hogy a programba érdemes volt befektetni;
- Segíti a tanulságok megosztását, ezzel a multiplikációt és replikációt (*Ellis, 2013*).

Egyedül a látszat-értékelés az az eset, amibe nem szabad belebocsátkozni. Lehet hibázni, és a hibákból lehet tanulni, az eredmények, értelmezések korlátainak bemutatásával lehet kompromisszumot kötni (pl. ha nincs forrás független értékelésre, akkor jobb a belső értékelés, mind a semmilyen), de soha nem szabad értéktelen, felszínes munkát tudományos kutatásnak feltüntetni. Ez ugyanis pozitív irányú torzítások esetében („a program jó”) ahhoz vezet, hogy a szakpolitika-alkotó hibás döntéseket hoz, a kutató elveszíti legfontosabb tőkét, jó hírét, és ami a legfontosabb, a kliensek élete még rosszabbra fordulhat, mint amilyen eredetileg volt. Emellett a nyilvánosság a szociális színtér összes szereplőjét hibáztatni fogja, tulajdonképpen joggal – esetleg a kliensek kivételével, akiket ebben az esetben (ismét) csak felhasználtak, mint adott program „kedvezményezettjeit”. Ám még az is megeshet, hogy az áldozathibáztatására is módot adunk egy ilyen látszatomunka elvégzésével. Hiszen, ha – mint állítjuk – a program jó, a forrásokat valós fejlesztésekre költötték, a sérülékeny csoport helyzete pedig nem változik, vagy egyenesen romlik, akkor talán bennük lehet a hiba.² Ellenkező irányú torzítások („a program rossz”) pedig az érintettek indokolt neheztelését vonják maguk után, így ezek sem szolgálják a kliensek érdekeit.

² Fontos, hogy mivel egy szociális program esetében nem tudunk minden tényezőt ellenőrzés alatt tartani, lehetséges, hogy a program jó, de a kedvezőtlen társadalmi változások miatt a program kedvezményezettjeinek helyzete mégis romlik. Ekkor azonban nevesíteni kell ezeket a hatásokat, és fel kell becsleni mértéküket. Az ellenkezője – a program nem jó ugyan, de más kedvező változások, hatások megoldják a nehézségeket – általában kevésbé szokott problematikus lenni, de kutatói nézőpontból aligha jelent kisebb dilemmát.

Egy lehetséges példa erre a bentlakásos intézmények kiváltását célzó programok köre. Ezek az elmúlt években jelentős vitákat generáltak, akár a gyerekek, mentális betegségben szenvedők, fogyatékosággal élők, akár az idős emberek gondozásáról volt szó. Miközben az Európai Unió jelentős forrásokat biztosít az évtizedek óta kutatásokkal és gyakorlati tapasztalatokkal igazolható család-, közösségi alapú ellátások bevezetésére, mind az ellátottak, mind a közösség szempontjából jelentkező előnyök érvényesítése érdekében, a magyarországi gyakorlatban nem találunk olyan értékelő programot, amely a gondoskodásban élő, különféle életkorú és élethelyzetű ellátottak esetében segíthette volna egy hosszú távú intézménykiváltási program támogatását. A teljesen esetlegesnek tűnő intézkedések és az EU-s források felhasználása azt mutatja, hogy nincs semmiféle kapcsolat a programok, ellátások támogatása, megváltoztatása, csökkentése, növelése vagy éppen érintetlenül hagyása és az adott ellátási forma hatékonysága, eredményessége, minősége, valamint az érintett ellátottak életminősége és véleménye között.³

Az értékelés lehetséges céljai és fő kérdései

Az értékelés során mindig a megfogalmazott szakmai célokkal mérjük össze a programot. Minden értékelésnek, függetlenül a kutatói nézőponttól (pozitivista, konstrukcionista, konstruktivista) van három fő kérdéscsoportja: *Elérte-e a program a várt eredményeket? Miképpen valósult meg a program? Mit gondolnak a programról mindazok, akiket érint?* E fő kérdések a gyakorlatban továbbiakra bomlanak: *Működött-e a program? Mi történt pontosan? Az történt-e, amire a megvalósítás során számítottak? Történt-e olyasmi, amire nem számítottak? A siker/kudarc vajon bekövetkezett volna a program nélkül is? Milyen okok lehetnek a háttérben? Mennyibe került a program? Milyen más programhoz/korábbi helyzetekhez tudjuk viszonyítani?* (Ellis, 2013)

Ahogy minden kutatásnál, a programértékelésnél is a kutatói kérdés, a kutatás célja az, amely az elejétől fogva szervezi a teljes folyamatot, és meghatározza, hogy milyen konkrét módszerekre támaszkodhatunk a későbbiekben. A kutatói kérdés pontosabb megfogalmazásából az is kiderül, hogy milyen makroszintű vagy középszintű elmélet szerint gondolkodunk, és a magunk számára is világossá válik, hogy amit tartalmaz, az nem valami „eleve adott” háttér, gondolatmenet, hanem arra utal, hogy a felmerülő alternatívák gazdag tárházából választottunk. A kutatás megtervezésekor tudatában kell lennünk annak, hogy minden érvelés az adott probléma megoldását szolgálja, meghatározott előfeltevéseken alapul akkor is, ha ezeket erőteljesen és tudatosan „zárójelezzük” (Corbin & Strauss, 2008). Az alkalmazott elméleti keret, az általunk használt fogalmak pedig nem csupán érvelésünk eszközeivé válnak, de azokat *alakítani* is fogják.

Sőt, bármilyen kutatás esetében magunk is az elméletalkotás – így értékelő kutatások esetében az adott program mikro-elmélete, elméleti modellje megalkotásának – feladatával nézünk szembe. Éppen ez az, amiért szakemberként meg tudunk oldani olyan problémákat is, amelyeket laikusok még akkor sem, ha a társadalmi és emberi kérdésekről amúgy mindenkinek vannak naiv elméletei, és mindenki többé-kevésbé gyakorlott abban, hogy egyedi értékelései

³ Az intézményes ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines_hungarian-version.pdf, és Eszköztár az uniós alapoknak az intézményesített ellátásról a közösségi alapú ellátásra való áttérés céljára történő felhasználásához, https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines_hungarian-version.pdf

alapján saját döntéseket hozzon. Az egyedi vélemények szakmai álláspontként való feltüntetését nem engedhetjük meg magunknak, és ebben segít az értékelő kutatás.

A szociálismunka-kutatások jellemző sajátossága, hogy a vizsgálat akkor igazán releváns, ha a társadalom peremén élő csoportokat, közösségeket tudja megszólaltatni, azaz e kutatásokat általában erős társadalomkritikai vonatkozások jellemzik. Így a színvonalas értékelő kutatások beépülése a gyakorlatba egyfajta indikátora a szolidaritás, a demokrácia és a vitakultúra fejlettségének (Weiss, 1993; Rossi és mtsai, 2006; Bayer, 1997, B. Erdős, 2015a). E sajátosság a szociális értékelő kutatásokat szervesen a negyedik-ötödik generációs, fejlődés-szemponitú megközelítésekhez kapcsolja; ehhez képest hazánkban az első (mérőeszköz-gyártás), a második (erősségek, gyengeségek) és harmadik generációs (ítélkezés, elbírálás) modellek az ismertebbek.

A célcsoportot a kutatásba bevonó, részvételi megközelítés érdekes módszertani kérdéseket vethet fel. A gyerekek aktív részvétele az őket érintő döntések előkészítésében és meghozatalában egyre inkább előtérbe kerül. Sokféle vita övezi ezeket a programokat, hiszen kérdéses, hogy hány éves kortól, milyen érettséggel képes egy gyerek önállóan véleményt formálni, és melyek a megfelelő formák arra, hogy ezt az érdemi részvételt biztosítani lehessen. Az ENSZ *Egyezmény a gyermekek jogairól* egyik alapelve, hogy a gyerekek véleményét minden őket érintő kérdésben meg kell hallgatni, és a döntéshozatalnál ezt figyelembe is venni. Ezt segíti az is, hogy az Egyezményt gyermekbarát formában is megírták. (<https://unicef.hu/gyermekjogok/>)

Az intézményes gondoskodásban, fogyatékossgal élők életminőségének értékeléséhez speciális eszközt fejlesztett ki szakemberek egy csoportja, egy Európai Unió kutatási program keretében. Ez lehetővé tette, hogy az érintettek is tudassák, hogyan értékelik ők maguk a helyzetüket. (<http://www.mdac.info/en/research-projects>)

A Trident

Az elméleti megfontolásokon túl az értékelés elvégzéséhez szükségünk van egy olyan módszertani keretre, amely korszerű, emellett megfelel a szociálismunka-kutatások prioritásainak. A módszertani keret minden érintett számára átláthatóvá, áttekinthetővé teszi a kutatás folyamatát, és segíti a kutatót abban, hogy a szociális kutatás első fázisában látványosan és zavaróan szanaszét futni hajlamos adatokat – hiszen általában nem egyetlen rész kérdésre, hanem egy teljes programra és annak hálózatszerű, rendszerszintű, szinergiákban gazdag működésére összpontosítunk – egy világos logika alapján tudja ellentmondásmentes, koherens és informatív képpé rendezni.

Egy nemzetközivé vált brit szervezet, a Social and Health Evaluation Unit (ma: SHEU International) szakemberei ebből a célból fejlesztették ki a Tridentet (Hogard & Ellis, 2006), amelynek első hazai ismertetője 2010-ben jelent meg (B. Erdős, 2010), a pilot alkalmazásokat követően pedig nagyobb projekteken is kipróbáltuk. (B. Erdős & Kelemen, 2015) A Trident számos szociális, egészségügyi és oktatási program értékelésére alkalmas. Egyik fő erőssége, hogy bár generikus, külső, független értékelés céljaira készült, kiemelten fontosnak tartja a folytonos dialógust az értékelés minden érintettje között, és magát a kutatás folyamatát is átláthatóvá teszi számukra. Ebben az értelemben a Trident képes a fejlesztés-szemponitú, részvételi evaluáció (community-based participatory evaluation, CBPE, pl. Braithwaite és

mtsai., 2013) több szempontjának érvényre juttatására, bár ezektől különbözik, ezekhez képest „külsőbb”. A kutatócsoport a kezdeti eredményeket visszacsatolja az érintettek, a kockázatviselők felé: ez a „steering”, az egyeztető megbeszélés gyakorlata. Lefolytatására akkor van mód, ha az eredmények a partnerek számára is értelmezhető egészé szerveződnek. A konzultációs technikákat alkalmazó, jegyzőkönyvvel záruló steering alkalmas arra, hogy a kutatót ennél a nagyon érzékeny műfajnál is megvédje a megalapozatlan, utólagos kritikáktól.

A Trident átfogó, a kevert módszertan szerinti kutatások minden előnyét kibontakoztató módszertani keret. Bár elsősorban külső értékelést tesz lehetővé számos (egészségügyi, szociális, oktatási) területen, ismerete a belső értékelés megtervezéséhez is hasznos. A kutatócsoporttól mindig elvárható, hogy ajánlásokat tegyenek az adott program, és a háttérét jelentő szakpolitika fejlesztésére. Az értékelés talán legfontosabb szabálya, hogy soha ne értékeljünk érdemi javaslattétel nélkül.

A közmunka-programok megítélése nagyon ellentmondásos hazánkban. A Trident módszertana alapján meglehetősen pontos képet kaphatnánk a programról, ha az adatok széles körét vonnák be az értékelésbe, és valamennyi érintettel (munkavállalók, munkaadók, helyi önkormányzatok, helyi lakosok) konzultációkat folytatnának az eredményekről, a program folyamatairól, valamint a különféle megvalósítási módokról alkotott véleményekről, kihívásokról. Egy ilyen kutatás más alapokra helyezhetné a programmal kapcsolatos döntéseket, javaslatokat.

A továbbiakban arról lesz szó, miképpen alkalmazható e módszertani keret a gyakorlatban. A Trident a kutatás fő kérdéseit és az ezekhez tartozó majdani válaszokat három fő pillérbe rendezi:

I. Kimenet és eredmények

A Trident e pilléréhez sorol minden olyasmit, ami a program kimenetéhez tartozik, tehát ide tartoznak a program eredményei és hatásai is. A három fogalom megkülönböztetése elsősorban szószálhasogatásnak tűnik, de ha egy konkrét példán tekintjük, világossá válik, mi a különbség közöttük:

Fiktív példánkban a sok országban népszerű DADA (D.A.R.E.) prevenciós program egy korábbi változatát alkalmazzák egy szegregátum iskolájában, ahol a programban részt vevők száma magas, a program tehát veszélyeztetett csoportok tagjait viszonylag nagy számban éri el. Pozitív *kimenet* két fő érték alapján: elérések száma és az elért veszélyeztetett személyek száma. Az ott tanulók a program keretei között bizonyítottan ismereteket, készségeket sajátítanak el (pozitív *eredmény*), ezt a program megvalósítói fel is méri, például egy teszttel vagy a tanulókkal folytatott csoportos beszélgetés-sorozat tartalomelemzésével. Kapacitások híján azonban nem történik meg az utánkövető vizsgálat és a program *hatásosságának hazai értékelése* – annak ellenére, hogy az új pszichoaktív szerek megjelenése alapvetően változtatta meg a helyzetet. A program más országokban elvégzett, átfogó értékeléséből ismert, hogy hosszú távon e program csökkenti a dohányzás valószínűségét, növeli a rendőrségbe vetett bizalmat, de megnöveli a marihuána használatának valószínűségét (West & O’Neil, 2004; Foxcroft, 2015). Lehet-e ezt a hazai adaptációt úgy kommunikálni, mint sikeres programot? Vagy lehet-e azt állítani, hogy a program sikertelen? Egyértelműen sikeres, hatásos bizonyos dimenziókban – és valószínűleg fejlesztendő másokban.

A szakmai hatékonyság mérését szociális területen éppen a szociális munka kapcsolati fókusza és a makro-mezo-mikroszint közötti folytonos váltás-visszaváltás szükségessége nehezíti meg, e komplexitás igencsak próbára teszi a kutatót. A csak nehezen tetten érhető társadalmi-kulturális változások, az egyéni életutak nem várt bonyodalmak, az emberi döntések szabadságából következő változások alaposan megnehezítik a hatásokat, eredményeket befolyásoló tényezők kiszűrését, vagy ha ez lehetetlen, legalább a hatásuk számbavételét. Bár a viselkedés változását mérhetővé tehetjük, a változás időben nem mindig érintkezik közvetlenül a fejlesztéssel. Éppen ezért szociális területen mindig érdemes és etikus döntés formatív, azaz a program alakulására visszaható, a folyamatértékelést is bekapcsoló értékelést végezni.

Mivel az új szolgáltatások bevezetésének hatásait gyakran szeretnénk értékelni, érdemes leszögezni, hogy *a szolgáltatásokkal való elégedettség legtöbbször nem eredmény, hacsak nem az a bevezetés célja, hogy minél többen elégedetté váljanak.* (Az elégedettség nem feltétlenül jelenti azt, hogy a program egyben hasznos is a kliensek számára.) Az eredményeket mindig a kitűzött célokhoz mérhetjük, e célok segítségével tudjuk meghatározni a szükséges indikátorok forrásait, és magukat az indikátorokat. Mivel a Trident generikus értékelést is lehetővé tesz, ahol az értékelő nem az adott szakterület, hanem az értékelés szakembere, az indikátorok meghatározása során a szakirodalmi tájékozódáson túl felkérhet szakértőket, gyakorló szakembereket és klienseket/kedvezményezetteket, vagy kombinálhatja a folyamatot belső értékeléssel. A generikus értékelésnek több előnye is lehet: így például a program tulajdonosai nem tekintik riválisuknak a kutatókat; az értékelő nyitottabb, érdeklődőbb tud maradni, és nem hiszi, hogy „ezt már úgyis tudom”. Ha azonban nem von be megfelelő szakértőket az értékelés során, eredményeit nyilván megkérdőjelezzik majd, hiszen „ehhez mi jobban értünk”.

A hajléktalanság megelőzésének és kezelésének legoptimálisabb formáit elemzőket sok esetben azzal vádolják, hogy a javasolt megoldásokat az ideológiai, politikai meggyőződésük befolyásolja, és nem kizárólag a szakmai szempontok. Egy generikus értékelés segíthet abban, hogy megkísérelje kizárni az elfogultságot, miközben a sokféle álláspontot képviselő szakemberek együttes bevonása lehetőséget adhat a szakmai érvek jobb megfogalmazására, és egyben a szubjektívnek tekintett megközelítések alaposabb elemzésére is. Az érintettek bevonása tovább gazdagíthatja a vizsgálatot, mivel például a lakhatás elvesztésével, szállókkal, menhelyekkel, bármiféle lakhatási lehetőség elérésének nehézségeivel kapcsolatos személyes tapasztalatok újabb, fontos szempontokat jelenthetnek.

Az eredmény mérését szociális területen csak ritkán tudjuk kész mérőeszközökkel megoldani, készüljünk fel rá, hogy ezeket általában a programra specifikusan kell kifejlesztenünk (*Thornicroft & Slade, 2014*).

II. A folyamatok

A folyamatértékelés a programértékelés rendkívül fontos és méltánytalanul elhanyagolt területe. Az eredmény, a program kimenetele, sikeressége fontos, de semmit nem mond arról, hogy miképpen sikerült elérni az eredményeket. Amennyiben nincs kellően részletes leírásunk arról, hogy miként születtek az eredmények, sem a multiplikációt, sem a replikációt, tehát a program térbeli-időbeli kiterjesztését nem lehet megvalósítani. Sőt, a hibákból sem tudunk tanulni, hiszen nem látjuk át sem azt a cselekvéssort, sem a folyton változó külső hatásokat,

amelyek akár a kívánt, akár a nemkívánt kimenethez vezetnek. A folyamatértékelés az, ami a program folyamatait az eredményekhez tudja kapcsolni. A Trident keretei között a folyamatértékelésre kiemelt figyelmet és energiát fordítanak: Hogyan zajlott a fejlesztési folyamat? Melyek voltak a fontosabb történések, a mérföldkövek, a különleges események?

A folyamatértékelés elhanyagolásához többek között az vezetett, hogy itt általában kvalitatív módszerekkel kell dolgoznunk, főképpen olyanokkal, mint a megfigyelés, az interjú, a fókuszcsoporthoz tartozó interjú, vagy az etnográfiai interakció-analízis. A kvalitatív módszerek előnyeit a hazai környezetben alig ismerik, még kevésbé ismerik el, és a kvalitatív kutatást sokan a gyenge minőségű kvantitatív vizsgálattal keverik össze. További probléma, hogy a kvalitatív kutatás munkaiigényes (pl. egyórányi interjú vagy videofelvétel elemzése két, esetleg több magasan képzett kutató 10-12 munkaóráját jelenti), következésképpen forrásigényes, és a számokat misztifikáló világunkban ennek eredményeit kevésbé tekintik komoly hivatkozási alapnak. Ráadásul komoly kutatói felkészültséget igényel, ha valaki komplex mintázatokból akar érvényes kategóriákat képezni (Hogard, 2007). Célunk, hogy számos lehetséges perspektíva integrálásával egy holisztikus képet alakítsunk ki a programról (Fjellström, 2008; Lund, é.n. Hogard, 2007). A folyamatértékelés célja a praxis igen részletes, mégis koherens és konzisztens leírása, és – a dialogikus, részvételi jelleg jegyében – fontos, hogy a kutatói leírást a gyakorló szakember, sőt a kedvezményezett csoport/klienscsoport képviselője is megismerje, hitelesítse, részleteiben és egészében.

A folyamatértékelésben alkalmazott kvalitatív kutatások érvényességét és megbízhatóságát a *trianguláció* biztosítja. A triangulatív megközelítés a Trident lényegi vonása: ilyenkor többféle nézőpontból vizsgálódunk, vagy eltérő adatokat vonunk be az elemzésbe, más-más kutatói nézőpontokat (eltérő diszciplínák, eltérő elméletek) és különböző kutatási módszereket alkalmazunk (Denzin, 2006). A folyamatértékelést segítheti, és a trianguláció alkalmazását, a kutatói nyitottságot sem zárja ki, ha van valamilyen alkalmas viszonyítási pontunk, kiindulópontunk: egy előző folyamatértékelés eredményei, lefektetett irányelvek, szakmai programok, vagy éppen etikai kód.

A Trident keretei között számos eltérő módszert alkalmazhatunk. Ellis és Hogard (2006) saját kvalitatív módszerkombinációja a rekonstitutív etnográfia, ami a forrásigényeket tekintve kivitelezhetőbb, mint a hagyományos etnográfiai-kvalitatív módszerek bevezetése, hozadéka mégis számottevő. A módszerkombináció a kritikus incidens-technika, a konstitutív etnográfia, és a Delfi-módszer ötvözete (Ellis & Hogard, 2006).

A kritikus incidens-technika Flanagan-tól (1954, idézi Hogard, 2007) származik. Évtizedek óta alkalmazzák arra, hogy segítségével megtalálják a sikeres és a sikertelen esetek közös vonásait, majd ezek összevetésével meghatározzák a jól működő gyakorlat alapvető elemeit. Hazai alkalmazása a pécsi kutatócsoportban körülbelül egy évtizedre nyúlik vissza (B. Erdős, 2010; B. Erdős & Kelemen, 2015), sőt, rossz hangulatban induló esetmegbeszélők alkalmával is jó szolgálatot tett már:

Melyik az az eset, amelyikre a legbüszkébb? Mit gondol, mi volt a sikeresség döntő feltétele? Milyen képességeire, készségeire volt szükség ahhoz, hogy ezt az esetet ilyen sikeresen oldja meg? Hogyan tanulta meg ezeket? Melyek voltak azok a külső tényezők, amelyekre nem volt befolyása? Kérem, idézzon fel egy olyan esetet, ami a legfrusztrálóbbnak bizonyult az Ön számára! Mi történt másként? stb.

Nagyon fontos a sorrend, hogy a szakember érezze: kompetensnek tartjuk, elismerjük, nem pedig hibáztatni, vagy „kijavítani” akarjuk. Számításba kell venni a siker- vagy kudarc-attribúció módosító hatásait is (a siker saját kompetenciáim eredménye, míg a kudarc persze a kedvezőtlen körülmények szülötte), és ezeket célszerű természetes jelenségként kezelni. Bármilyen kontextusban akarjuk mélységében megismerni, leképezni a praxist, a módszer alkalmazása nagyon sokat segíthet.

A konstitutív etnográfia alkalmazása során a helyszíni megfigyeléseket (amelyek forrásigényességét aligha lehet felülmúlni) utólagos interjúkkal helyettesítjük. Van ennek kockázata, hiszen az emberi emlékezet újra konstruálja a tapasztalatokat, de a módszerek ötvözésével a kockázat minimálisra csökkenthető, az interjúkat szakmai dokumentumok, naplók, videó-elemzések segítségével egészíthetjük ki. Fontos tudnunk, hogy a visszaemlékezés révén nem azt fogjuk megtudni, mi történt egészen pontosan, hanem azt, hogy az interjú alanya szerint mi történt (esetleg: mit szeretett volna, minek kellett volna történnie, mi lett volna érdekesebb?) (Hogard, 2007; B. Erdős, 2015a)

Az interjúkészítő kommunikációs készségei hasonlóak, de nem teljesen azonosak a jó tanácsadó, vagy a figyelmes, jól képzett, „régivágású” riporter készségeivel. Fontos, hogy az interjúkészítő pontosan ismerje a kutatás fő vonalait, az interjú célját, és saját munkájának célját, ami ezúttal az adott jelenség lehető legmélyebb megértése. A jó interjúkészítő érdeklődő és járatos a személyközi kapcsolatok alakításában, a bizalom gyors felépítésében – egyéni és csoportszinten egyaránt. Érett személyiség, aki tiszteletben tartja mások igazságát akkor is, ha a mondottak eltérnek saját meggyőződésétől (Sanders, 1994).

A folyamatértékelés nyomán kialakítunk egy modellt a bekövetkező változásokról, amelynek első hitelesítését – az eredmények érvényességének biztosítására – a kockázatviselővel lefolytatott, korábban már említett konzultáció (steering) alkalmával végezzük el. A szükséges finomításokat követően a hitelesítés a Delfi-technika révén, anonim, szakértői validálással folytatódik. A kialakított modellről beérkező szakértői véleményeket az anonimitás fenntartásával minden szakértő kézhez kapja, és a megismert többi vélemény fényében módosíthatja a saját véleményét – mindaddig, amíg konszenzusra nem jutnak (fontos, hogy ezzel a technikával nem értékelhetünk személyeket).

A hároméves kortól kötelező óvodáztatás (amely a közoktatás részévé tette a gyermekek rendszeres óvodába járását) rendkívül sokrétű értékelést igényelne. Nem csupán a hatásokra, de a program folyamataira is figyelemmel kell lennünk (pl. hogy milyen módon segítik a kisgyermekes szülők napi közlekedését ott, ahol az anya vagy az apa egyedül van a hároméves és a hathónapos gyermekkel, stb.) Hogyan segítjük a szülőket, a helyi közösséget, az érintett óvodai szakembereket annak megértésében, hogy mi a célja ennek az intézkedésnek? Hogyan támogatjuk az óvodában dolgozókat abban, hogy felkészültek legyenek és megfelelő erőforrások álljanak rendelkezésükre a sokféle többletfeladatot jelentő változások során? Miközben a szándék bizonyosan a gyermekek fejlődésének elősegítése, a hátrányok kompenzálása és az iskolaérettség elérése, sokak által vitatott a szakmai indoklás, különösen pedig a megvalósítás módja, színvonala. A szakemberek között jelentős vita van arról, hogy mi és milyen formában szolgálná az érintett gyermekek legfőbb érdekeit, és – amennyiben sikerül meghatározni a célokat – akkor azokat hogyan lehetne elérni.

III. A kockázatviselő felek szempontjai

Az érintettek, azaz a kockázatviselők bevonása biztosítja és elköteleződéssé formálhatja a kutatás résztvevőinek motivációját, a kutatás méltányosságát. A triangulatív megközelítést alkalmazva számos eltérő perspektívából láthatunk egyes történéseket és folyamatokat. A „kockázatviselő” kifejezésben az innovatív programok természetes bizonytalansága mellett az is benne van, hogy a program résztvevőit egyenlőknek és partnereknek tekintjük, és elismerjük, hogy személyes befektetésükkel járultak hozzá a programhoz: reményekkel, tudásokkal, motivációkkal, idővel, pénzzel. Itt „szempontok”, azaz vélemények, attitűdök jelennek meg, nem pedig tárgyilagos információk. A kutató számára egyformán fontos, mit gondol, mit mond a kliens, a résztvevő, a kedvezményezett, a célcsoport, a gyakorló szakember, a finanszírozó, a döntéshozó és bármely más érintett. Legfeljebb az érintettség mértéke alapján tehetünk különbséget, de nem az adott csoport vagy személy státusza szerint. Érdekközösségük alapja, hogy minden fél fejlődő, fenntartható programokat szeretne, bár rövidtávon érdekeik erősen konfliktusosak lehetnek. E konfliktusok kifejezésére és konstruktív feloldására is módot ad a harmadik pillér keretei között zajló kutatói tevékenység és kommunikáció. A fő kérdés itt az, hogy mit gondolnak a program felől a programban résztvevő csoportok tagjai (*Hogard, 2013:10*). Láthatjuk, hogy az eredményértékelés kedvelt eszközzé tekintett, elégedettséget mérő kérdőíveknek is itt a valódi helye.

A különféle szociális ellátások biztosításának decentralizációja a kilencvenes évek elején, majd újbóli centralizációja az elmúlt évtizedben igen tanulságos vizsgálódásra adhatna lehetőséget. A rendelkezésre álló elemzések meglehetősen ellentmondásosak, láthatóan számos eltérő szempont, kockázatviselői perspektíva alapján készültek, eltérő, integrálatlan nézőpontokból értékelik az önkormányzati és kormányzati irányítás, finanszírozás, fenntartás és a minőségi szolgáltatások kérdéseit, például a kórházak, iskolák, jóléti szolgáltatások és más ellátások terén. Izgalmas értékelési feladat lehetne e vizsgálódások, elemzések összehasonlító értékelése, és annak átgondolása, hogy vajon az értékelés egyes pilléreinek keveredése milyen hatással volt az értékelés folyamatára?

Értékelő kutatás és kommunikáció

Az értékelő kutatások kényes területén kiemelkedő jelentősége van az egyes kockázatviselő csoportokkal folytatott, megfelelő kommunikációnak, és a kutatás eredményeinek kommunikációja során is körültekintően kell eljárunk. Különösen azért, mert hazánkban az értékelő kutatások még kevésbé kiforrottak, elfogadottak, mint a nyugati országokban (*B. Erdős, 2016*). A legfontosabb szabály, hogy soha nem fogalmazunk meg kritikát a megoldási javaslatok nélkül; azonban megfogalmazhatunk megoldási javaslatokat egy ezeket alátámasztó érveléssel együtt. Ez utóbbi sok esetben hasznosabb, mint a kritikai attitűd.

Hogard (2007) a konzultációs (counselling) technikákra javasol építeni a kockázatviselőkkel folytatott megbeszélések során: olyanokra, amelyek felépítik a résztvevők közötti bizalmat, elősegítik egymás kölcsönös megértését, a közös értelmezések kialakítását, tisztázzák, összefoglalják a lényegi pontokat, és a fejlődés irányába mutatnak. Fontos a közvetlen, személyes találkozás, akkor is, ha ez forrás-igényesebb megoldás (*Tapella & Rodriguez-Bilella, 2014*). Lényeges az is, hogy a vizsgált program gazdájának szervezeti kultúrájához alkalmazkodjunk (*Rossi & mtsai., 2006*). Ahogyan egy konzultációs folyamatban a konzulens

megosztja a kontrollt a klienssel, úgy az értékelő kutatónak is biztosítania kell, hogy a kockázatviselők ne érezzék magukat kontrollvesztettnek, kontrollfosztottnak a kutatás során. Ennek egyik módja a szakzsargon elkerülése: a kommunikációs kompetencia ugyanis a kapcsolat jellemzője, csak akkor vagyunk a birtokában, ha képesek vagyunk beszélgetőpartnereink felkészültségéhez alkalmazkodni. A kommunikáció révén érhetjük el azt is, hogy az érintettek érdekesnek és hasznosnak találják a folyamatot. Szerencsésebb helyzetben vagyunk itt, mint az alapkutatások esetében, ahol a kutatás eredményei csak nagyon közvetve hasznosulnak. Itt mindig nagyon közvetlen a kapcsolat a kutatás és a fejlesztések között. Ugyanakkor ne feledjük, hogy a kockázatviselői csoportok prioritásai eltérnek. Ezt a helyzetet csak akkor tudjuk kezelni, ha megismerjük és tiszteletben tartjuk ezeket a prioritásokat:

- A kliensek kockázata a megfelelő minőségű szolgáltatásokhoz, programokhoz való hozzáférés, a tét az élethelyzetük, életminőségük javulása vagy romlása;
- A döntéshozók hírnevüket, népszerűségüket, politikai pályafutásukat kockáztatják;
- A gyakorló szakemberek prioritása: hatékonyabb eszközöket szeretnének a problémák megoldásához, ugyanakkor fontos számukra foglalkoztatásuk biztonsága és a szakmai presztízs;
- A kutató kockázata saját szakmai pályafutása és kutatói hírneve.

Belátható, hogy ezek az érdekek rövidebb távon konfliktusosak lehetnek, így az értékelő kutatónak e konfliktusok feloldására is fel kell készülnie. Felelősség terheli minden kockázatviselő csoportért, beleértve saját munkatársait is.

A Tridentbe épített egyeztető megbeszélések („steering”) biztonságos keretét adják annak a kommunikációnak, amelynek egyik fontos célja az eredmények validálása, de legalább ilyen lényeges a kutatásban érintettek közötti megfelelő viszony kialakítása. Ez minden területen fontos szempont, ahhoz, hogy pontosabban lássuk a súlyát, jelentőségét, gondoljuk át a következő példát:

A mentális betegséggel, fogyatékkal élők önálló vagy támogatott életvitelét célzó programok nagyon jelentős közösségi ellenállásba, elutasításba ütköznek. Az intézménykiváltási programok során szükséges előzetes felmérések és a további folyamatértékelések során minden érintett félnek elengedhetetlen a bevonása, így a közvetlenül érintett klienseken kívül a családtagoknak, segítőknek, szakembereknek, a helyi lakosság és intézmények képviselőinek is, hogy mind teljesebb képet alkothassunk arról, mi segíti, és mi akadályozza a tervezett vagy éppen végrehajtás alatt álló program sikeres megvalósítását.

Egy gyakorlati példa a Trident alkalmazására: Bentlakásos drogrehabilitációs intézmények értékelésére alkalmas modell kidolgozása

Az alábbiakban röviden összefoglaljuk egy, a Trident módszerével elvégzett komplex értékelő kutatás legfontosabb lépéseit. (A teljes anyag elérhető a Szociális Szemle 2015/1-2. számában <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/14330/Szocialisszemle-2015-8evf-1sz-2sz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

Az értékelő kutatás megkezdése előtt általában szerződéskötésre kerül sor a kutatást elvégző team és a megbízó között. A szerződésben minden fontosabb kérdésre ki kell térni. Mi a megbízó elvárása, céljai, milyen kérdéseket fogalmaz meg ezekkel kapcsolatban? Milyen információkat bocsát rendelkezésre, milyen határidőkhöz kell igazodnia a feleknek, milyen

források és milyen ütemezéssel állnak rendelkezésre? A cél e kutatás esetében – arányosan a rendelkezésre álló anyagi forrásokkal – nem maga az átfogó értékelés, hanem egy értékelő modell kidolgozása volt, a szűk keresztmetszetet a rendelkezésre álló idő jelentette. Tisztázni kell, miképpen történik majd a disszemináció. A megbízó a szerződésben akár meg is tilthatja az eredmények nyilvánosságra hozását – esetünkben ezt a szerződés nem zárta ki.

Ezzel egyidejűleg érdemes átgondolni, megvitatni, hogy pontosan mi az, ami a kutatás aktualitását adja. Új programelemeket vezettek be, esetleg változtatni kívánnak a korábbi programon, szakmai protokollokon, vagy a szakpolitikai irányokon? Kételyek merültek fel a hatékonysággal vagy a költséghatékonysággal kapcsolatban? Fejlesztési pontokat, stratégiákat szeretnének meghatározni? Kutatásunk deklarált célja a jövőbeni fejlesztések jobb megalapozása és az átláthatóság növelése volt.

A team vezetőjének ezt követően át kell tekintenie a rendelkezésre álló kutatói kompetenciákat, és szükség esetén hosszabb-rövidebb időre új tagokat kell hívni a teambe. Egy értékelő kutatásnál, így esetünkben is fontos volt az interdiszciplináris, interprofesszionális team-munka, a sokoldalú módszertani felkészültség. Ebben az esetben szociális munkás, szociálpolitikus, addiktológus, szociológus, pszichológus és mentálhigiénikus is részt vett a kutatómunkában.

Lényeges az alapos szakirodalmi áttekintés – ebben a kutatásban jóval száz felettire becsüljük a felhasznált források számát. Igyekeztünk a hazaiak mellett a nemzetközi irodalmakat is áttekinteni, hiszen az angolszász világban már rengeteg tapasztalat halmozódott fel mind az értékelő kutatások, mind pedig az addiktológia területén. A szakirodalmi áttekintés során hasznos szempontokra, kutatási módszerekre (pl. kérdőívekre, eljárásokra, tanulságos példákra, megoldatlan dilemmákra) bukkantunk, és ez sokat segített az értékelés kérdéseinek részletesebb meghatározásában és az alkalmazásra kerülő módszerkombináció kidolgozásában. A források feldolgozása során tudtuk teljesen pontosan definiálni a kutatás kulcsfogalmait. Esetünkben ilyen központi fogalom volt például a *terápiás közösség*, a *felépülés*, a *terápiás hatékonyság*, vagy a *tapasztalati szakértő*.

Ha az összegyűjtött információkat kevésnek érezzük, hasznos ezeket kiegészíteni a terület szakértőivel készülő egyéni vagy csoportos interjúkkal, megbeszélésekkel: erre az idézett anyagban számos példát találunk. A legfontosabb fogalmak és összefüggések tisztázásán túl ezek az interjúk, megbeszélések segítették a szakmai gyakorlat pontosabb leképezését (folyamatértékelés), a problémás területek azonosítását. A szakemberek gyakran jó ötleteket adtak az értékelés legfontosabb kérdéseinek megválaszolásához is, segítve a kimeneti indikátorok definiálását (eredményértékelés, hatásosság értékelése). Fontos, hogy a program, a szakterület szempontjából itt mindig a gyakorló szakember a kompetens személy. A kutató a kutatáshoz ért, azaz ahhoz, hogy a megfelelő kérdéseket tegye fel, és segítse a még meg nem fogalmazott, de a kutatás céljai szempontjából kulcsfontosságú tudás felszínre kerülését. Máskor abban segít, hogy a már megfogalmazott vélemények, ötletek jobban visszacsatolódjanak a döntéshozók felé. Ennél a kutatásnál mindkettőre akadt példa.

A következő teendő az empirikus kutatás további menetének megtervezése. Melyek azok a lépések, amelyek eddigi tudásaink alapján elvezethetnek a kérdések megválaszolásához? Hogyan választjuk ki a vizsgált mintát? Hogyan biztosítjuk minden kockázatviselői csoport kiegyensúlyozott részvételét? Milyen torzítások következhetnek a mintavétel sajátosságaiból? Hogyan fogjuk motiválni a válaszadókat a részvételre? Milyen módszerekkel tudunk dolgozni?

Mit teszünk, ha egyes módszerek nem váltják be a hozzájuk fűzött reményeket (pl. online kérdőíves megkeresés esetében alacsony lesz a válaszadói hajlandóság)? Miképpen tudjuk integrálni a különböző módszerekkel, különböző adatok feldolgozásából (azaz triangulatív úton) nyert eredményeket? Miképpen építjük be a kutatás folyamán a részeredmények alapján megfogalmazódó új és fontos kutatói kérdéseket? Saját kutatásunkban problémás pontnak bizonyult a földrajzi távolság, azaz nem minden lehetséges helyszínre látogattunk el, márpedig a kérdőíves megkeresés kevésbé személyes jellege a kutatás szempontjából hátrány. Ezen telefonhívásokkal segíthetünk; ma már valószínűleg a videóhívás mellett döntenénk. Kezelnünk kellett a válaszadók félelmeit: aggódtak, hogy az intézmény valamilyen szankció vagy megszorító intézkedés előtt áll, és a kutatócsoport felbukkanása ennek előjele (nem az volt). Számunkra nehézséget jelentett az is, hogy addiktológiai területen már folytattunk kutatásokat, így a rivális pozíciójába kerülést nem mindenütt tudtuk teljesen kivédeni, csak értelmezni, mérsékelni, figyelembe venni. Mindezek miatt fokozottan figyeltünk a kutatási folyamat átláthatóságára, a kutatási folyamatban érintettek részvételének biztosítására, valamint a fejlesztési fókusz szem előtt tartására és folyamatos kommunikálására: a kutatás célja a lehető legjobb, reflektív intézményi működés elősegítése.

A kutatás egyes, részben előre meghatározott, részben pedig a folyamat során alakuló lépései esetünkben két fontos eredményt hoztak:

- elvezettek az intézményi gyakorlatok lényegi összetevőinek leképezéséhez (folyamatértékelés), olyan kulcsfontosságú tényezők azonosításával, mint a biztonság és ösztönzés dialektikája, az intézményi környezet forrásai, képesség a váratlan helyzetek kezelésére, átfordítására, és a kívülálló befogadásának folyamata;
- meghatározhattuk azokat az indikátorokat, amelyek (anonimizált adatok összekapcsolásával) a felépülésről informálnak:

„A kezelést befejező vagy megszakító személyek közül a következő 5 évben hányan haltak meg túladagolás, öngyilkosság vagy bűncselekmény következtében; hányan kerültek kapcsolatba a büntetés-végrehajtással; hányan és hány alkalommal vettek igénybe sürgősségi ellátást túladagolás („mérgezés”) vagy öngyilkossági kísérlet, esetleg szerhasználattal összefüggésbe hozható baleset miatt (itt a BNO-kódok jelenthetnek szűrési szempontokat); hányan és hány alkalommal vettek igénybe bentlakásos ellátást szerhasználati zavar diagnózissal; hányan és hány alkalommal vettek igénybe ambuláns ellátást; hányan vették igénybe a hajléktalanellátó rendszer szociális szolgáltatásait; hányan fizetnek társadalombiztosítási járulékot” (*B. Erdős, Kelemen, 2015: 231*).

Amikor már jól értelmezhető anyagunk volt, azaz a kutatási jelentés első verziója vagy annak lényegi részei koherenssé váltak, akkor ezeket ismertettük a kutatásban részt vevő intézmények vezetőivel, a bevont szakértőkkel, és a megbízóval is (az ún. steering folyamata). És bár ez lett volna az optimális, idő hiányában nem mindenütt tettük ezt személyes formában. A visszajelzések ebben az esetben nagyrészt pozitívak, elfogadók voltak, így komolyabb javításokra nem került sor. Érdekes, de a legfőbb kritikát a terápiás közösségek hazai történetével kapcsolatosan kaptuk – és a résztvevők erre a történetre nem is egységesen emlékeztek vissza. A szakértői, konszenzusra törekvő Delfi-validálás nagyon hasznos lett volna, viszont rendkívül időigényes iteratív folyamat, így erre nem támaszkodhattunk. A felmerülő további kérdések főként az eredményértékelés gyakorlati megvalósíthatóságára

vonatkoztak. (Megjegyezzük, hogy néhány évvel később egy másik területen, a felsőoktatásban az általunk javasolthoz nagyon hasonló, bár nyilván nem azonos indikátorokat tartalmazó algoritmust használtak a lemorzsolódás vizsgálatára.) Ezt követően készült el a kutatási jelentés végleges változata, amelyet megküldtünk az érintetteknek. Két előadást tartottunk a témában, és a kutatási jelentést nyilvánosan is elérhetővé tettük.

Mindig akadnak további lehetőségek, ötletek, amelyeket az adott keretek között már nem lehet megvalósítani. E kutatás keretei között nem volt módunk olyan számítások elvégzésére – és nem is ez volt a kutatás célja –, amelyekből kiderülne, hogy az intézményi ellátás, gondoskodás pontosan milyen, forintokban kifejezhető károktól védi meg a társadalmat, és mennyi megtakarítást eredményez (pl. személyi sérülések, sürgősségi ellátás költségei, a büntetés-végrehajtás költségei terén stb.).

Az értékelés kérdései a jelenlegi hazai gyakorlatban

A korszerű, ötödik generációs modell keretei között néha felmerül a kérdés: melyik az a probléma, amire éppen ez a megoldás? (*Reynolds, 2014*). A jelenlegi kontextusra lefordítva: melyik az a terület, ahol a Trident, mint módszertani keret jól alkalmazható? Véleményünk szerint minden, a szociális szférában zajló innovatív kezdeményezést értékelni kell, de emellett a „rutinból” működtetett szolgáltatások színvonalának megőrzését, lehetőség szerinti fejlesztését is szükséges rendszeres, folyamatos értékeléssel támogatni. Az alábbi példában az a különleges, hogy a program nagy-britanniai megfelelőjének, a Sure Start-nak – a magyar gyakorlatban Biztos Kezdet-nek – az egyik értékelését éppen a Tridentet kifejlesztő munkacsoport végezte el (*Spencer, Ellis & Hogard, 2005*).

„Magyar viszonylatban az értékeléseket szinte teljesen ellehetetleníti, hogy az adott programok nem futnak ki, azok környezete egyfolytában változik. Mind a hatást, mind a szereplők eredményes munkáját illetően jóval több időre és türelemre lenne szükség, ugyanakkor nincs meg az a bizalmi tőke, amely lehetővé tenné a szereplők autonóm működését hosszabb távon. Az idő-, pénz- és bizalomhiány a fő oka annak, hogy a programok eleve kudarcra ítéltetnek.”⁴

A szociális szolgáltatások értékelése soha nem egyszerű feladat, gyakran nehezen mérhető a kimenet, az eredmény, és mint ezt már hangsúlyoztuk, nem elegendő a kvantitatív megközelítés. Gátolják a hatékonyságot a szakemberen kívül álló, makroszintű tényezők, amelyek befolyásolása közvetlenül nem lehetséges, azaz a program nem tud erős megoldásokkal szolgálni, legfeljebb fékezi a destruktív társadalmi folyamatokat. Minden nehézség mellett mégis szükségesek a szolgáltatások és intézmények munkájának komplex értékelésére tett kísérletek, hiszen ezek a szolgáltatástervezés és -fejlesztés, valamint a szakpolitika-alkotás alapjait teremtik meg. Fontos, hogy ne csupán sematikus értékelés, valamiféle statisztika szülessen, hanem a vizsgált program, modell összetett leképezése is megjelenjen. Csak így tudhatjuk meg, hol és hogyan kell finomítani, milyen programokat érdemes, és hogyan lehetséges replikálni vagy multiplikálni.

A szociális szolgáltatások sikerkritériumainak, célértékeinek meghatározása gyakran speciális értelmezést igényel. A hatékonyság csupán gazdasági oldalról történő egyszerű

⁴ Biztos Kezdet Program monitorozása és értékelése a TÁMOP 5.2.1.-12/1 Gyerekesély program országos kiterjesztésének szakmai módszertani megalapozása és a program kísérése című kiemelt program keretében, https://www.t-tudok.hu/files/2/vezetoi_osszefoglalo_vegleges.pdf

mérése nem megfelelő gyakorlat. Egyfelől egyértelmű, hogy e területen a gazdasági értelemben vett hatékonyság nem jelenti automatikus módon az ellátás szakmai hatékonyságának javulását; inkább egyszerűen csupán valamiféle költségcsökkentést vagy az igénybevevői kör szűkülését, szűkítését jelzi. Egy további szempont, hogy a hosszú távú, rendszerszintű hatások még gazdasági oldalról szemlélve is teljesen más képet rajzolhatnak fel egy adott programról (pl. a megfelelő hajléktalanellátás-beli megtakarításokat hozhat az egészségügyben).

Összhangban az általunk ajánlott keret, a Trident szemléletével, Kőnig (2011) megállapítja, hogy a mennyiségi szemlélet a szociális ellátások értékelés esetében önmagában elégtelen, ehelyett a minőségi szemlélet állítandó a középpontba. Optimális esetben a szociális szolgáltatásokban dolgozó szakemberek folyamatosan végeznek értékelési tevékenységet, hiszen meghatározott időközönként felülvizsgálják a kliensek fejlesztési, gondozási terveit. Az értékelő kutatások GRADE skálája szerint (bővebben a szintekről: *B.Erdős, Vojtek, 2018*) az ilyen eseteírások a „D” szintnek feleltethetők meg. Ugyanakkor a komplexitás sérül, ha egyúttal nem értékelik intézményük tevékenységét, hatékonyságát.

A szociális ellátások jelenlegi rendszerében még mindig sokkal inkább a külső ellenőrző, kontrolling funkció jelenik meg, nem annyira az értékelő tevékenységek. Előbbi ugyanis tartós kötelezettségként van jelen az intézmények életében, míg utóbbi, a komplex értékelés mindmáig inkább egyfajta kivételes „jó gyakorlatnak” számít.

A jogi szabályozás meghatározza a szolgáltatók ellenőrzésének kereteit, szabályait, melynek értelmében a működést engedélyező szerv egy-, két- vagy háromévente (intézménytípustól függően) ellenőrzi, és bizonyos mértékben értékeli a szolgáltató szervezetek munkáját [369/2013. (X. 24.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények és hálózatok hatósági nyilvántartásáról és ellenőrzéséről 36. § (1)]. Emellett a jogszabály rendelkezik a népegészségügyi feladatkörben eljáró járási hivatali ellenőrzés elrendeléséről is. Ahogyan a jogi norma is fogalmaz: e tevékenységek inkább tekinthetők ellenőrzésnek, mint értékelésnek, és gyakran igen automatizáltak.

A szakmai ellenőrzési és értékelési feladatok elsősorban a fenntartónál találhatóak meg, a gyermekvédelmi szakellátást biztosító intézmények esetén az ellenőrzést végző szerv, a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF) vizsgálati protokollja biztosítja az ellenőrzés, értékelés keret- és szempontrendszerét. (Vizsgálati protokoll, 2017) E vizsgálat optimális esetben kiterjedhet az intézmény működésének számos kérdésére, a tárgyi feltételek meglététől egészen az etikai szabályok betartásáig, valamint az intézményi jó gyakorlatok feltárásáig. A protokoll már elkülöníti a szabályszerűségi és a szakmai, illetve teljesítményvizsgálatot. Nem csupán azt értékeli, hogy az intézmény tevékenysége során a vonatkozó szabályozás érvényre jut-e, hanem azt is, hogy a szolgáltató a rendelkezésre álló források mellett eredményes tevékenységet végez-e.

A protokollban megjelenik a különféle módszerkombinációk lehetősége. A vizsgálatok tipizálása során a protokoll megkülönbözteti a tervezett, eseti, valamint a hivatalból vagy felkérésre indított ellenőrzés és értékelés fogalmát, lehetővé téve a nem csupán menetrendszerűen évenként végrehajtott, de valamilyen kritikus esemény felmerülésekor alkalmazandó értékelés lehetőségét is. Ebben ad megerősítést a vizsgálatok típusainak egy másik fajta rendszerezése, amely kiemeli az átfogó, próbaszerű, illetve a tematikus vagy célvizsgálatok lehetőségét, biztosítva ezzel nem csupán az általános, hanem a specifikus

értékelés megjelenését a protokollban – és optimálisan a gyakorlatban is. A protokoll a vizsgálati módszerek között – mint lehetségesen alkalmazandó technikát – meghatározza a dokumentum- és adatelemzést, a helyszíni ellenőrzést és megfigyelést, vagy akár az interjú módszerét is: javasolja tehát a kvantitatív és kvalitatív módszerek ötvözését az értékelésben.

A jelenleg kidolgozott protokoll előremutató annyiban, amennyiben alapjául szolgálhat az értékelő kutatás logikájának megfelelően felépített értékelő rendszerek működtetésének. Mint minden új szabályozás esetében, felmerülhet a kérdés, hogy vajon nem csupán automatizált, adminisztratív külső ellenőrzésekben fognak-e kimerülni ezek a vizsgálatok. Hogyan fogadják a szolgáltatásokban dolgozó szakemberek a külső vizsgáldást? Elindítja-e ez a lépés egy belső elköteleződésen alapuló minőségkultúra megteremtését? Sikerül-e meghaladni a külső kontroll szintjét? Amennyiben a protokoll nyomán végrehajtott ellenőrzések célja a szolgáltatások fejlesztése, nem pedig az esetleges problémák miatti büntetés és elmarasztalás lesz, valamint a szolgáltatások munkatársai nem aggódnak túl a helyzetet („Mi lesz, ha az értékelő jön és hibákat talál?”), akkor e partneri viszonyrendszerben az értékelő vizsgáldások el tudják érni céljukat. Ehhez elengedhetetlenül szükséges a fenntartó részéről értékelést végző szereplők és a szolgáltatást nyújtó szakemberek folyamatos segítése az értékelésre való felkészülésben, annak lebonyolításában, majd az értékelés eredményeinek az intézmény működésébe való beépítésében, a szolgáltatásfejlesztésben. Mindez feltételezi a szolgáltatások jelenlegi ellenőrzés-fókuszú értékelési attitűdjének felülvizsgálatát. Fontos, hogy a külső értékelés mellett az intézményben is elvégezzék a belső értékelést. Mint említettük, a szociális munkás folyamatos feladata a kliens előrehaladásának értékelése, gondozási, fejlesztési tervének bizonyos időközönkénti felülvizsgálata, illetve, amennyiben pontos, széleskörű és tudatos módon készít leírást az esetkezelés folyamatáról, az is egyfajta értékelésként értelmezhető. Az intézmények vezetői évről-évre értékelik, felülvizsgálják és megújítják a szolgáltatás szakmai programját, képzési tervet készítenek munkatársaik számára, team megbeszéléseket vezetnek. Mindez joggal tekinthető értékelési tevékenységnek. A problémát a módszertani felkészültségek esetleges hiányosságai mellett a szolgáltatások alacsony finanszírozottsága, jelentősen korlátozott kapacitásai és leterheltsége jelenti. Egy kevésbé támogató feltételrendszerben ezek a lehetséges értékelési folyamatok mindössze teherként, gépiesen teljesítendő feladatként tudnak megjelenni, korlátozva a szolgáltatások fejlesztésének amúgy is szűk körű lehetőségeit. A megoldást az jelentheti, ha a döntéshozó, a finanszírozó az értékelést olyan alapvető és megkerülhetetlen befektetésként ismeri el, ami – mivel fejleszti a hatékonyságot – nagyobb eredményeket és osztársadalmi szinten is érzékelhető megtérülést hozhat.

Köszönjük, hogy segítségünkre lesznek egy értékelő modell kialakításában.

Munkánk célja: (rövid, egymondatos leírás).

Az Önök tudása, véleménye az értékelő folyamat egyik fontos pillére. Kérjük, legyenek segítségünkre abban, hogy a lehető legjobb értékelési tervet állíthassuk össze, és válaszoljanak az itt következő kérdésekre. A kérdések három területre vonatkoznak: a program eredményeire, folyamataira, és az érintett felek nézőpontjára.

Elvárások

Milyen előzetes elvárásuk, elképzelésük van az értékeléssel kapcsolatban?

Az első terület: az eredmények

A lehető legpontosabban fogalmazva, melyek azok az eredmények, amelyeket a program segítségével el akarnak érni?

Ezek közül milyen eredmények mentén érdemes Önök szerint értékelteni a programot?

Milyen információk érhetőek el számunkra, amelyek alátámaszthatják, hogy ezeket az eredményeket sikerült elérni?

Milyen más eredményekhez tudjuk hasonlítani az értékelésre kerülő program eredményeit?

A második terület: a folyamatok

Melyek azok a lényegi vonások, amelyek az Önök programját a legjobban megkülönböztetik más hasonló programoktól?

A program működtetése során milyen tanulságokat sikerült idáig összegyűjteni? (Mi az a néhány legfontosabb tanács, amit egy hasonló program kezdeményezőinek adnának?)

Melyek voltak a legfontosabb újítások a programban az elmúlt évek folyamán? Miként került ezekre sor?

Az értékelés ideje alatt hányan használják majd a program szolgáltatásait?

A harmadik terület: a kockázatviselő felek

Kik azok a további érintettek, akiknek a véleménye Önök szerint fontos az értékelés szempontjából?

Irodalom

1. B. Erdős, M. (2016). *The Role of Evaluation Research in a Country in Transition*, High Wycombe: Buckinghamshire New University, Occasional Papers; 14.
2. B. Erdős, M. (2015b). Az értékelő kutatás egy korszerű modellje. *Szociális Szemle*, 8(1-2), 30-40.
3. B. Erdős, M. (2010). Értékelő kutatások a szociális szférában: A Trident-módszer. *Szociális Szemle*, 3(1), 30–40.
4. B. Erdős, M. (2015a). Az értékelés értékelése. Egy alkalmazás a szenvedélybeteg-segítés területéről. *Szociálpolitikai Szemle*, 1(5).
5. B. Erdős, M. & Kelemen, G. (2015). A terápiás közösségek értékelésének javasolt modellje. *Szociális Szemle*, (1-2), 220-234.
6. Bányai, E. (2008). A sztenderdizáció árnyodalai. *KAPOCS VII. évf. 2. szám* (35).
7. Braithwaite, RL., McKenzie, RD., Pruitt, V., Holden, KB., Aaron, K. & Hollimon, C. (2013) Community-Based Participatory Evaluation: The Healthy Start Approach. *Health Promot Pract.* 2013 Mar; 14(2), 213–219.
8. Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research*. 3rd edition. London: Sage.
9. Denzin, N. (2006). *Sociological Methods: A Sourcebook*. 5th ed. Chicago: Aldine Transaction.
10. Ellis, R. & Hogard, E. (2006). The Trident: A three-pronged method for evaluating clinical, social and educational innovations. *Evaluation*, 12(3), 372–383.
11. Ellis, R. (2013). Policy, Evaluation and Practice. *Szociális Szemle*, 6(1-2), 7–9.
12. Ellis, R. (2015). *Evaluating evaluation – The Trident approach*. International workshop. Pécsi Tudományegyetem, 2015. szeptember 24.
13. Fjellström, M. (2008). A learner-focused evaluation strategy developing medical education through a deliberative dialogue with stakeholders. *Evaluation*, 14(1), 91–106.
14. Foxcroft, D. (2015). *Environmental, Developmental and Informational Interventions for Substance Misuse Prevention*. Nemzetközi Gyermekek és Tinédzseraddiktológiai Konferencia, Győr, 2015. április 20-22.
15. Gambrill, E (1999). *Evidence-Based Practice: An Alternative to Authority-Based Practice*. 99(3), 283-294.
16. GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) Working Group 2
17. Herczog, M. (2020). Értékelő kutatás a gyakorlati szociális munkában. In Hegyesi, G. & Fábián, G. (Szerk.), *A tudományos gondolkodás és kutatás szerepe a szociális munka elméletében és gyakorlatában* (pp. 56-91) I. kötet. MTA Szociológiai Tudományos Bizottság Szociális Munka Albizottság.
18. Hogard, E. & Ellis, R. (2006). Evaluation and communication: Using a communication audit to evaluate organizational communication. *Evaluation Review*, 30(2), 171–187.
19. Hogard, E. (2007). Using consultative methods to investigate professional–client interaction as an aspect of process evaluation. *American Journal of Evaluation*, 28(3), 304–317.
20. König É. (szerk). (2011). *Stratégiai tervezés a szociális munkában*. Debrecen: Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszék.

21. Lund, G. E. (é.n.). *Fifth generation evaluation*. Letöltve 2015. 03. 12-én: http://www.haslebo-partnere.dk/dyn/files/normal_items/427-file/Fifth-Generation%20Evaluation%20by%20Gro%20Emmertsen%20Lund.pdf
22. Moreau, K. A. & Clarkin, C. L. (2011). Thinking Beyond Measurement, Description and Judgement: Fourth Generation Evaluation in Family-Centered Pediatric Healthcare Organizations. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 8(17), 33-45. Available at: http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde_1/article/view/329. Date accessed: 29 jan. 2019.
23. Paul, R. & Elder, L. (2006). *The miniature guide to critical thinking: Concepts and tools*. Dillon Beach, CA, Foundation for Critical Thinking.
24. Reynolds, M. (2014). Equity-focused developmental evaluation using critical system thinking. *Evaluation*, (1) 75-95.
25. Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (2006). *Evaluation: A Systematic Approach*. Thousand Oaks: Sage.
26. Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. London: Basic Books.
27. Spencer, J, Ellis, R. & Hogard, E. (2005). *Sure Start Birkenhead Central: v. 2: Evaluation Project - The Family Partnership Workers*. Chester: College of Higher Education, Centre for Public Health Research.
28. Tapella, E. & Rodriguez-Bilella, P. (2014). Shared learning and participatory evaluation: The sistematización approach to assess development interventions. *Evaluation*, (1), 115-133.
29. Thornicroft, G. & Slade, M. (2014). New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry*, 13(2), 118–124.
30. Vizsgálati protokoll. Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság. Budapest, 2017.
31. Weiss, C. (1993). Where Politics and Evaluation Research Meet. *Evaluation Practice*, 14(1), 93-106.
32. West, SL. & O’Neal, KK. (2004). Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *Am J. Public Health*, (6), 1027-1029.
33. 369/2013. (X. 24.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények és hálózatok hatósági nyilvántartásáról és ellenőrzéséről 36. § (1)

Diádikus megközelítés a szociálismunka-kutatásokban

Bevezetés

A tanulmány célja áttekintést nyújtani a diádikus megközelítésű vizsgálatok jellemzőiről és módszertani sajátosságairól, valamint bemutatni a diádikus kutatások jelentőségét a szociálismunka-kutatásokban.^{5,6} Annak ellenére, hogy a szociális munka gyakorlata során gyakran dolgozunk diádokkal, illetve a szociális munkás és a szolgáltatást igénybevevő közötti kapcsolat is egy diádikus viszony, a kutatásoknak csak elenyésző része használ diádikus elemzési eszközöket. Egy adott jelenséget, a kapcsolat jellemzőit, egy szituációt többféleképp érzékelhetnek, értelmezhetnek és kommunikálhatnak mások felé az érintett felek. A főnök másként látja egy adott feladat fontosságát, sürgősségét, mint a beosztott; a szülő szerint más okok állnak a gyermek iskolai verekedése mögött, mint a verekedő (vagy megvert) gyermek szerint; a férj szerint leggyakrabban az anyagi ügyek miatt vitatkoznak, a feleség szerint viszont a barátokkal kapcsolatos konfliktusok a gyakoribbak. Könnyen belátható, hogy ha egy kapcsolatot, vagy olyan jelenséget szeretnénk vizsgálni, amiben többen érintettek, nem elegendő csak az egyik fél perspektíváját megismerni.

A szociális munka sajátja a rendszerszemlélet, ami kiváló elméleti keretet nyújt az egyénnel és környezetükkel végzett munkához, a különböző rendszerek aktivizálásához. A különböző rendszerek és alrendszerek folyamatos interakcióban vannak egymással, az egyéni magatartást nagymértékben meghatározza a felek közötti cirkularitás és interdependencia (Greene et al., 2017). A szociális munka lényege (többek között) az individuumok és környezetük közötti viszonyrendszerrel, az abból fakadó problémákról és azok kezeléséről szól. Az egyes rendszereken belüli és rendszerek közötti egymásra hatásokkal napi szinten találkozunk a segítő szakember, fontos azonban ezek rendszerezettebb, tudományos megismerése is. Annak ellenére, hogy a társas kapcsolati viszonyok komplexitása közhelynek számít, a kutatásokban gyakran nem ragadják meg ezt az összetettséget.

A társadalomelméletben és a társadalomtudományi kutatásban módszertani individualizmusként hivatkozunk arra az alapállásra, miszerint minden társadalmi jelenség megmagyarázható kizárólag az egyének tulajdonságaira, vélekedéseire, cselekedeteire irányuló hivatkozással (Szántó, 1992). Georg Simmel (1950) szociológiai (társadalom-geometriai) programjában ezzel szemben máshol húzta meg a társadalmiság határát, az elszigetelt egyén, illetve a diád helyett a triádot tekintette a társadalom legalapvetőbb építőelemének. A diádokat és triádokat már önmagában a lehetséges kapcsolatok száma is megkülönbözteti, míg a diádok esetén kizárólag egy kapcsolatról beszélhetünk, addig három szereplő között már három kapcsolatról. A harmadik fél megjelenése minőségi változást hoz a diád kapcsolatába és valami társadalmi termet, így a felek közötti speciális koalíciók, szövetségek, szerepek és működésmódok (pl: „a pártatlan közvetítő”, „a nevető harmadik”, „oszd meg és uralkodj”) jöhetnek létre (Somlai, 1992). Több kutatás is igazolja Simmel állítását, miszerint a triádikus kapcsolatok stabilabbak és kiszámíthatóbbak, ugyanakkor nem kérdőjelezi meg a diádikus

⁵ Jelen tanulmány nagymértékben a szerző a témában korábban megjelent, Egy diádkutatás margójára – módszertani megfontolások című írására (Pilinszki, 2014) épül.

⁶ A tanulmány megírását az OTKA-PD 131671 sz. kutatási pályázat támogatta.

kapcsolatok elemzésének fontosságát sem (*Kostrova, 2018; Yoon et al., 2013*). Másrészt fontos kiemelni, hogy a diádikus modellek – mint később látni fogjuk – sem kizárólag két személy kapcsolatával foglalkoznak, lehet szó egy triádikus vagy még nagyobb kapcsolati rendszer vizsgálatáról.

Azokban az esetekben, ahol a kutatás fókuszában ezen kapcsolatok sajátosságai, azok dinamikája és működése áll, a hagyományos individuális elemzési módszerek választása helyett indokolt és szükségszerű a diádikus megközelítés alkalmazása.

A tanulmány első felében a diádkutatással kapcsolatos legfontosabb fogalmakat (nem független megfigyelések; diádok típusai; diádikus kutatási dizájnok) mutatom be, majd részletesebben foglalkozom az Actor-Partner Interdependence Model-lel, ami jól használható értelmezési és elemzési keretet ad a diádikus kapcsolatok vizsgálatához. A diádkutatás elméleti vonatkozásainak és speciális jellemzőinek bemutatását végigkíséri két diádikus megközelítésű tanulmány (*Fagan & Palkovitz, 2019; Lyons et al., 2002*) módszertani elemzése, ami példaként szolgál az éppen tárgyalt témához.

A diádkutatásokról

A diádkutatások során a fókusz két személy közötti kapcsolat megértésén van, amit gyakran több perspektívából is megvilágítunk. A diád, mint elemzési egység a kutatás minden szakaszában meghatározza a kutatói döntéseket: a kutatási kérdés megfogalmazásában, a kutatási módszer kiválasztásában és az interpretációban is fontos szerepet játszik. Thomson és Walker (1982) a diádkutatás lényegi jellemzőit a következőkben látja:

- a kutatási kérdés a kapcsolat (két ember közötti mintázat) szintjén kerül megfogalmazásra.
- a résztvevők kiválasztása attól függ, hogy reprezentálni tudják-e a kapcsolatot – akár egy vagy két fő van kiválasztva, mint informátor.
- a mérőeszközt tekintve egy- vagy két megkérdezett értékeli magát, a másikat és/vagy a kapcsolatot;
- az elemzés interperszonális vagy interdiádikus, információt adva az egyének vagy kapcsolatok közötti mintázatokról;
- az adatok interpretációja és a következtetések a két személy közötti kapcsolatra vonatkoznak.

A kapcsolatok vizsgálatára irányuló kutatásoknál a legtöbb kutatási kérdés a társas interakciók dinamikájára vonatkozik: Van-e összefüggés a felek viselkedése között? (pl: A kamasz és a szülő együttműködő kommunikációja kapcsolatban áll-e a kapcsolattal való elégedettséggel?) Ha igen, hogyan lépnek ezek interakcióba – azaz az egyik tag viselkedése kiváltja-e a másik reakcióját? (pl: A szociális munkás kommunikációs stílusa milyen befolyással van a kliens együttműködési hajlandóságára?) Milyen diádikus mintázat figyelhető meg a felek kapcsolatában? (pl: A mediációban résztvevő felek felelősségvállalása hogyan befolyásolja a saját, illetve a másik fél együttműködését?)

Példa 1.: Az idős családtagról való gondoskodás, mint diádikus folyamat (*Lyons et al., 2002*)

A kutatás célja: a tanulmány az informális segítők (családtagok) és a gondozott közötti kapcsolat sajátosságait vizsgálja különös tekintettel arra, hogy a formális szolgáltatások és a gondozói kapcsolat milyen szerepet játszanak a megkérdozettek funkcionális képességekre és a gondozási szituáció értékelésére vonatkozó percepciójának eltéréseiben. A tanulmány tehát a gondozási diádot tekinti elemzési egységnek az individuumok helyett és a diádikus kongruencia szintjét értékeli.

Kutatási kérdések:

1. Van-e összefüggés az informális segítő és a gondozott jólléte között?
2. A formális szolgáltatások igénybevétele előrejelzi-e a gondozott személy állapotromlásával kapcsolatos percepciók inkongruenciáját?
3. A gondozási kapcsolat feszültségei előrejelzik-e a gondozási szituáció értékelésére vonatkozó percepciók inkongruenciáját?

Példa 2.: Közös szülőség és az apai elköteleződés az alacsony jövedelmű családok körében (*Fagan & Palkovitz, 2019*)

A kutatás célja: a tanulmány az apák és anyák nézőpontját is figyelembe véve vizsgálja a közös szülőség⁷ és az apai elköteleződés összefüggéseit és ezek időbeli változását. Mindkét fél percepciójának egyidejű elemzése lehetővé teszi az aktor- és partnerhatások vizsgálatát a fókuszba helyezett kérdéseknél.

Hipotézisek és kutatási kérdések:

1. Gyenge aktorhatást feltételeznek a különböző időpontokban közös szülőség értékei között.
2. Ezek az aktorhatások gyengébbek a nem együtt élő, nem házas, romantikus kapcsolatban nem álló anyák és apák esetében, szemben az együtt élő, házas, romantikus kapcsolatban élőkkel.
3. A közös szülőség partnerhatásai idővel egyre gyengülnek.
4. A közös szülőség aktor- és partnerhatásait moderálja a szülők párkapcsolati státusza, az együtt- vagy különélés, valamint a romantikus kapcsolat.
5. A közös szülőség és a szülői elköteleződés longitudinális kapcsolatát (ahogyan az apák és anyák észlelik) kutatási kérdésként vizsgálták.

Mindkét példában láthatjuk, hogy a kutatási kérdések, hipotézisek a felek közötti kapcsolatra, annak jellemzőire vonatkoznak. A közös szülőségre vonatkozó tanulmány kiinduló hipotéziseinél markánsan megjelenik a diádikus felépítettség, a felek közötti interakciók nagy hangsúlyt kapnak az elemzés során. Már a feltevések megfogalmazásánál az actor-partner interdependence model kulcsfogalmait használják.

Diád jellegű kutatásnak tekinthető az a stratégia is, amikor csak az egyik féltől gyűjtünk adatokat, azonban mérőeszközünkben a kérdések a kapcsolatra, a másik fél percepciójára,

⁷ A közös szülőség fogalma a szülők közötti kapcsolatra és interakciókra fókuszál, különösen a szülői alrendszer működésére. Feinberg definíciója szerint „a közös szülőség arra a módra vonatkozik, ahogyan a szülők és/vagy más szülő figurák a szülői szerepükben egymáshoz kapcsolódnak” (*Feinberg, 2003: 96*).

viselkedésére, jellemzőire is vonatkoznak. Fontos azonban megjegyezni, hogy ezt a stratégiát követve mindenképp veszítünk a kapcsolat komplexitásából. A legtöbb esetben két informátor megkérdezése teljesebb képet ad a vizsgált kérdéstről és jobban reprezentálja a kapcsolatot. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy vannak olyan helyzetek, amikor nincs lehetőség a diád mindkét tagjának megkérdezésére. Tipikus példáját adják az ilyen jellegű felépítésnek a csecsemővizsgálatok, ahol az anya-gyermek kapcsolat különböző jellemzői állnak a fókuszban (*Forcada-Guex et al., 2006; Muzik et al., 2013*). Vegyes módszertanok alkalmazásával, például a csecsemők megfigyelésével itt is van lehetőség mindkét szereplőtől adatot gyűjteni (*Forcada-Guex et al., 2011*). Hasonló dilemmákra és kihívásokra hívják fel a figyelmet Braun és munkatársai (2009), akik a demenciában szenvedő betegek és gondozóik kapcsolatára vonatkozó kutatásokról adnak képet. Irodalmi áttekintésükben a tanulmányok három típusát mutatják be: 1) az egyik fél (általában a gondozó) perspektívájára fókuszáló vizsgálatok; 2) a gondozó és részben a gondozott nézőpontját magába foglaló kutatások; 3) tanulmányok, amelyek közvetlenül utalnak mindkét partner perspektívájára. Kiemelik azt is, hogy a gondozott nézőpontjának közvetett figyelembevételével csak részleges információt ad a diádról. A gondozó és a gondozott közötti interakciókról nem vonhatunk le következtetéseket, mivel a diádikus helyzet egyik nézőpontja részben vagy egészben rejtve marad. Több tanulmány szerint a demenciában szenvedő beteg önbeszámolója és a gondozó értékelése között csak gyenge összefüggés mutatkozik (*Carpenter et al., 2007; Gibbons et al., 2006; Naglie et al., 2006*), ami szintén azt jelzi, hogy az indirekt mérőeszközök pontatlan információkkal szolgálnak.

Az olyan diád-vizsgálatokat, ahol bár az adatok jellege diádikus, de csak egy személy kerül megkérdezésre, egyoldali (one-sided), ahol pedig mindkét féltől gyűjtünk adatokat, kétoldali (two-sided) dizájnnak nevezzük (*Kenny et al., 2006*).

A mérőeszköz tekintetében több informátor esetén gyakran felmerül, hogy mire/kire vonatkozzanak a kérdések – a megkérdezett magáról és/vagy a másiktól nyilatkozzon. A dilemma fontosságát jelzi az a példa, amikor a párok konfliktuskezelési stratégiáira kérdeztünk rá (*Pilinszki & Járay, 2015*). Ebben a vizsgálatban úgy döntöttünk, hogy a felek saját magukat értékelik, ami minden bizonnyal pozitívabb képet adott a tényleges helyzetről. Valószínűleg kevésbé torzított volna, ha a felek egymás konfliktuskezeléséről nyilatkoznak. Ideális helyzetben mindkét féltől kérünk magukról és a másiktól értékelést, azonban egy több fókuszú vizsgálatban a mérőeszköz terjedelmével spórolni szükséges. Minden egyes kérdésnél fontos ezt mérlegelni, figyelembe véve a kutatás fő témáit.

A diádikus adatok nem független megfigyelések (nonindependence)

A diádadatok egyik alapvető jellemzője, hogy nem független megfigyelésekről (nonindependence) van szó, azaz a diád egyik tagjának érzelme/viselkedése/vélekedése hatással van a másik fél érzelmére/viselkedésére/vélekedésére. A társas kapcsolatok területéről sok példát sorolhatunk erre: a férj kapcsolattal való elégedettsége többnyire a felesége pontszámával pozitív kapcsolatban van; a házimunkában való szerepvállalás a két fél közötti zéró összegű játszma-ként fogható fel. Kenny megfogalmazásában: „Ha a diád két tagjától származó két pontszám nem független, akkor ez a két pontszám jobban hasonlít egymásra (vagy jobban különbözik egymástól), mint két olyan személytől származó két pontszám, akik nem tartoznak ugyanazon diádhoz” (*Kenny et al., 2006:4*). E kölcsönös függőség és az adatok hasonlósága/különbözősége háttérében több ok is állhat:

- a kompozíciós hatás (amikor a tagok már akkor is hasonlítottak egymásra, mielőtt találkoztak volna);
- a partner hatás (az egyik fél jellemzője/viselkedése befolyásolja partnerének jellemzőjét/viselkedését);
- a kölcsönös befolyás (ld. cirkuláris okság a rendszerszemléletű családterápiában);
- a közös sors (egy külső tényező, ami mindkét félre hatással van) (Kenny et al., 2006).

Az adatok közötti függőség ellenőrzésére a változó mérési szintjétől függően különböző statisztikai eszközök állnak rendelkezésünkre. Amennyiben a vizsgált változók nominális mérési szintűek, a Cohen's kappát (K) használhatjuk annak meghatározására, hogy az adott pontszámok függetlenek vagy sem. Az intervallum mérési szintű változók esetén korreláltatjuk a diádtagok pontszámait és a Pearson-féle korrelációs együtthatók alapján eldönthetjük, hogy azok egymástól való függése mennyire erős (Kenny et al., 2006).

Példa 1.: Az idős családtagról való gondoskodás, mint diádikus folyamat (Lyons et al., 2002)

Az első kutatási kérdést, miszerint van-e összefüggés az ellátott és a gondozó jólléte között, korrelációval vizsgálták. A kérdés megválaszolásán túl a gondozottak és gondozók válaszai között a funkcionális képesség ($r = .82$) és a gondozási nehézségek ($r = .45$) tekintetében is összefüggés figyelhető meg, ami arra utal, hogy ezek a megfigyelések nem függetlenek, azaz az adatok további elemzésénél elengedhetetlen a diádikus megközelítés.

Közös szülőség és az apai elköteleződés az alacsony jövedelmű családok körében (Fagan & Palkovitz, 2019)

A minta bemutatását nyújtó leíró statisztikákat követően az elemzésben használt változók bevonásával Pearson-féle korrelációkat számoltak. Az anyák és apák életkora szoros együttjárást mutatott ($r = .75$), ezért csak az apák életkorát szerepeltették a későbbi elemzésekben. Egymás szülőségének támogatása közepes erősségű összefüggést (a különböző időpontokban $r = .26$ és $r = .39$ között), az apai elköteleződés percepciója valamennyivel erősebb összefüggést mutatott ($r = .35$ és $r = .45$ között). Az adatok azt jelzik, hogy a felektől származó adatok nem függetlenek egymástól, ezért az elemzéseket diádikus megközelítésben szükséges végezni.

A diádikus adatok elemzése során kiemelt fontossága van az adatok ilyen jellegű összekötöttségének, egymástól való függésének. Azzal, hogy a diádoktól származó adatok nem tekinthetők független megfigyelésnek, mindenképp sérül a hagyományos statisztikai módszerek (pl.: varianciaanalízis, regresszióelemzés) alapvető feltétele. Ha egyszerűen nem vesszük figyelembe az adatok függőségét, a statisztikai próba torz eredményeket hozhat: többnyire a statisztikai szignifikancia túl liberális, máskor pedig túlságosan konzervatív (Kenny et al., 2006). Amennyiben több informátortól gyűjtünk adatokat, az említett okok miatt szinte biztosan elhibázott lépés, ha független egyénekként kezeljük őket.

Az adatok elemzésének egyik stratégiája, ha két különböző mintába soroljuk a diádok tagjait (Kenny, 2011). Az elemzést következetesen két mintán végezzük, például férjek és

feleségek csoportjain. Természetesen ez az út csak akkor járható, ha a diád tagjai között valamilyen változó mentén különbséget tudunk tenni (pl: nem – férfi és nő; kor – idősebb testvér és fiatalabb testvér; szerep – csoportvezető és csoporttag). Bár ezzel a módszerrel kikerüljük a függőség problémáját, de – ugyanúgy, ahogyan az egyik fél megkérdezésére építő kutatásokban – az adatok kettéosztásával csökken a tesztelhető hipotézisek köre. S ezek leginkább a kapcsolati mintázatokra utaló kérdések, melyek a diádkutatások fő fókuszát képezik. Kenny a diádkutatások legfontosabb jellemzőit abban látja, hogy

- az összes adat egy elemzés részét képezi;
- a diádot figyelembe veszik az elemzés során (nem, mintha az egyén lenne az elemzési egység);
- a diád tagjai közötti függőség közvetlenül mérésre kerül (Kenny, 2011).

A diádok típusai: megkülönböztethető és nem megkülönböztethető diádok

A diádikus adatok elemzése kapcsán tisztázni kell néhány alapvető fogalmat. Egyik fontos kérdés, hogy a diád tagjait meg lehet-e különböztetni egymástól valamilyen változó mentén. Ez alapján beszélhetünk megkülönböztethető és nem megkülönböztethető diádokról. Amint az 1. táblázatban szereplő példákon láthatjuk, a heteroszexuális párkapcsolatban élők megkülönböztethető diádnak számítanak, a nem változó alapján különbség tehető. Ugyanígy a főnök és beosztott, ahol az intézményi hierarchiában elfoglalt hely szerint különböztethetőek meg a felek. A megkülönböztethető diádok tagjai mindig bizonyos (állandó és nyilvánvaló) szerepet töltenek be a kapcsolatban, ellentétben nem megkülönböztethető diádokkal, ahol nincs olyan – az adott vizsgálat kutatási kérdései tekintetében releváns – változó, ami mentén két csoportba sorolhatnánk a diádok tagjait.

Fontos itt megjegyezni, hogy a diádok tagjainak formális szerepek és/vagy hierarchia mentén történő megkülönböztethetőségére épülő tipológia kizárólag módszertani célt szolgál. Ez az alapvetés rendkívül fontos az adatbeviteli mód és az elemzési eszközök megválasztásakor, hiszen a diádok két típusának elemzésére különböző módszerek alkalmasak.

1. táblázat - Példák a megkülönböztethető és nem megkülönböztethető diádokra (Kenny et al., 2006 alapján)

Diádok megkülönböztethető tagokkal	Nem megkülönböztethető tagokkal
Főnök és beosztott	Munkatársak
Szociális szakember és a szolgáltatást igénybe vevő	Együttműködő szociális szakemberek
Idősebb és fiatalabb testvér	Ikrek
Vesztes és nyertes	Ellenfelek
Szülő és gyermek	Szobatársak
Pincér és vendég	Börtöntársak
Tanár és diák	Osztálytársak

A változók típusai

A diádikus vizsgálatokban a változók három fajtáját lehet megkülönböztetni: diádok közötti változók, diádon belüli változók és kevert típusú változók (Kenny et al., 2006). *Diádok közötti változónak* nevezzük, amikor a változó értékei különböznek az egyes diádoknál, de az azonos

diádok tagjainak megegyeznek a pontszámaik. Tipikusan ilyen változó a kapcsolat hossza (mióta élnek együtt), különböző időtartam óta együtt élő párokkal találkozhatunk, értelemszerűen az egy diádhoz tartozók ugyanannyi ideje élnek együtt. Ilyen változó a családi összjövedelem is, ami a diád tagjainál megegyezik, azonban diádról diádra változó értéket mutathat.

A *diádon belüli változó* esetén az előzővel szemben a diádtagok értékei mindig különbözőek, de ha átlagoljuk a tagok pontszámait, minden diád pontszáma meg fog egyezni. Heteroszexuális pároknál a nem a diádon belüli változó prototípusa, hiszen minden diádban van egy férfi és egy nő. Ilyen változó lehet továbbá a családi szerep, amikor például szülők és gyermekek kapcsolatát vizsgáljuk. Amint láthattuk korábban, a diádon belüli változó szükséges ahhoz, hogy megkülönböztethető diádokról beszéljünk.

A harmadik, *kevert típusú változó* felvehető értékei mind a diádon belül, mind pedig a diádok között változnak. Párkapcsolati minőséget vizsgáló kutatásokban az egyik legjellemzőbb kevert típusú változó a kapcsolattal való elégedettség. A diád két tagja sok esetben különböző mértékben mutat elégedettséget, s az egyes diádok összességében is elégedettebbek, mint mások. Egy másik tipikus kevert változó az életkor, mivel a két fél gyakran nem egyidős és a diádok között is megkülönböztethetünk fiatal párokat és idősebb párokat.

Példa 1.: Az idős családtagról való gondoskodás, mint diádikus folyamat (*Lyons et al., 2002*)

Diádon belüli változók:

- szerep (gondozó vagy gondozott)

Diádok közötti változók:

- formális és informális támogatás. A gondozókat arról kérdezték, hogy a gondozás négy területén (egészségügyi gondozás, személyes segítségnyújtás, otthoni segítség, otthonon kívüli segítség) számíthatnak-e más családtagokra, illetve hivatásos segítőkre. A megkérdezett diádokat három kategóriába sorolták: 1) akik csak családon belüli segítséget kapnak; 2) specializált: akik formális segítséget kapnak és a hivatásos segítő legalább egy gondozási feladatot átvesz; 3) kiegészítő: akik formális segítséget kapnak és a hivatalos segítővel minden gondozási feladatot megosztva végeznek.
- a gondozó társas aktivitásának korlátozottsága.

Vegyes változók:

- az ellátott funkcionális képességének értékelése nyolc területen. A vizsgálat egyik fő fókusza, hogy a gondozók és gondozottak között milyen különbségek mutatkoznak a képességek értékelésében. Ugyanakkor diádok között is mutatkoznak különbségek, hiszen vannak ellátottak, akik rosszabb, vannak, akik jobb állapotban vannak.
- a gondozási szituáció értékelése. A gondozással kapcsolatos problémákat értékelték a felek. Az előzőhöz hasonlóan itt is tapasztalhatóak a diádokon belül és a diádok között is különbségek.
- depresszió skála.

Példa 2. Közös szülőség és az apai elköteleződés az alacsony jövedelmű családok körében (*Fagan & Palkovitz, 2019*)

Diádon belüli változók:

- anya-apa

Diádok közötti változók:

- együtt élnek-e
- közös gyermekek száma

Vegyes változók:

- közös szülői támogatás percepciója. A szülőket arról kérdezték, hogy milyen mértékű támogatást éreznek a másik fél részéről.
- apai elkötelezettség: mindkét szülő percepcióját vizsgálták annak tekintetében, hogy az apa milyen mértékben vesz részt a gyermek életében: a gyermek fejlettségi szintjének megfelelő játékban, valamint a gyermek tanulásának támogatásában.
- etnikum
- életkor

A diádkutatások típusai

A diádkutatásoknak a vizsgálatba vont személyek szempontjából három fő formája van: a standard diádikus dizájn, a one-with-many dizájn és a Social Relations Model (SRM) dizájn (*Kenny et al., 2006*). A szociálismunka-kutatásokban leggyakrabban használt standard dizájn esetében a diád két tagjára vonatkoznak az adatok (például a szolgáltatást igénybevevő fogyasztókkal élő vagy pszichiátriai beteg személy és gondozója percepciói a kontrollról, a társadalmi részvételről és a foglalkoztatásról (*Rand et al., 2017*); a one-with-many dizájn esetén egy válaszadó értékeli a vele kapcsolatban álló személyeket valamilyen szempontból és viszont (például hajléktalan fiatal felnőttek és a velük dolgozó szociális munkás közötti együttműködés (*Altena et al., 2017*); a Social Relation Model dizájnnál pedig több informátortól származnak adatok a vele kapcsolatban állókról (például kamasz testvérek és szüleik nyilatkoznak a különböző családtagokra vonatkozó kötődésükről (*Buist et al., 2004*).

Az Actor-Partner Interdependence Model (APIM)

A különböző diádikus modelleket több szempont szerint osztályozhatjuk. A diádikus adatelemzésről szóló könyvükben Kenny és munkatársai (2006) specializált diádikus modellként említik a Mutual Influence és Common Fate modelleket. Jelen írásban a leggyakrabban használt modell, Actor-Partner Interdependence Model kerül részletes bemutatásra.

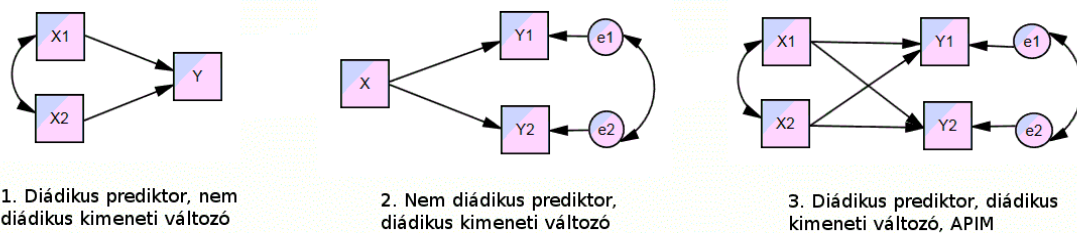
A standard diádikus dizájn esetében, a két féltől származó adatok elemzése során annak függvényében, hogy egy vizsgált kérdésben a változók (X a független, vagy prediktor változó; Y a függő vagy kimeneti változó) diádikusak vagy sem, különféle modelleket alakíthatunk (*Kenny, 2011*):

- A prediktor változó (X) diádikus, azaz mindkét családtagtól külön pontszámok vannak; a kimeneti változó (Y) nem diádikus (1. ábra, 1. modell). A modellben az egyenes nyilak

a predikciós utak (regressziós együtthatók) X1-Y és X2-Y mutatják a független változók hatását a kimeneti változóra. A prediktor változók egymással korreláltak (kétirányú nyíl).

- A második lehetőség, amikor a kimeneti változó diádikus, de a prediktor változó nem az (1. ábra, 2. modell). Az egyenes nyilak az X hatását mutatják a kimeneti változóra. Mivel az X nem magyarázza az Y-ok teljes varianciáját, szükséges a kimeneti változókhoz egy reziduális, vagy hibaértéket (e1 és e2) rendelni, amik szintén korrelálnak egymással. Például amikor azt vizsgáljuk, hogy a családban a munkanélküliség előfordulása (mindegy, hogy melyik félnél) milyen hatással van a felek kapcsolati minőségére.
- A harmadik esetben mind a prediktor, mind a kimeneti változónál két személytől származnak adatok (1. ábra, 3. modell). Az ilyen jellegű kérdésfelvetések elemzésére alkották meg az Actor-Partner Interdependence Model-t (APIM) (Kenny, 1996), ahol a két válaszadó pontszámait egy modellben vizsgálhatók, több kimeneti változóval. A továbbiakban ennek a modellnek a részletes bemutatásával foglalkozom.

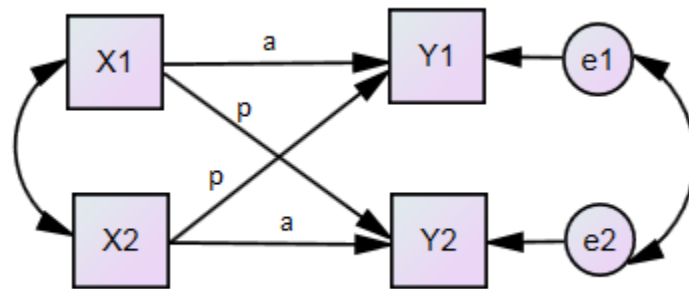
1. ábra - Diádikus és nem diádikus változókkal építhető modellek



Az olyan adatgyűjtési módszer alkalmazásával, aminek keretében a diádok tagjai számolnak be a kapcsolatukról, viselkedésükről vagy a másik féllel kapcsolatos percepcióiról, irányított adatokhoz jutunk. Azaz az A személy kapcsolatról szóló beszámolója más lehet, mint a B személyé, az egyik személy másként észlel egy történést, mint a másik. Ezért különbséget kell tennünk az aktor – aki beszámol a kapcsolatról – és a másik személy között, aki partner a kapcsolatban. A két egyéntől származó adat a kapcsolatban az aktorra és a partnerre vonatkozik, például jelzi A személy (aktor) kapcsolatát B személyhez (partner) és ezt a másik fél oldaláról is vizsgálhatjuk. Ez az alapvető asszimetria a diádikus adatokban meghatározó a két egyén szerepei között. A vizsgált témától függően különböző kifejezéseket használnak: például a kommunikáció megfigyelésénél küldő és fogadó, percepciók vizsgálatakor az észlelő és az észlelés alanya (Snijders & Kenny, 1999).

Az Actor-Partner Interdependence Model (APIM) a diádikus kapcsolatok modellje, ami két válaszadó kapcsolatának konceptuális megközelítését a megfelelő statisztikai eszközökkel teszteli és értékeli. Az APIM egyre nagyobb ismertségre tett szert első közlése óta és egyre elterjedtebb a társadalomtudományi kutatások körében. Jól mutatja ezt, hogy az 1996-ban közzétett cikket (Kenny, 1996) azóta több mint 500 jegyzett tanulmányban idézték (Web of Knowledge, Citation Report).

2. ábra - Actor-Partner Interdependence Model (APIM)



A 2. ábrán látható az Actor-Partner Interdependence Model vázlata, mely négy változót tartalmaz: két függő vagy kimeneti változót (Y1 – feleség kapcsolattal való elégedettsége és Y2 – férj kapcsolattal való elégedettsége), és két független vagy prediktor változót (X1 – feleség konfliktuskezelési stílusa és X2 – férj konfliktuskezelési stílusa). Így a mostani példában azt kívánjuk mérni, hogy a diád tagjánál mért konfliktuskezelési stílus milyen hatással van a kapcsolattal való elégedtség változó értékére.

A modell két központi eleme az aktorhatás és a partnerhatás (Kenny, 1996). Az aktorhatás azt mutatja meg, hogy a megkérdezett személy konfliktuskezelési stílusa hogyan hat a saját kapcsolattal való elégedtségére. Az ábrán az aktorhatást ábrázolják a vízszintes nyilak (a). A partnerhatás méri, hogy mennyire befolyásolja a személy érzelmét/viselkedését a partner. Az ábrán a partnerhatást az átlós nyilak ábrázolják (p): például a feleség konfliktuskezelési stílusa hogyan hat a férj párkapcsolattal való elégedtségére; illetve, hogy a férj konfliktuskezelési stílusa hogyan befolyásolja a feleség kapcsolattal való elégedtségét. A partnerhatás a felek közötti interdependencia mérésének egyik formája.

A modellben két további tényezőt szükséges még kiemelni: a független változók közötti korrelációt és a reziduális változók közötti korrelációt. A független változók (X1 és X2) közötti korrelációt a kétirányú nyíl jelzi. Ez a korreláció biztosítja, hogy amikor az egyik független változó hatását vizsgáljuk (pl: X1- Y1), a másik független változó kontrollálva van. Tehát az aktorhatás befolyásának számításánál kontrollálva van a partnerhatás.

Mivel a modellbe épített független változók (X1 és X2) sosem magyarázzák az Y változó teljes varianciáját, ezért szükséges egy-egy reziduális vagy hiba változót rendelni mindkét Y-hoz (e1 és e2).

Az aktor és a partnerhatás egymáshoz való viszonya alapján több modellt is megkülönböztethetünk. Kenny és Cook (1999) négy modellt mutat be:

- Aktor-orientált ($a \neq 0, p = 0$): az aktor-orientált modellben kizárólag a saját jellemzőknek van hatása a kimeneti változóra, a partner jellemzőinek nincs. Azok a kutatások, melyek valamely egyéni jellemzőt tekintenek a vizsgált jelenség okának, ezt a modellt használják annak feltételezésével, hogy nincs partnerhatás. Kenny azt javasolja, hogy a partnerhatás mérése és tesztelése ezekben az esetekben is szükséges, különben a mért aktorhatás torz lehet.
- Partner-orientált ($a = 0, p \neq 0$): a partner-orientált modellben az előzővel ellentétben a vizsgált személyre hatással van a partnere valamely jellemzője, azonban a sajátja nincs. A szerzők példaként a fizikai vonzóságot hozzák: az, hogy a partnere jól néz ki, hatással

van a személy kapcsolattal való elégedettségére, azonban nincs vagy nagyon gyenge az aktor hatás. Felhívják a figyelmet azonban arra, hogy egy pár fizikai vonzósága feltehetően korrelál egymással, ezért szükséges a két hatást egyszerre vizsgálni (és korreláltatni az X1 és X2 változót), különben a partner hatás felül lesz értékelve.

- Pár-orientált ($a = p$): ebben a modellben a két hatás egyenlő, vagy legalábbis jelentősen nem tér el egymástól. Azaz a személy jellemzője hatással van a saját és partnere kimeneti változójára is. Előfordulhat olyan eset is, amikor az egyik fél pár-orientált, a másik fél viszont nem.
- Társas összehasonlítás ($a + p = 0$): az aktor és a partner hatás abszolút értékben körülbelül ugyanakkora, azonban egymással ellentétes előjelű. Általában az aktor hatás pozitív, a partner hatás negatív kapcsolatban áll a kimeneti változóval. Jól példázza ezt a modellt a káröröm, amikor a másik fél sikertelensége elégedettséggel tölti el a személyt.

Példa: Közös szülőség és az apai elköteleződés az alacsony jövedelmű családok körében (Fagan & Palkovitz, 2019)

Az elemzés során strukturált egyenletek modellezésének (SEM) módszerével három modellt teszteltek: 1) A Y1 közös szülői támogatás és apai elköteleződés változóinak összefüggéseit vizsgálták a Y3 ugyanezen változóival. Az APIM modellben dolgozva az Y1 apai változó és az Y3 apai változó, valamint az Y1 anyai változó és Y3 anyai változó összefüggései az aktorhatásokat mutatják, míg az Y1 apai változó és Y3 anyai változó, valamint az Y1 anyai változó és Y3 apai változó összefüggései a partnerhatásokat jelzik. 2) Ugyanezt a modellt építették, csak az Y3 és Y5 évekre vonatkozóan. 3) A harmadik modellben az Y1 és Y5 éveket vizsgálták, az Y3-ra vonatkozó adatok kihagyásával. Mindhárom modell megfelelő illeszkedést mutatott. Az elemzés során a közös szülői támogatás és az apai elköteleződés tekintetében is szignifikáns, mérsékelt erősségű aktorhatásokat és gyengébb, de szignifikáns partnerhatásokat találtak. A konstruktumok közötti elemzés (tehát, hogy a közös szülői támogatás milyen előrejelzője az elköteleződésnek és fordítva) szerint a közös szülői támogatás → elköteleződés iránynál figyelhetőek meg aktorhatások és partnerhatás mindkét félnél, míg a fordított irányt inkább az anyák értékelése határozza meg.

A vizsgálat eredményei azt sugallják, hogy hosszabb távon nézve a jobb minőségű, korai közös szülői működés a nem együttélő apák nagyobb fokú elköteleződéséhez vezet. Továbbá az adatok arra utalnak, hogy a közös szülőség és az apai elköteleződés közötti kapcsolat kétirányú (még ha nem is azonos erősségű), azaz bármelyik fejlesztése hozzá járul a másik jövőbeli jobb működéséhez.

Összegzés

Bár nemzetközi szinten egyre elterjedtebbek, Magyarországon a diádikus megközelítésű vizsgálatok még gyerekcipőben járnak, korábbi vizsgálatok során néhány kutató alkalmazta. Gelei és Dobos (2016) az üzleti élet szereplői körében vizsgálta a bizalom kérdését a kapcsolat mindkét szereplőjének megkérdezésével. Vajda és munkatársai (2016) a párkapcsolati működés

pszichológiai sajátosságait, Pilinszki (2015) pedig elsősorban a párkapcsolatok szociológiai jellemzőit helyezte vizsgálódásának fókuszába. Bár a párkapcsolati instabilitásra vonatkozó kutatás megkérdezettjei a családsegítő- és gyermekjóléti szolgálatok kliensei voltak, inkább a családszociológia, mint a szociális munka területére sorolható.

Jelen tanulmány fókuszában a kvantitatív diádikus vizsgálatok módszertani bemutatása állt, ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy kvalitatív megközelítésű kutatásokban is indokolt és üdvözlendő a diádikus szemlélet alkalmazása, amire szintén több példát láthatunk a szociálmunka-kutatásokban is (Chan & Ho, 2016; Paradiso de Sayu & Chanmugam, 2015).

Mivel a szociális munka célkitűzéseiben és módszereiben is fontos szerepet játszanak a kapcsolatok és rendszerek, más tudományterületekhez képest talán még indokoltabb, hogy a szociális munka témák vizsgálatakor számba vegyük a diádikus megközelítés lehetőségét. Különösen ajánlott a diádikus szemlélet azokban az esetekben, amikor egy-egy kisebb rendszer (pl. a család vagy különböző alrendszerei) működését, vagy a szakember és a szolgáltatást igénybevevő kapcsolatát szeretnénk jobban megérteni.

Irodalom

1. Altena, A. M., Krabbenborg, M. A. M., Boersma, S. N., Beijersbergen, M. D., van den Berg, Y. H. M., Vollebergh, W. A. M., & Wolf, J. R. L. M. (2017). The working alliance between homeless young adults and workers: A dyadic approach. *Children and Youth Services Review*, 73, 368-374.
2. Braun, M., Scholz, U., Bailey, B., Perren, S., Hornung, R., & Martin, M. (2009). Dementia caregiving in spousal relationships: A dyadic perspective. *Aging & Mental Health*, 13(3), 426-436.
3. Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W. H., & van Aken, M. A. G. (2004). Attachment in Adolescence:: A Social Relations Model Analysis. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 826-850.
4. Carpenter, B. D., Kissel, E. C., & Lee, M. M. (2007). Preferences and life evaluations of older adults with and without dementia: reliability, stability, and proxy knowledge. *Psychol Aging*, 22(3), 650-655.
5. Chan, C. K. P., & Ho, R. T. H. (2016). Discrepancy in Spirituality among Patients with Schizophrenia and Family Care-Givers and Its Impacts on Illness Recovery: A Dyadic Investigation. *The British Journal of Social Work*, 47(1), 28-47.
6. Deimling, G. T., Bass, D. M., Townsend, A. L., & Noelker, L. S. (1989). Care-related stress. A comparison of spouse and adult-child caregivers in shared and separate households. *J Aging Health*, 1(1), 67-82.
7. Fagan, J., & Palkovitz, R. (2019). Coparenting and father engagement among low-income parents: Actor-partner interdependence model. *Journal of Family Psychology*, 33.
8. Feinberg, M. E. (2003). The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parent Sci Pract*, 3(2), 95-131.
9. Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-26.

10. Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early Dyadic Patterns of Mother–Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months. *Pediatrics*, *118*(1), e107-e114.
11. Gelei, A., & Dobos, I. (2016). Bizalom az üzleti kapcsolatokban. A diadikus adatelemzés egy alkalmazása. *Közgazdasági szemle*, *63*(3), 330-349.
12. Gibbons, L. E., Teri, L., Logsdon, R. G., & McCurry, S. M. (2006). Assessment of anxiety in dementia: an investigation into the association of different methods of measurement. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, *19*(4), 202-208.
13. Greene, R. R., Wright, M., Herring, M., Dubus, N., & Wright, T. (2017). *Human Behavior Theory and Social Work Practice with Marginalized Oppressed Populations*. Routledge.
14. Kenny, D. A. (1996). Models of Non-Independence in Dyadic Research. *Journal of Social and Personal Relationships*, *13*(2), 279-294.
15. Kenny, D. A. (2011). Commentary: Dyadic analyses of family data. *J Pediatr Psychol*, *36*(5), 630-633.
16. Kenny, D. A., & Cook, W. (1999). Partner effects in relationship research: Conceptual issues, analytic difficulties, and illustrations. *Personal Relationships*, *6*(4), 433-448.
17. Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. Guilford Press.
18. Kostrova, E. (2018). The dyad and the third party: The traces of Simmel's distinction in phenomenology and family studies [Article]. *Avant*, *9*(2), 187-202.
19. Lyons, K. S., Zarit, S. H., Sayer, A. G., & Whitlatch, C. J. (2002). Caregiving as a dyadic process: perspectives from caregiver and receiver. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, *57*(3), 195-204.
20. Muzik, M., Bocknek, E. L., Broderick, A., Richardson, P., Rosenblum, K. L., Thelen, K., & Seng, J. S. (2013). Mother–infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: the primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(1), 29-38.
21. Naglie, G., Tomlinson, G., Tansey, C., Irvine, J., Ritvo, P., Black, S. E., Freedman, M., Silberfeld, M., & Krahn, M. (2006). Utility-based Quality of Life measures in Alzheimer's disease. *Qual Life Res*, *15*(4), 631-643.
22. Paradiso de Sayu, R., & Chanmugam, A. (2015). Perceptions of Empowerment Within and Across Partnerships in Community-Based Participatory Research: A Dyadic Interview Analysis. *Qualitative Health Research*, *26*(1), 105-116.
23. Pilinszki, A. (2014). Egy diádkutatás margójára - módszertani megfontolások. In E. Kocsis (Szerk.), *Szemelvények PhD-hallgatók munkáiból* (pp. 119-135). Magyarországi Szociális Szakemberek Képzéséért Egyesület.
24. Pilinszki, A. (2015). A párkapcsolati instabilitást meghatározó tényezők. *Socio.hu*, *5*(1), 232-245.
25. Pilinszki, A., & Járny, M. (2015). A párkapcsolati konfliktus és konfliktuskezelés mint függő és független változó. *Embertárs*, *13*(1), 53-71.

26. Rand, S., Forder, J., & Malley, J. (2017). A study of dyadic interdependence of control, social participation and occupation of adults who use long-term care services and their carers. *Quality of Life Research*, 26(12), 3307-3321.
27. Simmel, G. (1950). *The Sociology of Georg Simmel*. The Free Press.
28. Snijders, T. A., & Kenny, D. A. (1999). The social relations model for family data: A multilevel approach. *Personal Relationships*, 6(4), 471-486.
29. Somlai, P. (1992). Triádok, közvetítők, koalíciók. *Szociológiai Szemle*(4), 3-14.
30. Szántó, Z. (1992). Cselekvés és interakció. *Szociológiai Szemle*(3), 145-152.
31. Thompson, L., & Walker, A. J. (1982). The dyad as the unit of analysis: Conceptual and methodological issues. *Journal of Marriage and the Family*, 44(4), 889-900.
32. Vajda, D., Rózsa, S., Sz. Makó, H., & Kiss Enikő, C. (2016). A Diádikus Alkalmazkodás Skála (DAS) magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 16(1), 101–121.
33. Yoon, J., Thye, S. R., & Lawler, E. J. (2013). Exchange and cohesion in dyads and triads: A test of Simmel's hypothesis. *Social Science Research*, 42(6), 1457-1466.

II. FEJEZET: TÖRŐDÉS A JÖVŐVEL: GYERMEKVÉDELEM, ISKOLAI SZOCIÁLIS MUNKA

Rácz Andrea

Gyermekvédelmi szakemberek kliensekről és szakmáról alkotott képének vizsgálata egy családból való kiemelés története mentén

Bevezetés

A *Gyermekvédelmi orientációk a gyermekek jól-létének támogatásában* c. MTA Bolyai János Kutatási ösztöndíj (2017-2020) keretében megvalósuló kutatás célja annak vizsgálata, hogy a gyermekvédelemben dolgozók (gyermekjóléti szolgálat és a szakellátás intézményeinek munkatársai és nevelőcsaládok) hogyan vélekednek a gyermekvédelem elsődleges és másodlagos célcsoportjáról. A családokkal való együttműködések, a róluk kialakított vélemények milyen szakmai mentalitásokat mutatnak, milyen a segítői tevékenység minősége, a professzionalizáció szintje. Másrészt a vizsgálatnak annak bemutatása is a célja, hogy maguk a gyermekek, fiatalok és szüleik hogyan látják a gyermekek jól-létére, valamint védelmére irányuló gyermekvédelmi beavatkozásokat, a rendszer működési mechanizmusait, azt, hogy a szakemberek hogyan vesznek részt a segítői folyamatban, a rendszer hogyan segíti a szülői szerepek megerősítését, miként támogatja a gyermekek és fiatalok jól-létét. Ezt a kutatást egészíti ki a Bolyai+ *A szakmai integritás állomásai és a 'gyermek legjobb érdeke' elvének érvényesítése* c. kutatás⁸, mely arra irányul, hogy mit jelent a gyermekvédelem praxisa felé vezető úton, valamint a képzést követően a gyermekvédelmi területi munkában a szakmai integritás fogalma, és a gyermek legjobb érdekének elve. Azaz a szociális munkás képzésben érintett diákok, valamint a képzésből már kikerült, a gyermekvédelem területén rövidebb (kevesebb mint 5 éve) és hosszabb (több mint 10 éve) ideje dolgozó szakemberek hogyan látják a magyar gyermekvédelmi rendszer működését, a segítség mechanizmusait, valamint saját szerepüket, és ehhez a képzés, a napi gyakorlati munka és a különböző szakmai háttér-támogatási lehetőségek hogyan járulnak hozzá.⁹

A tematikusan összekapcsolódó kutatások hozzájárulnak, hogy a *szociális munka-képzésről, a gyermekvédelem praxisáról, működési mechanizmusairól releváns információkkal rendelkezünk*, megismerjük, hogy milyen szolgáltatási funkciók hiányoznak a

⁸ Emberi Erőforrások Minisztériuma ÚNKP-18-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának támogatásával megvalósult kutatás. Mindezeket kiegészíti a szerző *'Jóléti pluralizmus, szubszidiaritás, komplementaritás: a gyermekvédelem szolgáltatási funkcióinak és az önkéntes munka lehetőségeinek vizsgálata'* c. kutatása, mely az Emberi Erőforrások Minisztériuma ÚNKP-19-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának támogatásával valósul meg.

⁹ A tematikusan szervesen kapcsolódó *'Mobilitás és immobilitás a magyar társadalomban'* keretében a szerző a szociális munka társadalmi mobilitásra gyakorolt hatását vizsgálja. A kutatás az MTA Kiválósági Együttműködési Program Mobilitás Kutatási Centrum elnevezésű projektjének keretében valósul meg, melynek középpontjában a gyermekvédelmi rendszerről alkotott klienskép és a kliens és szakember közötti együttműködés minősége áll. A *Szolidaritás a késő modernitásban* c. OTKA kutatásban pedig az állami gyermekvédelem rendszerében a különböző szolidaritási formák megjelenését vizsgálom (Sik Domonkos OTKA Fiatal Kutatói pályázata - FK 129138, 2018-2020), a Menekülés az államtól: privatizáció, exit-stratégiák és alternatív szolgáltatások a gyereknevelésben c. OTKA kutatás keretében pedig az állami gyermekvédelmen túli segítői lehetőségek körét (FK 135215, 2020-2023, Berényi Eszter).

gyermekvédelemből, milyen fejlesztési irányok azonosíthatók a képzés és a praxis terén, hogyan tudja a kliensek jól-létét és mobilitási esélyeit növelni a szociális munka.

A kutatás tudományos jelentősége, hogy új, gyermekvédelmi témájú kutatások születnek, árnyaltabb képet adva a rendszer működéséről és a továbblépési irányokról, ezzel hozzájárulva a szakmafejlesztéshez.

A kutatás során kapott eredmények a szociális képzések különböző szintjeire becsatornázhatók és a szakemberré válás folyamatát is elősegíthetik.

Társadalmi szempontú jelentősége, hogy a gyermekes családok támogatásában és a gyermeki jogok védelme és érvényesítése terén megjelenítendő szakmai mentalitások fejlesztésre kerülhetnek, illetve új utak nyílhatnak az ún. szolgáltatás-fókuszú gyermekvédelem.

Családi egységet célzó, integratív szemléletű gyermekvédelem

A gyermekvédelem sokszereplős folyamat, így annak minden szegmense és szereplője szintjén nélkülözhetetlen, hogy az érintett szakemberek mindent megtegyenek annak érdekében, hogy megosszák a releváns információkat egymással, és bevonják a szülőket is az együttműködésbe. A családi egységet célzó, integratív szemléletű szolgáltatásokat gyermekvédelmi szempontjából három fő csoportra sorolhatjuk, ezek a növekvő gyermeki szükségletekhez igazítottak: 1) alap szociális szolgáltatások; 2) családtámogató szolgáltatások; 3) családmegtartó szolgáltatások. Számos tanulmány hívja fel a figyelmet arra, hogy az intenzív családmegtartó támogatások vagy a családterápia elérhetősége korlátozott a gyermekvédelemmel érintett sokproblémás, abuzív és elhanyagoló családok számára. Kritikaként merül fel az is, hogy sokszor a családok gyengeségeire fókuszálnak, nem pedig az erősségekre és ezek a szolgáltatásnyújtási problémák megnövelik annak a valószínűségét, hogy a gyermeket az otthonán kívül helyezik el (McCroskey & Meezan, 1998). A családtámogató szolgáltatások alapvetően olyan családokat céloznak meg, amelyekben megelőzhető a gyermekbántalmazás vagy az elhanyagolás, illetve ahol a gyermeknevelés szakmai segítség mellett korrigálható. A szolgáltatásnyújtás során jellemzően azon szociális kompetenciákat és magatartásformákat kell megerősíteni a szülőknél vagy akár a gyermekben, amelyek hozzájárulnak a szülő, a gyermek és a család egészséges működéséhez. A szakembereknek abból kell kiindulniuk, hogy minden család tapasztalhat időszakosan, átmeneti jelleggel stresszes életkörülményeket, amelyekre a változó társadalmi körülmények is nagy hatással vannak, de egyéni vagy családi új szociális problémák, kihívások is megjelenhetnek, mint pl. munkanélküliség, illetve lakóhelyváltás stb.

A programok hatékonysága azonban nem egyértelmű, bár van sok pozitív példa. Ilyen például egy magyarországi modellprogram is, amely azt erősíti meg, hogy ahol a program közvetlen élményt, elfoglaltságot nyújt a gyermeknek és a szülőnek is, akár együtt, akár külön, ott a szülőknél bekövetkezett rövidtávú gyermeknevelési attitűdváltozás nagyon pozitív. Az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a szülő jobban megismeri a gyermek fejlődésének folyamatát, érzelmileg képes lesz jobban odafordulni, és a gondozáshoz való hozzáállásban, a pozitív fegyverkezési technikák alkalmazásában is pozitív irányú, megerősítő jellegű a változás. Alapvetően fejlődik a szülő problémamegoldó készsége, önbecsülése és a szülőségbe vetett hite (McCroskey-Meezan 1998; Czinderi et al. 2018).

A magyar gyermekvédelmi rendszerben prevenciós szempontból a *gyermekjóléti szolgáltatásnak* van a legmeghatározóbb szerepe, hiszen a szolgáltatást biztosítók kötelesek a gyermekvédelmi jelzőrendszert működtetni, így minden, a gyermekek veszélyeztetettségére utaló információ itt összpontosul. A KSH adatai alapján 2017-ben kb. 180.000 jelzés érkezett, ami 123 ezer gyermekről szólt. A legtöbb jelzés a köznevelési intézményekből és a védőnőktől érkezett. A tárgyévben 103 ezer kiskorút gondoztak együttműködési megállapodás alapján: 60 százalék elhanyagolás, illetve a szülők életviteli és gyermeknevelési problémái, vagy családi és kapcsolati konfliktus miatt szorult gyermekjóléti szolgáltatásra, 16 százalékuk magatartászavar, teljesítményzavar miatt, további 10 százalékuk pedig anyagi problémák (megélhetési és/vagy lakhatási gondok) miatt szorult segítségre. Az adott évben közel 45 ezer volt az új kliensnek száma, ebből 20% önkéntes alapon kért segítséget. Az összes kliens 70%-a együttműködési megállapodással rendelkező, a többiek prevenciós programokon vettek részt vagy gondozásuk az első interjú kapcsán lezárható volt.

2017-ben 20 948 gyermek szorult *gyermekvédelmi szakellátásra*, ez az előző évhez képest 400 fős növekedést jelent. A szakellátott gyermekek 12 százaléka 3 év alatti, amely csaknem 100 fővel több, mint a tavalyi évben. A gyermekek valamivel több mint fele a 11-17 éves korcsoportból kerül ki. A gyermekek 67 százaléka volt kihelyezve nevelőszülőkhöz, a többi gyermek valamilyen típusú gyermekotthonban élt. A 2017. december 31-én szakellátásban nyilvántartott gyermekek 37 százaléka, összesen 7793 fő számított különleges szükségletűnek, ebből 2442 fő kizárólag életkora miatt tartozott ebbe a csoportba. Speciális szükségletűnek a gondozottak valamivel több mint 2 százaléka, 449 fő számított, közülük majdnem mindenki gyermekotthonban él, a gyermekek mindösszesen 3,6 százalékát helyezték el nevelőszülőnél. A kettős szükségletű gyermekeknek (255 fő) szintén nagyon kis hányada, kb. 7 százaléka él nevelőszülőnél (KSH 2017; Balogh et al. 2018).

A hazai gyermekvédelemben Gilbert et al. (2011) tipológiája szerint az ún. *gyermekvédelmi megközelítés* kapja a főszerepet, ahol az állam a bántalmazás és elhanyagolás esetén a gyermek védelmében szankcionál, az állam tehát egyfajta megfigyelőként működik a gyermek biztonságának garantálása érdekében. A beavatkozás célja a védelem biztosítása és a gyermek körüli ártalmak csökkentése. A szülőkkel való viszony jellemzően hierarchikus, a jogokat jogi eszközökkel garantálják. Elvi szinten az 1997-es törvényben megjelenik az ún. *családoknak nyújtott szolgáltatásokra épülő* modell is, ahol a beavatkozás célja a család egységének a megőrzése. Az állam arra törekszik, hogy a szülőket segítse a család egyben maradásában, a beavatkozás célja így a megelőzés és a korai problémakezelés. Ebből az elvi és gyakorlati szinten tetten érhető megközelítésből kiindulva azonban érdemes ránézni a gyermekvédelem valós működésére (Rácz 2016).

A nemzetközi gyermekvédelemben egyre inkább megjelenő kritika, hogy sok a gyermekvédelmi misztikum, amely egyértelműen a diszfunkcionalitás irányába hat. A klienseknek meg kell küzdeniük a stigmákkal. A segítő szakember jelenléte a család életében sokszor önmagában azt üzeni a közösség számára, hogy nagy a baj és ez rossz szülőiséget jelent. Ha nem tudják a szülők és a gyermekek, hogy mi és miért történik velük, könnyen ellenállnak, ez pedig egy fenyegető helyzet számukra, mert azt sem tudják, hogy következményekkel jár a gyermekvédelmi beavatkozásra és a problémamegoldásra nézve az együttműködés megtagadása vagy nehezítése. A korábbi negatív segítői tapasztalatok sem keltenek bizalmat. A szolgáltatások fragmentáltságából következik, hogy a komplex problémák esetén a szülők

nem tudják, hogy kihez forduljanak, ki, miért is felelős. Minden esetben szükséges egy esetgazda, aki átlátja a folyamatokat, és akinél összefutnak az információk. Fontos az is, hogy a beavatkozás időben érkezzen, és ne csak akkor kapjanak segítséget a családok, amikor már krízishelyzet áll fenn. Az empátikus, kulturálisan érzékeny segítői attitűd alapvető fontosságú (*Newcastle City Council, 2002; Szilvási, 2005, Rácz, 2016; Webb et al. 2014; Ross et al. 2017*).

Fontos kitérni a helyettesítő védelem esetén arra, hogy önmagában nem elegendő a szülőkkel való kapcsolattartás különböző formáinak biztosítása, a szülő-gyermek kapcsolat erősítése sokkal fontosabb feladat. Kutatások szerint a szülők a találkozásokat – joggal és helyesen – úgy élik meg, hogy folytathatják a szülői szerepüket, még ha törvényesen a szülői felügyeleti jog szünetel is, de gyakran úgy érzik, hogy terhet jelentenek a rendszernek, és a szakemberek, különösen a nevelőszülők nem támogatják ebben őket, gyakran kontrollálják is ezeket a találkozásokat (*Rácz, 2016; Ross et al. 2017*). A szülők joggal sérelmezik, hogy sokszor olyankor is felügyelik a találkozásokat, amikor erre nincs is szükség, ezért ezek nem elég intímek és nem adnak módot rá, hogy a család érdemben együtt legyen, a gyermek bevonódjon. A kiemelés után a szülők tehetetlennek érzik magukat, a szülői szerepük erősen megkérdőjeleződik, a gyermek életét érintő döntésekből kiszorulnak és küzdelemnek élik meg, hogy egyáltalán informálódjanak a gyermekükről. A szülők a távolságok miatt is ritkán találkoznak a gyermekük nevelőjével, és az is kérdéses, hogy a gyám mennyire vonja be őt a gyermek életével kapcsolatos döntésekbe.

Fontos megjegyezni azt is, hogy a gyermekvédelem más rendszerekhez is kapcsolódik, mint pl. az oktatás, egészségügy, kultúra, így feladatellátásának értékeléséhez – participáció biztosítása, gyermek fejlődésének és identitásának erősítése, ártalmaktól való megvédése családon belül és azon kívül – a társadalmi beágyazottságát is figyelembe kell venni (*Rácz, 2016*).

1. számú ábra: A gyermekvédelem kapcsolódásai és céljai az állami szerepvállalás jegyében



Forrás: saját szerkesztés, 2019.

Mindebből az következik, hogy integrált és koordinált ellátásra van szükség, amelyben fontos az együttműködés erősítése. Mindehhez kell egy esetgazda, aki átlátja a folyamatokat és akinél összeérnek az információk. Ezt a magas fokú fluktuáció sajnos nem könnyíti meg. Az integratív beavatkozások egyértelmű szereplője a megbízható és empatikus segítő, aki a hozzáértéséről ad számot az együttműködés során, és értő figyelemmel van jelen az intervencióban. Ha ezek hiányoznak, nehezen várható el, hogy a szülők nyissanak a segítő felé, teljes legyen a bizalmuk és együttműködjenek – egy számukra sok esetben ismeretlen – cél érdekében (Szilvási, 2005; Webb et al. 2014).

1. számú tábla: Partneri együttműködések attribútumai a szakemberek és kliensek perspektívájából

Szakemberek perspektívája

- holisztikus szemlélet
- szolgáltatási fókusz
- családi egység megőrzése és gyermekközpontúság
- együttműködő, szolgáltatási folyamatba bevont partnerek közötti egyenlőség, elfogadás
- új utak, alternatívák keresése
- rugalmasság, kreativitás
- egyértelmű kommunikáció
- eredmények visszacsatolása, megvitatása minden szereplő bevonásával
- egyéni- és rendszerszintű felelősségvállalás a kompetenciahatárok figyelembevétele mentén
- költséghatékonyság
- közösségi erőforrások becsatornázása
- szakmai tisztesség, etikus szakmai magatartás
- családi jólét támogatása, mobilitási esélyek ösztönzése

Kliensek perspektívája

- központi szerep megélése, participatorikus részvétel
- őszinte problémamegosztás és nyílt kommunikáció, bizalmi kapcsolat a segítővel
- családtagok közötti kommunikáció javulása
- családi szerepek megerősödése
- szülőség pozitív módon való megélése
- kliensek életminősége javul
- önrendelkezés erősödése
- saját problémamegoldó repertoár szélesedik és színesedik
- közösség tagjaivá válnak, a valahová tartozás érzése erősödik
- a társadalmi mobilitási lehetőségeik nőnek

Forrás: saját szerkesztés 2019, Rác 2016; 2017 és Budai 2019: 328-329 alapján.

A kutatások módszertani keretezése

A Bolyai kutatás kvalitatív részében egyéni interjúk készültek a gyermekjólét és gyermekvédelem különböző szegmenseiben dolgozó szakemberekkel, döntéshozókkal, valamint fókusz-csoportos interjúk, témaspecifikusan, nyolc szereplői körben:

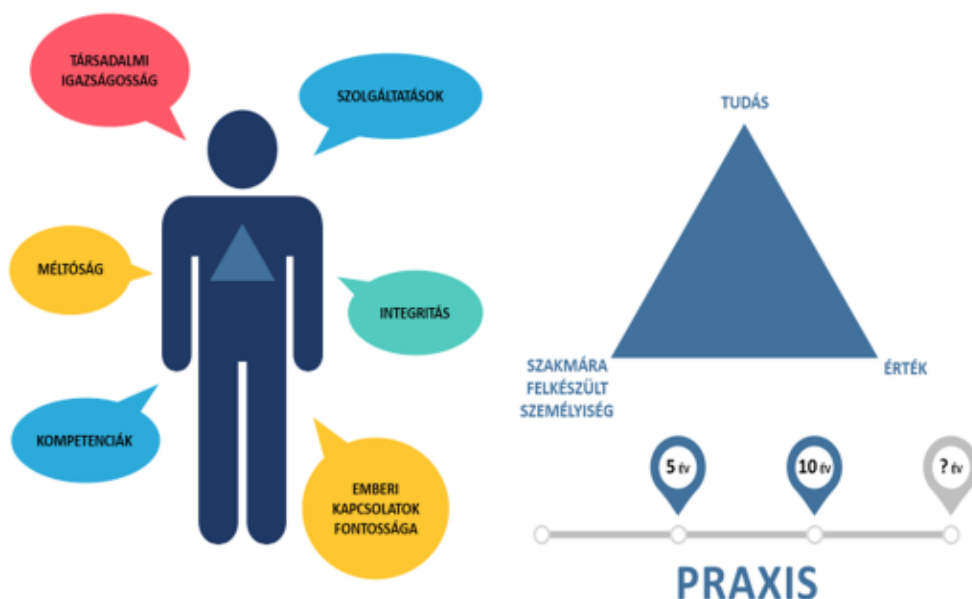
- Gyermekjóléti alapellátásban dolgozók
- Gyermekvédelmi szakellátásban dolgozók

- Gyermekjóléti és gyermekvédelmi rendszerben dolgozók (két rendszer együttműködésére épülve)
- Gyermekjóléti alapellátásban részesülő gyermekek (14-18 évesek)
- Gyermekvédelemben élő gyermekek (14-18 évesek)
- Gyermekvédelemben élő fiatal felnőttek (18-25 évesek)
- Gyermekvédelem határán élő családok (olyan szülők, ahol a gyermek a családban él)
- Gyermeküktől külön élő családok (olyan szülők, ahol a gyermek a gyermekvédelem rendszerében él)

A szakembercsoportok minden esetben egy gyermekvédelmi esetet feldolgozó rövidfilmet vagy annak részletét tekintették meg. A megtekintett film (*Vincze Artúr Máté: Elválasztva*) alapvetően dokumentarista igénnyel mutat be egy családból való kiemelés, elsősorban a vér szerinti szülő és a nevelőszülő szempontjait, szerepét helyezve előtérbe. A film nem szakmai anyagként készült, elsődleges célja az ismeretterjesztés, társadalmi érzékenyítés, így a kutatás keretében az interjúalanyok számára csupán gondolatébresztő témafelvetésként, problémafókuszaként és egy közös értelmezendő intervencióként szolgált.

A Bolyai+ kutatás keretében pedig két egyéni interjú készült a szociális munka képzésének fejlesztésében járatos szakértőkkel, a fókusz-csoportos interjúkra épülő szakaszban pedig nyolc csoportos interjú készült szintén a gyermekvédelmi esetet feldolgozó rövidfilm elemzése mentén. A csoportokat szociális munkás BA szakok kezdő és végzős hallgatói, valamint mesterképzésben tanulók (szociális munka és szociálpolitika), illetve különböző gyermekvédelmi területen dolgozó pályakezdő, illetve régóta (több mint 10 éve) a szakmában dolgozó szakemberek alkották. A csoportos interjúkra mindkét kutatás esetében a fővárosban és egy vidéki egyetemi városban került sor.

2. számú ábra: A kutatás módszertani keretrendszere: az értékek inkorporálásának útja és időbelisége



Forrás: saját szerkesztés, 2019.

A következőkben, egységben kezelve az összekapcsolódó kutatásokat, a gyermekvédelmi szakemberek, szülők és gyermekek véleményét emelem ki az interjúk alapján, majd a képzés és a praxis közötti szakadék és az áthidalás lehetőségeinek feltérképezésére a szakértői és csoportos interjúkban megszólaló diákok és szakemberek álláspontját ismertetem röviden¹⁰.

Kliens- és szakmakép vizsgálata a különböző gyermekvédelmi szereplők perspektívájából

Gyermekvédelmi szakértők, döntéshozók véleménye

A szakemberek egybehangzó véleménye szerint a Gyermekvédelmi Törvény két évtizeddel ezelőtti megalkotásával megvalósuló strukturális átalakulás, azaz a nagy intézmények kiváltása, és a családias ellátási formák előtérbe helyezése összességében kedvező hatású volt. A gyermekvédelmi rendszer mai működésének egyik legégetőbb problémája, hogy az elfogadhatónál messze nagyobb volumenben fordul elő olyan helyzet, amikor a rendszer nem tud a gyermek egyéni szükségleteinek megfelelő szolgáltatást nyújtani.

A kis létszámú elhelyezés legfontosabb problémája a szolgáltatások elérhetőségében mutatkozik. Míg a nagy intézményekben akár több száz gyermek és fiatal szükségletinek megfelelő szolgáltatásokat kellett biztosítani a fenntartónak egy helyszínen, így az egyes szakterületekhez tartozó szakemberek, mint például a pszichológiai, pszichiátriai ellátás kapacitáskihasználtsága mellett egyúttal a rendelkezésre állás volumene is magas volt, addig jelenleg az egyes ellátási körzetekben feladatot ellátó szakemberek nem lehetnek jelen egyszerre az összes hozzájuk tartozó ellátási helyen. A szakemberek kapacitása sok, egymástól sokszor távol eső intézmény között oszlik meg, nem ritka, hogy csak eseti, krízishelyzetben aktiválható jelenlétről lehet beszélni, állandó, vagy akár prevenciók céljával működtethető szolgáltatás nem elérhető. *„[...] a jelenlegi lakásotthoni keretek között, ahol nincsen gyermekfelügyelő, nincsenek ott azok a szakemberek és olyan minőségben kiképzett szakemberek, látszik, hogy valójában jelenleg tényleg csak egy hotelszolgáltatásként, egy őrző-védő funkcióként működik a lakásotthon, mert plusz szolgáltatásokat ott nem igazából tud igénybe venni a gyermek. Tehát maga a családias közeg tényleg elvész ebben a rendszerben a lakásotthonokban. Tehát mind a szakembergárdát, mind pedig a szakmai tartalmat kellene növelni, és akkor nyilván jobban tudná védeni a lakásotthoni, gyermekotthoni ellátó közeg is azt, hogy rájuk szükség van [...] Tehát nem tudjuk, csak leszűkíteni nyilván nevelőszülő, lakásotthonra ezt a kérdést, hanem látni kell azt, hogy sok olyan plusz intézményes elhelyezési forma hiányzik, amire viszont szükség lenne.”* (szakértői bizottság vezetője, vidék.)

Az ellátási struktúra problémája azonban a szakemberek szerint jóval árnyaltabb ennél. A kevesebb férőhellyel dolgozó ellátási formák, ahogy a nevelőszülői elhelyezés is vitán felül alkalmasabb körülményeket jelentenek a kliensek többségének esetében, ám ahogyan a nevelés terén alkalmazható módszertan, akár az alapellátásban a családsegítés irányelvének tekintetében, úgy itt sem lehet egyedül üdvözítő megoldásról beszélni. A legfontosabb kíváncsi az lenne, hogy minden esetben a gyermek szükségleteinek és érdekeinek leginkább megfelelő ellátási formát lehessen választani, ugyanígy a szolgáltatások és a módszertan megválasztásában is az egyes esetet fókuszba emelve lenne célszerű és hatékony döntéseket

¹⁰ Az interjúk elemzésében Freisinger Balázssal dolgoztam együtt.

hozni. Ehhez azonban sem az ellátórendszer intézményi, infrastrukturális adottságai, lehetőségei, sem a szakmai döntéshozatali módszertani támogatottsága nem adott. „[...] az biztos, hogy a nagy gyereketthonoknak a lebontása egy nagyon nagy pozitív dolog volt. Pozitív dolog volt a nevelőszülőiségnek is az erősítése [...] ezek mind-mind fontos mérföldkövek voltak, ami arra fele irányult, hogy a gyerekekre több figyelem és több törődés jusson. [...] Mindaddig, amíg egyes gyerekek vannak, tehát nem típusok vannak, hanem minden gyerek más és más, én azt hiszem, hogy akkor jó, ha van egy differenciált rendszer, amelyikben lehet válogatni a gondozási helyek között.” (országos szintű módszertani fejlesztésért felelős szakértő, Budapest)

A rugalmasabb szabályértelmezés nem csupán a gyermekek, családok szükségleteihez jobban illeszkedő szolgáltatásnyújtást jelentene, de igen hatékony kapcsolatépítési környezetet és ezzel hatékony nevelési helyzetet is teremthetne. „Tehát valamilyen keretrendszer szükséges, szabályozottság szükséges, de nem ez a mostani jogszabályi rendszer fogja megoldani azt, ami az intézményekben történik, hanem az, hogy ha az ott dolgozók valahogy lehetőséget kapnának arra, hogy egy mind a növendékeken, mind rajtuk kívülálló, kívülről nézve mindkettőjük magatartását szigorúan szabályozó rendszer keretei között, ők mégis attól eltérhessenek. [...] szimbolizálná ez a szigorú keretrendszer az életnek a kemény kihívásait, és a benne, az ott dolgozóknak a személyes kedvessége, és kapcsolatkézsége, az emberi kapcsolatoknak a fontosságát, és az ebbe vetett hitet is visszaadhatná a gyerekekben [...]” (országos szintű gyermekvédelmi szakértő, teoretikus, Budapest)

Több gyermekvédelmi szakember is alapproblémaként fogalmazta meg, hogy igen fontos szemléletbeli kérdésben sincs egyértelmű állásfoglalás, illetve nincs arra protokoll, hogy az egyes esetekben mi legyen az ellátás alapiránya, milyen kimeneti cél felé haladjon a szolgáltatások felépítésével a segítségnyújtás: a kliens jól-léte, személyes boldogulása álljon-e a fókuszban, vagy a gyermek sikeres reintegrációja, társadalmi értelemben vett hasznos felnőttkorra való felkészítése legyen a vezérelv. A konkrét esetet vizsgálva jellemzően egyértelműen eldönthető, hogy milyen odafordulással érdemes felépíteni a segítő szolgáltatásokat az eredményes munka érdekében, addig a döntés meghozatalához a szakemberek nem érzik magukat felhatalmazva, illetve felsejlik egyfajta tartózkodás is a felelősség felvállalásától, ami a munkatársak szűkre szabott mozgásterével, fenyegetettség érzésével - is magyarázható. „De ez a mismásolás, ami most van, hogy beszélünk, hát nagyon szemérmesen, meg nem tudom hogyan arról, hogy hát a gyerek érdeke, meg a nem tudom akármilyen, közben a fejünkben az van, hogy a bűdös gyerek nem tud megváltozni, és produktív lenni, és olyannak lenni, akivel nincsen a későbbiekben baj, csak újratermeli a problémát. Ez az álszentség semmire nem vezet[...]” (országos szintű módszertani fejlesztésért felelős szakértő, Budapest)

Területen dolgozó szakemberek véleménye

A megkérdezett gyermekvédelmi szakembereknek az a véleményük, hogy az esetek dokumentálása, az adminisztráció szakszerű és teljes elvégzése a munkaidejük és energiájuk aránytalanul nagy hányadát foglalja le. A jelentős adminisztrációs teher mellett tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy változatlan személyi feltételekkel kell ellátni a folyamatosan emelkedő számú esetet, így nem ritka, hogy a tényleges munkavégzés, a kliensekkel való foglalkozás háttérbe szorul, és a szakemberek irodai teendőiket látják el terepmunka helyett.

„[...] *tényleg ellep minket a munka. A baromi sok adminisztráció és az, hogy egyszerűen most már két hete küzdök, hogy nem tudok kijárni a családjaimhoz, mert egyszerűen nincs időm.*” (gyermekjóléti területen dolgozók, Budapest)

A munkatársak leterheltsége önmagában is rendkívül problémás, az pedig, hogy az adminisztrációs terhek miatt a tényleges segítői munkájukkal nem tudnak saját maguk számára megnyugtató volumenben foglalkozni, tovább növeli a kiégés kockázatát. Néhány idősebb kolléga rámutatott, hogy a csapatmunka, a teamben való gondolkodás, a kollégák egymás közötti támogató viszonya, illetve a szupervízió segíthet megelőzni a kiégést, valamint annak is nagy megtartó ereje van, ha a kollektívában mindig vannak fiatal, lelkes kollégák, ám a kiégés, a fásultság, érzéketlenné válás veszélye így is komoly rizikót jelent.

A szakemberek a rendszer működésének egyik legfontosabb problémájaként azonosították, hogy a *prevenció* jóformán teljesen hiányzik a működésből. A szakemberek a leginkább kritikus esetekkel foglalkoznak. Amint azt sikerült valamelyest stabilizálni, a következő legsúlyosabb felé fordulnak és így tovább, vagyis mindig csak a legkritikusabb problémákra jut figyelem és erőforrás, ami pedig ahhoz vezet, hogy az egyébként egy korábbi szakaszában könnyebben és gyorsabban kezelhető probléma is eszkalálódik, mire látótérbe kerül. Nem mellesleg megfelelő megelőzéssel számos családnál elkerülhető lenne, hogy egyáltalán gyermekvédelmi munkát igényeljen, vagyis esetként jelenjen meg a folyamatban egy-egy konfliktusos helyzet. „[...] *küzdelem van abban, hogy legyen prevenció, és pont egy olyan kollégát tudnék idézni, aki frissen végzett, és odakerült hozzám, és ő az elején gondolta, hogy na majd megváltja a világot, szerintem mindenki így gondolja. És akkor ő is folyamatosan ezt hangoztatta hónapokig, hogy prevenció, prevenció, és aztán rájött arra, hogy tűzoltás, keményen.*” (gyermekjóléti területen dolgozók, Budapest)

A részrendszerek együttműködésében több anomáliára is rámutattak a megkérdozett szakemberek. Ezek egyik része a munkatársak közötti kommunikációs nehézségekből, illetve az egymás feladatellátásáról rendelkezésre álló tudás csekély voltából fakad, ám mégsem tekinthető pusztán a munkakörülményeket érintő problémaként, hiszen végső soron esetkezelési, sok esetben etikai dilemmákhoz vezet, és így a kliens érdekei is sérülnek. Az alapellátás és szakellátás közötti információáramlás nehézségeire is több szakember rámutatott. Elmondásuk szerint a javarészt írásos formában zajló kommunikáció rendkívül nehézkes, de ami ennél sokkal fontosabb: a szinte kizárólag akták formájában kezelt esetek személytelenek, az adminisztratív adatok, a meghatározott formátumú dokumentumokba szerkesztett esetleírások rengeteg információ elvesztéséhez vezetnek, pontosabban azoknak az információknak jelentős része, melyek a klienssel való személyes találkozás során, vagy egy kollégák közötti személyes megbeszélés során elérhetőek, nem is kerülnek, nem is kerülhetnek rögzítésre az aktákban. „*Nekünk nagyon-nagyon hiányzik az elhelyezési értekezletek, mint fórum, nagyon-nagyon sok információ elvész így, illetve az, hogy ha láthatnánk mi is a gyerekeket, a szülőket, egy kicsit arca lenne ennek a dolognak, nem pedig csak a papírokból kellene. [...] Úgyhogy én szeretném, ha lenne egy ilyen fórum, ahol jobban tudnának a szakemberek egyeztetni, [...] ő is [a gyermek] elmondhatja egyébként a véleményét, de teljesen más közeget adna egy elhelyezésnek, ez most sajnos nincs, elvették tőlünk, amit mi továbbra is nagyon-nagyon sérelmezünk.*” (gyermekjóléti és gyermekvédelmi területen dolgozók vegyes csoportja, vidék)

Szülők véleménye

A gyermekvédelmi rendszerben nevelkedő, illetve a rendszer látóterébe került, már védelemben vett gyermekek vér szerinti szüleivel készített interjúk tapasztalatai szerint a szülők kapcsolata a rendszerrel, azon belül elsősorban a velük közvetlenül érintkező szakemberekkel inkább jónak mondható. Általánosságban elmondható, hogy a kliensek többnyire tisztában vannak azzal, hogy az egyes szakterületek képviselőitől, illetve az egyes szolgáltatásoktól milyen segítséget várhatnak, milyen elvárásokat támaszthatnak velük és családjukkal szemben. *„A gyermekjóléti szolgálat mondjuk azért jó, mert, hogy ha egy anyukának rossz az élettársa, vagy bántalmazza, vagy az anyukának a férje, drogprobléma vagy alkoholprobléma, vagy agresszív, bántalmazza az édesanyját vagy a kisgyereket, akkor ilyen esetben 100 százalékosan lehet kérni a segítségüket. És a gyerekeket is ilyen szinten nagyon védi a törvény, és ők is nagyon odateszik magukat.”* (gyermekvédelem határán élő szülők csoportja, vidék)

A gyermekjóléti szolgáltatást igénybe vevő családok a szakemberekkel való együttműködésről, a segítő munkatárssal kialakított kapcsolatról jellemzően pozitív kontextusban beszéltek. *„Én hetibe egyszer biztosan beszélek vele, vagy kétszer. [...] Nem tudok rosszat mondani erről. Nem tudok, mert csak jó tapasztalataim voltak hál Istennek. Volt, hogy az Éva látta, hogy sírtam, hogy elsírtam magam, mert nem volt jó nekem a férjemmel, és segített tényleg akkor abban a helyzetben.”* (gyermekvédelem határán élő szülők csoportja, vidék.) A jó szakember-kliens együttműködésről beszámoló interjúalanyok közül azonban sokan hozzátézik, hogy tudomásuk szerint nem minden esetben működik ilyen zökkenőmentesen a közös munka, ehhez szerintük bizonyos mértékű szerencse is kell, hogy ki viszi az esetet. A konfliktusos együttműködésekben kirajzolódik, hogy a rendszer működése a végpontokon, azaz közvetlen szakember-kliens kapcsolódásoknál jelentős mértékben függ a szakember attitűdjén, konfliktustűrő és -kezelő képességén, személyiségének vonásain. *„Hát a munkájukat végzik így hát nem is tudom. [Segítőkészek?] Igen. [Kedvesek?] Hát, nem mindig. [...] Hát, a családsegítő az igen, az mindenben keresi a rosszat [...]”* (gyermekvédelem határán élő szülők csoportja, vidék)

Szembevetendő, hogy a gyermekvédelem működésének legfontosabb alapelve, a gyermek legjobb érdekének prioritásban tartása a vér szerinti szülők értékrendjében is kiemelt fontosságú. *„Hát szerintem ugye nyilván az elvárás, hogy a gyerekeknek jobb legyen, ők is azon vannak, meg ugye mi is azon vagyunk, hogy jobb.”* (gyermekvédelem határán élő szülők csoportja, vidék)

Jellemző ugyanakkor, hogy egyes szolgáltatások tartalmát nem ismerik, nem értik, és így nem is tartják fontosnak a szülők. Ilyen például a pszichológus bevonása, ami a kliensek körében legtöbbször kötelezően teljesítendő feladatként, egyfajta szükséges rosszként értelmeződik. *„Hát én szerintem [...] ennek a pszichológusnak, amin most a kislányunk átment, [...] szerintem ennek nem sok értelme van, játszani otthon is tud a gyerek szerintem, most csak ott az van, amit a gyerek akar, ott nincsenek elvárások.”* (gyermekvédelem határán élő szülők csoportja, vidék)

A vér szerinti szülők önmagukról, saját szülői kompetenciájukról alkotott képe ambivalensnek mondható. A saját életvezetési nehézségei okán is klienssé váló szülők jellemzően nem tulajdonítanak nagy jelentőséget a saját szülői működésükben azonosítható diszfunkcióknak. Szülőségüket általában valamely általuk ismert vagy elképzelt még rosszabb

szülői minta tükrében értékelik, a szakellátás különböző lehetőségei is ebben a kontextusban realizálódnak, ahol a nevelőszülői ellátás a családiassága és a szabályok szigorúbb számonkérése miatt inkább pozitív az intézményekhez képest. *„Hát én úgy gondolom, hogy jó szülő vagyok, nem dobtam el a gyerekeimet, mint más eldobja, meg megöli a gyerekét, de én nem, inkább nevelőszülőhöz kerültek. Én úgy látom, hogy jó szülő vagyok, meg hát szeretem őket.”* (gyermekvédelemben élő gyermekek szüleinek csoportja, vidék)

Fontos megjegyezni azt is, hogy a szülők a strukturális problémákat is érzékelik, amelyek túlmutatnak a helyzetükön, de mégis determinálják azokat, hiszen itt az anyagi okból való kiemelésre láthatunk egy példát: *„Azt már sokszor átrágtuk, csak hát sajnos pénz kell ahhoz is (gyermek hazagondozásához), és ez nem megy olyan könnyen.”* (gyermekvédelemben élő gyermekek szüleinek csoportja, vidék)

Az interjúk tanulsága szerint a gyermekjólététől a gyermekvédelem felé haladva a kompetenciák, információk egyre halványabbak, mindezt egyértelműen a problémák súlyossága és a rendszerben való elveszetségük, mindezzel párhuzamosan a szakmai segítség hiánya vagy kevéssé professzionális jellege és általában a szakmai segítségnyújtás csekély mértéke erősíti fel.

Gyermekek és fiatalok véleménye

A gyermekvédelmi gondoskodásban nevelkedők véleménye a velük foglalkozó szakemberekről két alapvető megközelítésben fogalmazódik meg. Egyrészt egy sematikus, rendszerszintű aspektusból tekintve, mintegy személytelenül, messziről közelítve inkább pozitív képet rajzolnak fel. Azt fogalmazzák meg, hogy akár a gyermekotthonban nevelkedés, akár a nevelőszülői elhelyezés a gyermekek felfogásában egy családhelyettesítő megoldás. A megkérdezett gyermekek és fiatalok többsége a vér szerinti családjukhoz képest rendezettebbnek tekinti a körülményét a gyermekvédelmi rendszerben. Igaz ugyanakkor, hogy a szakemberektől érkező szabályozást sokszor túlzónak érzik. A rendszerszintű megközelítésben kritikaként fogalmazzák meg, hogy az ellátás keretében biztosított támogatás, leginkább a mindennapi élethez szükséges idő- és energiabefektetések intézményesített megoldása számukra végső soron hátrányt okoz, mert ugyan kényelmes és biztonságos környezetben nevelkedhetnek, de az ebben megtapasztalt paternalista szemléletre épülő gondozás, kiszolgálás káros következménye, hogy az önálló életre való felkészítésük nem, vagy nem olyan mértékben valósul meg, mint a vér szerinti családjukban felnövő kortársaik esetében. *„A pénzt, meg ilyenek. Mert egy otthoni gyerek, aki otthon nő fel családban, látja a számlát, tudja, mert ott azért csak szigorúbb [...] most, hogy kérünk valamit, és akkor kapunk [...]. Mert itt meg sokan kikerülnek, és csak elszórják a pénzüket.”* (szakellátásban élő 14-18 évesek csoportja, vidék)

[...] én igazából nem az, hogy segítségnyújtás, csak megtanulni, hogy a rendes életben, mert itt most mindent élénk tesznek, a kaját, az ételt, minden [...]” (szakellátásban élő 14-18 évesek csoportja, vidék)

A rendszerről való gondolkodásukban egy nagyon érdekes kettősség figyelhető meg: személyes aspektusból gyakran azonosítanak olyan szituációtípusokat, amelyek negatív színben mutatják a rendszer mindennapi működését, miközben az egyes rendszerfunkciókat ellátó szakemberrel kapcsolatban többnyire inkább pozitív tapasztalataik vannak. Azt fogalmazták meg kritikaként, hogy a közvetlenül velük fogalmazó szakembereken kívül

minden más segítő, vagy akár a támogató szolgáltatás képviselőit rendkívül nehéz elérniük, így például a gyámmal, a nevelőszülői tanácsadóval kifejezetten ritkán találkoznak, lényegében nincs élő kapcsolatuk ezekkel a szakemberekkel.

A gyermekek és fiatalok véleménye, hogy a szakemberek elsőszámú érzelme a gondozottakkal kapcsolatban a sajnálat. Úgy gondolják, hogy a velük foglalkozó segítő a saját életéhez, saját családjához hasonlítva helyezi el gondolkodásrendjében a gyermekvédelemben élő gyermekeket, fiatalokat, amiből az következik, hogy a rendszerben nevelkedőket vesztes pozícióba helyezik, ami a segítség alapja lesz. „[...] az első gondolatuk az, hogy sajnálnak minket valamilyen szinten, hogy odakerültünk, mert, hogyha az ő gyerekük került volna nevelőszülőhöz, vagy lakásotthonba, akkor azokat is sajnálnák, őket még jobban, ezért minket is sajnálnak szerintem.” (utógondozói ellátásban részesülők, vidék)

A fiatal felnőttek a rendszer éles kritikáját adják, amikor a rendszerhez, illetve az abba való beillesztésre, és nem az egyéni igényeikre reflektáló rendszerről nyilvánítanak véleményt:

„Milyen negatívumok jöhetnek elő egy nevelőszülő háztartásban? Nekem úgy eszembe jutott, hogy vagy az én esetemben volt ez, hogy én ugyebár családból kerültem be, meg voltak a saját szokásaim, a saját temperamentumom, minden, és ezeket figyelembe se vették... volt, hogy alkalmazkodjál, és ez kellemetlen tud lenni...” (utógondozói ellátásban részesülők, vidék)

Illetve amikor a szakember hozzáállásának (ez esetben nem hozzá értésének) dilemmáját járják körbe: érzelmileg vagy inkább racionálisan közelítsen a problémamegoldáshoz, felnőtté válás támogatásához elsősorban: „Nálam ez olyan érdekes, mert én 2 éve vagyok náluk, már nagyobb koromban kerültem oda, úgyhogy inkább ilyen munkakapcsolat, nincs nálam nagyon nagy kötődés.” (utógondozói ellátásban részesülők, vidék)

A képzés és a praxis közötti szakadék

A humán erőforrás problematikájához tartozóan a társadalmi környezet sajátosságait elemezve a szakemberek rámutatnak arra, hogy az alacsony társadalmi presztízs olyan anomáliákhoz vezet, amelyek egyaránt kedvezőtlenül hatnak a gyakorlati munkavégzés hatékonyságára és a szakmafejlődésre. A szakember és a kliens szocio-ökonómiai státuszának hasonlósága sok esetben olyan pszicho-szociális folyamatokat generál, amelyek torzító hatásukkal komoly gátjai lehetnek a sikeres esetkezelésnek (Papp-Rácz, 2015; Rácz, 2016). „Tehát amikor nagyon közel kerül a szociális munkás és a kliens így társadalmi helyzetét tekintve. [...] Tehát egyik oldalon lerohasztjuk ugye a szociális munkát, mint szakmát, mármint nem mi, hanem a presztízsét tekintve ugye ott van a béka feneke alatt. Másik oldalon meg egy olyan hatalmat adunk, vagy egy olyan szerepbe hozzuk, ahol hatalomhoz jut végül is egy csoport felett, amin le is veri a saját hatalmát, már bocsánat, rossz esetben, igen.” (képzésért felelős szakértő, gyermekvédelmi kutató, Budapest)

Az útkeresés, a továbblépés tekintetében a szakemberek rámutatnak, hogy a hazai szociális munka esetében mutatkozó problémák nem példa nélkül valók. Nemzetközi összehasonlításban látható több hasonló megtorpanás, még ha értelemszerűen a helyi sajátosságok és az időbeli eltérés okán teljes párhuzam nem is rajzolható föl. „[...] Én azt hiszem különben, hogy más országok is átéltek ilyenfajta időszakokat. [...] ha kinyitom a nemzetközi folyóiratokat, hát mindegyik ezzel foglalkozik, úgyhogy ez nem egy hungarikum, [...] csak mi hajlamosak vagyunk azt hinni, hogy sehol máshol ilyen elő nem fordul, pedig hát igen, néha hatványozottan előfordul.” (képzésért felelős szakértő, gyermekvédelmi kutató, Budapest)

A képzés és a praxis közötti szakadék áthidalására irányuló lépések ügyében a megkérdezett képzési szakértők egyértelműen inkább a szakmán belüli kezdeményezések, az alulról jövő megoldási kísérletek eredményességében hisznek, semmint a külső, akár adoptálható működési gyakorlat, akár állami beavatkozás, kész akcióterv formájában érkező megoldásokban.

A csoportos interjúkban megszólalt szakemberek és képzésben részt vevők véleménye szerint a szakemberek leterheltsége nem pusztán a konkrét esetkezelésre nézve generál problémákat, hanem abban is jelentkezik, hogy a magas esetszámmal dolgozó kollégáknak nincs erőforrásuk a mindennapi tennivalók intézésén, adott esetben a kríziskezelésen túl egyéb feladatok ellátására, így például egyedi igényekhez rendelt, problémafókuszú kiegészítő szolgáltatások felkutatására és bekapcsolására, ahogyan értelemszerűen prevenciós tevékenységekre is minimális idő és kapacitás jut. A dolgozók és diákok véleménye és gyakorlati tapasztalata szerint a valódi gyermekvédelmi célok rejtve maradnak, illetve nem teljesülnek, a működés sokszor esetleges, vagyis nem mondható professzionálisnak. *„Ha csak a mi gyakorlatunkból indulok ki, mint családsegítő, hogy nekem is baromi kevés időm van ezekkel az emberekkel foglalkozni, és hogy mekkora veszteség egyébként, mert ezek szerint az anyának kellett volna valami pszichés megsegítése, ahhoz meg megerősítés kellett volna számára, hogy ezt a pszichés segítséget igénybe vegye.”* (tapasztalt szakemberek, MA szociális munka, Budapest)

További rendszerkritikus megközelítés a szociális szakmák munkaerőhiánya és az ebből fakadó kontraszelekció kényszere a munkaerő-toborzásban és -alkalmazásban. A szakma ilyen értelemben vett felhigulása az esetkezelés minőségében és hatékonyságában, azaz a gyermekvédelmi rendszer működésében okoz komoly zavarokat. *„[...] rengeteg alkalmatlan szakembert fölvesznek [...], mindenféle végzettséggel beleültetik, odanyomják a kezébe, hogy akkor kezdted, akkor ez a 30 család a tied, és ennyi [...] kezdhetne először, aki bejön, és még nincs is szociális munkás végzettsége, de akinek van is, hogy először [...] ügyfelezés, egyszeri esetkezelés, és közben a kollégákkal kijárna. Tehát azért ne úgy kezdjünk, hogy odaadok neki 30 db nevelésbe vett, meg védelembe vett aktát, és akkor oldd meg, tehát ez így nem működik.”* (tapasztalt szakemberek, MA szociális munka, Budapest)

A diákok, de a frissdiplomás szakemberek is hozzáteszik, hogy a felkészülés is hiátusos: részletesen szabályozni kellene a gyakorlati oktatás menetét, így különös figyelni kellene a tereptanár felkészültségére, illetve arra, hogy az intézményekben plusz erőforrást kéne biztosítani a gyakorlatok menedzseléséhez, hiszen a hallgatók oktatása a leterhelt kollégák kapacitásának igénybevételével valósul meg, így nehezen várható minőségi javulás, mind az emberi, mind a szakmai hozzáállásban. *„Én azt gondolom, hogy nem tanítják meg, hogy hogyan kell bizonyos szituációkban, bizonyos emberekkel viselkedni. [...] hogy hogyan kell hajléktalan emberrel beszélni, vagy hogyan kell egy fogyatékos gyerekkel beszélni. [...] vagy, mit kell mondani egy olyan szülőnek, aki évek óta átmeneti otthonban lakik.”* (MA szociálpolitika szakos diákok, Debrecen)

Összegzés

A kutatásban a gyermekvédelmi rendszer működését és ezen keresztül a gyermeki jogok érvényesülését vizsgáltam a szakértők és területen dolgozó szakemberek véleményei alapján. A szülők és a gyermekek oldaláról pedig azt, hogy ők hogyan érzékelik a szakmai segítségnyújtás formáit és tartalmát, hogyan reflektálnak a segítő rendszer működési

mechanizmusaira. Hogyan épül be az élményeikbe a szociális munka azon célja, hogy az elősegítse a társadalmi szolidaritást és mobilitást, valamint a kliensek képessé tételét és jobb életminőségét. A kutatás keretében a szociális munkás képzés különböző szintjein tanulmányokat folytatók és különböző időintervallum óta a területen dolgozók véleménye alapján azt is vizsgáltam, hogy a szociális munka alapértékei, mint az emberi kapcsolatok támogatása, a minőségi szolgáltatásokhoz való hozzáférés vagy a társadalmi igazságosság hogyan jelenik meg a praxisban. A szakemberek hogyan tudják a családok önrendelkezését segíteni, hogyan építenek az erősségekre, illetve hogyan képviselik a családok és különösen a gyermekek jogait.

A tematikusan összeűrt kutatások eredményei azt mutatják, hogy

- a képzésben előre haladva megerősödnek és beépülnek a szakmai értékek;
- a területi munkában azonban ezek halványodnak, az értékek sokszor a napi munkában kiüresednek;
- mindez sokszor azt eredményezi, hogy az esetvitel töredezett és esetleges (*Rác, 2016*);
- a gyermekeknek sokszor nincs információjuk a családi történekekről és így a gyermekvédelmi folyamatokra se látnak rá, a kapott gyermekvédelmi támogatásokkal kapcsolatban is ambivalenciákat fogalmaznak meg;
- a kliensek képesek reflektálni a strukturális problémákra is és alapvetően sokkal pozitívabban, bizalomgazdagabban közelítenek a segítőhöz, mint ahogy a segítők reflektálnak a családok élethelyzetére;
- a munkatársak leterheltsége nagyon nagy, az adminisztrációs terhek miatt a tényleges segítői munkájukkal nem igen tudnak foglalkozni;
- a teamben való gondolkodás, a kollégák egymás közötti támogató viszonya, illetve a szupervízió segíthet megelőzni a kiégést, a képzések, továbbképzések is nagy szerepet kapnak ebben.

A gyermekjóléti alapellátás és a gyermekvédelmi szakellátás terén a megszólított csoportok alapján megfogalmazott jövőbeli fejlesztési irányok összhangban vannak azokkal a válaszokkal, amiket a családokkal való hatékonyabb együttműködés lehetősége kapcsán adtak a megkérdezettek. Ez egyben azt is jelzi, hogy a fejlesztéseket a rendszer hatékonyabb működése érdekében várják a gyermekvédelem szereplői, a hatékonyság azonban a fejlettséggel együtt mozog, amely egyben rendszerkritikát is jelöl.

2. számú tábla: Fejlesztési igények a kutatás eredményei alapján

<p>A humánerőforrás fejlesztésével kapcsolatos várakozások</p> <ul style="list-style-type: none"> - a munkatársak szakmai fejlesztése, szakmai továbbképzések - szakmai módszertani fejlesztések, a szakmai munkavégzés támogatása - csapatépítés, team munka támogatása - anyagi megbecsültség növelése - erkölcsi-társadalmi megbecsültség növelése - bevont szakterületek körének bővítése (pl. pszichológia, gyermekpszichiátria, óvodai- iskolai szociális munka) - HR gazdálkodás fejlesztése, fluktuáció csökkentése - a munkatársak mentálhigiénés támogatása - önreflexió, reflexió - etikus szakmai magatartás - szakmai párbeszéd lehetőségei
<p>A rendszer működését, az intézményi struktúra fejlesztését érintő várakozások</p> <ul style="list-style-type: none"> - a szakemberek esetszámának csökkentése - nagyobb szakember-létszám biztosítása - az intézményrendszer specializálása, differenciálása - a nevelőszülői rendszer hatékonyabb támogatása - több férőhely biztosítása a szükségletekhez igazítottan - hatékonyabb jelzőrendszeri működés - kevesebb adminisztráció, több szakmai munka (segítés a kontroll helyett) - tervezhető finanszírozás, önállóbb intézményi szintű gazdálkodás - szorosabb együttműködés az alap- és a szakellátás között - alternatív gyermekvédelmi modellek kipróbálása, pl. kollégiumi rendszer, intenzív családgondozás, szülőség célzott támogatása az alapellátás keretében
<p>A szolgáltatásokat érintő várakozások</p> <ul style="list-style-type: none"> - komplex szolgáltatórendszer kialakítása - új eszközök, módszerek bevezetése - intenzív családmegtartó támogatások biztosítása - prevenció erősítése, színesítése a különböző problématerületeken (bűnelkövetés, droghasználat, pszichés problémák stb.) - szükségletekhez és a problémák komplexitásához igazított ellátórendszer
<p>A családokkal kapcsolatos várakozások a szakmai fejlesztések tükrében</p> <ul style="list-style-type: none"> - a családok érzékenyítése, szülőség támogatása, kompetenciafejlesztés - a családok motiváltságának növelése a problémák megoldásában és a szakemberekkel való együttműködés terén - megfelelő információnyújtás mellett a gyermek problémáinak mélyebb megértése, a szülő-gyermek kapcsolat erősödése

Forrás: saját szerkesztés, 2019.

A kutatás kvalitatív szakaszban született eredményei alapján elmondható, hogy a szakmai szocializáció nem érhet véget a képzéssel, a gyakorlati munka is annak szerves része kell, hogy

legyen. Fejlesztési javaslatként megfogalmazható, hogy rendszerszinten fontos lenne az értékelés, a visszacsatolás, az önmaguk munkájáról való gondolkodás. Így megjelenhetnének a szociális munka valódi értékei és érvényesülhetnének a gyermeki jogok, hiszen a szakemberek képesek közel menni egy esetvitelhez, egy élettörténethez és azt professzionális szinten értelmezni.

A kutatás eredményei alapján elmondható, hogy a gyermekvédelmi rendszer fejlesztésére, vagyis a mai társadalmi viszonyokra reflektáló, hatékony működése érdekében az intézményi, jogi és humán erőforrást érintő körülmények problémáinak kezelése mellett markáns szemléletváltásra van szükség, mind a kliensekkel dolgozó munkatársak esetében, mind a módszertani, ellátás-filozófiai kérdésekben. Ehhez döntéshozói elköteleződés is szükséges, hiszen állami szerep- és felelősségvállalásról van szó.

Irodalom

1. Balogh, K., Gregorits, P. & Rácz, A. (2018). *The Situation of the Child Welfare System in Hungary*. MIRDEC-10th International Academic Conference, Global and Contemporary Trends in Social Science (Global Meeting of Social Science Community) Conference Proceedings, MIRDEC Publishing, Barcelona, 87-96.
<https://www.mirdec.com/barca2018proceedings>
2. Budai, I. (2019). *Szolgáltatás a szolgáltatásban*. Győr: Széchenyi István Egyetem.
3. Homoki, A. & Rácz, A. (2018). *Parental Quality and Child Resilience: Experience of a Hungarian Model Program*. MIRDEC-10th International Academic Conference, Global and Contemporary Trends in Social Science (Global Meeting of Social Science Community) Conference Proceedings, MIRDEC Publishing, Barcelona, (pp. 75-86)
<https://www.mirdec.com/barca2018proceedings>
4. Gilbert, N., Parton, N. & Skivenes, M. (2011). Changing Patterns of Response and Emerging Orientations. In: Gilbert, N., Parton, N., & Skivenes, M. (Eds.), *Child Protection Systems - International Trends and Orientations* (pp.243-258). Oxford University Press.
5. KSH (2017): *OSAP adatgyűjtések 1208, 1209, 1210, 1696, 2023 sz.* KSH, Budapest (nem közzétett adatok)
6. McCroskey, J. & Meezan, W. (1998). Family-Centered Services: Approaches and Effectiveness, *The Future of Children*, 1, 54-71.
7. Newcastle City Council (2002). *Parental substance misuse and the effects on children. Practice guidance for agencies in contact with children and young people*. October 2002. Newcastle City Council.
8. Papp, E. & Rácz, A. (2015). VIGYÁZAT! EMBEREK! - szociális és gyermekvédelmi szakemberek szakmaképének vizsgálata. *Metszetek*, 3, 45-61.
http://metszetek.unideb.hu/files/metszetek%202015_3%20racz%2045-61.pdf (utolsó elérés: 2019.07.28.)
9. Rácz, A. (2016). *Gyermekvédelem mint fragmentált társadalmi intézmény*. Debreceni Egyetemi Kiadó.
10. Rácz, A. (2017). Közösségi megközelítések gyermekvédelmi gyakorlatban való érvényesítése – nemzetközi trendek *Metszetek*, 3: 70-86.
http://metszetek.unideb.hu/files/metszetek_201703_05.pdf(utolsó elérés: 2019.07.28.)
11. Ross, N., Cocks, J., Johnston L. & Stoker, L. (2017). *'No voice, no opinion, nothing': Parent experiences when children are removed and placed in care. - Research report*. University of Newcastle.
12. Szilvási, L. (2005). Családok a gyermekvédelem határán: Integrációt erősítő és dezintegráló beavatkozások a szociális intézményekben, *Kapocs*, 2, 1-30.
http://epa.oszk.hu/02900/02943/00017/pdf/EPA02943_kapocs_2005_2_03.pdf (utolsó elérés: 2019.07.28.)
13. Webb, M. A., Bunting, L., Shannon, R., Kernaghan, D., Cunningham, C. & Geraghty, T. (2014). *Living with adversity: a qualitative study of families with multiple and complex needs*. Belfast: Barnardo's Northern Ireland.
14. https://pure.qub.ac.uk/portal/files/13205535/Living_with_Adversity_Full_Report_282_29.pdf (utolsó elérés: 2019.07.28.)

„Van élet a koraszülött intenzív ellátás után!” A koraszülő családok támogatási lehetősége

Bevezető

A szociális munka egy különösen izgalmas terület a gyermekgyógyászat kórházi szegmensében. Részben azért, mert bár a gyermekvédelemnek vannak szálai a gyermekgyógyászathoz, a kórházi-klinikai ellátásra, ugyanakkor az ezen a perióduson átívelő rehabilitációs időszakot támogató szociális munkának, a segítő hivatásúak bevonásának mégis alig-alig vannak hagyományai Magyarországon. Több európai országban is az a gyakorlat, hogy a támaszadó hivatások nagy szegmensben vannak jelen a kórházi ellátásban, de emellett a civilek is helyet kapnak. A magyar gyakorlatról a jelen időszakban az mondható el, hogy az egyes betegségekben szenvedő gyermekek és családjaik támogatási szükségleteire a civil szervezetek igyekeznek megoldást keresni. Ezek a civil szervezetek esetenként anyagi támogatást is nyújtanak, életminőséget támogató eszközöket is beszereznek, sok esetben a kórházi tartózkodást igyekeznek könnyebbé tenni a családoknak, de közülük többen is gondot fordítanak arra, hogy emellett komplex, ingyenesen elérhető mentálhigiénés jellegű családtámogató szolgáltatásokat is kiépítsenek. Egy érdekes, a társadalmi felelősségvállalás erősödését jelző jelenség rajzolódik ki ezen a területen. Jól beazonosíthatók az utak, amelyeket a betegségét leküzdő gyermek családjának narratívája tükröz az általuk megélt életeseményről, és amelynek poszttraumás növekedési eredményeként jelenhet meg a hasonlók támogatása. A „hasonlók” támogatásában ott van az az inspiráció, hogy ha mi túlélünk, ha mi túl leszünk ezen az időszakon, akkor ezután tegyünk a közösség érdekében, vagy alkalomadtán akadályozzuk meg valamit, ami talán elkerülhető lenne, ha a kellő információ birtokában lennének az érintettek. Ennek következménye, hogy általában ezen civil szervezetek alapítói között mindig vannak tapasztalati szakértők, akik már bejárták azt az utat, amelyre valaki rálépni kényszerül a gyermeke betegsége miatt.

A szociális munka gyakorlata megkövetel egyfajta menedzsment működést. Egyrészt tudományos, másrészt tapasztalati elemekből építkezik, de mindenképpen valamilyen protokoll-szemléletben gondolkodik. Az esetkezelések, amelyekre a klienssel szerződünk, célorientáltak, és szükségesek olyan keretfeltételek is, amelyek ezt lehetővé teszik. Ebben az esetben azonban hiányoznak a gyermekgyógyászati ellátásban elérhető szociális munkások tapasztalatai, a gyermekgyógyászati területre vonatkozó támaszadó intervenciós protokollok, a területet érintő szakmai műhelyek működése, a hazai jó gyakorlatok megosztása.

A következőkben egy olyan területet szeretnék bemutatni, amelyről elmondható, hogy kuriózum a gyermekgyógyászati ellátásban. Kutatási eredményeim ismertetésén túl egy jó gyakorlatot is bemutatok a koraszülöttek, pontosabban a koraszülő családok pszichoszociális ellátására vonatkozóan, mind az akut időszak (PIC- perinatális intenzív ellátás/koraszülött intenzív ellátás), mind pedig a rehabilitációs szakasz tekintetében.

Miért éppen ez a célcsoport?

„Ma Magyarországon minden tizedik gyermek koraszülöttként jön világra!” – hangzik a jól ismert szlogen a médiából. A KSH adatai szerint az elmúlt évtizedben Magyarországon évente mintegy 8000 újszülött jött világra idő előtt vagy alacsony súllyal.

A koraszülött-ellátás óriási fejlődésen ment át az elmúlt 10 évben, amelynek köszönhetően a hazai csecsemőhalálozási statisztikánk soha nem látott javulást ért el. 2017-ben ezer újszülött közül 3,6 csecsemő halt meg egyéves kora előtt, az „eddig mért legalacsonyabb csecsemőhalálozási arány a hivatalos népmozgalmi statisztika történetében, egyben az első év, amikor 4 ezrelék alá süllyedt a mutató értéke” (KSH, 2017). Az életben maradás azonban önállóan csak egy egészségügyi mutatószám, ennél a szülőket, családokat és az ellátókat is sokkal jobban érdekli az *életminőség* kérdése. A családközpontú koraszülött-ellátás a korábbi évek infrastrukturális, majd orvostechnikai fejlesztései után a jelen időszak nagy kihívása, amelynek központi kérdései: hogyan tudunk segíteni a szülőknek e nem várt élethelyzetben? Illetve hogyan tudunk számukra olyan, az ellátási rendszereken átívelő biztonságos mankót nyújtani, amely támogatni képes őket a „korábban érkezetségben”?

Egy koraszülött gyermek családjának a működése egészen más forogatókönyvvé alakul a hirtelenség, váratlanság, felkészületlenség, az új próbatételek miatt, hiszen mindenki időre született, egészséges gyermeket szeretne világra hozni.

A koraszülés pszichoszociális vetületei

A váratlanság, felkészületlenség élményében a koraszülés perinatális veszteségként jelentkezik, a gyásztámogatás egy speciális területként. A veszteség-típusok között beszélhetünk még vetelésről, halvaszülésről, az újszülött-csecsemő haláláról, de itt említi meg a nemzetközi besorolás a hirtelen csecsemő halált is (Armentrout & Cates, 2011). A szülők számára a koraszülés hirtelensége olyan megrázó erejű, hogy mindenképpen működési zavar lép fel, súlyos krízist élnek át. Egy olyan felépülési munka veszi kezdetét, amelyben a szülőknek ki kell alakítaniuk az új helyzethez való alkalmazkodásukat, mert az eddigi világképükben kialakított érvényesség megkérdőjeleződött (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ahogyan erről egy édesanya beszámolt: „*Borzalmas volt a szülés, kettévágtak, kitéptek belőlem két gyereket, és azután odaállítottak az inkubátor elé, hogy ez a tiéd, csinálj velük, amit akarsz!*”

A koraszülők számára egy új valósággal való szembesülés zajlik, és ebben semmi nem az, mint amit szerettek volna. Tedeschi és Calhoun (2004) a „szeizmikus esemény” metaforájával értelmezi a folyamat indulását. A szeizmikus események ellentmondásossá vagy éppen tarthatatlanná teszik, komolyan megkérdőjelezzik azt a világot, amelyet a koraszülő elképzelt: a világot és benne önmagát, ahogyan addig látta és értelmezte. A koraszülött vagy beteg gyermek érkezése a családba nagy mértékű eltérést jelenthet a tudatos vagy tudattalan szülőségről alkotott narratíváktól, amit kudarcként, az én-identitás sérüléseként élhetnek át. A szülők kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek, amelyben nincs lehetőségük az események kontrollálására. A koraszülés, mint perinatális veszteség és az ebből való felépülés, a korai traumák, krízisek feldolgozása egy olyan adaptációs utat jelölnek ki, amely nem tudja nélkülözni a laikus és a professzionális támaszadókat. A koraszülő édesanyák heteket, akár hónapokat is érintő hospitalizációja a koraszülött gyermekek mellett egy olyan út, amelynek hosszú távú hatása lesz a család működésére (Karatzias és mtsai., 2011).

Kiemelendő az a tény is, hogy a korábban érkezett gyermekek esetében a szülő sok esetben annak ügyében is zavarba kerül, hogy miként ossza meg a külvilággal az idő előtti szülését. A várandósság alatti lelki felkészülésben a szülés eseménye lenne hivatott rögzíteni az új szerepet, amelyben a szülők (anya, apa) büszkék gyermekük érkezésére. Szemléletes, ahogyan erről egy édesanya vall: „*nem az van, amikor az embernek megszületik a kisbabája, és örül és világgá kürtöli, és küldöm a családnak a fotókat, hogy milyen szép kisbabám született. Hanem az ember úgy nem tudja, **el merjem-e mondani egyáltalán, hogy megszületett a kislányom, vagy hogy egy hét múlva már nem is biztos, hogy velünk lesz a kislányunk...***”

Egyes vizsgálatok szerint a koraszülők arról számolnak be, hogy ennek a korai időszaknak az adaptív megküzdését erőteljesebben tudja támogatni a koraszülött intenzív ellátásban (perinatal intensive care, PIC) dolgozó személyzet. Közléseik döntően az egészségi állapotra vonatkozó információk. A kórházi ellátás későbbi időszakában, amely az egészségügyi dolgozók számára akár „eseménytelenebb” (a koraszülött baba állapota stabil), a koraszülőkben több olyan kérdés is felmerül, amelyek megválaszolása a pszichés megküzdésüket tudná támogatni. Az ellátó orvosokkal és nővérekkel kapcsolatos, szülőket támogató kommunikációs elvárások alakulásának íve azonban nemcsak a szülők igényeit követi, hanem az ellátók olyan jellegű válasz-reakcióit is, amelyekben a koraszülők szülői viselkedésére vonatkozó szerepelvárásokat fogalmazzák meg (Wigert és mtsai, 2014). Ebben az esetenként elcsúszó szerepelvárásban a koraszülő számára szükséges és fontos, hogy az adaptáció útját képes legyen egy vagy több olyan személy támogatni, akik számára ismert ez a trauma-helyzet, valamint a felépülés felé vezető út (Zelena & Monostori, 2016).

Mint korábban írtam, a gyermekgyógyászatnak ebben a szegmensében alig-alig van segítő szakma jelen: elvértve védőnők, pszichológusok, szociális munkások, felekezeti segítők. Ők ugyan bekapcsolódhatnak az ellátásba, de a kötelező jelenlétük nem szerepel a törvényileg rögzített személyi minimum-feltételek között. A koraszülött intenzív ellátás utáni időszakot meghatározó, korai intervenció programok a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai program eredményeként jó területi lefedettséggel működnek. Ezeknek az intervenció törekvéseknek a fókuszában azonban a gyermek fejlesztése áll, és mint azt a pedagógiai szakszolgálati intézmények működését szabályozó 15/2013. (II.26) EMMI rendelet mutatja, a szülők és a család csak érintőlegesen jelennek meg a szövegben. Így azt mondhatjuk, hogy szembetűnő a professzionális támogatottság hiánya, és a krízisekből, traumákból továbblépni kívánó szülő sok esetben magára marad (Monostori és mtsai, 2018). Szintén megterheli a helyzetet, hogy a koraszülők fejében élő kép szerint minden segítő tevékenység középpontjában a gyermeknek kell lennie. A szülő a vélt vagy valós társadalmi elvárások nyomása alatt, esetenként a veszteség feldolgozásában is elakadva azt éli át, hogy mindazt a terhet, amelyet a koraszülés tett rá, egyedül kell hordoznia.

A koraszülő családokkal készült interjúk eredményei

A Korábban érkeztem Dél-alföldi Regionális Koraszülött Intenzív osztályért Alapítvány a „Mentorházak és mentorhálózat kialakítása koraszülöttek és családjaik számára a Dél-Alföld Régióban”- EFOP-1.2.10-16-2016-00002 projekt keretében olyan kutatást végzett, amely a régióban élő koraszülő családok pszichoszociális szükségleteinek megismerését tűzte ki célul. A jelen szakaszban 67 interjú azon elemzési eredményeit mutatom be, amelyek a perinatális időszakra vonatkozó élményekre, az élményekkel való megküzdésre terjednek ki. A kutatás

rendelkezik etikai engedéllyel. A kutatási anyag teljes szegmensének elemzését még nem publikáltam.

A vizsgálatba beválasztott minta 67 fő koraszülő családtag, 12 édesapa és 55 édesanya válaszadó volt. A beválasztás kritériuma az volt, hogy a koraszülöttként világra jött gyermek előzőleg már megkapja a „sajátos nevelési igényű (SNI)” vagy „beilleszkedési-tanulási-magatartási nehézséggel küzdő (BTMN)” határozatot, és még ne kezdje el az általános iskolai tanulmányait. A félig strukturált interjúk felvételéhez saját szerkesztésű kérdőívet használtunk. Az átfert interjúk elemzését az Atlas.ti adatelemző szoftver segítségével végeztük. Az elemzés során kialakított kódok tették lehetővé a nagy terjedelmű szövegegyesek kontextusának, valamint a manifeszt és látens összefüggéseinek vizsgálatát.

Az interjúk teljes anyagában a következő témákban kértünk válaszokat:

- Koraszülő családok pszichoszociális helyzete
- Koraszülő családok társas támogatottsága
- Koraszülő családok krízisből történő felépülése, támaszadók beazonosítása
- Koraszülő családok informáltsága
- Koraszülő családok sorstársi támogatottság iránti igényének felmérése
- A Mentorház szolgáltatásaira vonatkozó igények felmérése.

A vizsgálat jelenlegi feldolgozási, adatelemzési folyamatában 10 elsődleges kódot alakítottunk ki, amelyek még nem a végleges kódtartalmak. Arra törekedtünk, hogy az adatelemzések révén megkeressük azokat a leggyakrabban előforduló kifejezéseket, amelyek jól rögzítik a szülés élményét, valamint a kapcsolati rendszerek alakulását a gyermekkel, ill. a családi és a professzionális támaszadók tekintetében. Így vizsgáltuk már a következő kódok kontextusát:

- Koraszülött baba
- Előjelek
- Kapcsolat a babával
- Kapcsolat a családdal
- Kapcsolat az ismerősökkel
- Professzionális segítők (az orvos külön kódként)
- Orvos
- Szülés
- Szelf-referencia (B.Erdős, 2006) és „negatív kód” (Kézdi, 1995)
- Veszély

A kódokat kifejező tartalmak lehetőséget adnak azoknak a jelentésbeli tartalmaknak a további elemzésére, amelyek révén értelmezhető és továbbfinomítható a koraszülésben megjelenő krízis, valamint a kontextus elemzése révén behatárolhatóbb lehet az intervenció pillanata is (B.Erdős, 2006):

előjelek: fájdalom, vérzés, pecsétel, összehúzódás, görcs, probléma, nem fejlődik, jósló

szülés: szülés, szülni, bevittek, szülőszoba, idő előtt

koraszülött baba: kicsi, kis súlyú, pici, vörös, lila, gramm

kapcsolat a babával: csövek, infúzió, törékeny, simogat, megláttam, szoptat, látogat

orvos: orvos, doktor, doki

kapcsolat az ismerősökkel: ismerős, barát

professzionális segítők: szülésznő, védőnő, ápoló, asszisztens, nővér

tagadó grammatika: nem, nincs, sehol, semmi, senki, soha

én: belül, engem, énnekem, hozzám, magam, nálam, nekem, rajtam, rám, rólam, saját, számomra, tőlem, velem, szerintem

veszély: életben maradni, láz, fertőzés, megbetegedtem, betegség, veszély, kockázat, elveszít, meghal, halál

Az adatok elemzése felhívja a figyelmet a koraszülő szülők nagyfokú szeparációjára, kapcsolati beszűkültségére, a koraszülési szülés-élményre vonatkozó informátlanságra: *„Tehát egyrészt nem tudtam mi az, hogy koraszülés, tehát, hogy ő, hogy mivel járhat az, az esélyek érdekelték, mi lehet ő, tehát hogy igazából semmi tájékoztatást nem kaptam, annyit kaptam, hogy 50-50% a túlélési esély”*. A koraszülés élményéről beszámolva részletgazdag elbeszélések születtek, amelyekben a veszély, szorongás, félelem együttesen van jelen önmaga miatt és gyermeke miatt is. Egy édesanya így számolt be az átélt helyzetéről: *„Hát ő, ugye sürgősségi császármetszés volt, és, és itt is egy negatív élmény, élményről tudok csak beszélni, a szokásos napi CTG-re le kellett menni, lementünk a szülőszobára, akkor épp a szülőszobán volt, és akkor volt egy kedves ő szülésznő, aki rám rakta ezt a kütyüt, és akkor valami történt erre emlékszem, hogy talán leesett Dani szívhangja, és akkor onnantól kezdve, hogy belőle is a stressz, vagy én nem tudom mi, onnantól kezdve, hogy baj volt, teljesen megváltozott, kiabált velem, ő én azt se tudtam mi van, majd jött az ügyeletes orvos, és akkor ő is kérdezte, hogy akkor ki az orvosom, mondtam, hogy ki, mondta, mondtuk, hogy szabadságon van, elutazott és akkor ki a helyettesítő, és ő ennyi volt a válasza: „De erre azért számított, nem, hogy előbb utóbb ki kell venni a gyereket?”*

Jellemző, hogy egyfajta nehezített kötődés alakul ki a koraszülött babához, egyrészt a szülői kompetencia sérülése miatt, másrészt a gyász folyamata miatt, és nem utolsósorban egy speciális helyzet miatt, amely a koraszülött csecsemő életkilátásaival kapcsolatos. *„Annyira pici volt, annyira napról napra, percről percre vártuk az eredményeket”*; *„sokkolja az embert, főleg, amikor meglátja a szondával meg a különböző lélegeztető-gépekkel azt a babát”*; *„760 gramm... nekünk tényleg az volt a bizonytalanság, hogy most azt se tudtuk, hogy mit, mit kapunk ki, tehát, hogy ő, hogy élni tud-e egyáltalán önállóan...”*

A válaszadók szülői identitásában ambivalens érzések jelennek meg, amelyeket átmenetileg felülírnak a fókuszba került gondozási tevékenységek. Ez az alkalmazkodási időszak, amelyben a trauma értelmezése érthetően még nem fókusztema. A fókusz témák közé a koraszülött baba gondozása ill. a róla való gondoskodás tartozik: *„Akkor rendszeresen hordtam be az anyatejet, mert fönn tudtam tartani, ugye nagyon sokan csodálkoztak, védőnő és még mindenki csodálkozott, hogy egyáltalán beindult a tej, meg, hogy egyáltalán fönn tudtam tartani...”*

Az ismerősi, baráti kapcsolatok terén szeparáció figyelhető meg. A 67 interjúban összesen 104 említés vonatkozik erre az érzetre, míg a családi kapcsolatokra 717 esetben, az orvosra 713 esetben, más hivatásos segítőkre 452 esetben utalnak. A válaszadók ugyanolyan gyakoriságban említik meg az orvost, mint támaszadót, mint amilyen gyakoriságban említik a családi kapcsolatok támaszadó jelentőségét. Amikor pedig összesítve nézzük meg a nem családi, hanem egészségügyi támaszadók szerepét, akkor ezek szerepének a növekedését látjuk. Ennek nagy jelentősége van annak szempontjából, hogy az egészségügyi kommunikáció képes-e betölteni azt a szerepet, amely a koraszülők sérült szülői identitásának „gyógyítására” szolgál. A pszichoszociális jellemzők ismertetése kapcsán kitértem már arra, hogy eltérő szerepelvárás

húzódik meg az egészségügyi ellátók és a koraszülők kommunikációs igénye között. Ebben a kontextusban vélhetően a gyermek állapotára vonatkozó információnyújtás tölt be központi szerepet, nem a támaszadás pszichés vetülete. Az első elemzési eredmények a szakirodalmakat megerősítve rávilágítanak arra a fontos tényre, hogy a koraszülésben veszélyeztetett várandósok számára szükséges és elvárható lenne egy tanácsadó program, amely megkönnyítené az adaptációt. Ezen túlmenően fontos olyan képzett laikus és/ vagy professzionális segítők bevonása, akik – ismerve az intervenciók lehetőségeit – képesek végigvezetni a koraszülő családokat ezen a folyamaton (*Monostori és mtsai, 2017*).

A koraszülők támogatása- Koramentor program

A *Korábban érkeztem Dél- Alföldi Regionális Koraszülött Intenzív osztályért Alapítvány* a „Mentorház”- projekt („Mentorházak és mentorhálózat kialakítása koraszülöttek és családjaik számára a Dél-Alföld Régióban”- EFOP-1.2.10-16-2016-00002 projekt) keretében célul tűztük ki, hogy a dél-alföldi régióban minél nagyobb számban érjük el azon családokat, akik gyermeke koraszülöttként jött világra. A koraszülöttség mind az egészségügyi, mind a szociális, mind a köznevelési ellátás bizonyos szegmenseit érinti. A megnevezett ellátási szegmensek kooperációja eddig még elmaradt, esetlegesen, elszórtan jelentkezett, így nem képviseltek egy interdiszciplináris, interprofesszionális egységet a koraszülő családok, koraszülött gyermekek érdekében. Mindenki nagyon fontos tudással rendelkezik a saját területén, azonban a koraszülésben érintett családokat sok esetben az interdiszciplináris kommunikáció hiánya akadályozza meg abban, hogy mind magukért, mind a gyermekük érdekében megtalálják a leghatékonyabb megoldást. A közös munka, a közös cselekvési tervek elindításának új lehetőségeként jelölődhet ki egy új szemlélet, gondolkodás, amelyet *mentorkoncepciónak* nevezünk, és ennek révén kívánjuk megkönnyíteni az intézményi és civil hálózat összekapcsolódását a koraszülő családok érdekében. A projekt azt célozta meg, hogy létesüljenek házak, tanácsadó központok, ahol a hasonló a hasonlókkal találkozik, és a hasonló problémákkal küzdők egységét tapasztalhatja meg. Itt legyenek a szülők a fókuszban, azért, hogy a megszerzett laikus tapasztalatok vagy éppen professzionális tanács segítségével megélhessék kompetens szülői mivoltukat.

Kik is lesznek a laikus tanácsadók?

A mentorjelöltek a koraszülés-élmény átélését követően kerülnek be a mentorképzési rendszerbe, önkéntesen. A bekerülés egyetlen feltétele az érintettségén túl, hogy a gyermekük 1 éven felüli legyen. A mentorok képzése 30 órában zajlik, s ennek során 20 órát tesz ki a koraszülés-élmény feldolgozás és 10 órát a laikus segítő képzés. A mentorok ezután a szupermentor (tapasztalata alapján kiemelt mentor) támogatásával hospitálnak, vagy a Mentorháznál, a koraszülői közösség rendezvényén, de akár egy egészségügyi (szülészet, gyermekgyógyászat) vagy köznevelési intézménynél is. A mentorjelöltek képzési kimenete utat nyit a mentorálás felé, de az önismeret irányába is. A képzést kísérő önreflexió, az átélt események narratívája mind olyan tényezők, amelyek a csoport védettségén és megtartó erején túl további pszichés támaszadást indukálhatnak. A koraszülési élmény átdolgozása, a megélt traumák felszínre kerülése és esetenként újraélése után a legtöbb mentor arról számol be, hogy felszabadultságot, megkönnyebbülést érez. Egyértelműen jelzik a további pszichés vezetésre

vonatkozó igényüket, valamint a koraszülők aktív közösségéhez való kapcsolódásukat. A kiképzett mentorok a megküzdésük azonosított, validált tapasztalata révén, a saját erőforrásaikra támaszkodva sorstársi segítőkkel válnak.

Miben segíthet ez a “koramentori” gyakorlat?

A tanácsadó központ mentorai és szakemberei azt a nézetet képviselik, hogy most a szülőnek kell a fókuszba kerülnie, aminek a módszere hiányzó láncszem abban az ellátási folyamatban, amely pótolni kívánja a megszületni látszó családközpontú PIC ellátás ismeretadó, kompetencia-fejlesztő hatását. Mivel a folyamat a várandós periódusban indulhat, így a veszélyeztetett várandósok kiemelt célcsoporttá válnak, számukra a koraszülésre felkészítő, ismeretnyújtó támogatás is megjelenik. A PIC-re érkező koraszülő számára a terep már elmondásból ismerős, találkozott már koraszülő anyával, aki mentorként erőt, támogatást nyújtott számára. Van egy „MI” élménye: *„mi, koraszülők értjük egymást, szavak nélkül is tudjuk, hogy ez most mennyire nehéz Neked, aki sok mindent akartál az anyaságban, egy egészséges gyermek édesanyjaként”*. Most azonban minden újraértelmeződik, újrastrukturálódik, ez egy új helyzet, amelyben nagyon gyorsan kell otthonosan mozogni, és ezt tudja megkönnyíteni a mentor jelenléte, aki szülői szemmel tud segíteni, nem egészségügyi ellátói szemmel. A PIC-ben zajló hosszabb-rövidebb periódust követi és támogatja a sorstárs segítő-koraszülésben érintett mentor. Nagy adománya a projektnek, hogy ezeknek a mentor szülőknél a hihetetlenül értékes tapasztalati tudását ilyen módon sikerül beépíteni az akut adaptációs folyamatba, amelyben a cél a koraszülők felépülésének támogatása. A PIC-ből való hazaadás periódusa ismét a krízis időszaka, ahogyan az a korábbi feldolgozásból is kiderült: otthon, a várva várt otthon, ám tele félelmekkel, hogy „meg tudok-e majd minden felmerülő problémát oldani, képes leszek-e észrevenni idejében, hogy beavatkozásra, segítségre van szüksége a gyermekemnek?”. Az a család, amely maga mellett tudja egy mentor támogatását, valószínűleg hallani fogja azokat a jó mondatokat, amelyek fókuszában nemcsak a koraszülött gyermek, hanem a koraszülő anya és a koraszülöttet hazaváró apa bizonytalanságból, félelemből fakadó érzései is elfogadottak és ismerősek lesznek. A „nagyvilágba” nemcsak a koraszülött gyermeknek, hanem a szüleinek is bele kell nőni, mert el kell hinniük magukról, hogy ők ugyanolyan fontosak és értékesek, koraszülőként is. Ahogyan Kepes András mondta egy rádióinterjúban Érdi Tamásról, a koraszülöttként világra jött zongoraművészről: *„Nagy a világ, ők is belenőnek...”*

Irodalom

1. Armentrout, D. & Cates, LA. (2011). Informing parents about the actual or impending death of their infant in a newborn intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs.* Jul-Sep;25(3):261-7.
2. B. Erdős, M. (2006). *A nyelvben élő kapcsolat Egy öngyilkosság- megelőző sürgősségi telefonszolgálat beszélgetéseinek vizsgálata.* Budapest: Typotex.
3. Karatzias, et al. (2007). Post-traumatic Symptomatology in Parents with Premature Infants: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21(3), Spring, 249-260.
4. Monostori, D., Katona, M., Tobak, O. & Zelena, A. (2017). Anyaság, gyász hétről hétre (esetismertetés)-Gyásztanácsadás folyamata a Perinatális Intenzív Centrumban. *Gyermekgyógyászat*, 68, 170–172.
5. Monostori, D., Dombi, E. & Zelena, A. (2018). Hibás kommunikációs panelek perinatális veszteség esetén. *Orvosi Hetilap*, 159(12), 1033–1036.
6. Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004): Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In: Kulcsár, Zs. (szerk.): *Teher alatt.... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés.* Budapest: Trefort kiadó.
7. Wigert, H., Dellenmark, B. M. & Bry K. (2014). Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatr.* 10(14), 304.
8. Zelena, A. & Monostori, D. (2016). Kommunikáció a hozzátartozóval. A gyermekintenzív ellátás pszichoszociális és kommunikációs szemléleti változásainak spektruma. *LAM*, 26(9–10), 451–455.
9. www.ksh.hu (Koraszülöttek és kis súlyú újszülöttek Magyarországon) letöltés:2018.09.03.
10. www.ksh.hu (Magyarország 2017) letöltés: 2018. 09.01.

Nevelőszülők helyzetének értékelése és önértékelése Magyarországon

Bevezetés

A bemutatott kutatási¹¹ projekt során a visegrádi négyeknek nevezett országokban végeztünk egy felmérést arról, hogyan látják a nevelőszülők saját helyzetüket az adott országban és szolgáltatónál, illetve milyen szükségleteik vannak, lennének, mennyire elégedettek. A felmérés semmilyen tekintetben nem tekinthető reprezentatívnak, de mindenképpen kiindulási pontként szolgálhatna egy nagy elemszámú és átfogó kutatás előmunkálataként, egy átfogó értékelő kutatáshoz.

Önmagában is értékelhető és érdekes eredményeket hozott, különös tekintettel arra, hogy gyakran a régió, a rendszerváltó országok, vagy Kelet-Közép-Európa országait egységesnek tekintik sok tekintetben, így a gyermekvédelem vonatkozásában is, az alapvető különbségek és eltérő fejlődési modellek, jogi és szakmai szabályozás ellenére. Másrészt abban a tekintetben is nagyon tanulságos, hogy miben és hogyan kellene változnia a gyermekvédelmi szakellátás eme szegmensének azok szerint, akikre az ellátórendszer nagy részben támaszkodik, az egyes országokban és a tágabb régióban, ahhoz, hogy a szükséges intézkedések megvalósulhassanak a gyermekvédelemben és ezen belül a nevelőszülői ellátásban is.

A hazai kormányzati törekvések, nagymértékben összhangban vannak a nemzetközi és hazai szakmai állásponttal, jogi szabályozással a gyerekek családi, családias elhelyezését tartják meghatározónak a minél optimálisabb fejlődés érdekében. A megvalósítás terén azonban nagyon alapvető, megoldatlan kérdések vetődnek fel, amelyek kielégítő kezelése elengedhetetlen egy sikeres, átfogó gyermekjóléti és gyermekvédelmi rendszer kialakításához, működéséhez. Ennek kifejtése meghaladja ennek a tanulmánynak a kereteit, de néhány alapvető szempontot mindenképpen szükséges ismertetni.

Jelen tanulmányban terjedelmi korlátok okán csak a magyar vizsgálati eredményeket ismertetjük, de rövidesen sor kerül a négy országban folytatott kutatás eredményeinek közzétételére is.

A családjukon kívül, a hazai jogi szóhasználat szerint szakellátásban élő, a nemzetközi ajánlásokban alternatív ellátásban nevelkedő gyerekek, gyermekjogi megközelítésű, a fejlődésüket legjobban szolgáló lehetőségeket és azok biztosítását szolgáló ellátásokat részletesen leírja és elemzi az ENSZ útmutató az alternatív ellátásban élő gyermekekről, illetve a családból való kiemelés megelőzéséről¹² az ennek alkalmazásához készített kézikönyv,¹³ és az Európai Unió minden szektorra kiterjedő útmutatója az intézményes ellátásból a közösségi ellátásokra való áttérésről.¹⁴

¹¹ A "Nevelőszülői családok perspektívái Csehországban, Lengyelországban, Magyarországon, és Szlovákiában" elnevezésű, a Visegrádi Alap által támogatott projektben 2017-ben végzett kutatás eredményeit mutatja be. A felmérést a Család, Gyermek és Ifjúság Egyesület (www.csagyi.hu), mint a projekt partnere végezte el.

¹² Alternatív gondoskodás a gyermekekről - Útmutató

https://www.sos.hu/wp-content/uploads/sites/6/2018/01/Alternativ-gondoskodas-UTMUTATO-final_1.pdf

¹³ Moving Forward, Impelementing the „Guidelines for the Alternative Care of Children”,

https://www.unicef.org/protection/files/Moving_Forward_Implementing_the_Guidelines_English.pdf

¹⁴ Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató. Útmutatás a gyerekek, a fogyatékosággal élő személyek, a mentális problémákkal élő személyek és az idősek intézményi ellátásáról a családi és közösségi alternatívákra való tartós áttérés végrehajtásáról és elősegítéséről.

A kutatás keretében valamennyi résztvevő ország legalább 50 nevelőszülővel készített egyéni kérdőíves felmérés keretében tájékozódott a megkérdezettek saját tapasztalatairól és közérzetéről. E felmérés alapján tehát a nevelőszülők szubjektív érzéseit, saját tapasztalataikat osztották meg a kérdezőkkel. Magyarországon, eltérően a többi három ország gyakorlatától nem a nevelőszülői hálózatot működtető szervezet munkatársa készítette saját munkatársaival az interjúkat, hanem a projektpartner, a Család, gyermek, ifjúság Egyesület felkérésére munkatársaink és az általunk felkért külső szakértő végezte 2017 április-június között. A terepmunka tervezésénél szakértői mintavételt alkalmaztunk, úgy választottuk ki a bekerült kistérségeket, településeket, hogy minden településtípust- és funkciót (periféria, járási központ, megyei jogú város, főváros) reprezentálni tudjunk. Ennek alapján az adatfelvétel Budapesten, Debrecenben, Győrben, Kecskeméten, illetve a Mezőtúri és Encsi járásban történt. A nevelőszülők elérését részben nevelőszülői hálózatok, részben a területi gyermekvédelmi szolgálatok segítették, mely segítségért – toborzás, helyszín biztosítás - ezúton is köszönetet mondunk. Az adatfelvétel többféle módszerrel történt: a projektországok szervezeteinek képviselői összeállítottak egy kérdéssort – ami az összehasonlíthatóság érdekében – minden országban azonos volt. A magyar kutatás keretében azonban e kérdéseknek csak egyszerűen kitölthető, tényadatokra vonatkozó részét válaszolták meg a résztvevő nevelőszülők önkitöltéses kérdőívvel, míg a „soft” változókat (attitűdökre, véleményekre, történetekre vonatkozókat) egyéni, illetve fókuszcsoportos interjúk keretében mértük. Ezzel a technikával meggyőződésünk szerint objektívebb és általánosíthatóbb, egyben szélesebb spektrumú eredményekre jutottunk, amit a többi országban kapott, eddig nem publikált eredmények is mutatnak.

A magyarországi nevelőszülői rendszer rövid bemutatása

A nevelőszülők olyan személyek, akik átmeneti nevelt státuszban lévő gyerekeket és fiatalokat gondoznak saját családjukban, otthonukban biztosítják nevelésüket. Nevelőszülő lehet minden felnőtt magyar állampolgár, aki 24. életévét betöltötte, cselekvőképes, büntetlen előéletű, aki legalább 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezik. Személyiségük, egészségi állapotuk és körülményeik alapján alkalmasak a náluk elhelyezett gyermekek kiegyensúlyozott fejlődésének biztosítására és a családjába való visszakerülésének támogatására, vagy ha ez nem lehetséges, örökbefogadó szülőkhöz való átgondozására.

A nevelőszülőknek alkalmassági vizsgálaton és nevelőszülői felkészítő tanfolyamon kell részt venniük, a nevelőszülő, és ha van, házastársa, élettársa által elvégzett 60 órás FIKSZ képzés tanúsítványa alapfeltétel. A nevelőszülői hivatás gyakorlásához továbbá szükséges egy 240 órás képzés elvégzése is az elmúlt években.¹⁵

A nevelőszülői hálózatok ezen felül, a szakmai szabályoknak megfelelően (részben a FIKSZ tréning keretében) pszichológiai szűrést is végezhetnek: elsősorban személyiségtesztek, illetve tréning során történő megfigyelések és megbeszélések, a tréninget vezető szakemberek és a csoport visszajelzései alapján tapasztalt személyiségjegyek segítségével szűrik a nevelőszülők pszichológiai alkalmasságát. A nevelőszülő saját gyermekeivel a környezettanulmány során készül interjú.

https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines_hungarian-version.pdf

¹⁵ Képesített nevelőszülői képzés központi oktatási programja, 2017.

<https://www.kormany.hu/download/9/7f/31000/NEVSZ%20KOP.pdf>

A nevelőszülők tevékenységüket csak nevelőszülői hálózathoz csatlakozva végezhetik. Tevékenységüket nevelőszülői tanácsadók segítik.¹⁶

Magyarországon a nevelőszülői ellátás biztosításában önkormányzati, egyházi, illetve civil szervezetek is szerepet vállalnak. A szakellátásba kerülő gyerekek az ország 19 megyéjében, valamint a fővárosban található területi gyermekvédelmi szakszolgálatokhoz tartoznak, amelyek a nevelőszülői gondozásba vételre vonatkozó javaslat esetén kötelesek a gyermek számára nevelőcsaládot keresni. A nevelőszülők önkormányzati (a TEGYESZ-ek által fenntartott), egyházi, illetve civil szervezetek által működtetett hálózatokban működnek. 2018-ban 21 állami, 21 egyházi és 7 civil hálózat működött az országban¹⁷, jelentős területi különbségekkel. Az adatok szerint Borsod, Hajdú-Bihar, Pest és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye emelkedik ki a magas nevelőszülői elhelyezések számával¹⁸. Az egyes szektorok közötti megoszlás az elmúlt évek jelentős változása az egyházi fenntartású nevelőszülői hálózatok arányának jelentős növekedése, aminek magyarázata elsősorban a magasabb normatívában keresendő.

2019-ben 23 090 gyermek és fiatal felnőtt volt szakellátásban, gyermekotthonban, lakásotthonban, speciális és különleges gyermekotthonban vagy nevelőszülőnél. A nevelőszülőknél elhelyezett gyerekek száma 2018 végén 15 386 volt, közülük egy évnél rövidebb ideig 2636, 1-5 éves időtartamban 6807, 5-10 év között 3653, 10-17 évig 1730 gyerek és fiatalkorú nevelkedett, 5500 körüli nevelőcsaládban. A nevelőcsaládok száma változik, és a törekvésekkel ellentétben nem nő, az utóbbi években némileg csökkent. Ez azt is jelenti, hogy egy családban több gyereket nevelnek. A 12 év alatti gyerekek közel 90%-a, a szakellátásban élő gyerekek közel 2/3-a nevelkedik nevelőszülőknél.¹⁹

A nevelőszülői jogviszony keretében saját együtt élő gyermekével együtt legfeljebb 6 gyermeket nevelhet. Ha nincs saját vele élő gyermeke, akkor 5 gyermeket.

Egy gyermek kihelyezése csak abban az esetben lehetséges, ha a nevelőszülők tartós bérletben, vagy saját tulajdonú ingatlanban élnek, illetve a gyermekek számára megfelelő nagyságú, a különböző nemű gyermekek elkülönítését lehetővé tevő szobák rendelkezésre állnak. Az ingatlan egyéb adottságai és a megfelelő méretű szobák száma alapján kerül eldöntésre, hogy a működési engedély hány gyermek elhelyezését teszi majd lehetővé. A környezettanulmány elkészítése során a család minden tagjával készül interjú.

A nevelőszülők juttatást kapnak a munkájukért. Ez részben alapdíj - melyet gyermeklétszámtól függetlenül megkap a nevelőszülő ez a mindenkori minimálnyugdíj 150%-a, jelenleg 41.400 forint, illetve kiegészítő díj gyermekenként további 27.600 forint. A családi adókedvezmény igénybe vehető a nevelt gyermekek után is.

¹⁶ 1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv>

¹⁷ Nevelőszülők, https://www.parlament.hu/documents/10181/1789217/Infojegyzet_2019_34_neveloszulok.pdf/c2a1487e-3ff0-eb07-3a20-13851d22e8fb

¹⁸ A nevelőszülői rendszer kutatása. MTA Gyerekprogram Iroda – Delphoi Consulting 2009. file:///C:/Users/user/Documents/revita/visegradi_projekt/tanulmany/hatteranyagok/babusik_neveloszuloi_kutatas_pilot_2009.pdf

¹⁹ Szociális védelem, Központi Statisztikai Hivatal, https://www.ksh.hu/stadat_eves_2_5

Ezekon kívül jár a családi pótlék, mely 14.800.- gyermekenként. Tartós beteg gyermek esetén: 23.300.- Ft/gyermek. Az **ellátmány, melyet teljes egészében a gyermekre kell költeni a családi pótlékkal együtt** gyerekenként 45.000.- Ft havonta, a különleges ellátási igényű gyermeknél: 52.000.- Ft havonta. Különlegesnek minősül minden gyerek 3 éves koráig, vagy a tartósan beteg, fogyatékos.

2014-ben a kormány a nevelőszülők számára a speciális foglalkoztatási jogviszonyt vezetett be, ami ellentmondásos helyzetet teremtett, de ennek alapján 2020. január 1-jétől a nevelőszülői GYED-et is igénybe vehetik, ha jogosultak, a 2 éves kor alatti otthon nevelt gyermekek esetén is.²⁰

A szakellátásba kerülő gyerekekről gyermekvédelmi szakértői bizottság készít véleményt, hogy a gyermek milyen gondozásba kerüljön. 12 év alatti gyermekek esetében a nevelőszülői gondozás a törvényben előírt kizárólagos lehetőség, kivéve sajnós diszkriminatív módon a fogyatékos gyerekeket és többes testvérsorokat. 12 év feletti, elsősorban nehezen kezelhető, magatartás-problémákkal rendelkező, vagy szenvedélybeteg gyermekek esetében a gyermekotthoni, lakásotthoni elhelyezést javasolja a jogszabály. A bizottsági vélemény ismeretében a területileg illetékes TEGYESZ készít egy ún. egyéni elhelyezési tervet, amelyben mindenre kiterjedően részletezi a gyermek szükségleteit. A gyermek számára a TEGYESZ keres a területéhez tartozó nevelőszülői hálózatokban megfelelő nevelőszülőt: az illesztés során a gyermek és a nevelőcsalád kapcsolatát legalább két hétig szoroson nyomon követi és támogatja a szakszolgálat. A gyerekek számára megtalálni a legjobb nevelőszülői családot, illetve elhelyezést jelenti a legnagyobb kihívást. A tapasztalat szerint azonban a szükség, a hiányzó legjobb lehetőségek okán az elhelyezések gyakran esetlegesek, előre is vélelmezhetően problémásak. Fontos szempont a nevelőszülői család és a vér szerinti család lakóhelyének földrajzi közelsége a kapcsolattartás biztosítása érdekében. Elvileg ugyancsak, de ennek a gyakorlatban csak kevéssé lehet érvényt szerezni, a lehetőségek szűkössége és nemegyszer a szakemberek, nevelőszülők szemlélete, értetlensége miatt sem.

Az elhelyezési terv alapján a már kiválasztott nevelőszülő meghívásával kerül sor az elhelyezési értekezletre, amelyen elvileg részt vesz a vér szerinti szülő, a gyermek, és minden olyan szakember, aki az esetről érdemi információval rendelkezik. Ezt a gyakorlatot nem feltétlenül követi minden szakszolgálat. A gyámhivatal szintén meghívást kap az értekezletre, de a gyámhivatal képviselőjének nem kötelező részt vennie, noha a döntést ő hozza, gyakran a gyerek, a család ismerete nélkül, pusztán a rendelkezésre álló iratok alapján. Az értekezlet kimenete lehet a konkrét nevelőszülői családot megjelölő elhelyezési javaslat, amelyet a szakértői bizottság véleményével együtt a TEGYESZ felterjeszt a területileg illetékes gyámhivatalhoz. A javaslatot a gyámhivatal – hacsak nincs valamilyen ellenkező döntés – jóváhagyja, és határozatot hoz az elhelyezésről. Az elhelyezési határozatban kerül szabályozásra a vér szerinti szülővel, és más személyekkel a gyermek kapcsolattartása. A kapcsolattartás egyszerre lehetőség és kötelezettség is minden fél számára.

A nevelőszülőnek elvileg joga van visszautasítani az adott gyermek családba helyezését, de a gyakorlatban a nevelőszülők jellemzően nem mernek nemet mondani, mivel azt a nevelőszülői kompetenciáik elégtelenségeként értékelhetik. Sok esetben az ellenézés a

²⁰ 513/2013. (XII. 29.) Korm. Rendelet a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony és a helyettes szülői jogviszony egyes kérdéseiről, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300513.kor>

gyermekkel szemben nem múlik el, ilyenkor az elhelyezés sikertelensége és a gyerek visszakerülése be van építve a kezdetektől, többnyire.

A gyermeknek is joga van elvileg véleményt nyilvánítani a számára kijelölt nevelőszülőről, illetve az elhelyezésről, ám ezzel a joggal inkább a nagyobb, kamaszkorban lévő gyermekek élnek, ha egyáltalán érvényesülhet ez a lehetőség, és a gyerekek megfelelő információi vannak a nevelőcsaládról. A nemzetközi gyakorlatban elfogadott illesztési szakmai szabályokat vagy nem ismerik, vagy nem tartják, nem tudják betartani többnyire, így például a gyerekek életkorára, személyiségállapotára, szolgáltatási és speciális szükségleteire a családban élő vérszerinti és nevelt, örökbefogadott gyerekekre és más szempontokra figyelemmel.

Az illesztés és a kihelyezés protokollja nem jogszabályokban foglalt folyamat, hanem szakmai irányelvek, szabályok szerint zajlik elvileg.²¹

A nevelőszülők jogosultak és kötelezettek arra, hogy a számukra kijelölt nevelőszülői tanácsadóval rendszeres kapcsolatot tartson. A nevelőszülő szükség esetén megkeresheti a tanácsadóját, aki legalább háromhetente fel kell, hogy keresse a nevelőszülői családot.

Szintén legalább háromhetes rendszerességgel kötelező a gyermekvédelmi gyámmal való kapcsolattartás is, ami jellemzően formális, csak akkor nyer tartalmat, amikor valamilyen probléma lép fel. Biztosítani kell a gyámnak, hogy négyszemközt beszélhessen a gyerekekkel.

A nevelőszülőknek évente 2x6 órás továbbképzésen kötelezően részt kell venniük, amely jellemzően tematikusan vesz sorra különböző, a nevelőszülői feladatokkal, a gyermek fejlődésével összefüggő kérdéseket. Jellemzően a kamaszkorral együtt járó nehézségek kezeléséhez igénylik a nevelőszülők a bővebb ismereteket.

A nevelőszülők számára szervezett szupervízió jellemzően nem elérhető, és a nevelőszülő tanácsadók szakmai tapasztalatuk, személyiségük és a fenntartó által megfogalmazott elvárások alapján segítik a nevelőszülőket, az ő szupervíziójuk és támogatásuk is teljesen esetleges.

Nevelőszülői önszolgáltató csoportok időről-időre alakulnak és meg is szűnnek, valódi közösségi támogatás nem elérhető, ahogyan a helyi ellátást biztosító támogatása is esetleges és nagyon sokszor teljesen hiányzik.

A nevelőszülőket jogszabály szerint²² megilleti szabadság: az egy gyermeket nevelő nevelőszülő minden naptári negyedévben egy munkanap, a kettő vagy három gyermeket nevelő nevelőszülő minden naptári negyedévben két munkanap, a négy vagy több gyermeket nevelő nevelőszülő minden naptári negyedévben három munkanap szabadság illeti meg. A gyakorlatban a nevelőszülői hálózat fenntartója általában megváltja (kifizeti) ezt a szabadságot, mivel a nevelőszülő helyettesítése sok család esetében nem megoldható. Amennyiben megoldható, hogy a család egyik tagját (pl. nagyszülő) helyettesítőnek nevezik ki a szabadság időtartamára, de ez nagyon kevés esetben valósul meg.

A nevelőszülők tevékenységének nyomon követését a fentebb leírtak szerint a nevelőszülői tanácsadó (a nevelőszülői hálózat, mint fenntartó képviselőjében), illetve a gyermekvédelmi

²¹ Protokoll, A gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó család- és gyermekjóléti szolgáltatások folyamatairól, EMMI, 2016,

https://www.kormany.hu/download/4/82/b0000/csgyjsz_szoc_seg%C3%ADtő_munka_protokoll_1kiadás.pdf

²² Gyvt. 66/F. § (2) bekezdése alapján

gyám (a kormányhivatalhoz tartozó Szociális és Gyámhivatal, mint szakmai irányítási és felügyeleti szerv képviselője) végzi. Szükség szerint – ha a gyám, vagy a gyermek vitás helyzetekben kéri a gyermekjogi képviselő segítségét – a gyermekjogi képviselő is részt vesz a folyamatban.

A krízishelyzetre adott válaszok nincsenek standardizálva, jellemzően kényszermegoldásokkal élnek a szereplők. Krízishelyzetnek minősül a nevelőszülő váratlan, súlyos betegsége, a nevelőszülői család válsága (párkapcsolati konfliktusok, válás közeli állapot, válás), az, ha a nevelőcsalád nevelt vagy vérszerinti gyerekével súlyos probléma merül fel (viselkedés, beilleszkedés, bántalmazás stb.), illetve, ha a nevelőszülő kezelhetetlennek ítéli meg a nevelt gyermeket, vagy ő maga súlyosan megszegi a szabályokat. Ilyen esetekben vagy a gyermek kerül a TEGYESZ által működtetett befogadó otthonba, vagy a nevelőszülő adja vissza a gyermeket. A gyámnak jogában áll a gyermeket azonnali hatállyal elhozni a nevelőcsaládtól, ha úgy ítéli meg, hogy ez a gyerek legfőbb érdeke. Gyermekotthonban elhelyezett gyermek esetében ezt nem teheti meg, így sérül az egyenlő bánásmód elve. A sikertelen kihelyezéseket követő elemzés, feldolgozás ritka, ahogyan a gyerekek, nevelőszülőnek nyújtott feldolgozó támogatás is.

A vér szerinti családnak rendszerint kevés jogot biztosítanak a gyermek elhelyezésével kapcsolatos döntésekben, azaz a véleményét adott esetben meghallgatják, de általában nincsenek rá tekintettel. A vér szerinti család és a gyermek kapcsolattartásáért első helyen a gyámhivatal felelős, aki a kapcsolattartást szabályozta, de gyakran nem ismeri egyik felet sem személyesen, aktákból, papirokból dolgozik. Ezen felül a nevelőszülő, vér szerinti szülő, a gyermek (életkortól függően) és a gyám felelős a kapcsolattartásért. A kapcsolattartás időszakonként felülvizsgálatra kerül, annak érdekében, hogy erősödjön a kapcsolat és megszűnhessen a gondozás.

A vér szerinti szülők számára a helyi családsegítő szolgálat biztosít elvileg szociális munka keretében családgondozást, melynek tartalma változó. Számukra esetkezelési terv készül, amelyben rögzítik a családdal kapcsolatos feladatokat, de ezek döntően a szülő kötelezettségeit tartalmazzák az érdemi támogatás erőforrások és/vagy szándékok hiányában elmarad.

A családok közötti konfliktuskezelés, mediáció nem általános, de van rá példa, egy-egy szakember, szervezet igényességén és a gyakorlati elérhetőségükön múlik, hogy van-e családi esetkonferencia.

A nevelőszülői család alapvető feladata elvileg a gyermek hazagondozása, de ez többnyire nem reális, vagy a vérszerinti család élethelyzete és segítség nélkülisége, a szakemberek és szolgáltatók túlterheltsége, erőforrás hiánya, vagy a nevelőszülő és az ellátórendszer érdektelensége, ellenérdekeltsége okán. A gyermek a hazagondozási folyamatba bevonásra kellene, hogy kerüljön, mivel elvileg minden őt érintő kérdésben ki kell kérni a véleményét a jogszabály értelemeiben. Ugyanakkor ennek az elvnek a megvalósulása a gyakorlatban nem történik meg, mivel ennek a gyerekek semmilyen csoportja esetében nincs hagyománya és támogatottsága (pl. elit iskolákban se nagyon), a leggyengébb szereplők a gyengébb érdekérvényesítő vér szerinti család és a gyerek, így az ő jogaik, ha lehet, még fokozottabban sérülnek. A szakellátásban élő gyerekek helyzetét évente felül kell vizsgálni, és annak függvényében dönteni a továbbiakról. Mivel ez a legtöbb esetben sajnálatosan csak

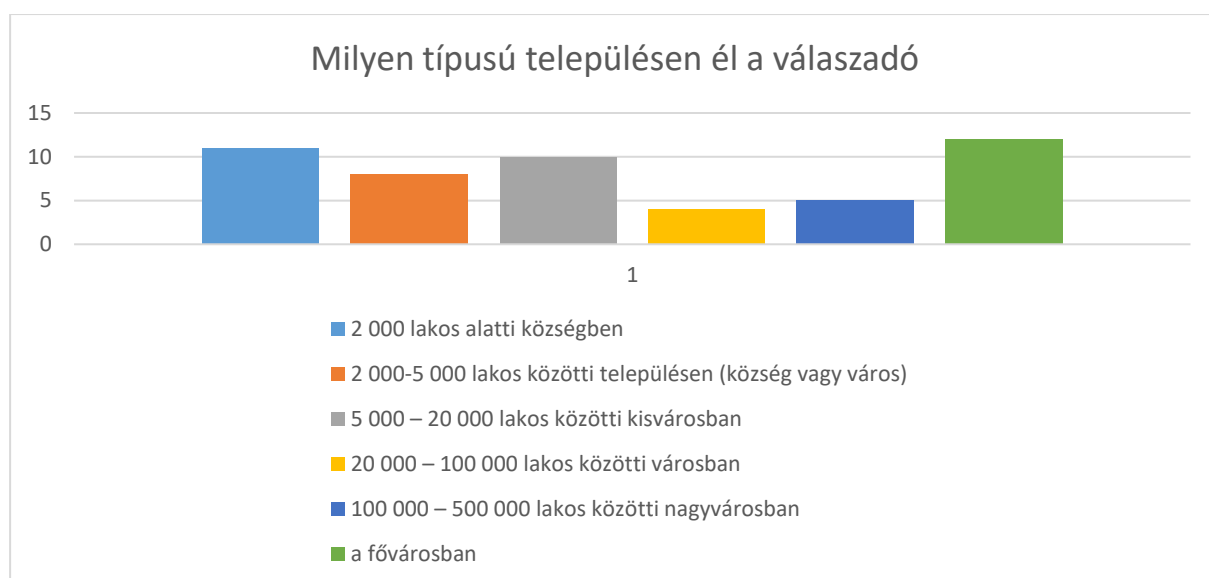
adminisztratív eljárás, ahol a döntést hozó nem ismeri az érintetteket, az esetek túlnyomó többségében az elhelyezésen nem változtatnak, nem vizsgálják érdemben, hogy van-e mód a gyerek hazakerülésére, örökbefogadhatóvá nyilvánítására vagy más lehetőség számbavételére.

A felmérés adatainak elemzése

1. A válaszadók demográfiai jellemzői

A kutatás során összesen hat térségben kérdeztünk meg 50 nevelőszülőt: a fővároson kívül három megyei jogú városban (Debrecen, Győr, Kecskemét), illetve két hátrányos helyzetű járásban (Encsi járás, Mezőtúri járás) történt adatfelvétel. A térségekben a válaszadók száma nagy különbségeket mutat: míg Budapesten 13 fő vett részt a kutatásban, a megyei jogú városokban 7 és 10 fő közötti válaszadóval találkoztunk, addig a Mezőtúri járásban mindössze 3 fő volt a kutatás idején elérhető. A válaszadók településtípus szerinti megoszlása kiegyenlítettnek tekinthető, egyedül a 20.000 lakos alatti kisvárosban, illetve a 100.000 és 500.000 lakos közötti nagyvárosban élők száma alacsonyabb, mint a többi településtípuson élőké.

1. ábra

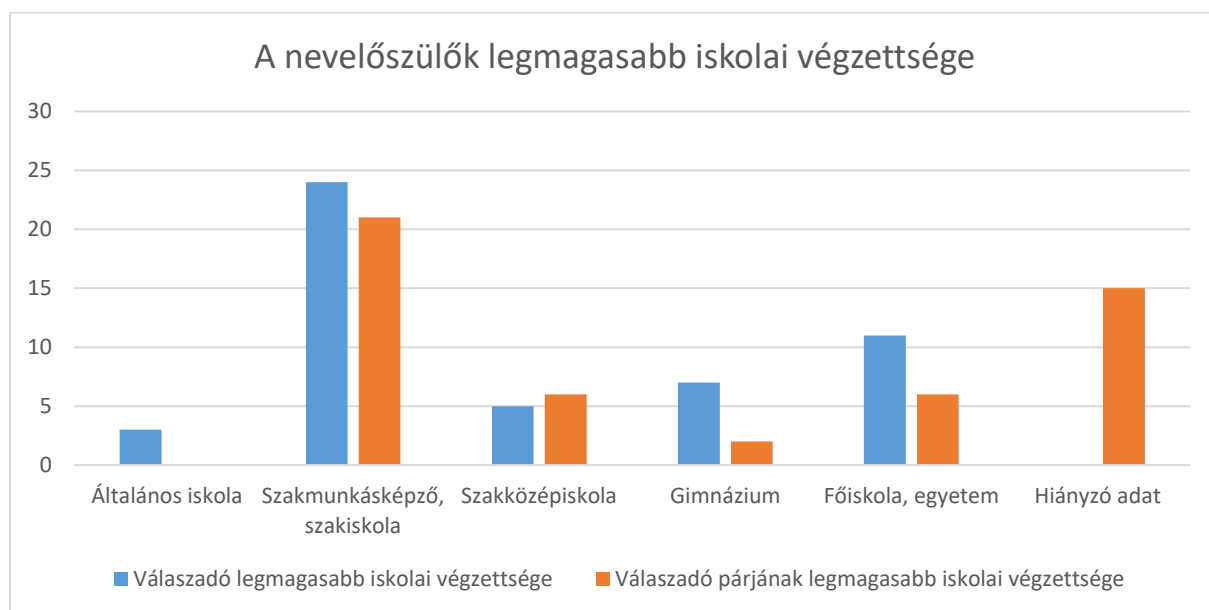


A válaszadók több mint fele (30 fő) házastársával, 16 fő egyedül, 4 fő pedig élettársával látja el nevelőszülői feladatait. A nevelőszülők átlagosan 1-4 gyermeket nevelnek, a párként ellátást nyújtok több mint fele azonban csak 1-3 gyermeket nevel (a nevelt gyermekek száma függ a háztartás méretétől, a rendelkezésre álló lakóhelyiségek számától és több más szemponttól is). Meg kell jegyezni, hogy a nevelt gyerekek számától függ a nevelőszülők díjazása, így sokszor nem a gyerek szükségletei határozzák meg a családban élő nevelt gyerekek számát.

A válaszadók átlagéletkora igen magas: 51,5 év. A legfiatalabb válaszadó 38 éves, 45 év alatti mindössze 9 fő. A mintába kerültek több mint fele (28 fő) 46 és 55 év közötti, nyugdíjhoz közeli korban pedig 13 fő van. A nevelőszülői párok (élettárs, házastárs) életkora még ennél is magasabb, átlagosan 67,2 év.

A megkérdezett nevelőszülők több mint fele maximum szakiskolai végzettséggel rendelkezik, a nevelőszülők alig több mint egyötöde végzett el valamilyen diplomát adó felsőfokú képzést. A nevelőanyák iskolai végzettsége átlagosan magasabb, mint párjuké.

2. ábra



A válaszadók túlnyomó része nevelőanya, mindössze három válaszadó vett részt a kutatásban nevelőapaként. Az 50 kutatásba került nevelőszülői családból 32 nevelőszülő hagyományos, közülük 17 fő korábban hivatásos (jórészt budapesti és győri válaszadók), és egy fő egyéb státuszt képviselt. 5 nevelőszülő különleges²³, 1 fő pedig speciális²⁴ nevelőszülőként neveli a nála élő gyermeket. A korábbi megkülönböztetés a foglalkoztatási jogviszony bevezetésével megszűnt.

A válaszok szerint ugyanakkor a foglalkoztatási jogviszonyban megkapott nevelési díj mellett néhány nevelőszülő jövedelmének egy része egyéb forrásból származik: 2 fő vállalkozóként dolgozik, 2 fő GYED-en, GYES-en, GYET-en van, vagy más anyasági ellátásban részesül, 3 fő munkanélküli (2 fő álláskeresői járadékban, egy fő foglalkoztatást helyettesítő támogatásban részesül), 2 fő leszázalékolt és rehabilitációs, vagy rokkantsági ellátást, 1 fő pedig öregségi nyugdíjat kap.

2. Nevelőszülővé válás

A nevelőszülők több olyan motivációs tényezőről is beszámoltak, amelyek elköteleződésükben szerepet játszottak. A mintába került válaszadók egyötöde számolt be arról, hogy a nevelőszülői hivatással már gyermekkorában találkozott, akár azért, mert saját családjában nevelkedtek

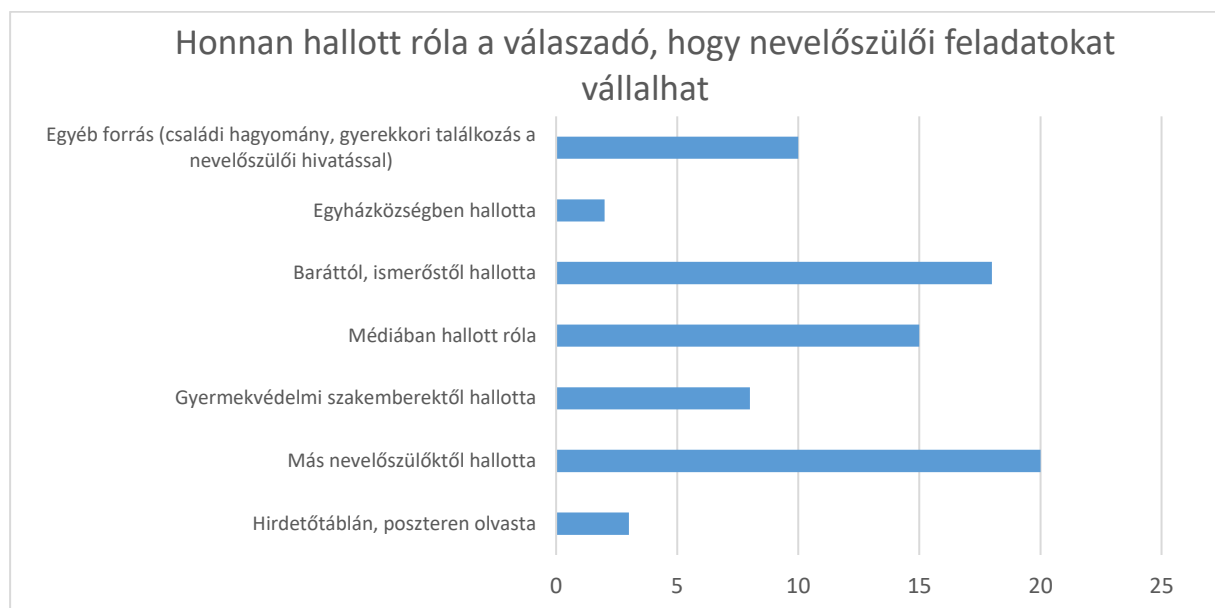
²³ Különleges nevelőszülő az a nevelőszülő, aki - a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony egyes kérdéseit szabályozó kormányrendeletben foglaltak alapján - alkalmas a nála elhelyezett tartósan beteg, fogyatékos vagy három év alatti különleges ellátást igénylő gyermek kiegyensúlyozott nevelésének biztosítására.” (2013. évi CVV. tv. 9 §. 4.)

²⁴ Speciális nevelőszülő az a nevelőszülő, aki - a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony egyes kérdéseit szabályozó kormányrendeletben foglaltak alapján - alkalmas a nála elhelyezett súlyos pszichés vagy súlyos disszociális tüneteket mutató, vagy pszichoaktív szert használó, speciális ellátást igénylő gyermek kiegyensúlyozott nevelésének biztosítására. (2013. évi CVV. tv. 9 §. 3.)

nevelt gyermekek, illetve a sokgyermekes családmodell családi hagyomány volt, akár azért, mert már fiatalkorában rákényszerült gyermekkorú családtagjai gondozására, a tágabb családból kellett gyermeket befogadni, annak nevelését-gondozását vállalni. Sokak számára a saját gyermekek önállóvá válása miatt bekövetkezett „úr” pótlására szolgált a nevelőszülői hivatás, sokan pedig személyes, család nélkül maradt gyermekekkel, illetve más nevelőszülőkkel történt találkozásuk élménye alapján választották a nevelőszülői tevékenységet. A mintába kerültek relatíve kis része (a válaszadók kevesebb, mint ötöde) számolt be egzisztenciális okokról, a térségi munkalehetőségek hiányáról, amely fontos (de nem egyedüli) tényező volt a hivatás megkezdésében.

A nevelőszülői hivatással történő első találkozással összefüggésben a legfontosabbnak a személyes ismeretségek bizonyultak: a válaszadók kétötöde jelezte, hogy baráttól, ismerőstől, illetve más nevelőszülőtől hallott a lehetőségről. 15 fő számára a média (elsősorban a helyi nyomtatott sajtó) szolgált hírforrással, 10 fő pedig már gyermekkorában találkozott a nevelőszülői hivatással. A személyes csatornák hatékonysága mindenképpen figyelemreméltó a toborzási technikák között: a saját tapasztalat átadása, a közvetlen találkozás a nevelőszülői munkával tudja a leginkább elkötelezetté tenni a potenciális nevelőszülőket.

3. ábra



A nevelőszülővé válás első lépése a jelentkezés, illetve az alkalmasság megállapítása. E két pont között a megkérdezettek több, mint fele esetében kevesebb, mint 6 hónap telt el, fél év és egy év közötti időtartamot kellett várnia egyötödüknek, 5 fő számára azonban legalább egy évbe telt az alkalmasság megállapítása. Ezt követően került sor a jogosultság megszerzésére (melynek része a kötelező képzés elvégzése is). Az alkalmasság megállapítása és a jogosultság megszerzése között szintén az esetek felében kevesebb, mint fél év telt el, a többi nevelőszülő pedig maximum 1 évet töltött el ezzel a folyamattal.

A nevelőszülők mindegyike – párjával együtt – részt vett a kötelező 60 órás FIKSZ (PRIDE) tréningen, 1-10-ig terjedő elégedettségi skálán a válaszadók átlagosan 7,5 pontosan voltak elégedettek a képzéssel. A néhány éve bevezetett majd átalakított 500 órás nevelőszülői képzést 17 fő végezte el, a jelenleg érvényben lévő 240 órás képzést 7 fő, 8 válaszadó pedig a 300 órás

nevelőszülői felkészítésen vett részt. Majdnem minden válaszadó szokott találkozni a felkészítésen résztvevő más nevelőszülőkkel, elsősorban azért, mert területileg egy nevelőszülői hálózathoz tartoznak.

A jogosultság megszerzése után már kevesebb idő telt el az első gyermek kihelyezéséig: 32 nevelőszülő esetében volt ez kevesebb, mint 6 hónap.

A megkérdezettek szerint fontos lenne, hogy a felkészítésbe saját vér szerinti gyermekeiket is bevonják, mivel ez megkönnyítené mind a nevelőszülői család alkalmazkodását az új helyzethez, mind a kihelyezett gyermekek beilleszkedését a család egészébe.

Bár a nevelőszülők többféle felkészítő képzésen vettek részt, attól függően, hogy mikor kapcsolódtak be a nevelőszülői rendszerbe (és akkor éppen melyik felkészítő képzés volt jogszabály szerint kötelező), az interjúk tanúságai szerint egyetértettek abban, hogy az elhangzott információk mind fontosak voltak, mégis, bizonyos, a későbbi nevelőszülői gyakorlat során fontosnak bizonyuló témakörökről nem esett szó. Ilyenek például azok az információk, amelyekre a nevelőszülőnek a gyermek fogadásakor mindenképpen szüksége lenne (pl. esetleges betegségekről, orvosi kezelés szükségességéről való tájékoztatás). Keveset tanulnak a különböző betegségekről, fogyatékosságokról, akadályozottságokról (ilyenek például a mentális problémák, tanulási nehézségek). Fontos lenne felkészülniük arra is, hogy hogyan tudják a gyerekeket segíteni különböző traumák feldolgozásában. Nem kapnak elegendő információt arról sem, hogy milyen módon, hogyan biztosítsák a gyermek vér szerinti szüleivel történő kapcsolattartást, sőt, a hazagondozásról, más nevelőszülőhöz történő átgondozásról sem kapnak érdemi információt. A gyakorlatban nagyon fontos szerepet játszik a hatóságokkal való kapcsolattartás – ideértve a kirendelt gyámmal történő együttműködést is - illetve a különböző hatósági ügyintézéseket, mint például az igazolványok kiváltása.

Összességében az a vélemény fogalmazódott meg, hogy a felkészítő képzések nem készítik fel a gyakorlatra, a mindennapi nehézségekre, „... *arról beszélnek a képzésen, hogy milyenek szeretnék látni ezt a rendszert, nem a valóságról*”, „... *Ha a reális valóságot mutatnák be a felkészítésen, mindenki felállna és hazamenne*”.

3. A gyermek érkezése a családba

Az interjúk tanúsága szerint a gyermekkel kapcsolatban átadott információ mennyisége és minősége függ az alapellátás színvonalától, a szakszolgálat munkájától, a családok vándorlása miatt a különböző dokumentumok gyakran hiányoznak (pl. egészségügyi kiskönyv), így nagy különbségekről számoltak be a megkérdezett nevelőszülők.

Általános, hogy amennyiben egy gyermek krízishelyzet miatt kerül ki- vagy áthelyezésre, akkor a nevelőszülő csak a legalapvetőbb információt kapja meg: a gyermek nevét, életkorát, illetve az esetleges bántalmazás tényének rövid ismertetését – gyakran azonban előfordul az is, hogy a gyermek nem krízishelyzetben érkezik, mégis, a minimális információt sem biztosítják a nevelőszülő számára. „*Nekem egyik nap délben szóltak, hogy hoznak hozzánk gyerekeket. Fél óra múlva ott voltak és azt sem tudtam fiúk-e vagy lányok jönnek...*”. Szintén általános tapasztalat, hogy a betegségekről, fogyatékosságról, fejlődési elmaradásról, mentális problémákról semmilyen, vagy nagyon kevés információt kapnak a nevelőszülők.

Az információhiány oka részben strukturális jellegű (alapellátás színvonala, vándorlás), részben azonban annak tudható be, hogy – a nevelőszülők szerint – bizonyos, a gyermek nevelését-gondozását megnehezítő információk ismerete jelentősen befolyásolná a kihelyezés esélyét, így ezeket a szakszolgálat jobbnak tartja visszatartani. A megkérdezettek beszámoltak olyan esetekről is, amikor egy-egy ilyen lényegi információ miatt nem fogadták be (vagy adták vissza) a gyermeket – különösen jellemző példa, amikor a szexuálisan bántalmazott gyermek veszélyeztetné nevelt testvéreit. *„Volt olyan is, hogy amikor nem akartuk a kiszemelt gyereket elhozni, akkor haragvás lett belőle. Pedig kölcsönös elfogadás nélkül nem működik a dolog”*. Mindazonáltal sok olyan esetről is szó esett, amikor bár előzetesen nem ismerték a gyermek problémáját, mégis, mikor az kiderült, pénzt és energiát nem kímélve tettek meg minden tőlük telhetőt a gyermek egészségének megőrzéséért. *„Az én esetemben, bár nem tudtunk róla, az édesanyja által bottal kivert félszemű gyerekért kellett a kórházba mennünk. Rettenetes sok nehézségen mentünk át vele...”*. Bármilyen is a jelenlegi gyakorlat, fontos leszögezni, hogy a megkérdezettek szerint a nevelőszülőt megilletné minden, a kihelyezett gyermekkel kapcsolatos lényegi információ megismerése és ez hozzájárulhatna a gyerekek sikeres fejlődéséhez, a többszöri sikertelen elhelyezések számának csökkentéséhez.

A nevelőszülők több olyan akadályozottságról is beszámoltak, amelyek mind a gyermekek, mind a nevelőszülők számára nehézséget okoznak. Legtöbben mentális problémákról, illetve fejlődési elmaradásról számoltak be (16 / 15 fő), de a válaszadók ötöde nevel fogyatékos, krónikus betegséggel küzdő, bántalmazott, illetve allergiás, táplálék-intoleranciában szenvedő gyermeket is. Leginkább a krónikus betegségek, illetve allergia, intolerancia, bántalmazás esetében kaptak előzetesen tájékoztatást, míg (a mindennapi nevelést leginkább megnehezítő, a nevelőszülőt a leginkább nehézségek elé állító) fogyatékosaságról, mentális problémákról, illetve fejlődési elmaradásról csak a válaszadók kétharmada tudott a gyermek érkezését megelőzően. A gyerekeket érintő egyéb nehézségek között (egy-egy esetben) megjelent az epilepszia, a hiperaktivitás, az alkoholbetegség, illetve a tanulási nehézségek több formája.

4. ábra A gyermekeket érintő akadályozottságok

Érinti-e valamelyik nevelt gyermeket (igen válaszok száma):		Kapott-e róla előzetesen információt (igen válaszok száma)
fogyatékosaság	11	5
mentális problémák	16	9
krónikus betegségek	11	8
allergia, intolerancia	9	8
fejlődési elmaradás	15	10
bántalmazás	11	8
egyéb	8	6

A fogyatékosasággal érintett gyermekek túlnyomó része olyan nevelőszülőknél nevelkedik, akik több mint 10 éve végzik ezt a munkát, vagyis nagy tapasztalattal rendelkeznek a gyermekek különleges szükségleteit illetően – a mentális betegségben szenvedő gyermekek fele, a fejlődési elmaradással jellemezhető, illetve bántalmazott gyerekek harmada él ilyen nevelőszülőnél.

4. A gyermek beilleszkedése a családba

Bár a szakmai protokoll szerint a nevelőszülő és a gyermek a kihelyezés előtt több találkozásból álló, két hétig tartó ismerkedési, „összeszokási” fázison megy keresztül, ez nem mindig történik meg. Bizonyos esetekben a kihelyezés sürgőssége miatt nincs idő a találkozásokra, de sok esetben az elhelyezési eljárás nem elég igényes ahhoz, hogy ezt a közbülső fázist beiktassa a gyermek kihelyezése előtt. Egy alkalommal jellemzően találkozni szoktak a gyerek és a számára kiszemelt nevelőszülők, több alkalommal már nagyon ritkán. A csecsemőotthonból²⁵ elhozott gyerekek esetében a beszámolók szerint általában sok találkozás előzi meg a gyermek kihelyezését (több nevelőszülő jelezte, hogy 8-10 alkalommal is el kellett mennie, meglátogatni a babát), ami nem feltétlenül volt szerintük indokolt, és a nevelőszülő számára komoly logisztikai nehézségeket és költségeket jelentett. A válaszadók egyetértének abban is, hogy az idősebb (kiskamasz, kamasz) gyerekek esetében nagyobb jelentősége van az előzetes találkozásnak, ismerkedésnek, a kölcsönös szimpátia kialakulásának, mivel ez tudja megalapozni a későbbi gördülékeny együttműködést.

A kihelyezés után a gyermek beilleszkedése általában problémamentes, különösen, ha a nevelőszülő vér szerinti gyermekei (megfelelő felkészítést követően) is támogatják a folyamatot. A nevelőszülők szerint egyértelműen a türelem és az elfogadás a kulcsa a gyermek beilleszkedésének.

5. A gyermek beilleszkedése a tágabb közösségbe

Az interjúk tanúsága szerint a gyermek beilleszkedése a helyi közösségbe nagyon változó képet mutat, de általánosan kiemelhető, hogy elsősorban az emberi tényezőkön múlik. Függetlenül attól is, hogy a nevelőszülő mennyire elfogadott tagja a közösségnek, és milyen attitűdökkel segíti a gyermek beilleszkedését a helyi társadalomba; fontos az is, hogy mennyire elfogadó emberekkel találkozik a gyermek ennek során a hivatalokban, intézményekben, illetve a szomszédságban; és természetesen sok múlik magának a gyermeknek a személyiségén is.

Az oktatási intézményekkel kapcsolatosan nagyon sokféle tapasztalat megfogalmazódott: összességében inkább pozitív, mint negatív élményekről számoltak be a nevelőszülők. Általában akad egy-egy támogató pedagógus, aki a nevelt gyermekeket igyekszik segíteni az óvodai-iskolai beilleszkedésben, előmenetelben, de sok esetben előítéletekkel teli maga a pedagógus, intézményvezető, amely megnehezíti a gyermek iskolai sikerességét. Szintén általánosan jellemző, hogy az SNI-s integráltan oktatható gyermekeket az oktatási intézmények egyáltalán nem tudják kezelni, és a nevelőszülő „dolga” a gyermek érdekeinek folyamatos képviselése, a pedagógusok és a gyermek közötti ellentétek feloldása (amire a nevelőszülők kevéssé vannak felkészítve-felkészülve). Volt olyan térség, ahol a nevelőszülők bizonyos iskolák kifejezetten diszkriminatív hozzáállásáról számoltak be, amelyek egyáltalán nem

²⁵ A csecsemőotthon ebben a formában már nem létező intézménytípus a gyermekvédelmi tv szerint. Koruk miatt speciális intézményt említ a jogszabály, de fennmaradásának több más mellett ellentmond, hogy a 0 és 12 év közötti gyerekek kizárólag nevelőszülőhöz kerülhetnének elhelyezésre. Az újszülötteknek készenléti nevelőcsaládba kellene kerülniük, onnan kerülnének tartós kihelyezésre. Mivel nincs ennyi nevelőszülő, ezért kerülnek a 0-3 éves korú (gyakorlatilag súlyos fogyatékos gyerekek felnőttkorig is) gyerekek speciális gyermekotthonokba. A gyermekotthonok többnyire nem támogatják a nevelőszülői elhelyezést, részben szakmai megfontolások (nem tartják elég felkészültnek és motivátnak a nevelőszülőket), másrészt saját legitimitásuk megtartása okán.

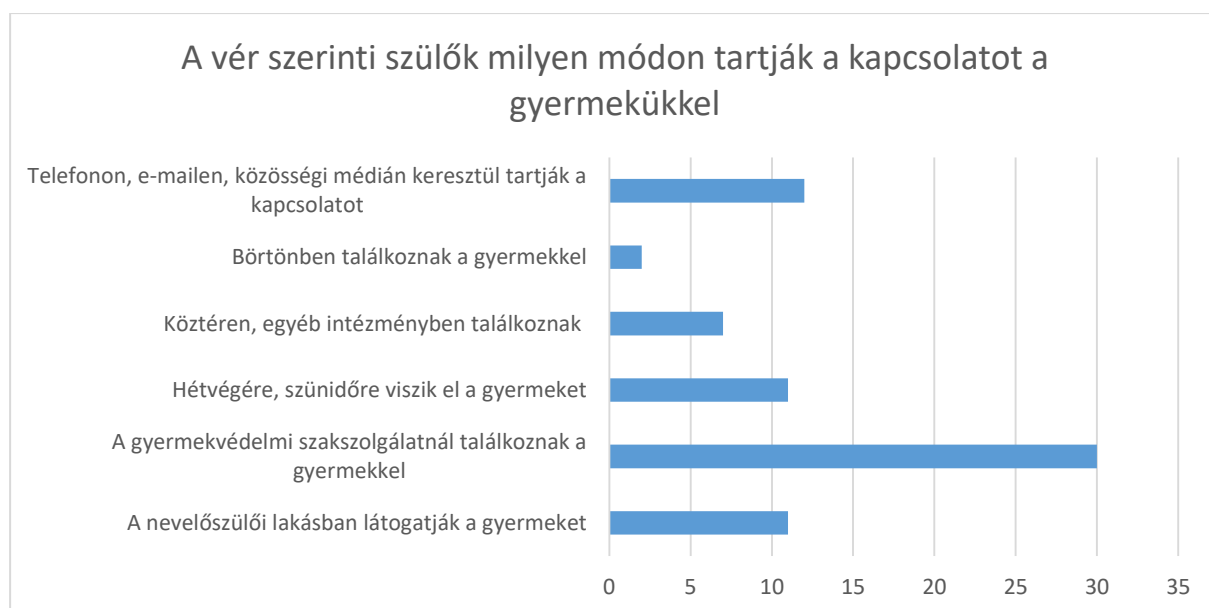
vesznek fel nevelőszülői gondoskodásban élő gyermekeket (függetlenül attól, hogy romák vagy speciális szükségletűek-e).

A kisebb településeken (kisebb vagy nagyobb községekben) élők esetében megfigyelhető, hogy a helyi közösségben ismerethiány és előítélet figyelhető meg mind a nevelőszülőkkel, mind a gyermekekkel szemben, de a személyes tapasztalatok hatására ez gyorsan megváltozik. Sok olyan példát hallottunk, amikor a nevelőszülők összefogó, támogató helyi közösségről számoltak be.

6. Kapcsolattartás a vér szerinti szülőkkel

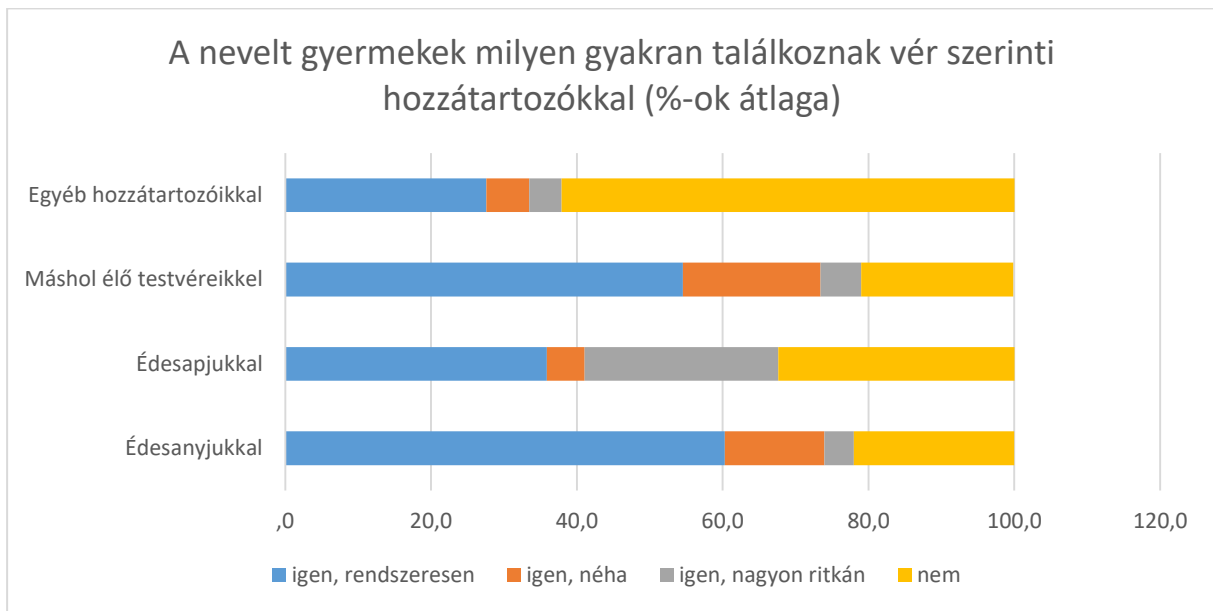
A gyermekeknek – amennyiben a gyámhivatali határozat erről másként nem rendelkezik – joga van a vér szerinti szülővel való rendszeres kapcsolattartásra. A mintába került nevelőszülők nevelt gyermekei esetében a leggyakoribb kapcsolattartási forma a gyermekvédelmi szakszolgálatnál történő találkozás. 30 nevelőszülő jelezte, hogy nevelt gyermekei ilyen módon tartják a kapcsolatot vér szerinti szüleikkel. A válaszadók kevéssel több, mint ötöde számolt be arról, hogy a gyermek valamilyen IT eszköz segítségével kommunikál szüleivel – ideértve a telefont, e-mailt, közösségi médiát - és 11-11 fő mondta, hogy a gyermeket szülei a nevelőszülői otthonban látogatják, illetve hétvégére, szünidőre viszik el (vagy viszi el a nevelőszülő a gyermeket a vér szerinti szülők otthonába).

5. ábra



A nevelt gyerekek jellemzően édesanyjukkal tartják legintenzívebben a kapcsolatot: 60%-uk rendszeresen, 13%-uk néha, 4%-uk nagyon ritkán találkozik édesanyjával. Az édesapákkal már lazább a kapcsolat: a gyerekek 32,5%-a egyáltalán nem tartja a kapcsolatot édesapjával, és csak 36%-uk beszél vele valamilyen rendszerességgel. Vér szerinti testvéreikkel a nevelt gyermekek több, mint fele rendszeresen, és majdnem egynegyedük néha kommunikál valamilyen csatornán. Egyéb hozzátartozókkal (nagyszülők, egyéb rokonok) a gyermekek 62%-a egyáltalán nem tartja a kapcsolatot, egynegyedük azonban rendszeresen kommunikál ezekkel a rokonokkal valamilyen módon.

6. ábra

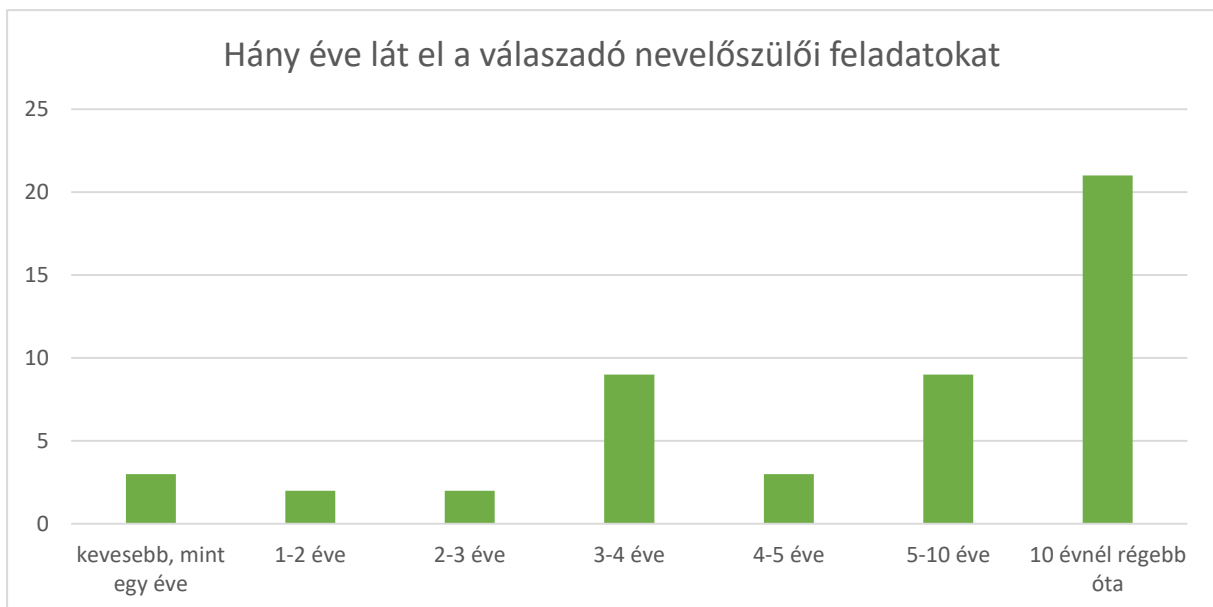


7 Nevelőszülői tapasztalatok

7.1 A nevelőszülői család összetétele

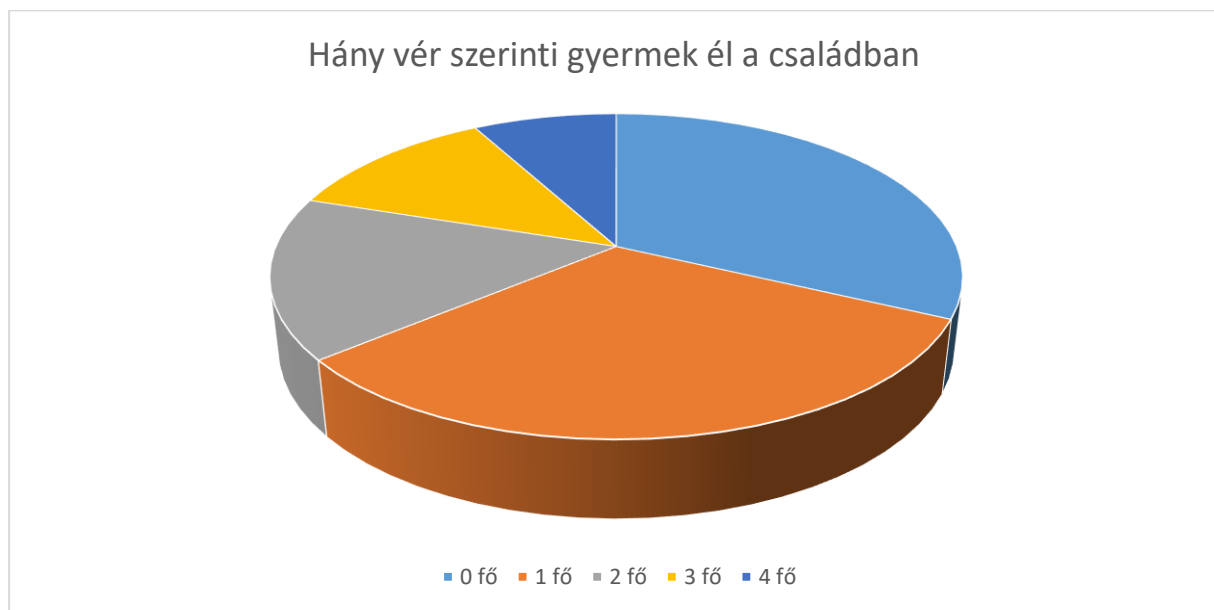
A mintába került nevelőszülők nagyobb része (30 fő) legalább 5 éve lát el nevelőszülői feladatokat, mindössze 7 olyan megkérdezett van, aki 3 éve, vagy annál kevesebb ideje végzi ezt a tevékenységet.

7. ábra



A megkérdezettek kétharmada esetében nincs, vagy maximum 1 fő vér szerinti gyermek él a nevelőszülői családban, 2 gyermek 8, 3 gyermek 6, 4 gyermek pedig 4 családban fordult elő.

8. ábra



Különösen a több éves nevelőszülői múlttal rendelkező válaszadók esetében fontos információ, hogy hány nevelt gyermek került már ki a családból valamilyen ok miatt. Arról, hogy nagykorúság miatt hagyta el a családot a nevelt gyermek, összesen 19 nevelőszülő számolt be, a válaszadók majdnem fele gondozott már haza legalább egy gyermeket (de volt, aki már 7 gyermek hazagondozásában vett részt), 15 fő számolt be örökbefogadásról, 10 fő más nevelőszülőhöz történő átgondozásról, és 5 fő élte már azt meg, hogy nevelt gyermeke intézetbe került. Egy válaszadó (a jelenleg a háztartásban élő, nevelt gyerekeket nem számítva) eddig 22 gyermek nevelésében vett részt.

A 2, illetve 3 gyermeket (többnyire testvéreket) nevelő családok teszik ki a minta majdnem felét, ugyanakkor az 1 főt, illetve a 4 vagy 5 gyermeket nevelő szülők is körülbelül egyenlő arányban jelennek meg. Egyedül a 7 gyermeket nevelő családok száma alacsony (2 válaszadó).

7.2 A nevelőszülői szerep megítélése

A nevelőszülők saját szerepük megítélésében a lehető legszélesebb skálán nyilatkoztak. Voltak, akik támogatói, segítői szerepüket hangsúlyozták, amely elsősorban a gyermek társadalomba történő integrálására irányul, mások nevelői-gondozói szerepükre helyezték a hangsúlyt, amely a gyermek fejlődésének segítésére, egészségének megtartására irányul. Voltak azonban olyan nevelőszülők is, akik a vér szerinti szülők szerepének átvállalását tartják feladatuknak (különösen akkor, ha a gyermeknek nincs olyan vér szerinti hozzátartozója, aki a vér szerinti szülők szerepét érdemben átvehette volna), és voltak olyan válaszadók is, akik szerint ez mind együtt alkotja az ő identitásukat. *„Tulajdonképpen minden egyben, mivel mi ezt vállaltuk. Én ezt hivatásként élem meg és csinálom, természetesen a vér szerinti szülőt nem tudjuk helyettesíteni. Tudásunk szerint a legjobban nevelni, ápolni, gondozni, embert faragni belőlük”.*

A hivatás céljaként is sokféle szempontot azonosítottak: vannak, akik szerint a hazagondozás, vagy az örökbefogadó szülőhöz való átgondozás a tevékenység legfontosabb célja (nyilván akkor, ha ennek realitása van); mások azt gondolják, hogy legfontosabb feladatuk a gyermek hátrányainak leküzdése, a biztonságos érzelmi kötődés kialakítása. Megjelent ugyanakkor az

önálló életvitel elősegítése, illetve a nevelőszülőként végzett tevékenység megbecsültségének elvárása is.

A nevelőszülők saját erősségeikről is tudatosan nyilatkoztak. Szinte mindenki kiemelte, hogy erősségük a gyermek érdekeinek képviselése – akár mindenki ellenében is, valamint az, hogy a gyerekek számára stabil, szerető légkört tudnak biztosítani. E mellett megjelent a rugalmasság és következetesség erénye, a minőségi családmódeli biztosításának képessége, a biztonságos környezet biztosítása, a vér szerinti családdal való jó kapcsolat kialakításának és ápolásának képessége, és az önálló életvitelre való felkészítés képessége is.

7.3 Nehézségek, megoldhatatlan problémák

A nevelőszülők körében teljes egyetértés van abban, hogy minden, a gyermek nevelésgondozása során felmerülő problémát meg kell oldani – egyetlen esetet hangsúlyoztak, amikor nevelőszülőként végesek a lehetőségeik: az, amikor valamelyik nevelt gyermek a többiek testi-lelki egészségét veszélyezteti. Szinte mindenki említett erre vonatkozó gyakorlati példákat, amelyek két fő esetre vonatkoztak: az első, amikor a gyermek nagyon súlyos akadályozottsággal küzd (például nagyfokú autizmusban, pszichiátriai betegségben szenved) és nincs elérhető szakember, vagy szakmai segítség, amely a nevelőszülő számára támogatást biztosítana a súlyos helyzetekben; a másik, amikor a gyermeknek súlyos mentális vagy viselkedésbeli problémái vannak (például szexuálisan molesztálja kisebb testvéreit).

Szintén általános probléma – amellyel a nevelőszülőknek „együtt kell élniük” – hogy egyáltalán nincs lehetőségük szabadságra menni, mivel nincs olyan helyettes, aki vállalni tudná a gyerekeket a szabadság idejére. A hivatás gyakorlása során további nehézséget jelent az is, hogy a nevelőszülői kompetenciákat önerőből szükséges folyamatosan fejleszteniük – erre az éves 2x6 órás továbbképzés nem elegendő, még akkor sem, ha az adott téma éppen aktuálisan érdekes is a nevelőszülő számára. A nevelőszülők több, mint fele tud – rendszertelenül – szupervízió részt venni, a másik felüknek ez a lehetőség nem áll rendelkezésre. Ezek következtében általános „magára hagyottság - érzéssel” küzdenek, amelyet bizonyos térségekben a támogató közösség és az elérhető szakemberek hiánya is súlyosbít (mindössze a válaszadók 20%-a jelezte, hogy valamilyen önsegítő csoport tagja lenne).

7.4 A nevelőszülői hivatás pénzügyi feltételei

Minden nevelőszülő egyetértett abban, hogy nem elegendő a gyermekek után járó juttatás, nem fedezi a gyermek ellátásának, ruháztatásának, gyógyszereinek, stb. költségeit. *„Mi folyamatosan elszámolást vezetünk, mert ezzel a kapott pénzzel mindig el kell számolnunk. Minden hónapban mínuszban vagyunk. Kb. 15-20 ezer forint a mínusz gyerekenként. A nagyobb gyerekeknél ez 25-30 ezer forintot is kitesz”. „Arra alapoz a rendszer, hogy csalni akarsz, ezért minden túl van bürokratizálva – nem a gyerek van a középpontban”.* A különbséget a nevelőszülő saját forrásból fedezi – ez bizonyos esetekben akár 50%-os önerőt is jelenthet. Nagyobb költségek – például fogszabályozó, nagy értékű szemüveg, nagyobb autó vásárlása, lakásfelújítás – esetében a tágabb család is beszáll, amennyiben van rá lehetősége. Voltak olyan válaszadók, akik szerint a túlköltést az elszámolásban nem szabad leírni, így *„hazugságra kényszerít a rendszer”.* *„Az egész rendszer képmutató, mert a nevelt gyerekek nem kis hányada a létminimum alatt él és ezt mindenki tudja”.*

Szintén megegyezés volt abban, hogy a nevelőszülők lakása, otthona hamar és gyakran amortizálódik a fokozott igénybevétel miatt, a gyerekek kevésbé tudnak vigyázni és kímélni az eszközöket, többségükben nem szoktak ehhez, vagy nem éltek ilyen környezetben. Ezért nagyon gyakran szükséges a bútorok, háztartási gépek cseréje, illetve a lakás felújítása, legalább festése – és erre sem kapnak fedezetet a fenntartótól.

Voltak, akik arról számoltak be, hogy a sok éves nevelőszülői tevékenység miatt saját vagyoniuk, megtakarításuk is elfogyott, ami különösen nehéz helyzetbe hozza azokat, akik hátrányos helyzetű térségben élnek, gyakorlatilag eladhatatlan ingatlannal. *„A gyerekeknek juttatott pénz nem fedezi a leamortizálódott berendezések cseréjét. Minimálisan keveset kapunk támogatásként, amiből lehetetlen fedezni a kiadásokat, ruhákat, iskoláztatást. Én már a saját megtakarításomat is beforgattam, elköltöttem, és ha nyugdíjba megyek, itt maradok egy nagy leamortizálódott lakásban”.* *„A gyerekek által a lakásban, bútorokban okozott károk helyrehozatalára ritkán pályázati forrás van, ami nem igazodik a szükségletekhez, önerőből kell megoldani – de a gyám és a tanácsadó elővesz érte”.*

A nevelőszülőként kapott juttatást sem tartják megfelelőnek ahhoz képest, hogy mekkora felelősséggel, 24/7-es munkarendben dolgoznak. Sokan „nevetségesen”, „megalázóan” alacsonynak tartják a fizetésüket, amelyből ráadásul a gyerekek ellátásának hiányzó részét is kénytelenek fedezni. Szerintük az alacsony fizetés is fontos jele annak, hogy hiányzik a megbecsültségük – valójában *„nagyon nem éri meg”* ez a hivatás.

Irodalom

1. Alternatív gondoskodás a gyermekekről - Útmutató - https://www.sos.hu/wp-content/uploads/sites/6/2018/01/Alternativ-gondoskodas-UTMUTATO-final_1.pdf (utolsó letöltés 2020. szeptember 6)
2. A nevelőszülői rendszer kutatása. MTA Gyerekprogram Iroda – Delphoi Consulting 2009.
file:///C:/Users/user/Documents/revita/visegradi_projekt/tanulmany/hatteranyagok/babusik_neveloszuloi_kutatas_pilot_2009.pdf
3. Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató, Útmutatás a gyerekek, a fogyatékosággal élő személyek, a mentális problémákkal élő személyek és az idősek intézményi ellátásáról a családi és közösségi alternatívákra való tartós áttérés végrehajtásáról és elősegítéséről.
https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines_hungarian-version.pdf (utolsó letöltés 2020. szeptember 5)
4. Képesített nevelőszülői képzés központi oktatási programja, 2017.
<https://www.kormany.hu/download/9/7f/31000/NEVSZ%20KOP.pdf> (utolsó letöltés 2020. szeptember 6)
5. Moving Forward, Impelementing the „Guidelines for the Alternative Care of Children”
https://www.unicef.org/protection/files/Moving_Forward_Implementing_the_Guidelines_English.pdf (utolsó letöltés 2020. szeptember 3) (utolsó letöltés 2020. május 31)
6. Nevelőszülők
https://www.parlament.hu/documents/10181/1789217/Infojegyzet_2019_34_neveloszulok.pdf/c2a1487e-3ff0-eb07-3a20-13851d22e8fb (utolsó letöltés 2020. szeptember 6.)
7. Protokoll, A gyermekvédelmi gondoskodáshoz kapcsolódó család- és gyermekjóléti szolgáltatások folyamatairól, EMMI, 2016.
https://www.kormany.hu/download/4/82/b0000/csgyjsz_szoc_seg%C3%ADt%C3%B3_munka_protokoll_1kiadas.pdf (utolsó letöltés, 2020. Szeptember 6.)
8. Szociális védelem, Központi Statisztikai Hivatal, https://www.ksh.hu/stadat_eves_2_5 (utolsó letöltés 2020. június 15)
9. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (1997. évi XXXI.),
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.tv> (utolsó letöltés 2020. szeptember 6)
10. 513/2013. (XII. 29.) Korm. Rendelet a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony és a helyettes szülői jogviszony egyes kérdéseiről,
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300513.kor> (utolsó letöltés 2020. szeptember 6.)

Kérdések és kutatások az iskolai szociális munkában. Szakirodalmi áttekintés

Az iskolai szociális munka rendkívül változatos tevékenység, amely egy adott területen és időben gyorsan alkalmazkodik a mindenkori kihívásokhoz. Az ehhez kapcsolódó irodalmat vizsgálva azt tapasztaltam, hogy kevesebb az iskolában folyó szociális munkát széles körűen, nagyobb földrajzi vagy időbeli egységet átfogóan vizsgáló kutatás, és sokkal könnyebb egy-egy beavatkozási formát bemutató, illetve ennek hatását vizsgáló munkákat találni. Mivel a gyakorlatban dolgozó kollegák számára ezek a vizsgálatok, illetve a bennük megfogalmazott módszertani megfontolások is fontosak lehetnek, a továbbiakban ezek közül mutatok be néhányat.

Problémás gyerekekből szolgáltatók

Erin Leyca (2010) tanulmányában egy olyan módszertani újdonságról számol be, amely szerint az iskolai szociális munkások a különféle nehézségekkel küzdő gyerekeket nem problémáik felől közelítik meg, hanem lehetőséget biztosítanak nekik arra, hogy ne segítettként, hanem segítőként működhessenek közre különféle projektekben. Ez pedig fokozza az említett tanulók rezilienciáját és növeli a megküzdési képességüket. Az erősségeken alapuló megközelítéssel dolgozó szociális munkások nemcsak a megfelelő szolgáltatások igénybevételét kínálják fel, hanem új szolgáltatások kialakításában is részt vesznek, a gyerekekkel együtt. Ezek a projektek bővítik a másoknak nyújtott segítség szükségletére alapozva az adott tanulóközösség vagy lakóközösség szolgáltatási kínálatát, ugyanakkor növelik a gyerekek önértékelését, és lehetővé teszik, hogy a szociális munkás és a gyerek ne csak segítettként és segítettként, hanem munkatársakként is találkozzon.

Sokféle tevékenységgel el lehet érni, hogy a gyerek átélhesse: ő ad a másoknak valamit, a segítségéért elismerést kap, és eközben új készségeket alakít ki. Ezek a változások életének más területeire is hatással vannak. Ez a fejlődését elősegítő (promotív) folyamatokat indíthat el, amelyek nem közvetlenül csökkentik a veszélyeztető tényezők hatását, de közvetett, áttételes módon védőfaktoroként működhetnek a gyerek életében, hiszen mások segítése során új kapcsolatai alakulnak ki, sikerélményre tehet szert, átélheti a felelősségtudatot, és ez visszahat arra, hogy milyen módon tud megküzdeni a környezetében felmerülő veszélyeztető tényezőkkel. Változik a viselkedése, a korábbtól eltérő érzéseket élhet át, másféle attitűdöket alakíthat ki. Pozitív hozzájárulása mások elismerését válthatja ki, átélheti a saját fontosságát, ami az önértékelésére is pozitív hatással lehet. A korábban problémás viselkedéséről elhíresült gyerek egy aprónak tűnő segítségnyújtással más szerepben más színben jelenik meg a többiek előtt, mint korábban, új kapcsolatokra, társadalmi tőkére tesz szert. Az ilyen körülmények között formálódó kapcsolat jelentősen megkönnyíti a segítség folyamatát is, hiszen a gyerek már ismerősként fordulhat a szociális munkáshoz, kapcsolatuk nem a problémára fókuszál, hanem az erősségek kibontakozásának ad teret.

A szemléletváltás hatását a lehorgonyozott elméleten (grounded theory) alapuló kvalitatív megközelítéssel végezték. A kutatók arra keresték a választ, hogy az iskolai szociális munkások mit gondolnak a támogatásról és hogyan váltanak át a korábbi, probléma-központú beavatkozásaikról olyanokra, amelyek a lehetőségeket helyezik előtérbe.

Szám szerint harminc félig-strukturált interjú készült iskolai szociális munkásokkal. A vizsgálat megállapította, hogy néhány megkérdezett már működő projektekhez küldött diákokat (Habitat for Humanity), mások az iskola életében felmerülő szükségleteknek megfelelően alakítottak ki projekteket (kisebb javítások, kertészkedés, mozgásban akadályozott társak segítése, üdvözlőlapok készítése). Ismét mások a lakóközösségben folyó közösségi tevékenységben vettek részt (adományt gyűjtöttek a természeti katasztrófa áldozatainak, már nem használt könyveket és játékokat juttattak el olyan családokhoz, amelyeknél ezekre szükség lehet).

A gyerekek többsége életében először vett részt ilyen tevékenységben, így speciális felkészítésre volt szükség. Olykor fel kellett használniuk az iskolában tanultakat (pl. számolási készségek) és olyan szerepekbe kerültek, amelyek korábban ismeretlenek voltak számukra. Szakértőként vettek részt a kortárs-zaklatás (bullying) megelőzésére szolgáló programokban, a biztonságos közlekedést tanították stb.

A kortársak közötti zaklatás megelőzését szolgáló program hatásának vizsgálata

A kortársak közötti zaklatás (bullying) valószínűleg minden iskolai közösségben létező jelenség, nagyon különböző válaszok születnek azonban rá különböző korokban és társadalmakban. Becslések szerint áldozatként vagy elkövetőként a gyerekek 30 százalékát érinti a kortárs zaklatás jelensége. Iskolai szociális munkások különféle programokat dolgoztak ki és vezettek be a probléma visszaszorítása érdekében. A megelőzési projektek közül Jenson és munkatársai tanulmánya (2010) a Youth Matters (YM) elnevezésű program hatását vizsgálja, egy évvel a program lezárása után. A projekt Colorado államban, Denverben zajlott, állami általános iskolákban. Hatását 28 iskolában mérték, összehasonlítva az adatokat más, hasonló társadalmi-gazdasági helyzetű iskolákéval, ahol nem alkalmazták a YM programot.

A kortárs zaklatás megelőzése érdekében a szakirodalom többnyire a szülői tréningeket, a játszótéri felügyeletet, a kooperatív tanulásszervezést, a multimédiás beavatkozások némelyikét valamint a különféle készségfejlesztő foglalkozásokat tartja hatásosnak. A konkrét program részletes ismerete nélkül a tanulmány két megállapítása lehet a legfontosabb számunkra. Az egyik az, hogy a szociális munkások feladata programjaik hatásának vizsgálata, ezzel kapcsolatos módszertani felkészülésük elengedhetetlen. A program hatásvizsgálata során szerzett másik legfontosabb megállapítás az, hogy a kortárs zaklatók döntő többsége maga is elszenved zaklatást más kortársaktól, így a zaklatókra nem lehet elkülönített csoportként gondolni.

Gyerekek és fiatalok kutatói szerepben

A user-led – jelen esetben a tanulók által végzett – vizsgálatok érdekes és fontos módszertani újdonságot jelentenek (*Delgado, 2011*). A kutatások tervezését és lebonyolítását a következő szakaszokra szokták bontani: előzetes tervezés, kutatói csapat verbuválása, team-építés, a kutatási design kialakítása, a munkatársak felkészítése, adatgyűjtés, az adatok elemzése, tanulmányírás, az eredmények ünnepléssel egybekötött nyilvános bemutatása, valamint a következő kutatás céljának kijelölése.

A gyerekek vagy fiatalok által végzett kutatások során olyan innovatív technikákat is lehet alkalmazni, mint a videofelvételek készítése, művészeti alkotások bemutatása, stb. Mindehhez azonban alapos előkészítő munkára van szükség. Az etnográfiai módszerek használata sok

előnyvel járhat – a gyerekek/fiatalok tapasztalatokat szerezhetnek az emberi sokféleségről – esetleg az adott közösségek saját lakóhelyén mindennapi életük kontextusában. Így egy kutatási projekt oktatási és szociális célokat is szolgálhat.

Egy kisebb kutatás lehet például az is, ha a gyerekek/fiatalok feljegyzik a jegyzetfüzetükbe, hogy egy adott látogatás során milyen üdvözlési, köszönési formákat hallottak, hogyan köszönnek meg dolgokat egy adott közösségben, milyen kifejezések hangzanak el, amelyeket kívülállók nem értenének meg. A szerzett adatok feldolgozása során a gyerekek rájöhetnek arra, hogy a szavak és kifejezések jelentése hogyan változik, a kontextustól függően. Ez a tudás segíthet nekik abban, hogy jobban boldoguljanak különféle társas helyzetekben. Az etnográfiai kutatásban használt más eszközök, például a résztvevő megfigyelés, vagy az oral history szintén alkalmazható gyerekek vagy fiatalok körében megfelelő felkészítés után.

Ez a tapasztalat alkalmas lehet arra, hogy demisztifikálja a tudást, a kutatást, így megerősítő (empowering) hatással lehet a részt vevő gyerekekre/fiatalokra, akik személyes tapasztalatokat szerezhetnek a kutatás folyamatáról. A kvalitatív kutatások ugyanakkor kihívást is jelentenek olyan szempontból, hogy a kutató többnyire a megkérdezett vagy megfigyelt ember mindennapi környezetében teszi fel a kérdéseket vagy végez megfigyelést. A kutató részéről ez empátiát igényel, a meghallgatás készségét, mellyel sok esetben nem rendelkeznek a gyerekek vagy fiatalok. Ezt a hiányt szerepjáttékkal lehet pótolni, amely jelentősen növelheti az érzékenységüket, a másik emberre való ráhangolódási képességüket. Az összegyűjtött információk feldolgozása során a fiatalok új, friss szempontokat hozhatnak, ugyanakkor megtapasztalhatják, hogy egy információtömeget hogyan lehet rendezni, értelmezni.

Az erősségen alapuló megközelítés vizsgálata nem-nyugati kultúrában

Ez a közelítés alapvetően az Egyesült Államokból származik. Kérdés azonban, hogy ez a megközelítésmód – hasonlóan a fejlett Nyugatról származó módszerekhez – tud-e megfelelő válaszokat adni a világ más részein felmerülő kihívásokra. A szociális munka oktatásában a világon sok helyen amerikai fogalmakat és irodalmat használnak. Kétségsbe vonható, hogy ezekkel a fogalmakkal elég jól leírható-e az a társadalmi realitás, amelyben a nem-nyugati szociális munkások dolgoznak, illetve felmerül a kérdés, hogy a szociális munka fejlett Nyugatról származó elméletei nem marginalizálják-e a más területeken élők szakmai perspektíváját és tapasztalatait (*Pulla, 2017*). A helyi hangok felerősítésére való igény egyértelműen megfogalmazódik a szakirodalomban.

Az Egyesült Arab Emírátságban 1961 óta működő, elsősorban Indiából származó gyerekeket nevelő középiskolában fókusz-csoportos interjúkkal vizsgálták, mit várnak a gyerekek, a szülők és a tanárok a kampuszon dolgozó szociális munkásoktól (12 000 diákkal 12 szociális munkás, ezen felül iskolapszichológusok és tanácsadók dolgoznak), és véleményük szerint alkalmazható-e az erősségekre építő megközelítés. Minden csoportban megfogalmazódott, hogy a gyerekek tartanak attól, hogy a szociális munkással való kapcsolat megbélyegzi őket. Leginkább azt várják az iskolai szociális munkástól, hogy megértő legyen és a titoktartási kötelezettségét feltétlenül tartsa be.

A szülői csoportban egyértelműen megfogalmazódott az az igény, hogy szeretnének többet tudni a kampuszon dolgozó segítők munkájáról. Az erősségeket középpontba állító megközelítéssel szemben kételyeiket fogalmazták meg, mivel az nem a problémára fókuszál. A kutatás legfontosabb eredménye az volt, hogy kiderült: a szülők nem értik az iskolai szociális

munkás szerepét és feladatát, ami részben abból fakad, hogy a tanulói létszámhoz képest nagyon kevés a szociális munkás, ami többnyire nagy létszámú, prevenciós célú foglalkozást tesz lehetővé, kisebb létszámú csoportokkal végzett, elmélyült munkára kevés lehetőség van. A válaszadók közül kevesen találtak egyénileg iskolai szociális munkással, így a kutatásból levont egyik legfontosabb következtetés az volt, hogy sokkal több lehetőséget kellene teremtenie a kampuszon dolgozó segítőknek a gyerekekkel való interaktív találkozásokra.

Unokáikat nevelő nagyszülők: kérdések és becslések a segítő folyamatban

Newsome és Kelly (2004) szerint az utóbbi években, évtizedekben egyre több nagyszülő kerül abba a helyzetbe, hogy ő lesz unokájának vagy unokáinak elsődleges gondozója. A gyerekek egy jelentős része életének egy szakaszát nagyszülővel vagy más rokonnal tölti. Az iskolai szociális munkások szerepükből adódóan fontos prevenciós munkát végezhetnek ezzel a sérülékeny, de a gyerekek életében jelentős szerepet betöltő csoporttal.

A szerzők szerint a megoldás-központú rövid terápia nagyon hasznos lehet azoknak a nagyszülőknek a támogatásában, akik valamilyen traumatikus esemény következtében válnak a gyerek gondviselőjévé, például gyermekük (a gyermek szempontjából a szülő) balesete, börtönbe kerülése, súlyos betegsége, drog- vagy alkoholfüggősége, mentális problémái miatt. Az ilyen okok miatt a nagyszülőkhöz kerülő gyerekeknek gyakran speciális segítségre van szükségük, ugyanakkor a nagyszülők számára is krízist jelenthet balesete, betegsége, összeütközése a törvénnyel stb.

Jelentős alkalmazkodást kíván a nagyszülőktől az új helyzet is, amelyben ismét gyermeket nevelnek. Nem készültek erre a szerepre, sokszor idősek és fáradtnak érzik már magukat a feladathoz, ami váratlanul szakadt a nyakukba. Ebben a helyzetben fontos támogatást jelenthet, ha hasonló szituációban lévő nagyszülőkkel találkozhatnak.

A Newsome-Lelly (2004) szerzőpár egy olyan rövid-terápiás, megoldás-központú csoportról számol be, melyet iskolai szociális munkások alakítottak ki ilyen helyzetben lévő nagyszülők számára. A nagyszülők saját gyerekük vagy gyerekeik nevelése során már sok tapasztalatot szereztek, ami jól hasznosítható az unokáikkal kapcsolatban is. Ez a pozitív megközelítés jelenti a munka kiindulópontját. Sok nagyszülő számára ez a helyzet második esélyt jelent arra, hogy sikeres gyereknevelési tapasztalatokat szerezhessen; esetleg a család összetartójának szerepévé kerülve fontos pozícióra tehet szert a családi rendszerben. Néhányan éppen az unokák nevelésével tudják gyerekeik iránti szeretetüket kifejezni.

A mindennapi együttélés során azonban rengeteg akadályba ütközhetnek, különféle nehézségekkel szembesülhetnek például a gyerek iskoláztatásával kapcsolatban. Sok idő telt el azóta, amióta saját maguk, illetve a gyerekeik iskolások voltak, nehezen igazodnak el a mai iskolák megváltozott világában, esetleg zavarban vannak a többi gyerek náluk sokkal fiatalabb gondviselője között. A (nagy)szülők és az iskola jó kapcsolata fontos erőforrás a gyerek iskolai sikeressége szempontjából, védőfaktoroként működik az iskolából való kimaradással szemben, ezért elemi fontosságú a nagyszülők támogatása abban, hogy jó kapcsolatot alakítsanak ki az iskolával.

A csoport alkalmas lehet arra, hogy tagjai megosszák egymással tapasztalataikat, támogatást szerezzenek egymástól azokon a területeken, ahol bizonytalanok és segítse az unokáikat nevelő nagyszülőket abban, hogy pozitív jelentést tudjanak adni a helyzetnek, amelybe kerültek. A

megoldások kereséséhez sok esetben használják a de Shazer-modellből (*Evan, Iveson & Ratner, 1990*) ismert csoda-kérdéseket, illetve értékelő skálát.

A csoportfoglalkozásokat általában nyolchetes időtartamra tervezik, heti egyszeri találkozással. A beszélgetéseken a sikeres kivételeket, a kis változásokat keresik és arra törekednek, hogy ezeket az apró elmozdulásokat rendszeressé tegyék. A résztvevők nem egy szakértő véleménye alapján próbálják a problémákat orvosolni, hanem saját sikeres kísérleteikből tanulva, ezek hatását erősítik fel; nem külső szakértelemtől várják a helyzetük jobbra fordulását, hanem elsősorban saját erejükre támaszkodnak.

Megoldás-központú rövid-terápia a pedagógusok segítségével

Szintén a megoldás-központú rövid terápia (*Jong & Berg, 2013*) alapelveit használja fel a Working on What Works (WOWW) modell, amit nagyjából *Használd azt, ami működik!* címmel lehetne magyarra fordítani. A Kelly és Bluestone-Miller (2009) által leírt modell elsősorban pedagógusoknak szól; elsődleges célja az, hogy az osztályukat kezelhetőbbnek lássák, ilyen módon sikeresebb tanárok legyenek.

A szociális munkásokat sokszor keresik meg a pedagógusok egy-egy problémás gyerek ügyében. Ezt követően a szociális munkás rendszerint megfigyeli a problémás viselkedést, majd négy szemközti helyzetben próbálja feltárni a problémákat és igyekszik segítséget nyújtani a gyerekeknek. Nagy kérdés, hogy a problémát meg lehet-e oldani az eredeti kontextusából kiragadva, lehet-e így segíteni a problémás viselkedés megszüntetésében. Vagy gyorsabban célt érünk, ha a pedagógusnak segítünk megváltoztatni a nézőpontját, hogy inkább arra fókuszáljon, ami sikeresen működik.

A megoldás-fókuszú terápia a sikeres kivételeket veszi alapul; a múltbeli eredményes megoldások elemeit segít felidézni. Fontos eleme, hogy az osztály együtt alkosson szabályokat a problémák megoldása érdekében, ne egy-egy gyerek kerüljön bűnbak szerepbe. A modell alapelemét a célok kitűzését, a megoldások keresését középpontba helyező beszélgetések alkotják, a változások felmérése itt is képzeletbeli skálák alkalmazásával történik. A közös elvárások megfogalmazása után a WOWW módszerrel dolgozó szociális munkás megkérdezi az osztályt, hogy az aznapi viselkedésüket egy képzeletbeli, 1-10-ig tartó skálán milyenre értékelnék. Megkérdezi azt is, hogy milyen eszközökkel lehetne javítani az eredményen. Így az osztályt együtt alkotja meg a szabályokat és fogalmazza meg a cél elérése érdekében szükséges lépéseket.

A tanár a szociális munkással négy szemközt hasonlóképpen kitűzi a saját céljait, megfogalmazza elvárásait, eszközeit. A szociális munkás a következő ülésen a jól működő, sikeres kivételeket erősíti meg, ezzel ösztönzi a pedagógust a sikeresen működő kommunikációs elemek gyakoribb alkalmazására.

Következtetés

A fent leírt kérdések, módszerek és kutatások messzemenően függenek attól a kontextustól, melyben keletkeztek. Más társadalmi feltételek között nyilván más kutatási kérdések és eljárások relevánsak. A bemutatott vizsgálatok és megközelítésmódok azonban kiindulópontként szolgálhatnak hazai környezetben releváns vizsgálatok megtervezéséhez, illetve az itt legfontosabb és leginkább érvényes kérdések kiválasztásához.

Irodalom

1. Delgado, M. (2011). Youth-Led Research and Methods. In *Design and Methods for Youth-Led Research* (pp. 141-166). Sage, Thousand Oaks.
2. Evan, G., Iveson C. & Ratner, H. (1990). *Megoldásközpontú terápia – a de Shazer-modell*. Budapest: Animula.
3. Jeffrey, M. & Brisson, D. (2010). Preventing Childhood Bullying: Findings and Lessons From the Denver Public Schools Trial. *Research on Social Work Practice*, 20(5), 509-517.
4. Kelly, M. S. & Bluestone, M. R. (2009). Working on What Works (WOWW): Coaching Teachers on What's Working. *Children and Schools*, 31(1), 31-38.
5. Jong, P. & Berg, I. K. (2013). *A feladattól a megoldásig. A megoldásközpontú interjúzás művészete*. Budapest: Animula.
6. Leica, E. (2010). How School Social Workers Integrate Service Opportunities into Multiple Elements of Practice. *Children & Schools*, 32(1), 27-49.
7. Newsome, W. S. & Kelly, M. (2004). Grandparents Raising Grandchildren: A Solution-Focused Brief Therapy Approach in School Settings. *Social Work With Groups*, 27(4), 65-84,
8. https://www.researchgate.net/publication/232897146_Grandparents_Raising_Grandchildren_A_Solution-Focused_Brief_Therapy_Approach_in_School_Settings
Utolsó megnyitás 2019. július 28.
9. Pulla, V. (2017). Response to a strength-based approach in social work in schools: An Indian school in Dubai. *International Social Work*, 60(6), 1418-1432.

Egy kutatás tanulságai az iskolai szociális munka szempontjából. Az iskolai szociális munka lehetőségei a hátrányos helyzetű településeken

Bevezetés

Ebben a tanulmányban azt szeretném bemutatni, hogy egy szociális munkás kutatás, amely a mindennapi munkára ható tényezőket igyekszik feltárni, milyen tanulságokkal szolgálhat a mindennapi szakmai gyakorlat számára.

E tanulmány alapját az a kutatás szolgáltatta, amelyet a Miskolci Egyetem Bölcsészettudományi Karán zajló „Digitális úton, útfélen” című iskola-fejlesztési projekt keretében végeztem 2015 nyarán Miskolc két nyomortelepén, valamint hat Borsod-Abaúj-Zemplén megyei településen.²⁶ A terepmunka során vizsgáltam a helyi közösségek jellemzőit, a fejlesztésbe bevont iskolákba járó hátrányos helyzetű, túlnyomórészt cigány családok és gyermekeik pszichoszociális helyzetét, nevelési/nevelődési sajátosságait, az iskolához fűződő viszonyát, a jövővel kapcsolatos elképzeléseit, a jövőt meghatározó jelenbeli cselekvéseit. Célom annak bemutatása volt, hogy milyen társadalmi hatások jelennek meg ezen iskolák mindennapi életében. A kutatás a települések szociális szakembereinek támogatásával és a szociális szolgáltatások szempontjait figyelembe véve történt.

A településeket – a két miskolci településrészrel együtt összesen nyolcat – a fejlesztésbe bevont iskolák listájából választottam, a következő szempontok alapján: legyen közöttük nagyváros (Miskolc: számozott utcák, Lyukóvölgy), kisváros (Sajóbáony, Alsózsolca), község (Megyaszó, Böcs), nagyközség (Taktaharkány), kisközség (Bükkaranyos). Bár a kutatás keretét alkotó fejlesztési projekt célcsoportját a hátrányos helyzetű iskolák és tanulók alkották, a kutatás során végül a települések cigánytelepeit jártam végig, és elsősorban cigány családokat kérdeztem. Ennek az a magyarázata, hogy bár én egyszerűen csak hátrányos helyzetű családokkal szerettem volna interjúkat készíteni, ehhez kértem segítséget a gyermekjóléti szolgálatok szociális munkásaitól, ők a cigánytelepekre és elsősorban cigány családokhoz vittek. Én pedig végül nem tiltakoztam, elfogadtam a hátrányos helyzet (valójában mélyszegénység) általuk kínált meghatározását, ami nyilvánvalóan megfelelt az iskolák definíciójának is. Ezt magyarázza, hogy a Miskolc környéki hátrányos helyzetű iskolákban rendszerint magas a cigány tanulók aránya, sőt nagy részüket „cigány iskolának” tekinti a közvélekedés. Tapasztalataim szerint a helyi társadalmak problémái is nagymértékben összefüggenek a település cigány lakosságának arányával, mivel a cigányságot egyértelműen a rendszerváltás vesztesei közé sorolhatjuk.²⁷ A vizsgált települések egy része előregedő, csak a cigány családokban születnek gyermekek, így az iskolába is ők kerülnek be. Azonban a kevésbé hátrányos helyzetű települések iskolái is szegregálódnak, mert a szabad iskolaválasztás

²⁶ Az eredeti kutatási jelentés címe és megjelenési helye: Kozma Judit: Hátrányos helyzetű települések, családok, gyerekek és iskolák Miskolc környékén. Szellem és Tudomány, 2015. 3-4. sz. 104-156.o. https://atti.uni-miskolc.hu/docs/SZeT2015_34.pdf (2020.03.15.)

²⁷ Dupcsik Csaba: A magyarországi cigányság története. Történelem a cigánykutatás tükrében, 1890-2008. Osiris Kiadó, Budapest, 2009. VII. fejezet A rendszerváltás vesztesei. http://www.sulinet.hu/oroksegtar/data/magyarorszag_i_nemzetisegek/romak/a_magyarorszag_i_ciganysag_tortenet_e/pages/006_szocializmus_kora_II.htm

lehetősége miatt a jobb módúak és a közeli nagyvárosban dolgozók elviszik a gyerekeiket a falusi iskolákból, főleg, ha ott növekszik a cigány tanulók aránya. Ez okozza a spontán szegregációt, aminek veszélye időnként magával hozza az akaratlagos szegregációt, amikor az iskolaigazgatók – a spontán szegregációtól való félelmükben – a legváltozatosabb módszerekkel igyekeznek szétválasztani a szegény és a jobb módú családokból jött gyerekeket.²⁸ Másrészt köztudott, hogy az iskolák esélykiegyenlítő szerepe is a cigány gyermekek szempontjából a legjelentősebb. Így végül nem törekedtem arra, hogy a kérdezettek közé egyként kerüljenek be cigány és nem cigány hátrányos helyzetű családok. Tehát megállapításaim elsősorban a Miskolc környéki iskolák cigány tanulóira és családjaikra vonatkoznak, nem a hátrányos helyzetűekre általában.²⁹

A terepmunkát 2015 nyarán végeztem, harminchét interjút készítettem (településenként négy-öt családot látogattam meg, az esetleírásokban a kérdezett családok természetesen nem a saját nevükön szerepelnek). A települések gyermekjóléti szolgálatának szociális munkásaival beszéltem először, őket kértem meg, hogy segítsenek elérni azokat a családokat, amelyekkel érdemes beszélnem, és adjanak információt a helyi közösség és a helyi iskolák sajátosságairól. A szociális munkások nagyon sokat tudnak a helyi társadalomról és a hátrányos helyzetű családokról. Ezeknek a családoknak a nagy hányada a klientúrájukba tartozik, messze nem csak azok a családok, amelyekben a gyermekek veszélyeztetetteknek minősülnek, például az iskolába járás elmulasztása miatt, hanem azok is, amelyek olyan preventív szolgáltatásokat vesznek igénybe, mint az adományosztás, nyári étkeztetés, gyerektábor, felzárkóztató foglalkozás, ösztöndíj. A szociális munkások együttműködnek az iskolákkal is, lehetséges klienseiket is gyakran az iskolák közvetítik, és az iskolai problémák – a gyerekek nem megfelelőnek tekintett viselkedése, a felszerelés hiányossága, a magántanulóvá minősítés – is általában náluk csapódnak le. A szociális munkások részt vesznek a különböző szociális projektek szervezésében is, mint amilyenek a kutatás időpontjában a ProLecsó Program és a komplex telep-program volt.

Az iskolák belső viszonyait nem vizsgáltam, ezt a projekt kutatócsoportjának más tagjai vették górcső alá. Én azzal foglalkoztam, hogy mit látnak belőlük azok a családok, amelyeknek a gyermekei oda járnak.

A gyermekjóléti szociális munkásokkal készített interjúk témakörei a következők voltak:

- A helyi közösség jellemzői: a település, lakosság, vállalkozások, munkalehetőségek, hátrányos helyzetűek, gyerekes családok, munkanélküliség, megélhetés, foglalkoztatási kísérletek stb.
- A gyermekjóléti szolgálat klientúrája: a családok jellemzői (családnagyság, hátrányos helyzet, veszélyeztetettség stb.)
- A gyermekjóléti szolgálat szolgáltatásai, kapcsolatai a társintézményekkel, részvétele fejlesztési programokban

²⁸ Lásd: Matkovich Ilona (2012): Mit írtak alá? Mohácsi Erzsébet jogvédő a szegregációs perekéről. Magyar Narancs, 2012. 14. sz.

²⁹ Amúgy is nehéz lett volna előírászerű mintavételt alkalmazni, azaz megtalálni az összes hátrányos helyzetű gyereket vagy családot, megállapítani, hogy hány százalékuk cigány, majd véletlen mintavétel alapján ugyanannyi cigány és nem cigány tanulót vagy családot bevonnai a kutatásba.

- Az iskolák helyzete, gyermeklétszám, összetétel, kapcsolat a szülőkkel, társintézményekkel, változások, tanítási módszerek.

A gyermekjóléti szolgálatok munkatársainak elbeszélését kiegészítettem, pontosítottam dokumentumok segítségével. Igénybe vettem beszámolókat, újságcikkeket, internetes forrásokat.

A családok helyzetét a következő mutatókkal vizsgáltam:

- Hátrányos helyzet: tőkék léte vagy hiánya³⁰:
 - o anyagi tőke (jövedelmi-vagyoni helyzet): lakáshelyzet, környezet, a lakás felszereltsége, jövedelem
 - o kulturális tőke: kultúra közvetítő tárgyak jelenléte a közvetlen környezetben, a szülők iskolai végzettsége, a szülők által átadott készségek, a szülők nevelési prioritásai³¹
 - o társadalmi tőke³²: a családok és gyermekek rendelkezésére álló kapcsolati háló az anyagi javakat helyettesítő szolgáltatásokat kínál (szívességi hálózatok), kultúra közvetítő, támogatást, valamint mintákat nyújthat a családok és gyermekek számára, ami megalapozza aspirációikat és sikerüket az iskolában és a munkaerőpiacon.³³ Ugyanakkor ide tartozik a közösségi szolgáltatások (például a gyermekjóléti, orvosi és védőnői szolgálat, szociális iroda) használatának képessége is.
- A gyermekek:
 - o egészségi állapota
 - o iskolai előmenetele
 - o szabadidő eltöltése
 - o a jövőről szóló elképzelései.
- A családok és az iskola kapcsolata:
 - o osztályfőnök, szülői értekezlet,
 - o szülőtársak,
 - o segítségkérés, segítségek
 - o iskolai programok
 - o tanítással kapcsolatos tapasztalatok

A korábbi, teljes tanulmány³⁴ első fejezetében áttekintettem a helyi közösségek sajátosságait. A második rész a hátrányos helyzetű tanulók családi helyzetéről szólt. A harmadik rész az iskoláknak a helyi közösség hátrányos helyzetű családjaiban kialakult képét ismerteti. A negyedik fejezetben a szegény családokban felnövő gyermekek továbbtanulását, jövőjük pozitív alakulását elősegítő és gátló tényezőket mutattam be. Most a kutatás főbb

³⁰ Bourdieu tőkefogalma alapján dolgoztam ki ezeket a mutatókat. Lásd: Bourdieu, P. (1997): Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: A társadalmi rétegződés komponensei. (szerk.: Angelusz Róbert) Új Mandátum Könyvkiadó, Bp. 1997. p. 156-177.

³¹ Kertesi Gábor - Kézdi Gábor (2012): A roma és nem roma tanulók teszteredményei közti különbségekről és e különbségek okairól. Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek BWP 2012/5.

³² Bourdieu, id. mű

³³ Hiányuk akadályozza az iskolai sikernek. Lásd: Messing Vera - Molnár Emília (2008): „A roma gyerekek iskolai sikerességének korlátairól”. *Esély*, 4. sz., 87 és kk. o.

³⁴ Lásd az i. jegyzetet!

megállapításait fogom közölni, amelyek a vizsgált településeken az iskolai szociális munka stratégiájának kialakításában fontos szerepet játszhatnak.

I. A helyi közösségek

A települések helyzete. A hét vizsgált település között sok hasonlóság és sok különbség volt. A kisebb települések mind Miskolc agglomerációjába tartoztak. Egy részük, mint Bükkaranyos, Sajóabony vagy Alsózsolca részben Miskolc elővárosa, alvófaluja. Böcs kivételével valamennyi település szerepelt a hátrányos helyzetű települések listáján, Megyaszó és Taktaharkány a leghátrányosabb helyzetű települések közé tartozott.³⁵ E két utóbbi település hanyatlott, népessége elöregedett, csak a cigány családokban születtek gyermekek. A leépülő települések belső viszonyai is konfliktusosak voltak, megszorodtak a devianciák. A megyaszói szociális munkás a következőket mondta erről: *„Egyre kevesebb a gyerek. Korábban az óvodában két kiscsoport volt évente, most már csak egy van. A fiatalok elköltöznek, ha tudnak. Van, aki külföldre megy, vagy Pestre. Amíg nincs család, addig ingáznak, azután elköltöznek. Azok is, akik a környező településekre ingáznak. A szülők is biztatják a gyerekeket, hogy menjenek el innen. Sok a konfliktus a településen: a cigány családok összevesznek a gyerekek vitáján; sok a lopás, verekedés. Kábítószer is előfordul, más településekről hozzák be, főleg füvet, de találtak már kukában injekciós tűt is. Korábban higitóztak is a gyerekek, került kórházba is gyerek emiatt. Olyanok jöttek vissza kábítószer árulni, akik már elköltöztek innen, autóval jöttek, amikor az ellátások kifizetése volt.”* A leépülő települések zártak, nem jellemző a ki- és bevándorlás. Taktaharkányban – bár a közlekedés jó, a település Miskolc és Szerencs között fekszik félúton és Tokaj is mindössze 15 kilométerre van, vasúton is könnyen megközelíthető – a munkanélküliek mégsem utaztak a munka után, mert a közlekedés drága volt, nem érte meg a minimálbérért vállalni a mindennapi utazást. A szegény cigány családokban 6-8 gyermek volt, a családi ellátásokból és a közmunkából éltek. A taktaharkányi szociális munkás szerint a szegény cigány családok *„olyan mély nyomorban élnek, hogy minden gyereket ki lehetne emelni a családból, de az nem lenne igazságos. Most hat gyerek került ki egy családból gyermekbántalmazás, elhanyagolás, rongálás miatt. December óta voltak a gyerekek védelemben. A szülők részegen baltával verték szét a telefonfülkét a kifizetések idején. Ballagás volt, azt ünnepelték. Van drog is, a gyerekek az óvodában azt játszották, hogy felszívják az injekciós tűbe a drogot.”*

A kontinuum másik végén láttuk Böcsöt, amelynek jó – bár az utóbbi időben némiképp romló – anyagi helyzete a Borsodi Sörgyár iparüzési adójának volt köszönhető. A sörgyáron kívül a település legnagyobb foglalkoztatója a Haladás MGT SZ volt, mindkettő bőven alkalmazott idénymunkásokat is. A böcsi polgármester aktívan igyekezett javítani a község gazdasági helyzetét, földeket vásárolt, melyen szociális szövetkezet keretében zöldséget termeltek közmunkások bevonásával. A megtermelt zöldséggel ellátta a helyi intézmények konyháit, a kertészetben termelt virágokkal a települést szépítették, a palántákat a lakosság vásárolta meg. Mivel a közmunkások bére nem az önkormányzatot terhelte, a vállalkozás nyilvánvalóan rentábilis volt, bevételt hozott a település számára. Akkoriban tervezték gyógynövénykertészet létrehozását, melyben a munkanélküli (cigány) asszonyokból képzett

³⁵ 105/2015.(IV.23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről <http://hirlevel.egov.hu/2015/04/26/a-kormany-1052015-iv-23-korm-rendelete-a-kedvezmenyezett-telepulesek-besorolasarol-es-a-besorolas-feltetelrendszererol/> (2015.08.12.)

szakmunkásokat terveztek alkalmazni. Bár a település nem számított hátrányos helyzetűnek (a munkaképes lakosság 10-15%-a volt munkanélküli), ami hátrányt jelentett a pályázatok esetében, az önkormányzat igyekezett minden lehetséges fejlesztési forrást feltérképezni és kiaknázni. Szociális szövetkezetet például azért hoztak létre, hogy indulni tudjanak munkahely fenntartó és munkahely teremtő pályázatokon.³⁶

Szintén Bócs kivételével a munkanélküliség mindegyik vizsgált településen jóval magasabb volt az országos átlagnál. Még abban az esetben is, ha volt *helyi nagy foglalkoztató*, mint Bükkaranyoson a Gyula-tanya, melynek szürkemarha és lótenyésztése volt, vagy a szőlőfeldolgozó, vagy az alsózsolcai ipari park tíz közepes méretű vállalkozása, ezek gyakran nem elsősorban a helyieket foglalkoztatták. Sokan jártak át szomszédos településre vagy Miskolcra, Szerencsre dolgozni. A mezőgazdasági és élelmiszeripari vállalkozások (például Bócsón a Borsodi Sörgyár és a Haladás MGTSZ; Megyaszón a MAG Kft, mely a régi termelőszövetkezet privatizációja révén jött létre) foglalkoztattak idénymunkásokat, napszámosokat is, ami jövedelem kiegészítési lehetőséget nyújtott a segélyekből élő családoknak.

A különböző fejlesztési törekvések jó része is a munkanélküliség és a szegénység csökkentését célozta, mint amilyen például a *Prolecsó program*. Ennek bükkaranyosi tapasztalatai példázzák a foglalkoztatási programokkal kapcsolatos ellentmondásos helyzeteket. A helyi szociális munkás beszámolójából idézünk: „*Az első évben még sokan jelentkeztek, majd csökkent a létszám, pedig az ellátás mellett napi négy órát dolgozhatnak*³⁷. *Többféle kifogással élnek: nem tudják ellátni a gyereket, betegek, nem bírják a munkát a napon. Az igazság az, hogy rossz egészségi állapotban vannak. Az idősebb munkavállalói korosztály tagjai pedig félnek, hogy elveszítik az ellátást, ha részt vesznek a programban.*” A beszámoló szerint ugyanezt tapasztalták a fejlesztési program tervezői a rehabilitációs járadékosoknak szervezett bedolgozói munkával is. A meghívottak nem mertek munkát vállalni, mert féltek, hogy elveszítik az ellátást. Az ellentmondásos tapasztalatok ellenére igyekeztek a hátrányos helyzetű települések kihasználni a lehetőségeket.

Utolsónak hagytam a *közmunkát*, mintegy csattanóul, mivel ennek igen nagy szerepe volt a szegény családok megélhetésében. Az általam meglátogatott településeken ottlétemkor szinte minden munkanélküli dolgozott közmunkásként. A közmunka a szegény sokgyermekes családok háztartásfőinek lehetővé tette a családi adókedvezmény igénybevételét, így havonta 75000.- Ft lehetett a bérük. A közmunka – bár a jötevő-kliens viszonyt alakítja ki a munkavállalók és munkaadók között, és a munkajogi védelem hiányában kiszolgáltatottságot eredményez – máig is igen népszerű a szegény családok körében. Ennek oka egyrészt, hogy nagyon hasonlít a számukra jól ismert napszámos viszonyra³⁸, másrészt – mivel helyben van – nem kerül olyan sokba, mint a távolabbi munkavállalás, aminek igen nagy az ára (utazási költség és utazási idő, megfelelő ruházat, étkezés stb.).

³⁶ Lásd: <http://www.bocskozseg.hu/hirek/519> (2019.08.14.)

³⁷ 2013. január 1-jétől a rehabilitációs pénzbeli ellátás folyósítását **csak akkor kell szüneteltetni**, ha az ellátott keresőtevékenységet végez vagy közfoglalkoztatásban vesz részt és a **munkaszerződés szerinti heti munkaideje a 20 órát meghaladja**, vagy keresőképtelen (2011. évi CXCI. törvény 7. § (4) bek.) Ebből következően csak munkaidőkorlát van, keresetkorlát nincs.

³⁸ Lásd: Kozma Judit, Csoba Judit és Czibere Ibolya (2004): Helyi társadalmak, kirekesztettség és szociális ellátások. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen.
<http://szociologiaszak.uni-miskolc.hu/segedanyagok/helyitarsad.pdf> (2018.08.15.)

Közösségi kezdeményezések. A *komplex telepprogrammal* két helyen találkoztam, a miskolci Lyukóvölgyben és Alsózsoltán. Az alsózsoltai program eredményeiről még nem tudtam beszámolni, hiszen éppen a félidőnél tartott. Ami már akkor látszott: a programnak pontosan azok a sokgyermekes főleg cigány családok a kedvezményezettjei, amelyekről kutatásunk hírt adott. A projektbe bevonták az iskolákat és a helyi családsegítő és gyermekjóléti szolgálat munkatársait, ami pozitívuma a programnak. Viszont azt is lehetett látni, hogy a projekt kedvezményezettjei köre korlátozott. Nem fér be mindenki. Amikor az interjút készítettem, többen jöttek a szociális munkáshoz kérdezni, hogy nem lehetne-e bekapcsolódni, és szomorúan távoztak a nemleges válasz után. Hamar betelt a létszám. A program nagy eredménye még a közösségi ház felépítése. Szociális munkás szempontból ez nyújtja a legjobb lehetőséget a fejlesztő beavatkozásra, a fejlesztési folyamat folytatására a projekt lezárulása után.

A miskolci komplex telepprogramból a lezárulás után már csak az ún. „csillagpont” maradt meg. Ez egy kis konténer, melyben a védőnői és orvosi szolgálat kapott helyet. A program keretében elsősorban építőipari és kertészeti szakmákat tanulhattak a lyukói munkanélküliek, az iskoláskorúaknak pedig szakértői segítséget biztosítottak a tanulási nehézségeik leküzdéséhez. A projekt folytatására felépült a lyukói közösségi ház a Máltai Szeretetszolgálat működési keretében. E közösségi ház is helyet ad foglalkoztatási kezdeményezéseknek, tanodának, közösségi önkéntes programnak, de ezzel is az a probléma, mint a korábbi komplex telepprogramokkal: messze nem képes minden olyan igényt kielégíteni, amelyet felkelt. Lyukóvölgy lakosságát egy projekt leírásban az önkormányzat 3500-4000 főre tette³⁹, miközben a közösségi ház programja maximum 150-200 főt ér el. Ha a program eléri a célcsoportot, világossá teszi, hogy csak a kiválasztottak kerülhetnek be, ami kielezi a helyi közösség belső harcait a szűk erőforrásokért, és felkelti a bizalmatlanságot a szolgálattal szemben.

A lyukóvölgyi tapasztalatok szerint más életminőség-javító szolgáltatások esetében is nehézségbe ütközhet a felhasználók elérése. Például a közösségi ház biztosított mosási és fürdési lehetőséget, aminek igen nagy értéke van, hiszen a lyukói házakban nincs víz, és gyakran több száz métert kell gyalogolniuk az ott lakóknak a közkúthoz. De az emberek kezdetben szégyellték, hogy rászorulnak („*mert mi büdösek vagyunk*”), és a szomszédok is megszólták azt, aki igénybe vette a lehetőséget. A kutatás idején már telt ház volt, órarendet csináltak az asszonyok, hogy ki mikor mos, mikor járnak fürödni. A közösségi ház munkatársai a gyerekeken keresztül érték el a szülőket. Jó kapcsolatban voltak az iskolákkal, leginkább a baptista iskolával, annak gyerekei, vagy harmincan jártak a tanodába elsősorban. A programkínálat igen változatos volt: 6 óráig volt nyitva, volt játék, kézművesség, az Öt Pont Egyesület sportprogramokat rendezett péntekenként 2 és 6 óra között (pingpong, csocsó, foci, ügyességi játékok). Foglalkoztak a magántanulókkal. Étkezést is biztosítottak a gyerekeknek. Nyaranként más szegénytelepekről (Tarnabod, tatabányai Mésztelep) hívtak meg gyerekeket, akik az itteniekkel közösen dolgoztak projekteken (TXN program), együtt hozták rendbe a közeli forrás környékét, szalonnasütőt, homokozót építettek, játszottak, a táborzárásra jött a bányászzenekar.

³⁹ Lásd: A legjobb önkormányzati gyakorlatok programja pályázat. Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzat http://www.legjobbonkormanyzatigyakorlatok.hu/uploads/dokumentumok/2017/Kozos_tobbszoros/P%C3%81LY%C3%81ZAT.pdf (2019.07.20.)

A közösségi ház közmunkásokat foglalkoztathatott, őket az önkénteseikből választották ki. Erre nagy volt a kereslet, de a kapacitáshiány ez esetben is konfliktusokat élesztett. Ahogy konfliktusforrás volt a krumpliosztás is.

Társadalmi viszonyok – szegénység - szegregáció. Mint fentebb már említettem, a leghátrányosabb helyzetű községek leépülnek, népességük elöregszik⁴⁰, elindult a *gettósodási folyamat*⁴¹. A kiürült házakba beköltöztek a cigány családok. A halmozottan hátrányos helyzetű *Megyaszon* például a népességnek kb. a 40%-a volt cigány. A cigánytelep itt már megszűnt, a cigány családok szétszórva éltek a településen, a kiürült házakba költöztek be, és elindult a szegregáció, ahol a cigányok házakat vettek vagy elfoglaltak, a magyarok igyekeztek elköltözni. A cigány családok 90%-a szegény, míg 10%-uk gazdag. Ez utóbbiak gyakran a szegénység vámszedői, az uzsorás, a boltos és a kocsmá tulajdonosa. Volt idő, amikor a szegény családok pénzét a családsegítő szociális munkásai kezelték, mert a segélyosztáskor az uzsorás azonnal elvette a pénzüket, bankkártyájukat. Ez igen jó volt a szegény családoknak, hiszen még a hónap végén is volt mit enni, minden szükségesre jutott. A kutatás időpontjában ez a lehetőség már nem állt rendelkezésre, mivel az iskolai hiányzások szankciója volt ez a fajta gyámság, egy rendelet nyomán 50 óra iskolai hiányzás esetén a családi pótlékot megvonták a családoktól. 2009-ben az uzsorást a rendőrség eljárás alá vonta, de a tanúk visszavonták a vallomásukat, így végül ejtették a vádat.

Bükkaranyoson a szegények betelepülők, a cigány családok Bükkaranyos legszebb részén a régi, százéves kicsi portákat vették meg a régi tulajdonosok halála után, fillérékért, a házak melletti rózsabokrok még máig is élnek. A hegyoldalban húzódik az út, kicsi vályogházak, egyszobásak, komfort nélküliek, víz-csatorna nincs, az asszonyok az utcai kútnál mosnak. Kicsit arrébb gyönyörű, új házak vannak, a Miskolcon dolgozó jómódúak alvófaluja a festői kisközség.

A cigány családok a *miskolci számozott utcákon és a Lyukóvölgyben* is bevándorlók. „*A rendszerváltás után a környékről, de messzebről is beáramlottak a máshol ellehetetlenült családok, először a számozott utcákba. Senki sem figyelt rá, beköltöztek önkényes lakásfoglalóként. A fészekrakók jöttek ezután.*”⁴² *Most, hogy elindult a számozott utcák kiürítése, az itteni lakók átmennek Lyukóba.*” mondta erről a Nyitott Ajtó Baptista Általános Iskola szociális munkása. (Ebbe az iskolába járt a két telep gyermekeinek túlnyomó többsége.)

Lyukóvölgy Miskolc legszebb része, a város egykori üdülőövezete. Az itt lakóknak csak egy (idősebb) része élt húsz évvel ezelőtt is Miskolcon. A bányában és a Lenin Kohászati Művekben, majd utódainál dolgoztak, és ezek megszűnésével váltak munkanélkülivé. A város lakótelepein laktak, onnan váltak hajléktalanná, és költöztek a Lyukóvölgybe, ahol akkoriban fillérékért vették meg a hétvégi házakat. A városi lakásukat fenntartani nem tudó nyugdíjasok is itt találtak menedéket. A lakók (talán) nagyobb része más településekről vándorolt ide. A házak komfortnélküliek, sok helyen már villany sem volt, mert a közüzemi tartozás miatt

⁴⁰ Ahol a helyzet az elmúlt években sem változott, nem változtattam meg az eredeti tanulmányban használt jelen idejű elbeszélést.

⁴¹ Lásd részletesen: Virág Tünde (2006): A gettósodó térség. Szociológiai Szemle, 2006. 1.; Virág Tünde (2010): Kirekesztve. Falusi gettók az ország peremén. Akadémia K. Budapest.

⁴² A miskolci fészekrakó program volt az egyik legnagyobb lakáspanama Magyarországon. Avasi fészekrakók: cigánysorról a panelbe – Nagyítás – fotógaléria. HVG. 2011.január 25. http://hvg.hu/nagyitas/20110125_feszekrakok_avasi_lakotelep (2019.08.01.)

kikapcsolták. A vizet a közkútról hordták, akkor is, ha az több száz méter távolságra volt.⁴³ A szoba-konyhás kisházakban gyakran 8-10 fő élt együtt (lásd az 5. esetleírást!), a lakások zsúfoltsága miatt a gyerekek – legalábbis az év nagy részében – az udvaron és az utcán éltek, nem volt játszótér.

A vizsgált települések többségében a kutatás idején is volt cigánytelep, melyet jellemzően Dankó Pista utcának hívtak.⁴⁴ A Dankó utcai házak akkoriban rendszerint 10-15 éves ún. „szocpol házak” voltak. Többségük magán viselte a szociálpolitikai kedvezményrel való visszaélés nyomait. Annakidején a vállalkozók, sok esetben a helyi uzsorások keresték meg a szegény családokat, odaszállították a telekre az önrészként beszámítható építőanyagot, majd fölvetették a családfőkkel a gyerekek után járó kedvezményt, amiből építettek. Nyilvánvalóan meg kellett, hogy érje az üzlet, úgyhogy mindent kispóroltak az építkezésből, amit csak lehetett, majd – miután a helyi építési hatóság átvette az épületet – le is szedték a házról, amit lehetett, ajtókat, ablakkereteket. A házaknak rendszerint nem volt megfelelő alapja, hiányzott a fürdőszoba, az emésztő az udvaron volt, sokszor több család használta. Ha megtelt, betemették, és másikat ástak. A házakon csak a nyers vakolat volt, a lépcsőknek nem volt korlátja, hiányzott az ereszcsonna, így a falakat alámosta a tetőről lecsorgó eső. Nem voltak kerítések, így nem lehetett az udvaron kertet művelni, mert a termést a környék éhezői ellopták.

A kivételt ebben az esetben is a *bőcsi Dankó Pista utca* jelentette. A településen a cigány lakosság aránya kb. 10% (300-400 fő) volt. A cigány családok többsége Belső-Bőcsön⁴⁵ lakott. A házak masszív kockaházak, körülöttük kerítés, a kerteket megművelték, állatokat is tartottak. A házak szociálpolitikai kedvezményrel épültek, de a saját erő előteremtésében az önkormányzat segített, ami megvédte a helyieket a visszaélésektől. Az ősi családok között voltak szolidaritás kapcsolatok, a nagycsaládok tagjai segítették egymást. A családok minden tagja dolgozott, vagy közmunkásként, vagy napszámban. Itt hallottam egyedül arról, hogy a családoknak voltak külső kapcsolataik, hívták őket segíteni a falusiak házkörüli munkákban is. Ez volt az előnye a sok évtizedes együttélésnek, és annak, hogy a helyi közösség idősebb tagjai korábban együtt jártak iskolába, és együtt dolgoztak ugyanazoknál a nagyvállalatoknál. A gyakori kapcsolatok megteremtették a bizalmat. A község cigány közössége meglehetősen zárt volt, 4-5 belső-bőcsi őslakos család alkotta, valójában egy klán volt, mivel a családok egymás között házasodtak, így a rokonsági kapcsolatok az egész közösséget átszőtték. Külső-Bőcsön is voltak cigány családok, ők azonban betelepülők voltak. A Dankó Pista utcában egyetlen betelepülő család volt, de ha tudtak volna, ők is menekülnek onnan. Az ősi cigány klánok nem szeretik a „gyüttmenteket”. A helyi források nyilvánvalóan korlátozottak, minden közösségnek meghatározott eltartó képessége van, a kebelbelieknek tekintettek igyekeznek megőrizni a forrásokhoz való hozzájutás exkluzivitását.

⁴³ A lyukói életformáról képes riport jelent meg az Indexen: Hajdú D. András: Akár négykézláb csúszva is, de fel kell hozni a vizet... http://index.hu/galeria/index/belfold/2015/01/05/akar_negykezláb_csuszva_is_de_fel_kell_hozni_a_vizet/ (2019.08.15.)

⁴⁴ Ez a helyzet azóta sem változott. (KJ)

⁴⁵ A településnek két jól elhatárolható része van, Külső-Bőcs és Belső-Bőcs. Külső-Bőcsön korábban a község lakói az állataikat tartották, itt volt a közlegelő. Később elkezdtek ott is építkezni, majd a sörgyár is odatelepült, és ekkor az üzem dolgozói is ott kezdtek építkezni. A templom ma is Belső-Bőcsön van, de iskola mindkét településrészen épült, az Egészségház Külső-Bőcsön van.

1. esetleírás: Katalin és Róbert

Lakóhely, környezet

Katalinék háza a bőcsi Dankó utcában volt. Takaros, szépen karbantartott ház, mögötte konyhakert, állatokat is tartottak, malacot, csirkét. Látogatásunkkor Katalin és a lánya ifjabb Katalin volt otthon, velük beszélgettem, a férfiak közmunkán vagy alkalmi munkán voltak.

A házban három szoba, konyha, fürdőszoba volt, nagy alagsorral, melyben Róbert műhelye kapott helyet. A ház szociálpolitikai kedvezménnyel épült húsz éve, Róbert saját kezével építette, csak a tetőt csinálta vállalkozó. Az önrészt a polgármesteri hivatal segítségével teremtették elő. Akkor még dolgozott Róbert a kohászati műveknél, jó fizetése volt.

A ház berendezése hasonlított a jobb módú vidéki családokéra, legfeljebb a színek voltak rikítóbbak. A konyhában a sarokgarnitúrára ültünk le, a szobában szekrénysor, dohányzóasztal, fotelek, plazmatévé, a falon subák, például egy óriási napraforgós volt. Könyvek nem, viszont rengeteg játék volt.

Háztartás

- Róbert háztartásfő, 44 éves, 6 általánost végzett, a Lenin Kohászati Műveknél, majd az utódainál dolgozott 15 évig, 10 éve munkanélküli, folyamatosan dolgozott a miskolci vízügynél közmunkásként, 1-2 hónap kiesett, majd megint volt munkája. Akkor pár hónapos tanfolyamra járt, amit az önkormányzat ajánlott, ez általános készségfejlesztés volt, nem adott szakértelmet.
- Katalin akkor 45 éves volt, 8 általánost végzett. 18 éves korában szült először, 6 gyermeke lett. Nem dolgozott, a gyerekekkel volt otthon, viszont ő művelte a konyhakertet, nem is csak egyet, hanem a szomszédban lakó családtagokét is, ő látta el az állatokat. Akkor fejeződött be a gyet-e, mivel a legkisebb gyermek 8 éves lett. Közmunkás volt, aznap kapálni voltak a községi zöldségföldön.
- Ifjabb Róbert akkor 25 éves volt, több szakmája ellenére a „hivatalban” dolgozott fűkaszán (közmunkás), még nem volt családja.
- ifjabb Katalin 24 éves volt akkor, 11 osztályt végzett, bolti eladó lett volna. (Miért nem fejezte be?) „Meglátják, hogy roma, nem veszik fel. Előtte odatelefonál. Van munka. Azután, mikor meglátják, már nincs.” 2 éves volt a fia, a férje dolgozott, reménykedtek benne, hogy az új szocpolra megvehetnek egy használt házat. Más lehetőségként a garázsszinten lévő egy lakásra való területet alakította volna át idősebb Róbert a családtagok segítségével.
- Alexandra 19 éves volt, szakiskolát végzett, már nem lakott otthon, férjhez ment, egy kisgyermeke volt.
- Zoltán 15 éves volt, akkor fejezte be a hetedik osztályt.
- Rózsa 10 éves volt, negyedik osztályba ment.
- Martinka 8 éves, második osztályba ment.

A gyerekek egészségesek voltak. Katalin lába trombózisos volt, vizesedett.

Jövedelem

Róbert 77000 forint. (ő vette igénybe a családi adókedvezményt a vízügynél végzett közmunka bérében), Katalin 50000 forint közmunkás bér, családi pótlék 47000 forint, összesen 174000 Ft.- 5 főre, cc. 35000/fő. Katalin egy fél mondattal utalt rá, hogy a kertekben megtermelt zöldségből, gyümölcsből a piacra is jutott, de ezt nem részletezte.

Jövedelempótlást jelentett a kertek megművelése és az állattartás. Több fagyasztólada volt az alagsorban.

Kiadások: villany, internet, víz, kábeltévé. Magukra nem költöttek, takarékoskodtak. A gyerekeknek ruhát, cipőt a „kínainál” vettek. A gyerekek iskolai felszerelését az önkormányzat biztosította beiskolázási támogatás formájában.

Hitelük akkor nem volt, de volt Provident-hitel, a plazmatévé megvételére vették fel legutóbb. Amire nem jutott: nyaralás a gyerekeknek; Katalin a számára szükséges gyógyszert nem tudta kiváltani, mert 8000 Ft lett volna, közgyógyellátásuk nem volt.

Iffabb Katalin hitelt akart fölvenni a Providenttől, ajándékot szeretett volna venni a férje születésnapjára, de a családi ellátásokra nem kapott hitelt.

Társas támogatás

Elsősorban a családi kapcsolatokat tartották. A telepen szegről-végről mindenki rokon volt. A támogatások a családi kapcsolatok mentén szerveződtek. Katalinék nem szoktak kérni, inkább ők szoktak adni. Elsősorban már felnőtt gyermekeiket támogatták. A Hit Gyülekezethez tartozott a két Katalin, ifjabb Katalin akkor az Újszövetség gyülekezetbe járt. A Hit gyülről mondta: „Nem adtak semmit. Másnak házat vett a pásztor. Azt mondta, hogy az Úr így áldotta meg őt, rajta keresztül. Na, akkor engem is áldjon meg!” Szoros családi kapcsolatokat ápoltak, a születésnapokat, ünnepeket megtartották, szokás volt az ajándékozás, főleg a gyerekeknek.

Szokásos nap

Akkor nyáron 4-kor kelt Katalin, 5-kor ment ki, 8-ig dolgoztak, mert meleg volt. Zoli korrepetáláson volt, hogy le tudja tenni a vizsgát, Rózsa átment a szomszédba a rokonokhoz, Martinka otthon játszott az autóival. Szabadidejükben a gyerekek tévét néztek, interneten játszottak, szomszédoltak.

Kapcsolatuk a gyermekjóléti szolgálattal: Zoli verekedett az iskolában, viselkedészavaros, ezért magántanuló lett. Miskolcon voltak vele, de nem szedte a gyógyszert.

Iskola

Katalinék nem jártak be az iskolába. A gyerekek jól tanultak (=nem buknak), az idősebbeknek szakmájuk volt, de mégsem tudtak munkát találni. A szülőtársakkal Katalinnak jó volt a kapcsolata. Átjártak egymáshoz. (Jórészt közelebbi vagy távolabbi rokonok!) Délután 4-re jöttek haza a gyerekek, az iskolában megcsinálták a házi feladatot. A felszerelést nem hozták haza. A felszerelést a hivatal vette nekik – „beiskolázási” (támogatás). Zoli magántanulóvá nyilvánítása miatt volt muszáj bemenniük az iskolába, Katalin láthatóan neheztelt a döntés miatt.

A továbbtanulási döntések „kézenfekvők” voltak. Az általános iskolához csatlakozott egy szakképző, ott tanultak tovább a gyerekek. Ha az önkormányzat ajánlott továbbképzési lehetőséget, azt elfogadták.

Mit tanítottak a gyerekeknek? Esetleg locsolhatták a kertet, de Róbert nem engedte a gyerekeket a munkához. A lányokat Katalin tanította a házi munkára.

Jövő

„Nem nagyon jó lesz. Nincs munkalehetőség. Ha volna munkalehetőség, akkor jó lenne.” A család fiatal férfi tagjai gondoltak a külföldi munkavállalásra is, erre voltak már példák a környéken.

Katalinék a hátrányos helyzetű, de nem mélyszegény cigány családok közé tartoztak. Bár egy főre jutó jövedelmük nem volt magas (kb. 35000-40000 Ft/fő), de az élet materiális alapjait már korábban megteremtették, amikor a háztartásfőnek állandó, jól fizető munkája volt. A ház karbantartási munkálatait is Róbert végezte, ami pénzkímélő. Jövedelem pótló a kertek

megművelése, ami a piacolást is lehetővé tette, de mindenképpen hozzájárult a család megélhetéséhez, hiszen a szükséges élelmiszer jórészt megtermelték maguknak. Tehát olyan tudástökével rendelkeztek, amit át tudtak forgatni anyagi tőkévé.

A közmunka számukra rendkívül fontos volt, ez biztosította a pénzjövedelmet a családnak. Katalin utalt rá, hogy nagyon takarékosan kellett gazdálkodniuk, saját maguknak csak használt ruha jutott, és azt is szakadásig hordták.

Katalinék családja abban is követte a többségi értékrendet, hogy a lányok csak 18 éves koruk után létesítettek párkapcsolatot. „Itt nem szokás kislányoknak szülni” mondta erről Katalin. A jövőről szóló elképzelések a család és a munka köré szerveződtek. Fölmerült a külföldi munkavállalás lehetősége is, volt minta erre a közvetlen családban.

A családi kapcsolatok kiterjedt hálózata rendelkezésükre állt, amiből Katalin elsősorban a szomszéd megművelhető kerteket használta, más esetekben inkább Katalinék jelentettek forrást a többieknek, semmint ők kértek volna bármit is.

A család legnagyobb problémája a stabil, jól fizető munka hiánya volt a fiatalok esetében – ez jelentette a család hátrányos helyzetének alapját. Bár a fiatal családtagok szakmát szereztek, és a környékbeli bevásárlóközpontokban volt munkalehetőség, mégsem vették fel őket. A településen különbséget tettek az őslakos és bevándorló családok között, az előbbieket megbízhatóknak tekintették, ez a különbségtétel azonban nem volt jellemző a távolabbi munkaadókra, minden cigány származásút egyként sújtott a hátrányos megkülönböztetés.

II. Családok

A problémák halmozódása

Az 1. esetleírásban egy olyan család mindennapjaiba tekinthettünk be, amely a többiektől eltérően kielégítő egyensúlyi helyzetben⁴⁶ volt. A vizsgált családok túlnyomó többségére ez nem volt jellemző. Ezért lettek a gyermekjóléti szolgálat kliensei. Még azok is, akik csak preventív szolgáltatásokat vettek igénybe – például az adományokat, nyári nyaraltatást és étkeztetést –, nyilvánvalóan nem voltak képesek a gyermekeik valamennyi jogos szükségletét kielégíteni. A mélyszegénységben élő családok egy része ún. „sokproblémás család”⁴⁷ volt, ahol a szegénységhez más családi zavarok is társultak. Ilyenek az átlagosnál nagyobb családnagyság, az atipikus családi struktúra, a családi kapcsolatok labilitása, a sodródó és élőködő életvitel, az alkoholizmus, az agresszív és deviáns viselkedés, melyhez társulhatnak azok a nevelési sajátosságok, melyeket a szociális munkában a gyermekek veszélyeztetéseként; illetve gondozási hiányosságok esetén elhanyagolásként értékelünk. Lehetnek a szegénységnek olyan életstílusbeli és viselkedési sajátosságai is – az előrelátás és a felelősségvállalás hiánya, a szociális szolgálatok manipulációja, a rendszeresen ismétlődő krízis-szcéna, a segítő félrevezetése és megfélemlítése, a megállapodások be nem tartása, valamint a játszmák –, melyek idegenek a többség számára. Érdekes módon, ez utóbbiakkal most kevésbé gyakran

⁴⁶ A „kielégítő egyensúlyi helyzet” a szociális munkások egyik fontos kategóriája. Annak belátását tükrözi, hogy az életben rendszerint nincsenek ideális helyzetek. A szociális munkában hiba az ideális helyzet elérésének célul tűzése, mert ez rendszerint lehetetlen: képtelenek vagyunk például problémátlan gyerekeket, házastársakat, szomszédokat, munkahelyet, iskolát, vagy akár kiegyensúlyozott pszichés állapotot biztosítani a klienseink számára. Lásd: Kozma Judit (2001): Szociális diagnózis. Esély, 2001, 3. sz., 61-94.o.

⁴⁷ Lásd ezzel kapcsolatban részletesen: Lásd erről: Kozma Judit: A szegénység pszichológiai vonatkozásai. Esély, 2003, 2. szám, 15-30.o.

találkoztam, mint korábban. Az előző évek alatt – úgy tűnik – a felek kiismerték egymást, a szociális szolgálatok klientúrájának nagy hányada már több generáció óta kliens volt, és a szociális munkások manipulációjának erőteljesebb formáit nem merte megkockáztatni, kifizetődőbbnek tűnt az együttműködési hajlandóság. A szociális munkások körében is ritkán tapasztaltam a kliensek vádolását saját problémáik miatt, erőteljesebbnek látszott a segítő attitűd. A szociális munkások, akikkel találkoztam, mind képzetek voltak, szakszerűen viszonyultak a klienseikhez. Világosan látták, hogy a legnagyobb probléma a munka hiánya volt, amit az ő szintjükön nem lehetett megoldani. Elfogadták, hogy az egyik legfőbb feladatuk a szegénység csökkentése, amire lehetőséget adtak a projektek és az olyan új szolgáltatások, mint a gyerekek nyári étkeztetése (amivel egyébként a felnőttek éhezését is csökkentették), valamint az adománygyűjtés/-osztás.

2. esetleírás: Marica⁴⁸

Lakóhely, környezet, lakás

Maricáék a számozott utcákon laktak. A lakás kb. 25-30 m² volt, előszoba, konyha (melyben fekhelyek is voltak), szoba, komfort nélküli (víz, WC az udvaron volt), a házban 3 család élt ugyanilyen lakásokban. A bútor elhasznált volt, de nem roncs. Az általános bérleti jogviszony felmondás, fenyegető kilakoltatás miatt a család Lyukóba készült költözni, ott vett házat Marica a gyerekek összegyűlt árvaellátásából, részletre. Az utcában zajlott a kiköltöztetés. Marica vett bútort is, a hátralék miatt korábban elzárt vizet is visszahozta az újonnan vett házba. A szociális munkás ellenőrizte, hogy megvan-e a tulajdonlapja a háznak. Havi 30000.- Ft lesz a részlet. Minden nap kijártak ellenőrizni, hogy rendben van-e a ház.

Háztartás

- *Marica, a háztartásfő akkor 43 éves, sovány, megviselt asszony volt. Kétéves korától állami gondozott volt, 3 éve ismerte meg az anyját a családgondozó közreműködésével. Az anyja állítólag kereste, de az élettársa tiltakozása miatt csak titokban. Volt két öccse. Apját ismerte. Csecsemőotthonban nevelkedett, hatéves korában az apja kivette az intézetből. Nyolc évesen viszont megverte a nevelőanyját, apja pedig kihívta a rendőröket, azok vitték be az intézetbe. Azt mondta magáról, hogy robbanékony természet, kivéve, amikor „biztonságban van”. Özvegy volt, mivel József, az élettársa, gyermekeinek apja az előző év novemberében öngyilkos lett. 5 gyermeke volt.*
- *Ferenc a legidősebb fiú 23 évesen börtönben volt. A gyerekek között azért volt ilyen nagy a korkülönbség, mert József, a gyermekek apja is börtönben volt 7 évig.*
- *Vivien 15 évesen – Marica elbeszélése szerint – beleszeretett két hajléktalan férfiba (sajnálta őket: „szegények”), csavargott, hiányzott az iskolából, bűncselekményekben vett részt velük, 14 év alatti volt, ezért csak védelembe vették. Az ügy óta nem ment el hazulról, nem csavargott, ahogy anyjával beszéltünk az ügyről, elsírta magát.*
- *Franciska 13 éves volt, 6. osztályba járt, asztmás.*
- *József 10 éves, az előző félévben 3 hónapig beteg volt, osztályozó vizsgát kellett tennie. Hiperaktivitás miatt látogatták a nevelési tanácsadót.*
- *Mariann 8 éves, akkor fejezte be az első osztályt.*
- *Józsefnek egy másik kapcsolatából (lásd később!) volt egy kétéves kisgyereke, akit Marica az unokájának tekintett. A gyermek intézetben volt, Marica szerette volna magához venni.*

⁴⁸ Az esetleíráshoz a saját interjúmon kívül felhasználtam Hudák Patrícia szociális munkás hallgató esettanulmányát is.

Megélhetés

Jövedelmek

- 72000 Ft családi pótlék (Franciska asztmája miatt emelt családi pótlékot kaptak),
- akkor szűnt meg Marica gyermeknevelési támogatása, mivel a legkisebb gyermek elérte a 8 éves kort,
- gyerekenként 16000 Ft az árvaellátás,
- gyerekenként 5300 Ft a rendszeres nevelési segély
- szociális segélyt (foglalkoztatást helyettesítő támogatást, 22800 forintot) kapott volna Marica, de akkor közmunkán volt két hónapig, a bére 75000 Ft volt.

Összesen: 232500 Ft/5 fő, 46500 Ft/fő, ami nagy emelkedést jelentett számukra, mivel egy hónappal ezelőtt kapták meg először a gyerekek árvaellátását. Marica korábban még a gyermeknevelési támogatást kapta, ami mindössze 28500.- Ft volt.

Kiadások

Rezsi: lakbér, víz, villany, internet, akkor két helyre is fizette Marica a lakás rezsit, havi 30000 forintot fizetett a ház megvételének részleteire, a foglalt a gyerekek árvaellátásából fizette, aminek fél éves összegét egyben kapta meg. A gyerekeknek ruhát a turkálóból vagy a kínai boltból vette, az asztmás kislány gyógyszere jelentett nagyobb kiadást, ezt közgyógy igazolvánnyal vették.

Problémák a családban – kapcsolat a gyermekjóléti szolgálattal

A család először 2009 márciusában került kapcsolatba a gyermekjóléti szolgálattal, általános megélhetési problémák miatt. Másodszor pedig 2014 novemberében, amikor is az apa öngyilkos lett, és a család helyzete instabillá vált.

József öngyilkosságának előzménye az volt, hogy kettejük felnőtt fia börtönbe került, és az akkori barátnője, Tilda a családnál maradt. József beleszeretett Tildába, közös gyerekük született. Marica és József kapcsolata az együtt töltött 27 év alatt sosem volt felhőtlen. Többször alakult ki közöttük konfliktus, ami miatt megszüntették az asztal és ágyközösséget, bár egy fedél alatt maradtak. Mikor Tilda elhagyta Józsefet, és magával vitte a pici gyermeket, a férfi súlyos depressziós állapotba került, Marica viszont ismét vállalta az élettársi közösséget. Ő volt az, aki megkereste a családsegítő szolgálatot, és segítséget kért egyrészt József számára, másrészt azért, hogy a kisgyermeket – aki közben csecsemőotthonba került – magukhoz vehessék. Azt az információt kapta, hogy ebben az esetben a gyámhivatalt kell felkeresni, de ebben az ügyben mindenképp Józsefnek kell eljárnia, hiszen ő a gyermek apja. József azonban egyszer sem kereste fel a családsegítő szolgálatot vagy a gyámhivatalt, mindig Marica tette ezt meg. 2014 novemberében József felakasztotta magát. Marica ekkor megint segítséget kért a temetés intézésében, az árvasági dokumentum igényléséhez szükséges papírok kitöltésében, valamint étel- és ruhaadományt kért. Tilda és József kapcsolata és az ebből fakadó konfliktusok is a gyerekek előtt zajlottak, sőt tanújává váltak apjuk öngyilkosságának. Apjuk halála megrázta a gyerekeket. Kimaradoztak az iskolából, Vivien csavargott, több alkalommal elszökött otthonról, a rendőrség is kereste, nem járt iskolába, emiatt megkezdődött a védelembe vétele. Mindegyik gyereknek komoly pszichés problémákat okozott az apjuk halála, amiben nagy szerepet játszott, hogy Marica magát hibáztatta az élettársa haláláért, és nem tudott segíteni a gyerekeknek a tragédia feldolgozásában.

Amikor az interjút készítettem, a család már túl volt a mélygyász idején, több pozitív változás történt az életükben, és a gyerekekre is jó hatással volt a pszichoterápia, melyhez a gyermekjóléti szolgálat juttatta őket. Marica nem vette igénybe a felkínált pszichoterápiát, úgy döntött, ő egyedül szeretne túljutni a problémán, amiben sikerrel is járt. Bár most is elsíri magát, ha Józsefre gondol. Nagyon erős szeretetkapcsolat volt közöttük, Marica számára a sok

bizonytalanság és konfliktus ellenére József jelentette az alapvető biztonságot. Meleg hangon idézte fel beszélgetésünk során kapcsolatuk történetét. Marica - mint már írtam – intézetben nevelkedett Miskolcon. 16 éves volt, amikor megismerkedett Józseffel, és azóta – leszámítva a börtönbüntetés idejét (Marica is volt börtönben) – elválaszthatatlanok voltak.

Társas támogatások

Maricának nagyon jó volt a kapcsolata a családgondozóval, „úgy veszem, mint barátnőmet” mondta a szociális munkásról. Egyéb stabil kapcsolat hiányában a szolgálat jelentett stabil háttérrel és támogatást számára. A megállapodásokat minden esetben betartotta, ez alapvető feltétele volt a konfliktusok elkerülésének. Az új lakhelyet is a családgondozó segítségével találták meg, együtt tárgyaltak a kifizetéséről, tervezték a ház rendbe hozását. Maricának nem volt társas támogató rendszere. Egyedül József nővérével tartotta a kapcsolatot, akivel korábban – József életében – is összejártak. Mikor kérdeztem, hogy miért nem tart kapcsolatot például a gyerekek osztálytársainak szüleivel vagy a szomszédokkal, így válaszolt: „Nekik is megvan a bajuk, meg nekem is. Folyton panaszkodnak. Nem szeretem hallgatni. Mi közöm hozzá?”

A telepen nem lehetett számítani a kölcsönös védelmek rendszerére. Marica megcsináltatta az ablakot az új házon, és ehhez kért kölcsön szerszámot. A házat viszont távollétében feltörték, ellopták a kölcsönkért eszközöket. Tudta, hogy kik voltak, próbálta visszaszerezni, de nem sok reménye volt. A kölcsönös védelmek ilyesféle hiánya roncsolja, illetve lehetetlenné teszi a bizalmi hálók kialakulását.

Iskola

A gyerekek a Nyitott Ajtó Baptista Általános Iskolába jártak. Marica tartotta a kapcsolatot a gyerekek osztályfőnökeivel. Volt családi nap, roma nap az iskolában, az ilyen rendezvényekre gyakran elmentek. Ifjabb Józsefen, a 10 éves kisfiún kívül a gyerekek jó közepes tanulók voltak.

Átlagos nap

Marica korán reggel ment munkába, a gyerekeket az okostelefonján keresztül ébresztette, írt a Facebook-jukra. Délután jöttek a gyerekek haza az iskolából. Voltak a házban könyvek (bár kevés), zenét hallgattak, nem sokat tévéztek, inkább este és hétvégén néztek a gyerekek mesét.

Iskolaszünetben általában együtt mentek ki minden nap Lyukóba, az új házat ellenőrizni, valamint enni adni a kutyának, ami a házat őrizte.

Jövő

Marica azt akarta, hogy menjenek a gyerekek továbbtanulni. „Ha már én hülye maradtam...” A gyerekek sok mindenhez értettek, amit megtanítottak az anyjuknak, például a telefon és a számítógép használatát. Marica meg azt tanította, „ami az élet”.

„Legyen szakmájuk!” mondta Marica, majd részletezte a gyerekek képességeit. A kézügyességüket az apjuktól örökölték, de Marica is sok mindent megcsinált a ház körül. Vivien kezdett főzni tanulni. Az ünnepi ebéd a kirántott vagy töltött hús és krumpli volt. Azt tervezték, hogy Vivien pék lesz, mert – ahogy anyja mondta - „pék mindig kell”. Sokan mentek az osztályból szociális gondozónak, de Marica szerint ez nem a lányának való, mert „Vivien lobbanékony, nincs türelme az emberekkel foglalkozni”.

Az esetleírásban egy sokproblémás családot láthatunk. A család anyagi helyzete épp látogatásomkor javult jelentősen a gyerekek árvaellátásával és Marica közmunkás bérével. Jövedelmük korábban lényegesen alacsonyabb volt, azonos a mélyszegény családok szokásos jövedelmével, ami rendszerint 22-35000 forint/fő között mozog, attól függően, hogy éppen részt vesz-e valamelyik családtag a közmunkában, vagy tud-e alkalmi munkát vállalni. A sokproblémás család jellemzői az esetben:

- az átlagnál magasabb gyermekszám: a családban 5 gyermek volt, bár egy már felnőtt;
- a kapcsolatok instabilak: József és Marica kapcsolata sok konfliktussal volt terhes, József időnként ki is vonult a kapcsolatból, bár az ügyek intézését mindig Maricára hagyta, és a lakásból sem költözött el;
- a lakókörnyezet lepusztult és zsúfolt: akkor 5 fő élt a szoba-konyhás komfort nélküli lakásban; de korábban ott lakott József, a nagyobbik fiú és annak élettársa is;
- devianciák: bűncselekmények miatt mind Marica, mind József volt már börtönben korábban, a jelenben pedig a pár legidősebb fia töltötte szabadságvesztését; József pszichiátriai beteg, depressziós volt, ami végül az öngyilkossághoz vezetett;
- a gyerekek iskolai problémái: nem csak a hiányzások jelentettek gondot, hanem a kisebbik fiú hiperaktivitása is;
- a társas támogató rendszer hiánya: Marica intézetben nevelkedett, így nem voltak családi kapcsolatai, a szomszédokkal és az iskolatársak szüleivel sem alakított ki támogató rendszert; egyedül József nővérével tartotta a kapcsolatot, de láthatóan övele sem ápolt szoros barátságot.

A hiányok és problémák mellett Maricának jelentős tőkái is voltak:

- Maricának jelentős kapcsolati tőkéje volt, így képes volt a szükséges javakhoz jutni egy forrás-közvetítő, jelesül a gyermekjóléti szolgálat felhasználásával. Korábban nyilvánvalóan képes volt ugyanígy felhasználni a gyermekvédelmi intézményrendszer nyújtotta lehetőségeket. A szakemberekkel való megfelelő bánásmódhoz szükséges ismereteket intézeti nevelkedése alatt szerezte meg. Az intézeti viszonyok között Marica megtanulta azt is, hogy miképp kell a különböző elvárásokat teljesíteni. Ez nagyon komoly tudás és készség, főleg, ha számba vesszük, hogy a szegény családoknak általában idegen területet jelentenek az intézmények, és főleg a hatóságok. Ez alól lehetnek kivételek, mint a tanárok és a védőnő, akivel rendszerint találkoznak életük különböző szakaszaiban, de akikkel viszonylag könnyen csúsznak bele konfliktusokba is, amennyiben nem tartják be a megállapodásokat (lásd a 3. esetleírást!).
- A javak, amelyeket Marica a gyermekjóléti szolgálaton keresztül szerzett meg: a szociális ellátások (foglalkoztatást helyettesítő támogatás, árvaellátás), a házvételhez szükséges tudás, kölcsönös bizalmon alapuló támogatás, tanácsadás, pszichoterápia, a gyerekek tanulási és egyéb problémáinak kezelése.
- Marica jelentős tanulási és reflektív készségekkel rendelkezett. Képes volt megfigyelni önmagát és a gyerekeit is, valamint értelmezni a jelenségeket. Az önmegfigyelést korábbi pszichoterápiában tanulhatta meg, erre utal az a megjegyzése, mely szerint robbanékony természet, kivéve, amikor „biztonságban van”. Ez egy tipikus pszichoterápiás értelmezés, amivel egyrészt hozzáértését demonstrálta, másrészt felajánlotta a szakember-kliens kapcsolatot. A kliens szerep is hozzáértést kíván, ez esetben például az „egy nyelven beszélés” képességét.
- Marica ugyanakkor megfigyelte és ismerte a gyerekeit is. Képességeik, lelki sajátosságaik alapján tervezte a jövőjüket. Vivien viselkedését is megfelelően értelmezte a helyzet összefüggésrendszerében. Másrészt Marica tanult a gyerekeitől, és – ha lehetősége volt rá – megszerezte a gyerekeknek, amire azok vágytak: az okostelefont és a számítógépet.

A hátrányos helyzetű települések mélyszegénységben élő családjai mind sokproblémás családok. A szegénységgel törvényszerűen együtt járnak más problémák. A jövedelem hiánya csak egyik eleme a szegénységnek, a másik súlyos elem a munka hiánya. A munka biztosítja a mindennapi élet rendezettségét, az idő struktúráját és ritmusát, az előre tervezést, az önfegyelmet, az önbecsülést, a társas támogató rendszer kialakításának lehetőségét, a világra való nyitottságot. A munka hiánya vagy bizonytalansága miatt a szegény életforma alapvető sajátossága az egyik napról a másikra élés. A lehetőségek hiányában az élet zárt és üres, ami magával hozza az unalmat. Az unalom elűzésére szolgálnak a kábítószeresek, köztük az alkohol, ami minden vizsgált településen aggasztó probléma volt. A szegénység vámszedői nemcsak az uzorások, hanem a kábítószer-kereskedők, a kocsmárosok és korábban a játékép-üzemeltetők is. De ugyanígy az unalom elűzését szolgálja a segély felvételét követő „nagykanál ünnepe” is, amikor pár nap alatt elfogy a jövedelem, és van „kóla, energital, meg csipsz”, hogy azután a hónap fennmaradó idejében legfeljebb tészta jusson a gyerekeknek, vagy az sem. A szakemberek megfigyelése szerint a gyerekek gyakran jöttek a hétvégék után farkaséhesen iskolába. Az alultápláltságot, alulfejlettséget már nagyon korai életkorban regisztrálták a védőnők. A gyermekjóléti szolgálatok munkatársai szerint a kisgyerekek között gyakori volt a fejlődési és értelmi visszamaradás. Erről nem lehet pontosan tudni, hogy az alultápláltság, az ingerszegény környezet, az elhanyagoltság vagy születési rendellenesség okozta-e, annyi bizonyos, hogy a szegény településeken mindig akadt elegendő gyermek az eltérő tantervű osztályokba.

Több településen volt a közelmúltban Hepatitis B járvány, gyakori volt az ótvar, a rühesség és szinte kiirthatatlan volt a tetű. Sok volt az asztmás gyermek a szülők dohányzása, a rossz lakáskörülmények, a por, a nedvesség, a penész miatt. Aggasztó volt a tinédzserkori terhesség elszaporodása. A vizsgált települések szegényei között korábban is általános szokás volt nagyon korán szülni, de a kutatás idején már több 14-15 éves kislányt láttam terhesen. Ez volt az egyik gyakori oka a magántanulóvá nyilvánításnak. A szegénységgel együtt járt a nagyon rövid élet. Minden interjúban kérdeztem az interjúalanyok felmenőiről: hányan voltak testvérek, hányan élnek még. Nem voltak 60 éven felüliek, és már az ötvenes éveikben járók is nagyon kevesen voltak. A halálokok változatosak: betegség, baleset, öngyilkosság vitte el a szegény családok negyven feletti nemzedékének tagjait.

Míg Marica esetében egy olyan sokproblémás családot láttunk, amelynek reménye van a kielégítő egyensúlyi helyzet elérésére, a következő eseteírásban olyan családokat mutatok be, amelynek kilátásai sokkal rosszabbak.

3. esetleírás: Kamilla és Andrea

Lakóhely, környezet

A falu végén állt a ház, melyben a testvérpár, Kamilla és Andrea lakott. A házat kettéosztották, eredetileg egy nagycsaládnak épült 1998-ban szociálpolitikai kedvezménnyel, Andrea és az akkori élettársa építette. Andreának már javították a födémét, ami több helyen leszakadt. Kamillának erre nem volt módja. Kamilla házrésze emberi lakásra alkalmatlan és veszélyes volt: az eső alámosta, nem volt eresz, kicsi volt az alap, de az is csak az utcafront felől, a falak megrepedtek, vizesek, csoda, hogy még álltak. Az ablak és az ajtó helyén ócska függöny volt.

A házban mocsok, szürke falak, töredezett betonajzat, ócska bútorok, abból is kevés. A környezet is szemetes, kerítés nincs, az udvaron lomok, a kiszáradt talajon némi gaz.

Kamilla lakrészében 2 szoba, spejz volt, a másik szoba és a konyha a ház másik felébe jutott. Kamilla és az előző élettársa a 2 gyerek szociálpolitikai kedvezményét felhasználva saját házat épített korábban, azt elcserélték, a csereházaiban akkor Kamilla korábbi élettársa lakott, a ráfizetésből vették meg Andrea házában felét. Korábban olyan helyen laktak, ahol nagyon sok volt a patkány.

Háztartás

- *Kamilla háztartásfő, 35 éves, 11 osztályt végzett, varrónőnek tanult, de nem fejezte be, sosem dolgozott a szakmájában, sosem volt hivatalos munkája, alkalmi munkába járt; azonban ezt sem tudta már tenni, mert gerincsérve volt, állandó fájdalommal élt.*
- *Géza házastárs 23 éves, 7 osztályt végzett kisegítő iskolában, ő is csak alkalmi munkát végzett.*
- *Barbara 14 évesen 4. osztályba járt, eltérő tantervűbe.*
- *Alex 15 évesen az 5. osztályt nem fejezte be az idén sem, túlkorosként nem szeretett volna már iskolába járni, jobban szeretett volna dolgozni, eljárt Gézával a tsz-be, napszámba.*

Megélhetés

Egy családi pótlékból és alkalmi munkából (napszámból) éltek. Alex hiányzásai miatt megvonták a másik családi pótlékot. Közmunkára sem hívták be Gézát, hiába kérte, elutasították. Stabil jövedelmük 36800 Ft (foglalkoztatást helyettesítő támogatás és családi pótlék), négy főre. Géza napszámos bére növelte a családi bevételt, de az bizonytalan, és idényjellegű volt. Mezőgazdasági vállalkozó (tsz) foglalkoztatta, a napszám 4000-5000 Ft volt reggel 6-tól este 6-ig.

Kiadások

A villanyt kikapcsolták, egy feltöltős lámpájuk volt, amit a feljebb lakó nagynéninél tölthettek föl. Kamilla mutatta a szekrényt, melyben a hó elején bevásárolt élelmiszer volt: 10-12 csomag tészta, olaj, só. Mondta, hogy a nagynéninél a hűtőszekrényben van a húsféle. A kiskályhán („masina”) főztek, és azzal fűtöttek télen. Semmit sem tudtak megvenni, kifizetni a gyerekeknek.

Társas támogatások

Volt Kamillának egy nagynénje, aki közel lakott. Nagycsaládból származott, több testvére és féltestvére volt, azonban nem tartották egymással a kapcsolatot, a szülei meghaltak. Kamilla intézetben nőtt föl, 9 éves volt, amikor meghaltak a szülei. Andreával féltestvérek, apjuk volt közös. Három gyereke volt az előző kapcsolatából, de az egyik gyereket az előző élettárs neveli. Nem tartják a kapcsolatot. „Ő (mármint a gyerek) azt gondolja, hogy én vagyok a hibás, nem az apja.” Kamilla és volt élettársa megállapodtak egymással, hogy egyikük sem

fizet tartásdíjat. „Sok lett volna a bíróságra szaladgálás.” Kamillának már nem lehet több gyereke, három császármetszése volt.

A gyermekjóléti szolgálattal volt kapcsolatuk, sokszor kért segítséget (pl. a födémet szeretnék volna kijavítani), de nem tudtak segíteni.

Szokásos nap

„Ugyanúgy megy a nap, a másnap ugyanolyan lesz. Reggel felkelünk, Géza elmegy dolgozni, én megfőzök, takarítok, délután felmegyünk a nagynénémhez. Elbeszélgetünk.” Valójában tévét nézni mennek fel, télen meg nyilvánvalóan ott van meleg. Barbara fél 2-ig volt iskolában.

Iskola

Kamilla nem vett részt az iskolai programokban, mert Barbara szégyellte az anyját. „Barbara a kisegítőben még a nevét sem tanulta meg leírni.” mondta Kamilla.

Alex magántanuló lett, anyja szerint azért, mert nagyon sok volt a verekedés az iskolában. „Onnan kiviszem, megóvom a rendőrségi ügyektől” mondta. A lányok miatt verekszenek például. Van, hogy lopnak. De van olyan is, hogy „Barbarára fogják, hogy ellopott egy tolltartót, pedig kisegítő iskolás, nem is kell neki, minden felszerelése bent van az iskolában”, a tanszereket az iskolába vitte be Kamilla.

Kamilla igyekezett segíteni Alexet a tanulásban. „De ő már azt mondta: »Anyá, már mindegy.« De ha nincs nyolc osztály, akkor még az a kis családi sincs.” mondta Kamilla keserűen.

Mit tanítanak a gyerekeknek? Géza „Ilyen emberes munkákat, például az udvart rendbe hozni.” mondta Kamilla. Nincs kert, nem művelik, mert „nincs kerítés, mindent ellopnak”. Nem is volt soha kerítés. Ha mennek dolgozni, ott kapnak zöldséget, gyümölcsöt, mondta Géza.

A gyerekek jövője

„Ilyen szegényes lesz, mint a mienk. Gondolom, majd jön a gyerek, a gyerek, a gyerek. Azután majd abból a kis családból ők is megélnék, nehezen.”

A ház másik felében egy szoba-konyhás lakrészben Andrea élt a családjával, Lászlóval, az élettársával és a saját három, valamint élettársa három gyerekével. Közös gyerekük nem volt, Andrea „el van kötve” mondták, ami a művi meddővé tételt jelentette. Andrea Kamilla féltestvére volt. Korábban jóban voltak, Andrea elmondása szerint mindent megosztottak nyolc évig. Alex és Andrea lánya „összemelegedtek”, ezen vesztek össze, azóta nem álltak szóba egymással.

A lakás 57 m²-es, a födémet javították, de ismét leszakadni készült. A berendezés lényegesen jobb volt, mint Kamilláéknál: sok ágy, szőnyeg volt a betonajzaton. Volt tűzhely, mely gázipalackkal működött, volt tévé, hűtőszekrény. A villanyt itt is kikapcsolták a tartozások miatt, áramot a szomszédból Andrea anyjától kaptak egy áthúzott vezetéken.

A lakásban nyolc fő élt:

- Andrea háztartásfő 36 éves, elvégezte az általános iskola 8 osztályát, alkalmi munkát végzett.
- László 28 éves, élettárs, 7 osztályt végzett kisegítő iskolában, stabil munkaviszonya nem volt, közmunkából és napszámos munkából hozott jövedelmet.
- A nagyobb gyerekek Andreáé: Dávid 19 éves, közép súlyos értelmi fogyatékos volt, így Andrea emelt családi pótlékot kapott utána; Szabina 18 éves, eltérő tantervű iskolába

járt, utána is járt a családi pótlék; Erzsébet 16 éves, 8. osztályos, magántanuló volt akkoriban.

- A kisebb gyermekeket László hozta az együttélésbe a korábbi élettársi kapcsolatából, Andrea a gyámhatóságtól megszerezte a gyerekek gyámságát, erre azért volt szükség, mert László egy évig börtönben volt. Bianka 12 évesen Gesztelyre járt iskolába magántanulóként, 4. osztályos volt; Vivien 11 évesen eltérő tantervű osztályba járt, ahogy a 10 éves Viktor is.

Megélhetés

Jövedelmek

A család stabil jövedelme 207000 Ft volt (az öt családi pótlék, emelt összegű családi pótlék és Andrea ápolási díja – úgy tűnik, Andrea nem kapta az emelt összegű ápolási díjat, amit a nagykorú közepesen súlyos értelmi fogyatékos fiú után kaphatott volna; ehhez jött még László 75000 Ft közmunkás bére), 8 főre, 25975 Ft/fő. Ezt egészítették ki hétvégeként a napszámos bérrel.

Kiadások

Andreáék is vásároltak hónap elején tartós élelmiszereket, a jövedelem azonban már két hét alatt elfogyott. Ekkor hitelre vásároltak a közeli boltban. Ez nem volt a leggazdaságosabb dolog, hiszen a boltos keresni akart az ügyleten, és mindig többet kellett visszaadni, ráadásul ellenőrizhetetlen volt, hogy a tartozási lista pontos-e. A hónap második felében már semmire sem jutott. Ha váratlan kiadás volt, Andrea megpróbálhatott kérni a rokonoktól, de ez reménytelen volt, hiszen ahogy mondta: „ők is ugyanolyan szegények, mint mi”.

Társas támogatások

Csak a családtól várhattak támogatást, de – mint fentebb már jeleztem – ez korlátozott volt. Andrea édesanyjától kapták az áramot, bár ezért fizettek. Andreáék heten voltak testvérek, az egy anyától származottakat számítva. Négyen éltek ugyanazon a településen, a többiek elköltöztek. Voltak féltestvérei, mint Kamilla, akivel közös volt az apjuk. Lászlóék nagyon sokan voltak testvérek, mert mind anyjuk, mind apjuk többször létesített élettársi kapcsolatot. A gyermekjóléti szolgálattal László gyerekeinek gyámsága, valamint a gyerekek iskolai hiányzásai, viselkedése miatt kerültek kapcsolatba.

Iskola

Nem voltak elégedettek az iskolával, a gyerekek egy részét már magántanulóvá nyilvánították a viselkedésük és a túlkorosságuk miatt, másik iskolában készültek az osztályozó vizsgára. A 10 éves Vivient is Legyesbényére kívánták átvinni.

Jövő

„Jobb jövőt szeretnék a gyerekeknek. Hogy ők megállják a sarat, ha mi már nem álltuk meg. A mostani eszemmel azt mondanám, hogy egyet se vállaltam volna. Kikészítenek engem, nem bírok velük. Főleg ez a Dávid” mondta Andrea. Dáviddal sok probléma volt. Az interjú készítése alatt Andreának ki kellett mennie, mert a szomszédok kihívták a rendőrséget, ugyanis Dávid a gázpalackot emelgette fenyegetően a szomszéd gyerekekre, akik Andrea szerint provokálják a fogyatékos fiút. A környéken sok volt a bűncselekmény, loptak, csúnyán beszéltek, ezért szeretett volna Andrea elmenni lakni ebből az utcából. László gyerekeire még nem vettek fel hitelt, ha megtehették volna, építkeznének.

A két testvér közül nyilvánvalóan Kamilla volt rosszabb helyzetben, de Andrea jövőjét sem láthatjuk túl rózsásnak. Kamilla esetében szinte csak a hiányokat sorolhatjuk:

- Bár nem volt egyedül, de egy nála jóval fiatalabb értelmi fogyatékos férfival kötött házasságot, aki képtelen volt egyedül megteremteni a család megélhetéséhez szükséges jövedelmet.
- Az élet materiális feltételei nagyon szegényesek voltak. A ház életveszélyes volt.
- A tágabb családban is szokásosnak számított a több, egymást követő élettársi kapcsolat, és a sok gyermek, testvérek és féltestvérek. Még a családon belül sem volt viszont támogató kapcsolat, egyszerűen azért, mert mindannyian szegények voltak, nem tudtak adni.
- A súlyos hiányok kipótlására a szociális szolgálatok sem voltak képesek.
- A gyerekek megfelelő ellátására nem volt mód, hiszen még víz sem volt a lakásban, azt kb. 100 méterről kellett hozni. Így sem mosni, sem mosdani nem lehetett rendszeresen.
- Az egyik gyerek eltérő tantervű iskolába járt, a másik túlkorosan egyáltalán nem akart már tanulni.
- Kamilla beteg volt, nemcsak testileg, hanem lelkileg is. Világosan mutatták depresszióját a saját és a gyerekek várható jövőjéről szóló szívbe markoló szavai: *„Ugyanúgy megy a nap, a másnap ugyanolyan lesz... (A gyerekek jövője is) ilyen szegényes lesz, mint a mienk. Gondolom, majd jön a gyerek, a gyerek, a gyerek. Azután majd abból a kis családból ők is megélnék, nehezen.”*
- Ezekkel a hiányokkal szemben Kamillának két erőssége volt: egyrészt értelmesebb, iskolázottabb volt, mint a körülötte élők, másrészt volt egy támogató kapcsolata, a nagynéni személyében. A nagynéni viszont a családsegítők szerint nem önként vállalta a támogatást.

Andrea helyzetében valamivel több volt a pozitívum:

- Hat gyermekről kellett gondoskodnia. A nagyobbak közül egy közepsúlyos értelmi fogyatékos volt, aki állandóan ki volt téve a környékbeli suhancok provokációinak. Ezért gyakran járt náluk a rendőrség, és ellenséges viszonyban voltak a szomszédokkal.
- A nagyobb gyerekek közül az egyik eltérő tantervű iskolába járt, a másik túlkorosan magántanuló volt. A kisebbeket is másik (távolabbi) iskolába kellett átvinni, mert problémáik voltak az iskolában.
- Andrea párkapcsolata szintén nála jóval fiatalabb, de legalább munkaképes.
- Az anyagi helyzetük jobb volt, mint Kamilláé, de így is nagyon szegényes, és a plusz családi pótlékokért súlyos gondozási teher nehezedett rájuk.
- Andreának is erőssége volt a cselekvőképesség, az ügyesség a hivatali ügyintézésben.
- Támogató kapcsolata is volt, anyja személyében, akitől villanyáramot kapott (bár pénzért). Korlátozottan, de számíthatott a család más tagjainak a támogatására is.

A gyermekek veszélyeztetése

A mélyszegénységben élő családok képtelenek biztosítani a gyermekek szükségleteinek kielégítését, amit a szociális és egészségügyi szakemberek elhanyagolásnak értékelnek. Három olyan családdal találkoztam, ahol a gyerekek intézetben voltak elhelyezve, két esetben az

elsődleges okok a nem megfelelő lakáskörülmények, az alultápláltság okozta fejlődési visszamaradás és az elhanyagoltság volt, egy esetben a kamasz fiúk droghasználata és csavargása, iskolakerülése indokolta a családból való kiemelését.

4. esetleírás: Viktor és Alíz

Lakóhely, környezet

A taktaharkányi cigánytelep, melynek sarkán Viktor és Alíz lakik, a Damjanich utca egy részére és a Dankó Pista utcára terjedt ki. A hagyományos cigánytelep a Dankó Pista utca, ahol már csak néhány rossz állapotú, 10-15 éves szocpol ház volt és néhány kunyhó, meg gyerekek és kutyák. A Damjanich utcai házak többsége idősebb, talán a 60-as években épült kockaház, amelyeknek meghaltak vagy elköltöztek a tulajdonosai, és szocpolra megvették a szegény családok. Az udvarok gazosak, kerítés nincs. A fiatalabbak és férfiak köz munkán voltak, akkor érkeztek haza, amikor mi is odaértünk.

Viktorék háza a főútvonalról nyíló földút egyik sarkán állt. Kerítés nem volt, a ház körül szemét, száraz sár. A kétszoba-konyhás ház akkor 16 éves volt, szocpolra építették. Alapja alig volt, és az is csak elöl, a tetőről lefolyó víz alámosta a töredezett beton aljzatot és a romos falat, a földem egy része leesett. Abba a szobába, ill. valójában konyhába invitált be Viktor, ahol ők heten laktak, de ott sötét volt és büdös, az egyik gyerek aludt ott. Így azután inkább nem fogadtam el az invitálást. Az udvaron sivalkodtak a nemrég született kiskutyák. Anyjuk nyomorult, sovány keverék. A gyerekek bejöttek, beleszóltak a beszélgetésbe, gyönyörű, göndör hajú, ragyogó szemű csöppségek. Az előszobában beszélgettünk, már amennyire a gyerekektől és kiskutyák sivalkodásától lehetett. Viktor nagyon sovány, megviselt férfi volt, a karjában tartotta a hathónapos babát, aki csendben aludt. Viktor valamennyi választ láthatóan megfontolta, félt, hogy a gyerekek miatt vagyunk ott. Az első mondattal kifejezte, majd többször megismételte, hogy ő nagyon bizalmatlan. A gyerekek 11 hónapig intézetben voltak elhanyagoltság miatt. Attól félt, hogy azért jöttünk, hogy megint elvigyük a gyerekeket. Bizonygatta, hogy ő szeretné rendbe hozni a lakást, de nem tudja, mert az anyja pszichiátriai beteg. Ha bármit csinálna, azt kiabálja, hogy meg akarja mérgezni, fenyegeti, hogy följelenti. A ház három lakóhelyiségből (2 szoba, konyha) állt, az egyik szobát Viktor testvére és annak élettársa használta 3 gyerekkel, a konyhát Viktorék, heten, a kisebbik szobában a mama lakott. A mama elme-szociálisotthoni elhelyezését intézték, ebben segített nekik a szociális munkás, de várni kellett a felvételre, a lista végén volt.

Háztartás

- *Viktor 28 éves volt, felzárkóztató képzésben szerezte meg a 8. osztályt, soha nem volt rendes munkaviszonya, közhasznúként dolgozott, akkor foglalkoztatást helyettesítő támogatást kapott.*
- *Alíz 27 éves volt, 7 osztályt végzett, 17 évesen szülte az első gyermekét, ez után otthon volt a gyerekekkel, öt gyermekük volt:*
 - *Pandóra 6 hónapos,*
 - *Alex 3 éves, óvodás,*
 - *Rikárdó 5 éves, óvodás,*
 - *Stella 8 éves, az első osztályt ismételte,*
 - *Dzsenni 10 éves, a második osztályt ismételte.*

Megélhetés

Jövedelmük – a foglalkoztatást helyettesítő támogatással, a gyermeknevelési támogatással, családi pótlékkal és a rendszeres gyermekvédelmi támogatással – havi kb. 160000.- Ft volt, 7 főre ez 22860 Ft/fő, ha Viktor kapott közmunkát, akkor 30400 Ft/főre emelkedett. Ahogy Viktor mondta, két hétre elég a pénz, hó elején bevásároltak előre tésztát, krumplit, lisztet, olajat. Alkalmi munkát nem végeztek, ahogy Viktor mondta, „illegális”. Az udvart kerítés híján nem lehetett termelésre használni, felverte a gaz.

Kiadások

Korábban bent volt a víz, de a pszichiátriai beteg anya szétverte a csapot, ezért akkor a közkútról hozták a vizet, ami kb. 150 méterre volt a háztól. Az áramot a testvérek megosztva fizették. A gyerekek adományból, esetleg a piac használtruha standjáról kaptak ruhát, cipőt, a felnőttek ruhája guberálásból származott. A lakásban az egyetlen kultúrahordozó az öreg televízió volt.

Társas támogatások

Viktornak hat testvére volt. A családtól tudott segítséget kérni szükség esetén. Senkivel nem volt kapcsolatuk a családon kívül. A gyerekek sem barátkoztak mással, Viktor nem engedte, „hogy ne tanuljanak rosszat”. „Elég gyerek van a családban.” Nincsenek nagy veszedelemek a családokban Viktor elmondása szerint.

Szokásos nap

Fél 6-kor keltek, készültek, Viktor kísérte a gyerekeket az iskolába, óvodába, ha nem kellett mennie közmunkába. Aliz végezte a házi munkát, délután fél 6-kor jöttek meg a gyerekek az iskolából. Este tévét néztek, zenét hallgattak.

Iskola

Egyszer látogatta meg őket az osztályfőnök. A nagyobbik fiúról az óvónők azt mondták, hogy figyelemzavaros, el kellett vinni vizsgálatra, akkor kellett ismét vinni Miskolcra. Kérdeztem, hogy fizetik ki az útiköltséget, Viktor válaszolta, hogy „majd valahogy”. Nem volt meggyőző a válasz.

Mit csinálnak együtt a gyerekekkel?

Viktor a fiúkkal az udvart rendezte (nem volt világos, hogy mit hoz rendbe rajta), Dzsenni sokat segített anyjának.

Kapcsolat a gyermekjóléti szolgálattal

Viktor úgy érezte hibás volt abban, hogy a gyerekeket elvitték. Nem kezeltették a beteg Alexet. Az interjú idején injekciókúrára vitték, tüdőgyulladás miatt.

Jövő

„Jobb lesz”, rendbe tudják hozni a házat. A gyerekeinek szeretett volna Viktor szerencsét. „Hogy ne ebben az életkivitelben éljenek. Tanuljanak, ameddig csak lehet.”

Viktor nagyon igyekezett a beszélgetésben bizonyítani, hogy megfelelően gondoskodnak a gyerekekről, de ez nyilvánvalóan nem volt lehetséges. Heten laktak egy kb. 10 m²-es konyhának épült helyiségben. Jövedelmük nagyon szerény volt, a közmunkás bérrel együtt is csak 30400,- Ft/fő, a nélkül pedig mindössze 22860 Ft fejenként. Tekintettel arra, hogy a házban nem volt víz, elképzelhetetlen, hogy a gyerekek minden nap mosdanának, vagy mindent rendszeresen ki tudnának mosni. Bizonyos, hogy a gyerekek ruházata, cipője is problémát jelentett, ami pedig fontos lett volna, amikor a városba, szakértői vizsgálatra mennek. A problémás gyerek

szakértőhöz szállítása és a beteg gyerek gyógyszere, vizsgálatra vitele is megoldhatatlan problémát jelentett. És amennyiben ismét nem tudják kiszorítani ezeket a költségeket a szűkös jövedelemből, másodsorra könnyebb kiemelni a gyerekeket a családból, mint először volt. Bár minden ellátást, támogatást megkaptak, ami elérhető az adott településen, a feltételek hiányában nem tudták a gyerekek szükségleteit megfelelően kielégíteni, így a szociális munkások jóindulatán múlott, hogy kötelességzegőnek tekintik-e őket, ha nem tudják előteremteni például a buszköltséget a kisfiú Miskolcra szállításához. A kérdezett szociális munkások között szerencsére nem tapasztaltam azt a fajta szakszerűtlen gyakorlatot, melynek során utasítgatnák a szolgáltatások felhasználóit, majd – ha feltételek híján – nem teljesítik az elvárásokat, akkor őket vádolják felelőtlenséggel.

A gyermekjóléti szociális munka egyik alapaxiómája, hogy a sokproblémás családokban a szülők állapotának javítása az elsődleges feladat, hogy képessé váljanak az együttműködésre akár a gyermekjóléti szolgálattal, akár az iskolával a gyermek helyzetének javítása érdekében. A gyermekjóléti szolgálat viszont rendszerint eszköztelen a problémák halmozódásával szemben. Ahogy a taktaharkányi szociális munkás – már idézett – megjegyzésében mondta: „*(a szegény cigány családok) olyan mély nyomorban élnek, hogy minden gyereket ki lehetne emelni a családból, de az nem lenne igazságos.*”

Devianciák

A mélyszegénységben élő családok nem csak a gyerekek vizsgálatra szállításáról, gyógyszeréről, változatos és tápláló étkezéséről nem tudtak gondoskodni. A téli tüzelő beszerzése is rendszerint megoldhatatlan problémát jelentett számukra. Ha az önkormányzat vagy a karitatív szervezetek nem segítenek a problémán, és nem akarnak megfagyni, nem marad más megoldás, mint a falopás⁴⁹.

Mint a fenti eseteírásokból és a gyermekjóléti szociális munkások beszámolóiból láttuk a szegénytelepeken gyakori volt a lopás, az erőszak. Ballagást ünnepeltek, és részegen szétverték a telefonfülkét; Piroskától ellopták a kölcsönként szerszámokat; a fiatalok banda drogos kábulatban bántalmazta és kirabolta az utcában élő idősszonyt⁵⁰; Andrea fogyatékos fiát addig provokálták, amíg dühkitörésében a gázpalackkal fenyegette az utcában lakó gyerekeket; az iskolában a gyerekek verekedtek; a gyerekek konfliktusaiba beszálltak a felnőttek is; és így tovább. A megkérdezett családok szinte mindegyikében voltak olyan családtagok, akik korábban, vagy éppen az interjúk készítésének idején börtönben voltak.

A szolidaritás hiánya

A bevándorlók⁵¹ közösségeiben, mint amilyen a lyukóvölgyi telep, a sajobábonyi, az alsószolcai és a megyaszói cigánytelep, nincsen szolidaritás, és nagyon sok a konfliktus. Bár érdekes módon nagyon kevés egyedülállóval találkoztam a terepmunka során, a

⁴⁹ A taktaharkányi cigányok falopásáról szolt az Index cikke: Miklós Gábor: Tíz stihlfűreszes közül csak egy cigány. Index, 2009. 02.16. http://index.hu/belfold/2009/02/16/tiz_stihlfureszes_kozulcsak_egy_cigany/ (2019.08.20.)

⁵⁰ Erről számolt be a következő újságcikk: Elfogták a sajobábonyi támadót. Boon, 2015.06.04. <http://www.boon.hu/video-elfogtak-a-sajobabonyi-tamadot/2848505> (2019.08.02.)

⁵¹ Bevándorló népességen itt azokat értem, akik például a tiszai árvizek idején állami segédlettel költöztek, vagy más időkben munkavállalás céljából települtek be Borsod-Abaúj-Zemplén megye különböző településeiről a városokba.

legszegényebbek mind élettárrsal éltek, de a kapcsolatok nagyon törékenyek voltak, a partnerek gyakran változtak, ahogy a 3. esetleírásban láttuk. Még azokban az esetekben is, amikor a rokonok közel laknak egymáshoz, gyakori volt a kapcsolat megromlása. A rokonok sem számíthattak egymásra, ha egyik félnek sem volt mit adnia. Amikor rákérdeztem, hogy kitől kérhetnek segítséget, ha hirtelen bajba kerülnek, gyakran kaptam azt a választ, hogy „Senkitől. Nekik sincs. Miből adjanak?” A forráshiány még az olyan esetekben is akadályozhatja a szívességek nyújtását, amikor nem kellene pénz hozzá. Ez gyakori konfliktusforrás. A szolidáris kapcsolatok hiánya megakadályozta például, hogy a felek ügyeljenek a másik tulajdonára, szemmel tartsák javait. A közelebbi kapcsolat megakadályozhatná az egymás javainak eltulajdonítását, ezeken a településeken viszont nagyon gyakori a lopás. Ugyanúgy nem tettek feljelentést, ahogy Marica sem tett, bár tudták, hogy ki az elkövető. Ennek oka nyilván a retorziótól való félelem volt.

A támogató kapcsolati háló szempontjából a korábban intézetben nevelkedettek voltak a legrosszabb helyzetben. Sokan a szüleiket sem ismerték. A testvéreket inkább, de rendszerint ezek a kapcsolatok sem voltak nagyon szorosak, mert a testvérek rendszerint más-más településen éltek. Azok a volt intézeti neveltek voltak jobb helyzetben, akik kaptak életkezdesi támogatást, és ebből házat vettek. Ők jó partinak számítottak a helyi közösségben, ahogy egyik interjúalanyom mondta, őket „beházásították”. De ez esetben is az volt a lényeg, hogy hová házásították be, volt-e annak a családnak támogató képessége. Az életkezdesi segítyből megszerzett javakat ugyanis egyébként a nyomorúságban hamar felélték. Erre is láttam a kutatás során példákat.

A helyi közösségekben hagyományosan létezett a *szomszédsági támogató rendszer*, ami jövedelemforrás volt a falu szűkölködőinek. A háztartási segítségért legtöbbször nem pénzt kaptak a helyi közösség szegényei, hanem élelmiszert vagy más fogyasztási cikket, szolgáltatásokat. Ilyen példákat is láttam a kutatás során, de úgy tűnik, fogyóban van a bizalom, ami az ilyesféle segítség alapja. Ahogy az egyik település szociális munkása elmondta: *„Lehetne dolgozni az idősek kertjeiben, amiket már az idősek nem tudnak megművelni, de félnek beengedni a munkanélkülieket vagy közmunkásokat a kertbe. Volt már rossz tapasztalat, a beengedett körülnézett, azután eltűnt az élelmiszer a füstölőből, a termés a kertből.”* A fálvakban nem csak a cigánytelepek lakói között, hanem a cigányok és nem cigányok között is voltak konfliktusok (bár a cigánytelepek zártsága miatt sokkal kevesebb, mint a cigány családok között). Az idősebbek nem tudták megvédeni a tulajdonukat, így eltűnt a termés vagy a száradó ruha az udvarról, a hús a füstölőből, és néhányan áldozatul is estek a fiatalokból álló, rendszerint drogos bandák támadásának. A szenzáció futótűzként terjedt, félelmet keltett. Ezért nem csoda, hogy a környéken egyre népszerűbbé vált a Jobbik, ami védelmet ígért az ilyen atrocitások ellen.

III. Iskolák – ahogy a szociális szakemberek, a családok és a gyerekek látják

Mint már említettem, az iskolák vizsgálata a kutatócsoport más tagjainak volt a feladata, én csak azt igyekeztem megtudni, hogy milyenek látják az iskolákat a szociális munkások, a hátrányos helyzetű családok és a gyerekek. A következőkben tehát csak az ő szempontjukból látjuk az iskolákat, ami igen egyoldalú nézőpont, nem szól arról, hogy a pedagógusok hogyan élik meg a mindennapjaikat a hátrányos helyzetű települések hátrányos helyzetű iskoláiban.

Szegregáció⁵²

A kutatásba bevont iskolák közül egy alapítványi (a Nyitott Ajtó Baptista Általános Iskola), a többi állami iskola volt. A baptista iskola missziójának tekintette a hátrányos helyzetű gyermekek nevelését és oktatását, így ebben az iskolában csupa olyan gyermek tanult, aki Miskolc szegénytelepeiről (a számozott utcákból, a Lyukóvölgyből, a Vasgyári telepről, Perecesről stb.) jött, és többségük cigány volt. Kívülről talán a baptista iskola közelítette meg a leginkább a közösségi iskolamodellt, amely nemcsak a gyerekeknek, hanem a szülőknek is szolgáltat. Igen sok programjuk volt a szülők számára (családi nap, roma nap, a szokásos karácsonyi, húsvéti, farsangi stb. rendezvények mellett). A baptista iskola viszont nem ott volt, ahol a családok éltek, hanem valamivel távolabb. Így kiválóan egészítette ki az iskola törekvéseit a lyukóvölgyi közösségi ház, amely a baptista iskola tanítványainak működtetett tanodát, és ugyanakkor a szülőket is igyekezett szolgáltatásaival elérni.

A vizsgált települések iskoláinak zömében nagy probléma volt a cigány tanulók magas aránya. A kistelepülés, *Bükkaranyos* iskolája kis iskola volt, nagyon kevés tanulóval. Bár a festői szépségű település Miskolc felőli részén jómódú családok laktak, ők azonban bevitték magukkal a gyerekeiket a nagyvárosba. Még az alsóban 10-12 gyerek jutott egy osztályra, a felsőben csak pár gyerek volt, nyolcból összesen három tanuló végzett a kutatás évében. A helyi szociális munkás az okot a 6-8 osztályos középiskolai oktatás bevezetésében látta: *„Amikor létrejöttek a hat- és nyolcosztályos gimnáziumok, a jobb eredményeket elérő gyerekeket elvitték Miskolcra. A jobbakat már 4. osztály után elviszik, majd a jó közepesek is távoznak a 6. osztály után.”* A felső tagozat részben osztott volt: a 8. osztályosok egy osztályban tanultak a 6. osztályosokkal. A felső tagozatra csaknem mind cigány gyerekek jártak. Az iskola léte ezért bizonytalan volt. A települések nagyon igyekeztek megőrizni az iskoláikat, mert az iskola elvesztése a település lakosságmegtartó erejét gyengítette. Ha a fiataloknak máshová kell iskolába járatniuk a gyerekeiket, könnyebben elköltöznek.

Alsózsoltán két iskola volt, az egyik szegregált, a Benedek Elek Tagiskola, amely közel volt a cigánytelephez, ahonnan a tanulók 95%-a került ki. Az anyaiskolában, a Hermann Ottó Általános Iskola és Alapfokú Művészet Oktatási Intézményben – ahogy a település szociális munkása elmondta - *„nem ez a helyzet. Korábban elit iskola volt, és félnek a lecsúszástól. Csökken a gyerekek száma, mert a szülők inkább elviszik a gyerekeket másik iskolába, ha úgy látják, csökken az oktatás minősége, ill. több a cigány gyermek. Nagy a felvételi körzetük, Sajóladon és Felsőzsoltán egyházi iskola van, aki nem akarja egyházi intézménybe járatni a gyerekét, idehozhatja. Zeneiskola, a tehetséges tanulókat felkarolják. A pedagógusok „színtelenítenek”: ha problémájuk van a gyerekekkel (tetvesség, higiénia gondok, felszerelés hiánya, a kicsik bepisülése), jeleznek a gyermekjóléti szolgálatnak, nem gondolják, hogy ezzel nekik is dolguk lenne. Nem tárgyalnak a szülőkkel. A szülők pedig nem engedik be őket, ha látogatni mennek, mert bizalmatlanok”.* Az interjúk során kérdezett szülők közül többen a távolabbi (jobbnak tartott) iskolába írárták a gyerekeiket, majd inkább átvitték a közelibe, mert oda nem kellett kísérni őket. A gyerekek pedig arról számoltak be, hogy a Hermann iskolában

⁵² Az Egyenlő Bánásmód Hatóság korábban indított eljárást szegregáció miatt például a taktaharkányi iskola ellen: *Megszüntették az iskolai szegregációt Taktaharkányban 2010. október 25. hétfő, 17:35*
<http://www.dalit.hu/megszuntettek-az-iskolai-szegregaciot-taktaharkanyban/> (2019.08.15.)

a tanároknak sokkal nagyobb elvárásaik voltak. Világosan kiderült, hogy nem csak a kíséréssel volt a probléma.

Nagyon hasonló volt a helyzet Sajóbáonyban, ahol a kb. 150 tanuló 90%-a a cigánytelepről járt. A nem cigány családok elvitték a gyerekeiket Miskolcra, Szirmabesenyőre, Sajókeresztúrra, főleg, akik ott dolgoztak. Két párhuzamos 7-8. osztály volt. Évente 40 gyerek született a településen, az óvodai létszám nem csökkent, az iskolai létszám viszont igen. Az iskolai pedagógusok szenvedtek a gyerekekkel a magatartási problémák miatt: a gyerekek és főleg a túlkorosak agresszívek és tiszteletlenek voltak, „beszóltak” a tanároknak, szexuális ajánlatokkal zaklatták a társaikat. Egy kislánnyal beszélgettem ottlétemkor, panaszkodott, hogy a tanárok kiabálnak velük. Ugyanakkor ebben az iskolában igyekeztek a gyerekeket az iskolában tartani, nem éltek a magántanulóvá minősítés módszerével. Egy gyereket tettek csak ki magántanulóként súlyos bűncselekmény miatt (egy társukat bántalmazták súlyosan csoportosan).

A kivétel ez esetben is a Böcsi Általános és Szakiskola, Alapfokú Művészetoktatási Intézmény volt, amely 10 évfolyamos. A szakiskolában csak egy szak volt, az élelmiszer- és vegyiáru kereskedő. A tanulók összetétele évfolyamonként változott, nem volt magas a cigány tanulók aránya. Volt, ahol fele-fele az arány, volt, ahol kisebb. A felső tagozatba a környékbeli településekről is jöttek tanulók, a szomszédos települések iskoláinak egy részében ugyanis csak alsó tagozat volt. Nem volt jellemző, hogy elvinnék a gyerekeket az alsótagozat elvégzése után. Az iskola igen széles profilú volt, művészetoktatási intézmény is, és integrált oktatást is vállaltak, sajátos nevelési igényű, tanulásban akadályozott gyerekeket is felvettek. Alkalmaztak logopédust, iskolapszichológust. Az iskolaotthonos oktatás alsóban és felsőben is kötelező volt. Ezt is biztosították, és senkit nem küldtek el. Sok szabadidős elfoglaltságot kínáltak a tanulóknak: sport és művészeti szakköröket. Magántanuló kevés volt, ahogy a gyermekjóléti szolgálat vezetője elmondta, a KLIKK tiltotta ezt, „csak egészségügyi okból” tartotta elfogadhatónak. A problémák esetén fegyelmet tartottak, többszöri fegyelmi esetén kizárták a gyerekeket. Mindössze két ilyen eset volt korábban. Három olyan család volt akkoriban, amelynek gyermekei – minden erőfeszítés ellenére – sem jártak iskolába. A többieket a családi pótlék megvonása és a bírság rákényszerítette arra, hogy biztosítsák a gyermek rendszeres iskolába járását. Egy olyan család volt, ahol öt gyerek esetében felfüggesztették a családi pótlék folyósítását, az apuka azzal utasította el a beavatkozást, hogy „nem maguk tartják el a gyerekeket...”. 250 óra igazolatlan hiányzás után már rendőrségi feljelentésre került sor a 16 éven aluliak esetében, két ilyen esete volt a gyermekjóléti szolgálatnak 2015 júniusában.

A szociális szolgálatok és az iskolák

Mint fentebb láttuk, a vizsgált települések nagyobbik hányadában az együttműködés megfelelő volt az iskolák és a gyermekjóléti szolgálatok között. Ebben a fejezetben a konfliktusokról írok. A nézeteltérések általában a különböző probléma- és feladatértelmezés, valamint az intervenció értékelése körül alakultak ki.

Az egyik hátrányos helyzetű településen⁵³ nagy iskola volt, kb. 340 tanulóval, akik között nagyon sok volt a halmozottan hátrányos helyzetű és a túlkoros. A nem cigányokat elvitték a szülők. Az iskolaigazgató és a gyermekjóléti szolgálat között konfliktus volt, mert – ahogy a

⁵³ Ez esetben az adatközlő védelme miatt nem közlöm a település nevét. (KJ)

település szociális munkása mondta „az iskola szabadulni akar a problémáktól, kizárja, magántanulóvá nyilvánítja a problémás gyerekeket. A kizárt gyerekek csellengenek, lopnak. Romlik a település híre, a gyerekek meg esélytelenek. Idén 14 gyereket zártak így ki, 13-14 éveseket, főleg fiúkat! Nem tesznek semmit a problémák kezelése érdekében. Megtartják a szülői értekezleteket és fogadóórákat, de a szülők legalább fele egyáltalában nem jár el, legfeljebb akkor megy be az iskolába, ha valami sérelem éri a gyereket. Az igazgató nem akar konfliktust vállalni a szülőkkel, nem fogadja őket, nem beszél velük. Bár a gyerekeknek négy óráig iskolában kellene lenniük, egy kiskaput kihasználva – a szülők nyilatkozhatnak, hogy ők meg tudják oldani a gyerek felügyeletét, és akkor nem kell bent maradniuk – a problémás gyerekeket hazaküldi, a szülővel aláírítja a papírt, hogy nem kéri a délutáni foglalkozást. Csak azok vannak bent, akinek a szülője dolgozik. Volt olyan, hogy a gyerek csak összevitatkozott a társával, és már elintézték, hogy ne legyen bent délután. Kifogásoltuk, de eredménytelenül. Az igazgatóhelyettség és a pedagógusok egy részével jó a kapcsolatunk, ők igyekeznek a problémákat helyben elintézni, rendezünk közös esetmegbeszéléseket is. Korábban két évig volt itt tanoda. Az iskola tanárai egyébként jó szakemberek, sok programot szerveznek a gyerekeknek: digitális tanítás, erdei iskola, pályázatok. (...) A szomszéd kistelepelesen működik egy tagiskola, két tanító dolgozik az osztatlan alsó tagozatos négy osztállyal, 28 tanulóval, akiknek a 40%-át innen viszik át a szülők. Az ottani polgármester támogatja az iskolát, a falusi rendezvényekre meghívja a nem ott lakó iskolás gyerekek szüleit is.” A nem kívánatos gyerekektől való megszabadulásnak más módszerét is láthattuk ugyanebben az iskolában: a magántanulóvá nyilvánítás alternatívájaként felajánlották, hogy vigye a szülő a szomszéd települések egyikének iskolájába át a gyerekeit, ahogy az a 3. esetleírásban szereplő családdal történt.

A következő esetet nem a nyomorúság érzékeltetése miatt hoztam ide, hanem egyrészt a korai gyermekvállalás generációs átörökítését, másrészt a magántanulóvá nyilvánítás dinamikáját igyekszem vele illusztrálni.

5. esetleírás: Idősb Ilona, ifjabb Ilona és Pandóra

Az interjún a három nőt kérdeztem, a két Ilonát és Pandórát, a férfiak éppen közmunkán voltak. A bejárati ajtó előtti lépcsőre ültünk le, a lakásban valamit főztek, ami igen büdös volt.

Lakóhely, környezet

Kétszoba-konyhás ház Lyukóvölgyben, romos lépcső, a szobákat függöny választotta el a konyhától, minden elhasznált volt, lomizásból származhatott, de rend, és a körülményekhez képest tisztaság volt. A kis házban négy generáció, három háztartás élt együtt.

Háztartás:

- *Id. Tamás háztartásfő 57 éves, 8 általánost végzett, a kohászat után a városgazdánál dolgozott, közmunkásként.*
- *Id. Ilona szintén 57 éves, 6 osztályt végzett, 14 évesen már dolgozott a kohászatban, 33 évet dolgozott. Az interjú idején intézte a leszálalékolást, eddig szociális segélyt kapott. Négy gyereke volt (Erzsébet 36, Ilona 35, Tamás 33, József 28 éves), már*

mind családosok voltak, csak ifjabb Ilona és gyermekei éltek az idősebbekkel egy fedél alatt.

- *Ifj. Ilona 35 éves, háztartásfő, 8 osztályt végzett, nem volt munkahelye, akkoriban gyermeknevelési támogatást kapott, férje 40 évesen meghalt (dolgozott építkezésen, egy reggel nem ébredt fel), 4 kiskorú gyermeke volt:*
- *Pandóra 15 évesen az ált. isk. 5. osztályát végezte el, magántanuló volt 5 hónapos terhesen.*
- *Ilona 11 éves, általános iskolás.*
- *Csilla 8 éves, általános iskolás.*
- *Diána 17 évesen Dávid élettársa volt, egy háromhónapos gyermeket nevelt (több művi vetélése is volt, bánta, hogy terhes lett, de a harmadikat már nem akarták elvetetni, hurkot akartak föltetni egészségügyi okból – vizesedett a lába), iskolába járt, péknek tanult.*
- *Dávid 18 éves háztartásfő, Diána élettársa, 8 általános iskolai osztályt végzett, közmunkásként dolgozott.*
- *Minden kiskorú gyerek védelemben volt hiányzások, iskolai verekedések miatt. Ha méltánytalanság érte őket, ütöttek. Összetartó családként nem tűrték, ha valakit méltánytalanság ért a családból, ezért belecsúsztak veszélyes helyzetekbe.*

Megélhetés

Jövedelmek (Itt csak ifjabb Ilona háztartását vizsgálom, mivel neki voltak iskolás gyermekei.)

Kb. 200000.- Ft, ami Ilona özvegyi nyugdíjából, a Csilla után kapott gyermeknevelési támogatásból, a négy gyerek után kapott árvasági ellátásból tevődött össze, 5 főre ez kb. 40000.- Ft/fő.

Kiadások

Az egyszerre megkapott több havi özvegyi nyugdíjból és árvaellátásból rendbe hozták a házat, hogy hazajöhessen Pandóra kisgyereke. Diának és Dávidnak szereztek másik házat, mert ide már nem jöhetett volna a második kisgyerek.

Iskola

Pandóra magántanulóná válásának története: Pandórát az iskolában egy fiú szexuálisan zaklatta, levette a nadrágját, erőszakoskodott vele. Pandóra megütötte, összeverekedtek. „Salamoni döntésként” mindkettőjüket kirúgták. Pandóra a közösségi házba járt pótvizsga-előkészítőre. A terhesség miatt úgy szeretett volna pótvizsgázni, hogy egy év alatt elvégezzék kettőt.

Jövő

Pandóra gyermekével a nagymama, ifj. Ilona akart gyes-re menni, mivel lejárt a gyermeknevelési támogatása. A gyerekek továbbtanulását tervezték. Diána gyermekének gyámjává is a nagymamát szerették volna kineveztetni, bár Dávid, Dia élettársa elmúlt 18 éves, de nem tartották alkalmasnak az apai feladatra. Az interjú során ezt a kérdést hosszan tárgyalták.

Tehát az idősebb Ilona 21 éves volt, amikor az első gyermekét szülte, és 33 éves munkaviszonya volt. Az ifjabb Ilona viszont már 16 évesen szült, munkaviszonya sosem volt, és 35 évesen lett

nagymama. Diána 17 évesen szülte első gyermekét több terhesség-megszakítás után. Pandóra 15 évesen várja első gyerekét. Diána azért lett magántanuló, mert terhes lett, Pandóra pedig azért, mert verekedett. A verekedés a viták szokott elintézési módja a szegények társadalmában, a méltánytalanságot, sértést meg kell torolni, mert különben gyengének fog az ember tűnni, és a többiek „rászállnak” (láttuk a fogyatékos fiú esetét a 3. esetleírásban). A magántanulóvá válás után Pandóra szinte azonnal teherbe esett. A szociális munkások elbeszélése szerint ez is tipikus: az iskolából való kiesés után a lányok nagyon gyorsan teherbe esnek, megszűnnek gyerekek lenni.

Visszatérve az iskolák és a szociális szolgáltatások közötti viszonyra: Egy másik településen egy iskola volt, 300 fölötti tanulói létszámmal. A gyermekjóléti szolgáltatnak 150 körüli volt az éves esetszáma, az iskolás gyerekek 50%-a alapellátásban volt. A gyermekjóléti szolgálat szociális munkása szerint jó volt a kapcsolata az iskolával és az ottani gyermekvédelmi felelőssel. *„Akiből az iskola problémát akar csinálni, azt jelzik. Például a gyerek büdös. Nincs víz otthon, mit csináljon? Amit mi tekintenénk problémának, azt rendszerint nem jelzik. Nem tudom napi szinten ellenőrizni, hogy a gyerek fürdött-e, vagy sem. Egyedül látom el a gyermekjóléti szolgálatot! Adtunk tetűirtó szert, az önkormányzat adott mosógépet, centrifugát – nem használták. Nem értik meg, hogy milyen az a gyerekeknek.”* Nem értek egyet a szociális munkás kollégával abban, hogy a fürdési lehetőséget, mosógépet, centrifugát azért nem használták a rászoruló családok, mert nem érezték együtt a gyermekeikkel. Ennek a problémának az értelmezését fentebb már láttuk: a szegény családok szégyellik a nyomorúságot („mert mi büdösek vagyunk”), ráadásul gyakran az anyák az 5-6 gyereket nem is képesek egyszerre mozgatni. A lyukóvölgyi példából úgy tűnik, hogy ahhoz is munka és erőfeszítés kell, hogy a rászorulóknak használják azokat a szolgáltatásokat, amelyekkel a maguk és gyermekeik életminősége javítható. Erre az a szociális munkás, aki egyedül, 100-150 fős esetszámmal dolgozik, nem képes.

Arról is volt már szó e tanulmány lapjain, hogy a szociális szolgálatok és a védőnők kötelességüknek érezték a szegénység csökkentését: adományokkal segítették a gyermekes szülőket, szereztek cipőt, ruhát, tüzelőt. Volt olyan önkormányzat, amely a szociális munkás kérelmére kamatmentes kölcsönt adott az áram visszakötésére.

Az iskola és a családok

Ahogy az esetleírásokból is láttuk, a szülők és az iskola közötti kapcsolat igen változatos volt. A legszegényebbek képtelenek voltak akár a legjobb iskolával együttműködést kialakítani. A tanárok és a gyermekjóléti szolgálatok munkatársai ezt időnként elhanyagolásnak minősítették, pedig rendszerint csak arról volt szó, hogy a szülők alulképzettek, nem tudnak segíteni a gyerekeiknek, és nem tudnak mit kezdeni az iskolai elvárásokkal és problémákkal. Volt olyan szülő, aki rendszeresen bejárt az iskolába, részt vett a rendezvényeken, és volt, aki csak probléma esetén kereste meg az osztályfőnököt. A családok többségében volt kisgyerek, így nem is értek rá a szülők az iskolába bejárni. A rendelet alapján a gyerekeknek délután 4 óráig bent kellett lenniük az iskolában. Ezt főleg a kamaszok nehezményezték, de a tanárok egy része sem szeretne volna még délután is az iskolában látni a túlkoros, magatartásproblémás gyerekeket.

Mint fentebb láttuk, az iskolák egy része úgy működött együtt a gyermekjóléti szolgálattal, hogy jelezte a problémát, de nem gondolták, hogy ezen kívül bármi teendőjük is lenne. Az

osztályfőnökök gyakran nem tudták, milyen körülmények közül jött a gyerek. Az iskolák többsége komolyan vette, hogy nem kell az osztályfőnököknek meglátogatni az osztályuk tanulóinak családját. Ez azért súlyos gond, mert nem tudták, mit várhatnak el a gyerekektől. Nyilvánvaló, hogy ahol egy szobában nyolc-tíz fő él, ott nem lehet elvárni, hogy a gyerek otthon bármilyen feladatot teljesítsen. Az is biztos, hogy a gyerek fáradtan megy iskolába, mert ilyen körülmények között pihenni sem lehet megfelelően. A felszerelése sem lesz megfelelő, mert nem tudja megvédeni a kisebbek érdeklődésétől. A higiénias problémákról már fentebb idéztem egy szociális munkást: „*Akiből az iskola problémát akar csinálni, azt jelzik. Például a gyerek bűdös. Nincs víz otthon, mit csináljon?*”

Az iskola nem becsülte azokat a készségeket, amelyeket esetleg a családok átadtak a gyerekeiknek. A családok nagy részében bevonták a gyerekeket az otthoni teendőkbe, sőt találtam arra is példát, hogy a nagyobb fiúkat elvitték a szülők magukkal napszámba. Ez a nevelés csak arra az életformára készített fel, amelyben a gyerekek akkor is éltek, és ami nem volt nyitott egy másfajta jövő felé. A szülők nagy része pontosan tudta a tanulás értékét, de ehhez nem tudta a gyermekét hozzásegíteni. A másik oldalon az iskolai tudás jórészt használhatatlan volt a gyerekek mindennapi életében, vagy legalábbis nem volt világos, hogy miképp függ össze a mindennapi életükkel. A cigány fiatalokat akkor sem vették fel a munkaadók, ha szakképzettséget szereztek, a közmunkához vagy napszámos munkához viszont nem kellett szakértelem. A továbbtanulás támogatását a családok részéről a családi ellátások további folyósítása motiválta, ha motiválta. Ugyanis a fiatalok szerettek volna önállóak lenni, pénzt keresni, és azt önállóan elkölteni. Így nagyon gyorsan igyekeztek feladni a gyermekstátuszt. Ennek pedig legegyszerűbb módja az élettársi kapcsolatra lépés és a gyermekvállalás volt.

Az iskolák közül kiemelkedett a Nyitott Ajtó Baptista Általános Iskola, Óvoda, Szakképző Iskola, Középiskola és Kollégium⁵⁴, amely szinte kizárólag hátrányos helyzetű, cigány gyermekeket fogad. Ez az iskola a szülők és a szociális munkások elbeszélése szerint a családok és a szociális szolgáltatások felé is az átlagosnál nyitottabb. Rendezvényeikre meghívják a szülőket, és az osztályfőnökök igyekeznek a tanulók családjaival kapcsolatot tartani. Érdekes módon sem az iskola honlapján, sem a dokumentumaiban nem találunk küldetésnyilatkozatot. Ami leszűrhető a dokumentumokból, hogy a keresztény nevelést és a felzárkóztatást, speciális igények kielégítését tekintik fő feladatuknak.⁵⁵ Az iskola igen gyorsan növekedik, nemrég nyitották a felnőtt oktatási részlegüket. Tény, hogy Miskolc és az agglomerációja egész területéről fogadnak tanulókat, így a helyi közösség életébe nem tudnak integrálódni.

Összefoglalás

A tanulmányban egy korábbi kutatásom azon eredményeit írtam le, amelyek tisztázzák, hogy milyen helyzetekkel szembesülnek az iskolai szociális munkások a hátrányos helyzetű települések szegregált iskoláiban. Mit tudhattunk meg tehát a kutatásból a hátrányos helyzetű iskolákban tapasztalható problémákról?

⁵⁴ Lásd: <http://baptistaiskola.hu/>

⁵⁵ Nyitott Ajtó Baptista Általános Iskola, Óvoda, Szakképző Iskola, Középiskola és Kollégium Pedagógiai és nevelési programja. http://baptistaiskola.hu/images/Pedagogiai_program_20180831.pdf (2019.08.10.)

A kutatás helyszíneit adó kisebb **települések** mind Miskolc agglomerációjába tartoztak. Egy részük, mint Bükkaranyos, Sajóabony vagy Alsózsolca részben Miskolc elővárosának, alvófalujának tekinthető. Böcs kivételével valamennyi település szerepel a hátrányos helyzetű települések listáján, Megyaszó és Taktaharkány a leghátrányosabb helyzetű települések közé tartozik. A hátrányos helyzetű településeken magas a munkanélküliség, a települési önkormányzatok változó sikerrel igyekeznek kihasználni a kínálkozó foglalkoztatás-fejlesztési lehetőségeket. A közmunka igen nagy népszerűsége tette szert, mivel a munkavállalás ára kicsi, helyben van, jelentősen növeli a segélyezett családok jövedelmét, és hasonlít a falusi munkavállalók által jól ismert napszámhoz. Ugyanígy nagy jelentősége van a hátrányos helyzetű közösségekben és főleg a szegregált cigánytelepeken a komplex telepprogramnak, mely a leghátrányosabb helyzetű népesség közelébe viszi a szolgáltatásokat, közösségfejlesztő munkát tesz lehetővé, és rendszerint foglalkoztatási programot is tartalmaz.

A leghátrányosabb helyzetű települések jellemzője a leépülés, elöregedés, csak a cigány családokban születnek gyerekek, ezért az iskolákba is nagy hányadban cigány gyerekek járnak. Az elöregedő településeken rendszerint elindul a gettósodás folyamata. Az elhagyott házakba költöznek be a cigány családok. Az iskolás gyerekeket az ingázó szülők magukkal viszik a munkahelyük közelében lévő óvodába, iskolába, majd elköltöznek. A vizsgált települések többségében máig is van szegregátum, cigánytelep.

A hátrányos helyzetű településeken nagy probléma a munkanélküliség. Bár a piaci munkaerő-kereslet jelenleg országosan meghaladja a munkaerő-kínálatot, de ez több szempontból sem javítja a hátrányos helyzetű települések lakóinak munkaerő-piaci helyzetét. A szegény családok tagjai (beleértve a fiatalokat is!) nem csak azért nem foglalkoztathatók, mert nincs megfelelő képesítésük. A munkaképességnek vannak egyéb feltételei is, mint amilyen a megfelelő egészségi állapot, az önfegyelem, a tanulási képesség, a motiváció, az idő strukturálásának képessége. És lehetnek olyan helyzeti elemek is, amelyek befolyásolhatják a munkavállalást, mint amilyen a közlekedési lehetőség, a munkahely távolsága, a családi helyzet, és így tovább. A szegény családoknak ezért vonzó a közmunka, mert helyben van, rugalmas, így jobban illeszthető a munkavállaló személyes körülményeihez.

A **hátrányos helyzetű családok** között vannak olyanok, amelyek segítséggel képesek a kielégítő egyensúlyi helyzet elérésére. A mélyszegénységben élő családok viszont rendszerint sokproblémás családok:

- *A lakhatási körülmények* – a böcsi Dankó Pista utca kivételével – lesújtóak a faluvégi telepeken. A házak többsége szociálpolitikai kedvezménnyel épült, az építők a lehető legtöbb hasznot akarták zsebre tenni, kizárólag a gyerekek után járó kedvezmény összegének töredékéből építették őket. Így e házaknak jóformán nincsen alapja, nincsenek megfelelő nyílászárók, eresz híján az eső alámossa őket. Legtöbbjük 10-15 éve épült, de már alig több romhalmaznál, emberi lakásra alkalmatlan és veszélyes.
- A mélyszegénységben élő *családok jövedelme* alacsony, stabil összetevői a családi ellátások, az egy főre jutó jövedelem még a közmunka végzés esetében is alig haladja meg a 30000 forintot.
- *A lakások zsúfoltak*, gyakran több generáció és több háztartás él együtt. A berendezés hiányos, rossz állapotú, kultúráközvetítő tárgyak alig vannak (legtöbbször csak öreg televízió van, könyvek elvétve sem találhatók).

- A családokban rendszerint 5-6 gyermek él. A szülők *alacsony iskolai végzettségűek*, és gyakran *nagyon fiatalon vállalnak gyermeket*, nem ritka a 16 év alatti terhes⁵⁶.
- A cigány családok a hátrányos helyzetű településeken rendszerint *bevándorlók*, ami azt jelenti, hogy nincsenek kapcsolataik az adott településen. Társas támogató rendszerük a szűk családra korlátozódik. A családok között gyakori a *konfliktus*, a szegénység miatt a nyomortelepeken gyakoriak a *lopások*. A nyomorgó családokban alig akad olyan mintaként szolgáló személy, aki kiemelkedett a szegénységből, és így integrálódott a többségi társadalomba.
- A legszegényebb családok számára a *szociális szolgáltatások is inkább veszélyt jelentenek*, mintsem forrást, ugyanis a nagyon sok hiánnyal szemben a szociális munkások is eszköztelenek, a családok pedig források híján képtelenek az elvárásokat teljesíteni.

A vizsgált települések iskoláinak jó része is szegregált, közkeletű megnevezéssel „cigányiskola”. Az iskolákkal azok a családok sem elégedettek, akik képesek a kielégítő egyensúlyi helyzetet megteremteni. Az iskolák küszködnek a sokproblémás családok sokproblémás gyerekeivel. Az iskolában ugyanis megjelennek mindazok a gondok, amelyekkel a gyerekek otthon találkoznak.

- A *mélyszegény családok gyermekei alultápláltak* (ahogy a felnőttek is), gyakrabban betegek, ami oka a hiányzások, lemaradások egy részének.
- Az alultápláltság, az *ingerszegény környezet és az elhanyagoló nevelés* (személyre szóló figyelmet biztosítani az egyes gyerekeknek ilyen nagy családokban valójában lehetetlen) miatt a szegénységben nevelkedő *gyerekek gyakran a fejlődésben visszamaradtak* mind fizikailag, mind értelmileg. Gyakran *küszködnek tanulási nehézségekkel*.
- A *szegénység súlyos stresszt jelent*, ami magával hozza az *agressziót a családokon belül*. De az olyan *stresszoldó módszerek* is gyakoriak, mint az alkohol és drog (annak is a legkárosabb formái, mint a hígító). A túlkoros gyerekekkel vagy szakiskolásokkal a *drog* is megjelenik az iskola környékén.
- A munkátlanok viszonyai között *a mindennapi életnek nincs struktúrája*, így a gyerekek nehezen tartják be az iskolai rendet.
- A *családok közötti konfliktusok* beszűrődnek az iskolákba is, így gyakoriak a verekedések. Nehéz megakadályozni a bandákhoz nem tartozók áldozattá válását. A bántalmazott gyerekek pszichésen is sérültek.
- A *zsúfolt lakásokban nem lehet tanulni, pihenni sem*, és a gyerekek felszerelése sincs biztonságban.
- A szegények házaiban nincs víz, azt gyakran 100-150 méterről kell hozni. Így a *gyerekek higiénias állapota is lesújtó*.
- A *tanulók között sok a túlkoros*, és a lányok sok esetben az általános iskolai tanulmányaik befejezése előtt teherbe esnek, és lemorzsolódnak az iskolából. A hátrányos helyzetű településeken nagy problémát jelent *a lányok túl korai gyermekvállalása*.

⁵⁶ Lásd: Gyukits György (é.n.): a szegénységben élő fiatalok anyák életminősége és a szociális ellátórendszer. http://epa.oszk.hu/02100/02137/00016/pdf/EPA02137_ISSN_1219-543X_tomus_14_fas_1_2009_179-189.pdf (2019. 08. 15.)

Az **iskolák** válasza ezekre a kihívásokra gyakran a háritás: vagy saját kompetenciakörükön kívülnek minősítik a problémát, és igyekeznek azt áthárítani a gyermekjóléti szolgálatra; vagy úgy igyekeznek szabadulni a problémás, túlkoros gyerekektől, hogy magántanulónak minősítik, esetleg rákényszerítik a szülőket, hogy másik iskolába vigye.

Az iskolás gyerekekkel és családjaikkal foglalkozó **szociális szolgáltatások és szociális munkások**

- rendszerint jó kapcsolatban vannak az iskolákkal, jól ismerik a helyi közösség sajátosságait, az iskolába járó gyerekek családjait;
- a gyerekek érdekében konfliktusokat is vállalnak azokkal az iskolákkal, amelyek igyekeznek a problémás gyerekektől megszabadulni;
- igyekeznek forrásokhoz juttatni a gyermekes családokat, legyen szó anyagi javakról (segélyek és adományok), ismeretekről, információkról, személyes támogatásról;
- minden lehetséges forrást igyekeznek kihasználni, akár önkormányzaton, akár civil szervezeteken vagy egyházakon keresztül érhető az el, részt vesznek a helyi fejlesztési projektek tervezésében és kivitelezésében;
- intervencióik egyszerre irányulnak a családra, iskolára és az érintett gyermekekre;
- ugyanakkor forrásaik semmiképpen sem elegendőek, és tehetetlenek a problémák halmozódásával (szegénység, betegség, fogyatékoság, a mélyszegénység pszichoszociális következményei) szemben;
- túlterheltek, nem ritka, hogy egy-egy szociális munkásnak több mint száz családdal kellene egyszerre dolgoznia, melyek egy része nagyon intenzív – nem egy esetben speciális (orvosi, jogi, pszichológiai, életképesség-tréning) – szolgáltatásra szorulna;
- emiatt intervencióik elsősorban a problémák orvoslására irányulnak (kuratív jellegűek), preventív intervencióra nincs lehetőségük.

Következtetések: Milyen lehetőségei vannak az iskolai szociális munkásoknak a hátrányos helyzetű települések iskoláiban?

A következtetések célja, hogy segítséget adjon a hátrányos helyzetű településeken dolgozó kollégáknak iskolai szociális munkás szolgáltatásuk megtervezéséhez és intervenciók repertoárjuk bővítéséhez. Ebben a fejezetben azokat a szociális munkás beavatkozási lehetőségeket gyűjtöttem össze, amelyek evidensen adódnak a problémák fenti listájából. A lehetőségek felsorolása természetesen nem lehet teljes, és a javasolt módszerek leírása is csak jelzésszerű lesz, hiszen minden egyes módszerről kötetek szólnak. Igyekszem a módszert alaposabban körüljáró irodalmat ajánlani, bár ezek túlnyomó többsége szerepel a szociális munkás képzések tantervében.

A mindennapi szakmai gyakorlat korlátai

Tény, hogy a halmozottan hátrányos helyzetű települések iskoláiban annyira sok a probléma, hogy legtöbbször az egyetlen iskolai szociális munkás munkaideje messze nem elég a lehetséges programok megvalósítására. A munkafeltételek általában messzemenően nem ideálisak. A hátrányos helyzetű kistépelülések túlnyomó része elveszítette iskoláját az elmúlt

évtizedekben⁵⁷, így a szociális szolgáltatások egyik legfontosabb problémája, hogy miképp teremtsenek kapcsolatot a szolgáltatások lehetséges felhasználóival, és ugyanez a helyzet az iskolákkal is. Amikor létfontosságúnak tekintem, hogy bizalmon alapuló kapcsolat alakuljon ki az iskolai nevelők és a tanulók családjai között, az iskolai szociális munkások pedig építsék ezt, pontosan tudom, hogy ez jórészt logisztikai probléma, azaz arról szól, hogy miképp lehet egy helyiségben összehozni az érdekelteket. Ugyanez a kérdés, amikor a gyermeknek vagy a szülőnek szakszolgáltatásra volna szüksége, és a központban elérhető szolgáltatások távol esnek a család lakóhelyétől. De még ha nincsenek is távol, a szülőnek azonban több kisgyerekről kell gondoskodnia, máris súlyos problémát jelenthet az odajutás.

A sokproblémás családok sok szereplős esetei, a szakmaközi együttműködés

Minden esetben szem előtt kell tartani, hogy az egyes esetekben sosem csak az iskolai szociális munkás van jelen egyedül. Az iskolába járó gyerekek és családjaik ügyei mindenképpen beletartoznak a gyermekjóléti szolgálat és veszélyeztetettség esetén a gyermekjóléti központ, valamint a gyámhivatal, esetleg egy vagy több önkormányzati osztály ügykörébe. Ezen kívül a családdal és a gyermek(ek)kel még foglalkozhat a védőnő, a gyermekorvos, a család egyes tagjaival a családsegítő kolléga és/vagy a házigondozó szolgálat, a támogató és közösségi szolgálat, és egyáltalában nem utolsó sorban a gyerekekkel az óvodai/iskolai nevelők. Ez két dologra hívja fel a figyelmet. Először is a nagyon alapos feltáró munka eredményeképpen az iskolai szociális munkásnak meg kell állapítania, hogy az ügyben szereplő szociális munkások közül ki az esetgazda, kinek a feladata a különböző szolgáltatások munkájának összehangolása, kikkel kell adott esetben tárgyalni vagy kinek kell beszámolni az esetben történekről, kikkel kell időnként összeülni esetkonferenciára, és azt kinek kell összehívnia. A több szakember ügykörébe tartozó esetekben el kell kerülni a koordinálatlanságot, illetve, hogy a sok szereplős ügyben háttérbe szoruljon a kliens érdeke, illetve, hogy mindenki a másakra várjon, és ne csináljon semmit. A sok intézmény ügykörébe tartozó esetekben attól is tartani kell, hogy a szakemberek túlterhelik a családot, bár a jelenlegi szakemberhiány és túlterheltség közepette erre kisebb az esély, mint hogy a problémákkal küzdő család ellátatlan marad.

A gyakorlati következtetések tárgyalásában először a családgondozásban használható beavatkozásokat tárgyalom, mivel a mindennapi szakmai gyakorlat kliensközpontú, a szolgáltatás igénybevevőinek problémáit vizsgálva jut el a szociális munkás a csoportokat érintő ügyek megfogalmazásáig, illetve az intézményi lehetőségek és a közösségi szintű beavatkozási módok kereséséig.

1. Empowerment: A családok forrásainak és lehetőségeinek növelése

Mint már említettem, a gyermekjóléti szociális munka egyik alapaxiómája, hogy a sokproblémás családokban a szülők állapotának javítása az elsődleges feladat, hogy képessé váljanak az együttműködésre akár a gyermekjóléti szolgálattal, akár az iskolával a gyermekeik helyzetének javítása érdekében. Bármennyire közhelyszerű is Maslow szükségletpiramisára⁵⁸

⁵⁷ Kovács Imre (2013): A jelenkori magyar vidéki társadalom szerkezeti és hatalmi változásai. HITEL, január: pp. 145-187. <http://www.hitelfolyoirat.hu/sites/default/files/pdf/145-187.pdf> (Megnyitva: 2015. november. 15.)

⁵⁸ 4.2.1. Abraham Maslow szükséglet-hierarchia-elmélete. In: Dr. Roóz József, Dr. Heidrich Balázs (2013): Vállalati gazdaságtan és menedzsment alapjai. Digitális Tankönyvtár. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/0007_c1_1054_1055_1057_vallalatigazdtan_scorm/4_2_1_abraham_maslow_szukseglethierarchia_elmelete_XVlxSjTG3FzXfuFY.html (2019.08. 18.)

hivatkozni, a piramis kiváló összefoglalás az emberi szükségletek hierarchiájáról, másrészt rámutat, hogy az alacsonyabb szintek fizikai és biztonsági szükségleteinek kielégítése az alapja és feltétele annak, hogy az ember a magasabb rendű igényekkel egyáltalában foglalkozni tudjon. A nyomornak nincs erkölce.⁵⁹ Ezért értelmetlen például azon felháborodni, hogy a 3. esetleírásban szereplő Kamilla egy értelmi fogyatékos férfival állt össze, és egy olyan idős asszonyt használ ki, aki nem tudja magát megvédeni a kizsákmányolás ellen. A nyomorúság körülményei közepette minden kínálkozó forrást fel kell használni a túlélés érdekében, akár erkölcsös vagy legális az, akár nem.⁶⁰

Mindenképpen ki kell emelnem, hogy a legnehezebb helyzetben lévők esetében (mint amilyenek a 3. és 4. esetleírás szereplői) valódi, életváltató segítség csak állami felelősségvállalással lehetséges. A megfelelő lakhatáshoz juttatás, tehát a szociális lakásépítés jelentheti az első lépést. Ez annyira forrásigényes, hogy még a gazdagabb önkormányzatok sem bizonyosan képesek önmaguk megoldani, vagy legalábbis a megfelelő léptékben megoldani. A lakáshelyzet megoldása nélkül viszont bármilyen segítő akció csak elviselhetőbbé teheti az egyébként elviselhetetlen nyomort és kilátástalanságot, de semmiképpen sem vezet a helyzet javulásához. Ettől függetlenül nem lehet alábecsülni a **szegénység csökkentésének hagyományos forrásait**, mint amilyen az étel- és ruhaadományok, tüzelő, bútor és mindennapi használati tárgyak, háztartási eszközök, tanszerek, játékok gyűjtése és kiosztása. Ezt rendszerint nem az iskolában kell megoldani, a gyermekjóléti szolgálatok általában amúgy is teszik, az iskolai szociális munkások feladata lehet az együttműködés, mind a gyűjtésben, mind a lehetséges kedvezményezettek megnevezésében. Viszont az adománygyűjtésben, a lehetséges adományozók felkutatásában az iskolai szociális munkásnak is részt kell vennie, ha használni akarja ezt a forrást. Ugyanis nem csak a hétköznapi társas támogató rendszereknek, hanem a szakmai támogató rendszereknek is alapelve a kölcsönösség (ma nekem, holnap neked elv).

Ebbe a tőkecsoportba tartoznak az olyan források is, mint a családok és gyerekek higiéniai és egészségügyi helyzetének javítása. Lehet a gyerekeknek iskolai váltóruhája, és például a tornaóra után mosakodási lehetősége, ami – mivel minden gyereknek lehetőség – nem okvetlenül megbélyegző. A mosási lehetőséget éppúgy meg lehet szervezni, mint a lyukóvölgyi közösségi ház esetében. Az egészségfejlesztő tevékenység iskolapéldái a szemészeti és fogászati szűrések, védőoltások.

A **tudástőke** többféle lehet. Ahogy fentebb például a 2. esetleírásban láttuk, nagy érték, ha a kliens tudja, miképp kell együttműködni a szociális szolgálatokkal. Például a kliensek nagy része pontosan tudja, hogy mit kell mondani ahhoz, hogy elnyerje a megbecsülésünket (lásd a 2. esetleírást!), ezt akkor is el kell fogadnunk, ha pontosan tudjuk, hogy mondjuk azon az udvaron nincs mit rendbe tenni (mint a 4. esetleírásban bemutatott történetben). Viszont a kérdéssel, hogy mit tanítanak ők a gyerekeknek, rámutatunk, hogy lehetnek olyan tudások, amiket maguk a szülők tudnak átadni a gyerekeiknek. Ha beszélgetünk a szülőkkel és gyerekekkel a pályaválasztásról, és megkérdezzük, hogy milyen tulajdonságokat tartanak

⁵⁹ Illyés Gyula írja le a Puszták népében, hogy a nincstelen zsellérek csak akkor kezdenek el erkölcsi kérdésekkel foglalkozni, amikor a falu végén szert tesznek egy kis házra. Lásd: https://www.google.hu/search?source=hp&ei=r6tdXfKtE4TurgSowbeoDg&q=illy%C3%A9s+puszt%C3%A1k+n%C3%A9pe&oq=Illy%C3%A9s+puszt%C3%A1k+n%C3%A9pe&gs_l=psy-ab.1.0.0j0i22i3019.1269.5436..8622...0.0..1.533.3245.1j15j2j1j0j1.....0....1..gws-wiz.....35i39i19j35i39j0i131j0i10i67j38.qquCTOPwlsM

⁶⁰ Lásd erről: Kozma Judit: A szegénység pszichológiai vonatkozásai. Esély, 2003, 2.szám, 15-30.o.

fontosnak a gyerekeik esetében, amelyek megalapozhatják a pályaválasztásukat, vagy egy magatartási panasz esetében pontos leírást kérünk a szülőtől a nehezményezett viselkedési probléma megjelenéséről, akkor tanítjuk a reflexiót és a reflektív döntéshozást. A szülők kompetenciájának növelése igen nagy érték a szociális munka gyakorlatában. Az informálás, tudásátadás, készségfejlesztés a szociális munka fontos eszközei. Iskolai szociális munkásként többféle módon tehetjük ezt, egyéni konzultáció vagy szülőcsoport formájában egyaránt.⁶¹

Számításba kell vennünk, hogy a mélyszegénységben élő klienseink nem képesek úgy élni, ahogy mi, középosztálybeliek. A középosztálybeli értékek alapján azokat a helyzeteket nem lehet túlélni, amelyekkel ők nap, mint nap szembesülnek.⁶² Viszont rendszerint tudják, hogy a szociális munkásokkal létrejövő kapcsolatban a középosztályi elvárásoknak kell megfelelniük, hogy együttműködőnek lássák őket. Az együttműködés a legfontosabb eszköze a fenyegető következmények elhárításának. A tapasztalt kollégák általában tudják, hogy ez álca, képmutatás, illetve manipuláció, de nem tesznek ellene semmit. Ennek oka a belátás. Egyrészt a kliensnek ez az egyetlen eszköz áll rendelkezésére a hatalommal rendelkező személyek (mint amilyen a szociális munkás) befolyásolására, és rendszerint mi sem tudjuk olyan körülményekhez segíteni őt, amelyek között másképp lehetne élni. Másrészt nem egy, hanem sok család él hasonló helyzetben az adott területen, és – ahogy a gyermekjóléti szolgálat szakembere fentebb elmondta - képtelenség az összes gyereket kiemelni ezekből a családokból, így rendszerint meg kell elégednünk a legközvetlenebb életveszély elhárításával. Harmadrészt, a jó kapcsolatot a kliensekkel magunk is nagy értéknek tartjuk, mert lehetőséget ad a változások elősegítésére, még akkor is, ha a változás nem mindig következik be, vagy nagyon lassú. Azt is megbecsüljük, hogy a középosztálybeli értékek hangsúlyozásával a szolgáltatásaink igénybevevői a mi jóindulatunkat szeretnék megnyerni. És azt is lássuk meg az 5. esetleírás három női generációja esetében, hogy amikor a feltételek megteremtődnek, milyen villámgyorsan elkezdnek a felek racionálisan gondolkodni és tervezni, és mennyire figyelembe veszik a legfiatalabb generáció érdekeit! A tapasztalat azt mutatja, hogy még a legelesettebb családok esetében is adódhat lehetőség, amit meg lehet ragadni. Ilyenek lehetnek a gyerekek ösztöndíja vagy jól megszervezett továbbtanulása. A továbbtanulás, főleg, ha más településen történik, komoly előkészületeket és szervezést igényel. Az összes részletre kiterjedően kell tervezni ahhoz, hogy sikerüljön. Ez is lehet az iskolai szociális munkás feladata. A távolabb tanuló fiatalok figyelemmel kísérését viszont a gyermekjóléti szolgálatnak kell átadni, ha szeretnénk, hogy ne morzsolódjanak le a fiatalok az első nehézségeknél. Tehát az adódó lehetőségek a mi munkánk elősegítői, ahogy azt a 2. esetleírás szereplőjének, Maricának az esetében láttuk. Őt a szociális munkás segítette az új lakhely kiválasztásában, megszerzésében. Ebben a történetben az is érdekes, hogy Marica intézetben nevelkedett. Úgy tűnik, jó nevelői voltak, akikben megtanult megbízni, és ez segíti máig is abban, hogy rendeltetészerűen tudja használni a segítő forrásokat.

A tudástőke növelésének legismertebb formája a szülők iskolája és a tanoda. Ezekről itt nem beszélek részletesen, hiszen jólismertek.

A mélyszegénységben élő családoknak általában nincs támogató hálójuk, más szóval nélkülözik a **kapcsolati tőkét**. A helyi közösségben súlyos probléma a szolidaritás hiánya, még

⁶¹ Pataki Éva és munkatársai: Szakmai ajánlás az óvodai és iskolai szociális segítő tevékenység bevezetéséhez. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Budapest, 2018.

⁶² Lásd erről: Kozma Judit: A szegénység pszichológiai vonatkozásai. Esély, 2003, 2.szám, 15-30.o.

a családi, baráti, szomszédági, baráti (ún. „összetartó” és „összekötő”⁶³) kötelékekben is. A vidéki településeken hagyományosan létezett a szoros családi támogató kapcsolatok mellett a *szomszédági támogató rendszer*⁶⁴, ami jövedelemforrás volt a falu szűkölködőinek. A háztartási segítségért legtöbbször nem pénzt kaptak a helyi közösség szegényei, hanem élelmiszert vagy más fogyasztási cikkeket, szolgáltatásokat. Ilyen példákat is láttam a kutatás során, és ennek lehetőségét a családsegítő kollégák is említették, de úgy tűnik, fogyóban van a bizalom, ami az ilyesféle segítség alapja. Ennek több oka van meglátásom szerint. Egyrészt a Dankó Pista utcák lakói a szegény településeken mind betelepülők, nem integrálódtak a helyi társadalom szövédékebe, a helyi munkamegosztásba és szívességi hálózatokba. Másrészt a nagyon szegények körében gyakori a piti bűnelkövetés, amitől félnek a falusi szomszédok. Továbbá a szegények egyik túlélési módja a kölcsönkérés, ami a hó végi (vagy hó közepi) pénzsűkének lehetséges orvoslása, és ha valaki egyszer adott, ki van téve a folyamatos kérencsélésnek. A szolidaritás a sorstársak között, és még a családokon belül is nagyon korlátozott, mivel a kölcsönös támogató hálózatok alapelve a „ma nekem, holnap neked”, és akinek nincs mit adnia, az nem is számíthat támogatásra másoktól. Az ilyesfajta támogató hálózatok felépítéséhez közvetítők kellenek, akik közvetítenek, szabályokat állítanak fel, és megvédik az adakozókat a kizsákmányolástól, illetve biztosítják az ellenszolgáltatást, a kölcsönösséget. Ennek szervezése sem lehet egyedül az iskolai szociális munkás feladata, de a gyermekjóléti szolgálattal együttműködésben felépíthetnek ilyen hálózatot. A szociális munkásoknak így lehetőségük van a forrásfejlesztés mellett a forrásfelhasználás módjait is befolyásolni. Csak azoknak van lehetősége megfelelően és nem túlhasználni a segítő forrásokat, akik több forrásra támaszkodhatnak.

A sorsközösségben élők önsegítő hálózatainak igen nagy a jelentősége a szegény családok esetében. Ilyen csoport az azonos iskolába járó gyerekek szüleinek csoportja. A közös rendezvények segíthetik elő a kapcsolatok kialakítását.

Az iskolai szociális munkással szövődő kapcsolat maga is rendkívül fontos lehet a szolgáltatás igénybevevői számára. Hiszen ez a kapcsolat az ún. „összekapcsoló” kötések közé tartozik, azaz az intézményi forrásokhoz köti a klienst, olyan forrásokhoz, amelyeknek igen nagy értéke van a szolgáltatások igénybevevői számára.⁶⁵ A szegénységben élő családok közül azok tudnak a gyermekeik számára jobb iskolai karriert lehetővé tenni, akik rendelkeznek forrás-felhasználási készségekkel, képesek az élet kihívásaival úgy megbirkózni, hogy ebben felhasználják a számukra elérhető kapcsolati tőkét: a hivatalos és nem hivatalos támogató rendszereket. Tudnak bánni ezekkel a rendszerekkel, és eleget tudnak tenni ezek elvárásainak. Az ár – ahogy fentebb láttuk – a nagyon konzervatív értékrend hangsúlyozása és demonstrációja. Ez viszont igen ellentmondásos módszer.

A szegénység, a folyamatos szűkölködés miatt a fiatalok minél előbb szeretnének megszabadulni a családtól, és mivel a szerelem a kamaszkor normális jelensége, ami kifelé vezet a születési családból, előfordulhat, hogy a fiatalok a gyermekvállalással szabadulnak ki a

⁶³ Lásd: Messing Vera, Molnár Emília: Bezáródó kapcsolati hálók: szegény roma háztartások kapcsolati jellemzői. Esély, 2011. 5. szám, 47-74.o.

⁶⁴ Lásd ezzel kapcsolatban részletesen: Kozma Judit és mts.: Helyi társadalmak, kirekesztettség és szociális ellátások. Lehetőségek a kirekesztődött társadalmi csoportok érdekérvényesítési esélyeinek javítására a helyi társadalmakban. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen, 2004, 71-77.o.

⁶⁵ Lásd Messing Vera, Molnár Emília: Bezáródó kapcsolati hálók: szegény roma háztartások kapcsolati jellemzői. Esély, 2011. 5. szám, 47-74.o.

szülői gyámkodásból, ezzel érik el a felnőtt státuszt. Ezt elősegíti a jó forrás-felhasználási készségekkel élő családok esetében, hogy a nagyon konzervatív értékrend hangsúlyozása és demonstrációja nem engedi meg a fiatalok szerelmi kísérleteinek racionális, megengedő és kockázatcsökkentő kezelését. A tiltás viszont nem akadályozza meg a kamaszokat abban, hogy elkezdjék szerelmi életüket. A fiatalon élettársi kapcsolatba lépő és gyermeket vállaló fiatalok életéből így viszont kimarad az ifjúkor, a próbálkozások, az identitás és belső életterv szabad kialakításának szakasza⁶⁶, a gyermekvállalással kényszerűen az előző nemzedék életalakítási mintáját követik, pont azét a nemzedékét, amelyről a pubertásban le kellene válniuk. Ezt a problémát tovább súlyosbítja, ha az iskolában a teljesítőkéességük és lehetőségeik megtapasztalása helyett a kudarcot⁶⁷ élték meg. Ez rávilágít az iskola rendkívüli felelősségére a szegény családok gyermekeinek jobb élethez segítésében.

Az is érdekes itt, hogy a vizsgált családokban a családi ügyek intézése elsősorban a nők feladata volt⁶⁸, míg a férfiak – legalábbis az elképzelések szintjén – a munka világával álltak intenzív kapcsolatban. Ha a pár férfi tagja ebben sikertelen, mint fentebb Andrea esetében láttuk, előbb-utóbb felbomlik a kapcsolat. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy a szociális munkásoknak sokkal intenzívebben kellene foglalkozniuk a lányokkal. Ez a kérdés már átvezet az iskolák működésébe történő beavatkozások lehetőségeihez, ugyanis az ilyen problémák kezeléséhez elsősorban csoportmódszereket használnak a szociális munkások.

2. Az iskolai szociális munkások beavatkozási lehetőségei a családok - iskola – helyi közösség háromszög viszonyrendszerében

A települési szinten két fő lehetősége van a beavatkozásra az iskolai szociális munkásoknak, az egyik a *hálózatépítés*, a másik *az iskola és a helyi közösség közötti kapcsolat építése, elmélyítése*. Ezek közül az elsődleges a hálózatépítés, mivel az iskola és a szociális szolgálat része azoknak az intézményeknek, amelyek célja az állampolgárok jóllétének növelése. A hálózatépítésben az egyes tagok egyenrangúak, az iskolai szociális munkás minden esetben építője a saját hálózatának, és tagja a másokénak, de nem mindig kezdeményezője a hálózat létrehozásának.

A **hálózatépítés**⁶⁹ rendkívül fáradságos és időigényes folyamat, viszont e nélkül képtelenek lennénk forrásokat biztosítani a klienseink, és eszközöket a szakmai beavatkozásaink számára. A hálózatoknak többféle elve van, mint egyéni-családi szinten a képessé tevés, az empowerment vagy az önsegítés segítése; a szolgáltatás szintjén az interprofesszionális

⁶⁶ Lásd ezzel kapcsolatban: E. Erikson (1980): Pszichoszociális személyiségelmélet: az emberi fejlődés nyolc szakasza. In: dr. Szakács Ferenc és dr. Kulcsár Zsuzsanna (szerk.): Személyiséglélektani szöveggyűjtemény III. Elméleti irányzatok. Tankönyvkiadó, 169 és kk. o.

⁶⁷ Erikson, id. mű, 167. és kk. o.

⁶⁸ A mélyszegény családokban élő nők helyzetéről lásd részletesen: Czibere Ibolya: Nők mélyszegénységben. Személyes életvilágok és cselekvési perspektívák a mélyszegénységben élő nők mindennapjaiban. Szocio-téka, L'Harmattan Kiadó és a Debreceni Egyetem Szociológia és Szociálpolitika Tanszéke, 2012.

⁶⁹ A hálózatépítésről lásd részletesen: Roland Brake: Hálózatok a szociális munkában. In: Somorjai Ildikó (szerk.): Amivel még nem számoltunk. Interprofesszionális együttműködés és szociális munka. SzIF-KávÉ Kiadó, Budapest-Győr, 2001.; Budai István: Az együttműködő iskolai szociális munkás. Párbeszéd, 2019. 1. szám, <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/2491/2507> (2019.07.10.)

szociális munka vagy a szolgáltatásfejlesztés.⁷⁰ A hálózatok lehetséges osztályozása a következő⁷¹:

1. Elsődleges vagy mikro-szociális (családi, rokonsági hálózatok, szomszédság, barátok)
2. Szekunder vagy makro-szociális (szociális és egyéb humán intézmények, piaci szervezetek, politikai infrastruktúra, szociális ellátások, szocializációs színterek, közlekedés, hivatalok.
3. Tercier hálózat (önkéntes és önszervező hálózatok)
4. Intermedier professzionális szolgáltatások hálózata (igazságszolgáltatás-áldozatvédelem, gazdaság: munkaügyi tanácsadás)

Ez a csoportosítás segítséget nyújthat az új iskolai szociális munkásoknak a hálózati kataszter fölállításában, és a hálózatfejlesztési lehetőségek megállapításában. Tapasztalati tény, hogy rendszerint vannak kiaknázatlan lehetőségek az együttműködésben. Amikor a szociális munkás belép egy új munkahelyre, elkezd a szakmai praxis kidolgozását, amit majd egész működése során folyamatosan fejleszt-változtat. Felméri a környezetet, a problémákat és erősségeket minden szinten, stratégiát gyárt, kipróbál, értékkel és újratervez. Erre való például a SWOT-elemzés, amit minden szociális munkás hallgató megtanul egyetemi éve alatt. Így lehet, hogy kollégánk először csak tűzoltással tud foglalkozni, és csak a nagyon problémás esetekben érdekeltekkel kerül szorosabb kapcsolatba, de ez alkalmat teremt arra, hogy bemutassa, mit tud nyújtani pedagógus kollégáinak. Ez a képességek bemutatásának, a koalíciók és szövetségek megalapozásának lehetősége, ami majd megalapozhatja a magasabb szintű stratégia kidolgozását és megvalósítását. Hosszú a munkás élet szerencséje, a türelem, céltudatosság és kitartás rendszerint kifizető.⁷²

Az iskolai szociális munkásoknak nem csak a tanulók és családjaik, hanem a **tanárok-tanítók** és az iskola más alkalmazottai is kliensei. Az iskolákban a szociális munkások nem a saját területükön működnek, ami azt jelenti, hogy alkalmazkodniuk kell a „hely szelleméhez”, a helyi struktúrákon belül kell megtalálniuk a helyüket és szerepüket. Az iskola működését a sajátos, szociális munkás eszközökkel segítik, hozzájárulnak az adott terület céljainak teljesüléséhez. Az iskolai szociális munkások nem dolgozhatnak egyedül, meg kell nyerniük mind az iskolai pedagógusok, mind a helyi szociális munkások, mind pedig az ügyekben szereplő más szakemberek együttműködését, hogy tevékenységük hatékony legyen. Ha a szociális munkások nem tudnak segíteni az iskolák (és óvodák) pedagógusainak a mindennapi problémáik megoldásában, hamar megkapják, hogy tehetetlenek és semmirekellők, sőt könnyen válnak bűnbakká. A társzakták képviselőinek egy része, ahogy a fentebb láttuk – a helyi intézményi kultúrának megfelelően – valójában csak a problémától akar megszabadulni, de a lehető legrövidebb úton és a legkisebb befektetéssel. A helyzetet gyakran még nehezíti a

⁷⁰ Bányai Emőke a Párbeszéd iskolai szociális munkával foglalkozó tematikus számában a rendszerszemléletű megközelítést és az interprofesszionális együttműködés építését ajánlja az iskolai-óvodai szociális munkások számára. Lásd: Bányai Emőke Adrienn (2018): Az iskolai szociális munka szülőkkel, családokkal kapcsolatos feladatai, a szülők bevonása gyerekek iskolai életébe. Párbeszéd, 2018. 3. szám. <http://parbeszed.lib.unideb.hu/cikk/cikk/5bbcb546074d1>

⁷¹ Brake, id mű.

⁷² Ajánlom az olvasónak Charles Zastrownak a szociális munka túléléséről és élvezetéről szóló tanulmányát. Charles Zastrow: Mit tegyünk, hogy a szociális munka élvezetes hivatás legyen? Esély, 1995. 1. sz. 62-81.o. és 2. szám, 40-59.o.

vétkesek kereső kultúra, ami szintén nem a probléma megoldásáról, hanem a más nyakába varrásáról szól.⁷³

A változtatási törekvéseknek az iskolai személyzettől kell kiindulnia, a szociális munkások feladata ennek segítése. Hogy az iskolák képesek legyenek megbirkózni azokkal a problémákkal, amelyet a sokproblémás családok gyermekei jelentenek, magának is át kell alakulnia. Bár a szociális munkások az iskola megváltozásához legfeljebb javaslatokat tehetnek (és azt is célszerű nagyon tapintatosan tenniük a félreértések és konfliktusok elkerülése végett), a változtatás mellett szól, hogy ezekben a gettóiskolákban nem jó tanítani, a tanárok és tanítók nehezen birkóznak meg a mindennapi stresszel, és egy jó részük a tapasztalatok szerint kiégett. A stressz csökkentése, feladatok átvállalása, a problémák kezelésében mutatott jártasság rendszerint megteremti a bizalmat.⁷⁴

A fejlesztésbe bevont iskolák közül a Nyitott Ajtó Baptista Általános Iskola, Óvoda, Szakképző Iskola, Középiskola és Kollégium (Miskolc) közelítette meg leginkább azt az iskolatípust, amely a tapasztalatok szerint sok szempontból megfelel a hátrányos helyzetű települések gettóiskolaival szemben támasztható igényeknek, de ez az iskola sem integrálódik a helyi közösség viszonyrendszerébe, hiszen felvételi területe nagyon nagy. A baptista iskola több szempontból követi ezt az iskolamodellt:

- igen széles oktatási repertoárral rendelkezik, az utóbbi időkben már felnőttoktatási programot is indított,
- a tanulók túlnyomó többsége hátrányos helyzetű családokból jön, felvételi területét Miskolc nyomortelepei (a számozott utcák, Lyukóvölgy, Vasgyár, Békeszálló, Szondi-telep, Perces, Avas stb.⁷⁵) alkotják, és a hátránykiegyenlítés a nevelési tevékenység célja;
- vállalják a tanulási zavarokkal küzdő tanulók integrált nevelését,
- igyekeznek a szülőket is bevonni az iskola életébe.

A nemzetközi és kisebb mértékben hazai tapasztalatok szerint a hátrányos helyzetű települések gettóiskolái közül azok mutatkoznak a leghatékonyabbnak az integráció elősegítése vonatkozásában, amelyek a közösségi iskola modellt valósítják meg. Erről az iskolatípusról a szakirodalom a következőket mondja⁷⁶:

A közösségi iskola oktatási és szociális szolgáltatások integrált készletét ajánlja a gyerekeknek. (...) Ennek az iskolatípusnak a legfőbb jellemzői: az együttműködés más intézményekkel, a szülők bevonása és a tanterven kívüli (extracurricular) tevékenységek kínálata. Kérdés, hogy ez az iskolatípus mennyire hatékony, azaz e három jellegzetesség képes-e befolyásolni a tanulmányi teljesítményt, a lemorzsolódást és a kockázatos viselkedést. A tanterven kívüli tevékenységek a kutatási eredmények szerint nem befolyásolják a tanulmányi teljesítményt, viszont egyértelműen összefüggenek a

⁷³ Ezt nevezzük „forró krumpli” módszernek. Mindenki gyorsan szabadulni szeretne a problémától azzal, hogy átpasszolja másnak.

⁷⁴ Erről részletesen lásd: Kozma Judit: „Minél többet dolgoztam az iskolában, annál jobban tiszteltem a tanárokat...” Interjú Josephine Joelsonnal az iskolai szociális munkáról. Esély, 1992. 2.sz.

⁷⁵ Miskolcon tizenhárom kisebb-nagyobb nyomortelepet tartanak nyilván.

⁷⁶ A következő mű összefoglalása a közösségi iskolamodell hatékonyságával foglalkozó kutatásoknak. Heers, M., Van Klaveren, C., Groot, W., Maassen-vandenbrink, H.: Community Schools: What We Know and What We Need to Know, Review of Educational Research, February 2016, pp.1-36.

lemorzsolódás és a kockázatos viselkedés csökkenésével. Az együttműködés és a szülők bevonódása viszont pozitív összefüggést mutat a tanulmányi teljesítménnyel és negatív összefüggést a lemorzsolódással és a kockázatos viselkedéssel.

A hazai alternatív iskolák közül az Igazgyöngy Alapítvány iskolái felelnek meg leginkább a közösségi iskolamodellnek.⁷⁷ Részlet az Alapítvány küldetésnyilatkozatából:

„A generációs szegénységben élő gyerekek problémái csak a környezetükkel együtt értelmezhetők. Itt nem használhatók azok a szabályok, amelyeket elméleti úton, valós terepi tapasztalatok nélkül alakítanak ki, olyan háttérrel feltételezve, ami beleillik az átlagos sémába.

Éppen ezért kezdtünk **komplex fejlesztő programba**, amelyben az oktatás- család gondozás, közösségfejlesztés – intézményi együttműködés hármasszögletében a meghatározó. Megpróbáljuk megkeresni az összes beavatkozási pontot, és erre a közösség bevonásával hatást gyakorolni. A skála nagyon széles, a családotól a településfejlesztésig átfogja a problémát.

2009-ben meg is találtuk azt a települést, ahol kiépíthettük az Igazgyöngy-modell összes elemét, a pilot programunkat. A helyszín Told, ami egy nagyjából 270 fős zsákfalú az ország keleti határánál. A lakosság több mint 70 százaléka roma származású, akik egy része romungro, másik része oláh cigány, vannak betelepülők, és őslakosok, így már csak egy csoporton belül is óriási ellentétek feszültek.

A mélyszegénység és a roma integráció összes problémája halmozottan jelent itt meg, a lakhatási szegénységtől a bűnözés különféle formáig, mint a lopás, az uzsora, az illegális áramszerezés, vagy a prostitúció. Nagy volt az iskolai lemorzsolódás, gyakori a korai terhesség, szinte teljes körű a munkanélküliség. Az életet a nélkülözés, az elzártság, az agresszió és a jövőkép nélkülség jellemezte. Az elmúlt években viszont minimalizálódtak a rendőrségi beavatkozást igénylő esetek, megjelentek a kártyás villanyórák, beindult a kertprogram, és a társadalmi vállalkozás, a 2012 óta működő tanodánk hatására kevesebb a kimaradó és évisméltó gyerek, és már évek óta nem született 18 év alatti lány. Az Igazgyöngy munkahelyteremtő, közösségformáló erőként több helyi munkatársat alkalmaz, az alkalmi munkavállalók száma is egyre nő.

Hol tartunk most?

Hosszútávra tervezünk. 2018 a 20 éves stratégiánk kilencedik éve – és hiszünk abban, hogy a közösség képes kitörni a generációs, átörökített szegénység köréből. A toldi pilot-programunk mellett még 20 településen dolgozunk, a működő elemeket lehetőségeinkhez mérten próbáljuk ki máshol is. Évente több, mint 1200 családot érünk el közvetve és közvetlenül. A mostani generációval együtt dolgozunk a következő generációért, és tudjuk: mindig van kiút.⁷⁸

A szövegből világosan kiderül, hogy az Igazgyöngy Alapítványi iskolák mintaszerűen képviselik a közösségi iskolamodellt. Láthatóan képesek hatékonyan befolyásolni mindazokat a problémákat, amelyek a kutatás tanulságai szerint a hátrányos helyzetű kistérségek gettóiskoláit jellemzi, az iskolai karrier törésétől a lányok nagyon korai gyermekvállalásáig. Az iskolai szociális munkások csak csatlakozhatnak az iskolai szakemberek törekvéseihez, maguk

⁷⁷ Mindenképpen meg kell említenünk, hogy korábban az ún.- ÁMK modell, az általános művelődési központ sok szempontból egyezett a közösségi iskola modellel.

⁷⁸ Lásd: <https://igazgyongyalapitvany.hu/rolunk/tortenetunk/> (2019.08.15.)

nem tudják megváltoztatni az iskolákat. Buzdításul álljon itt egy felsorolás arról, hogy milyen iskolát képzelünk el. Szeretném biztatni a hátrányos helyzetű települések iskoláiban munkát vállaló szociális munkás kollégákat, hogy ne felejtsék a célt akkor sem, amikor bizony nagyon nehéz és lassú fejlődés támogatására vállalkoznak.

Milyennek is kellene lennie a szegények iskoláinak? Milyen iskolát szeretnénk?

1. Közösségi iskolát, amely nem csak a gyerekeknek, hanem a hátrányos helyzetű településeken élő szülőknek is szolgáltat, netán egyszerre tanítja a gyerekeket, és tart felzárkóztató, szakképző oktatást a szülőknek!
2. Jó, gyermekbarát és gyermekközpontú iskolát, hogy nagyon nehéz vagy egyenesen lehetetlen legyen a gyerekeknek kudarcot vallani az iskolában!
3. Felnőttoktatást, hogy ha valami megbicsaklott a kamasz korban, akkor se legyen akadálya a későbbi sikeres életpálya-építésnek!
4. Pozitív minták bemutatását, minden lehetséges médiát felhasználva, hogy ezek elérjék a fiatalokat!
5. Nem utolsó sorban a szegénység csökkentését, a nehéz helyzetben élők és főleg a gyerekek magukra maradottságának és kiszolgáltatottságának oldását, hogy ne akarjanak a fiatalok okvetlenül és akármilyen módon szabadulni a gyermekkori nyugjeitől, és ne okvetlenül hozzanak magukkal a felnőttkorukban is meghatározó testi és lelki problémákat!

III. FEJEZET: ESÉLYTEREMTÉS A KÖZÖSSÉGI MUNKA ESZKÖZEIVEL

Boros Julianna

„Cigánysor, cigánygödör, telep”⁷⁹ – a szegénytelepek, cigánytelepek történeti, társadalmi jellemzői Magyarországon

Bevezető

Jelen tanulmány célja, hogy áttekintő összefoglaló és elemző módon bemutassa a magyarországi szegénytelepek, cigánytelepek világával kapcsolatos korábbi kutatási eredményeket, koncepciókat, és ezek révén hozzájáruljon újszerű, releváns kutatói kérdések meghatározásához a témában. A tanulmány további szándéka, hogy a társadalomtudomány, elsősorban a szociális tanulmányokat folytató hallgatók számára, információt közvetítsen a szegénytelepekről, cigánytelepekről, a hátrányos helyzetben, szegénységben, leszakadó („gettósódó”) térségekben, szegregátumokban élő, főként cigány⁸⁰ népességről. Azzal a horizontális céllal íródott, hogy hozzájáruljon a szociális munka-kutatások azon területéhez, amelyek a magyarországi cigány népesség tagjaival kapcsolatos társadalmi kérdésekkel, kiemelten a lakóhelyi szegregációból eredő komplex problémák vizsgálatával foglalkoznak. A tanulmány leíró jellegű része egyrészt azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy milyen társadalmi, gazdasági, politikai folyamatok következményeként jöttek létre és léteznek napjainkban is a szegénytelepek, cigánytelepek. Másrészt, hogy milyen kísérletek zajlottak a cigánytelepek felszámolására, a területi szegregáció csökkentésére, a hátrányos helyzetű, főként cigány népesség tagjainak kirekesztett státuszának megváltoztatására. Harmadrészt pedig hogy milyen akadályokkal szembesülnek a segítők, milyen helyzetek gátolják a területi szegregációból való kikerülés útjait. Mindhárom területen további kutatásokra lenne szükség, ezek megalapozásához a jelen tanulmány nyújt segítséget.

Az elmúlt, több mint fél évszázadban a szegénytelepen, cigánytelepen élők száma valamennyire változott, de a területi koncentrációjuk nem: napjainkban is ugyanazon térségekben, településeken, szegregált településrészekben (szegregátum) élnek a kirekesztettség által leginkább érintett társadalmi csoportok, főként a cigány népesség tagjai.

Tények, számok, arányok

A telepeken élő lakosságról kevés adat áll a rendelkezésünkre. Különböző szociológiai kutatások és kormányzati és nemzetközi pályázatokhoz kapcsolódó szükségletfelmérésekből találhatunk konkrétumokat vagy becsléseket. Ha az adatokat nézzük (1. sz. és 2. sz. táblázat), hazánkban az elmúlt hatvan évben a hátrányos helyzetű települések, a szegénytelepek és a cigánytelepeken élő, a kirekesztettség által leginkább érintett népesség aránya nem változott.

⁷⁹ A címet szülőfalum (Mözs, Tolna megye) cigánytelepének elnevezései „Cigánygödör, cigánysor” (ragadványnév) ihlette, ahol családommal éltem gyermekkoromban. E címmel szeretném érzékeltetni, hogy a szegénytelep, cigánytelep elnevezése inkább a tudományos diskurzusban használatos fogalomrendszer. A hétköznapiakban többnyire ragadványnevekkel találkozunk (pl. cigánysor, cigányváros, csikágó, stb.), melyek a többségi társadalom és a szegregátumokban élők közötti viszonyrendszerre is utalnak, a nevek stigmatizációs hatása a helyi társadalomban egyértelmű.

⁸⁰ A cigány, roma kifejezéseket e tanulmányban szinonimaként alkalmazom, mindkét elnevezéssel a magyarországi cigány népesség tagjaira utalok.

Az 1960-as években készített tanácsi felmérések adataiból tudjuk, hogy a szegénytelepek száma 2100, és hogy ezekben közel 220 ezer ember élt (kb. 900 településen), akiknek 70 százaléka cigány (Huszóczy, 1980). A Kemény István és munkatársai által 1971-ben végzett kutatás szerint a cigány lakosság kétharmada (210 000 fő) telepen tekinthető, hogy élt. Mára megszokottak a különböző programok következtében a cigánytelepeken, szegénytelepeken élők aránya az 1971-es kutatási eredményekhez viszonyítva 2003-ra a tizedére csökkent, ezzel ellentétben a cigányok aránya nőtt a szegregáltan élők között. Az elkövetkező évtizedekben több olyan program indult, amely a szegénységben élő, főként alacsony jövedelmű háztartások lakáskörülményein próbált segíteni. A szociálpolitikai lakástámogatási programok keretében a szegregáció új formái jöttek létre az 1980-as évektől. A lakhatási körülmények változtak, a putrik helyett „CS” (csökkentett értékű) lakások és „szocpolos” házak épültek a szegénytelepekre/cigánytelepekre (Kemény, Janky & Lengyel, 2004). A következő vizsgálat 2004-ben 770 szegény-, ill. cigánytelepen élő személyt azonosított, 530 településen. (ÁNTSZ, 2004) Egy későbbi vizsgálat (Nemzeti Fejlesztési Ügynökség) 2010-ben arra a megállapításra jutott, hogy 280-300 ezer ember él 1600 szegény- és cigánytelepen, 820 településen (Domonkos, 2010).

1. sz. táblázat: Szegénytelepek/cigánytelepek számának változásai

	szegénytelepek/cigánytelepek száma	települések száma, ahol szegénytelep található	cigány népesség száma, akik telepen élnek (fő)	Forrás
1964	2100	900	220 000	Huszóczy (1980)
1971	-	-	210 000	Kemény, Janky, Lengyel (2004)
2004	770	530	120 000	ÁNTSZ (2004)
2010	1600	820	280-300 000	Domonkos (NFÜ) (2010)

Forrás: Huszóczy, 1980, Kemény, Janky & Lengyel, 2004, ÁNTSZ, 2004, Domonkos, 2010 alapján saját szerkesztés, 2019

2. sz. táblázat: A cigány népesség számának változása Magyarországon

	cigány, roma népesség száma	Becslések és számítások forrásai
1893	65 000	OMKSH (1895)
1971	320 000	Kemény (1971)
1993	450 000	KSH ELAR jelentés (1993)
1993/94	482 000	Kemény, Kertesi (1994)
2001	190 000	KSH népszámlálás (2001) (önbevallás alapján)
2003	570 000	Kemény, Janky, Lengyel (2004)
2011	316 000	KSH népszámlálás (2011) (önbevallás alapján)
2012	620-680 000	Tárki Háztartás Monitor (2012)

Forrás: Pénzes, Tátrai & Pásztor, 2018, Cserti-Csapó, 2011 alapján saját szerkesztés, 2019

Problémát jelent, hogy a területi és lakóhelyi szegregáció mértéke megnőtt az elmúlt évtizedekben, gettósodó térségek (Virág, 2006) jöttek létre, ahol a kapcsolatrendszer formái megváltoztak, a korábbi közösségek erőforrásai megszűntek, vagy átalakultak.

2019-ben indította el a magyar kormány a „diagnózis alapú felzárkózási roma stratégiáját”, amelyben kifejezetten területi alapon dolgoztak, vagyis az adottságaik alapján választották ki azokat a településeket, amelyeken a tervek szerint a fejlesztésekkel, támogatásokkal elindulnak. A kiválasztás során 750 olyan települést azonosítottak, ahol a fejlesztések szükségesek lennének. *„A 750-ből van körülbelül 150 olyan település, ahova bármennyi pénzt viszünk, előrefelé haladás nem lesz, inkább hátra. És megkerestük a hasonló állapotban lévő, de a legszegényebb 31 járáson, egyéb területen lévő településeket Magyarországon, ebből állt össze a háromszáz. Ha ezeket megvizsgáljuk közelebbről, majdnem szintiszta cigány települések. Ezen kívül, vannak olyan vegyes települések, ahol hatalmas cigánytelepek vannak...”* (Vecsei, 2019).

A szegénytelepeken, cigánytelepeken, hátrányos helyzetű területeken, „gettósodó” térségekben élők között a cigányság felülreprezentált, vagyis a lakosok többsége⁸¹ cigány (Kemény, Jankó & Lengyel, 2004). A TÁRKI Monitor Jelentés 2013 kötete is foglalkozik a magyarországi cigányság helyzetével. A Gábos, Szívós és Tátrai (2013) által írt tanulmányban (Szegénység és társadalmi kirekesztés Magyarországon címmel) szerepel, hogy a roma háztartások tagjai hazánkban a magasabb szegénységi kockázatú társadalmi csoportok közé tartoznak. A cigány népesség tagjai között felülreprezentáltak az alacsony társadalmi-gazdasági státusszal rendelkezők. Az okok között elsősorban az alacsony iskolai végzettség, a magas munkanélküliség, területi hátrányok és a lakóhelyi szegregáció szerepelnek (TÁRKI, 2014). Továbbá a hasonló társadalmi-gazdasági helyzetben lévő nem cigány személyekhez képest diszkrimináció által is érintettek. A szociális hátrányok és a szegénység leginkább a rendszeres jövedelem és munka hiányából, a szegregált lakóköznyezetből erednek, ezek hosszú távon deprivációhoz, kirekesztettséghez vezetnek (Bernát, 2014).

Szegénytelep, cigánytelep és társadalmi viszonyai

Castel (1993) meghatározása alapján a szegregált területeken élők alkotják a reziduális szegénység tagjait, akik a kiilleszkedési folyamatban kiszorultak (maradék-szegények) a társadalmi rendszerek nyújtotta szolgáltatásokból, elveszítették társadalmi tagságukat. Mindez azért is fontos, mert a kirekesztettség következményei, vagyis az adott társadalmi csoportok marginalizációja, társadalmon kívülisége, a társadalmi tagságtól való megfosztottság miatt a lokális szolgáltatásokhoz való hozzáférés korlátozott, akadályokba ütközik.

Napjainkban a területi és az etnikai szegregációval foglalkozó szakirodalmak jelentős része a szegénytelepek és a cigánytelepek fogalmaitól erőteljesebb definíciót a „gettó” kifejezést alkalmazza és próbálja értelmezni azon helyzetekre, amelyekben a társadalmi kirekesztés térbeli kirekesztéssel jár együtt, és amelyek további dezintegrációs folyamatokat indukálnak. Wacquant (2004, 2012) szerint a gettó *„A szegénység koncentrációja és az etnikai szegregáció ugyan a gettók jellemző vonása, de gettóról csak akkor beszélhetünk, ha jelen van négy meghatározó eleme: (1) az adott terület élesen elválik a település többi részétől, jól körül*

⁸¹ Érdeemes felidézni egy mondatot, amely segíthet megérteni a cigánysággal-szegénységgel kapcsolatos diskurzusok alapvető problémáit: „nem minden cigány szegény, de a szegények között a többség cigány”.

határolható; (2) a területet és az itt élő családokat a többségi társadalom negatív jelzőkkel illeti (stigma); (3) az itt élő családok nem saját döntésük alapján, hanem valamiféle (gazdasági, adminisztratív, szimbolikus) kényszer hatására költöztek ide; és (4) a többségi társadalomtól elkülönülő, párhuzamos intézményrendszert használnak. A gettó térben elkülönített társadalmi, intézményi rendszere egyrészt a kirekesztett csoport maximális gazdasági kizsákmányolását szolgálja, másrészt azt, hogy megóvja a többség tagjait a gettóban élőkkel való kapcsolatuktól, mindennapi érintkezésektől, s így azoktól a szimbolikus veszélyektől, amelyek a többség szemében a gettó lakóihoz kötődnek. Wacquant ugyanakkor a térbeli és társadalmi kirekesztést dinamikus folyamatként értelmezi, amelynek ideáltipikus végpontjai, a társadalmilag heterogén, elmosódó határokkal jellemezhető etnikus szomszédságok és a gettó közötti kontinuumon a szegregált terek legkülönbözőbb, időben is változó formáit jelenítik meg” (Váradi & Virág, 2015:90).

Váradi és Virág (2015) kutatásukban Wacquant meghatározása szerint azokat a többségben cigányok, illetve szegények által lakott településrészeket tekintették szegregátumnak, amelyekben legalább egy kritérium teljesül. Mindezek alapján a kutatásukban bevont 20 település szegregátumait alapvetően négy kategóriába sorolták: 1. kisvárosi gettó; 2. éles határvonal a települések körül – a gettósodó települések világa; 3. heterogén kisvárosi szegregációs minták; 4. interetnikus szomszédságok – az együtt/egymás mellett élés kényszerei. A térbeli kirekesztés kontinuumának egyik végpontjának a „gettó”-t tekintik, amelyen azokat a többségben romák által lakott falvakat, illetve településrészeket értették, ahol „az etnikai koncentráció együtt jár a rendszeres munkalehetőségek hiányából fakadó, hosszan tartó, generációkon átívelő szegénységgel, ahol a többségi társadalom az egész települést/településrészt, az ott élő családokat stigmatizálja, és amelytől minden lehetséges módon elkülönülni szándékozik” (Váradi & Virág, 2015:110).

A gettó két típusát határozták meg: 1. a többségi társadalom kirekesztő és elutasító attitűdjének és gyakorlatainak eredményeképpen az eltérő társadalmi helyzetű roma családok a településen belül egy vagy több helyen koncentráltan, a többségi társadalom tagjaitól éles fizikai és mentális határokkal elkülönítve élnek, a helyi intézményekkel és szervezetekkel minimálisak a kapcsolataik. 2. A területi folyamatok eredményeképpen létrejövő gettófalvak, melyeket a környező települések stigmatizált térként tartanak számon, a többségi társadalom az egész falu köré húz éles határvonalat (Váradi & Virág, 2015).

A szegénytelepek, cigánytelepek lakosságának megélhetése, jóléte a helyi társadalmi és intézményes viszonyokon alapul, amelyek függvényében pozitív és negatív irányban is változhat az adott egyén vagy közösség élete, alakulhat a társadalmi integrációs folyamat. A kapcsolathálózati megközelítések (Habermas, 1981, Lockwood, 1964, Granovetter, 1973) is azt a tényt erősítik meg, hogy a társadalmi integrációhoz szükséges az adott területen a kisközösségekben, családokban, rokonságokban zajló szociális integráció és a társadalmon belüli rendszerintegráció. Ezen elméletek alapvetően makro, mezo, mikro szinten zajló integrációs folyamatot feltételeznek, amelyekben az erős (érzelmi kötődésű személyes kapcsolatok) és a gyenge (ismeretségek) kötések hozzák létre a status quót (Farkas, 2016).

Farkas Zsuzsanna (2012) kiváló tanulmánya (Hidak és sorompók) rávilágít a szegénytelepek, cigánytelepek világában zajló társadalmi integrációs folyamatokban létrejött interakciókra, azok megjelenési formáira. Írásának elméleti keretét az integráció fogalmának

értelmezése adja, amely alapvetően Lockwood (1964) definícióját jelenti, aki megkülönbözteti a szociális és a rendszerintegrációt. *Szociális integrációnak* azt tekinti, ha az ember kötődik a kisközösségekhez, természetes élettere, támasza a közösségben kialakított társadalmi normarendszer és az interakciók formái is azok. *A rendszerintegráció* pedig különböző társadalmi intézményeken keresztül valósul meg. Legfontosabb dimenziója a munkamegosztásban való részvétel, továbbá fontos rendszerintegrációs intézmény a közoktatás. Ezek az intézmények folyamatosan változnak, a változást a leginkább az erős társadalmi csoportok egyeztetése indítja el. Granovetter (1973) a különböző szinten zajló interakciókat nevezi kötésnek, amelynek alapján a szociális integráció egy erős kötés (szorosán kapcsolódik az egyén családhoz, rokonsághoz, barátokhoz, szomszédsághoz, kisközösséghez), a rendszerintegráció viszont gyenge kötés (különböző társadalmi intézményekhez való kötődés, munkahely, közoktatás, egyház). E kettő integrált kapcsolódásához gyenge kötésekre van szükség. „*Ha a szociális integráció más értelmezéseket hoz létre és működtet, mint a rendszerintegráció, az azt jelenti, hogy az emberek megvonják támogatásukat a fennálló rendszertől, amely így illegitimmé válik. Ez pedig a társadalom széteséséhez, dezintegrálódásához vezet*” (Farkas, 2012:4).

A segítők, szociális szakemberek egyik legnehezebb feladata ezen interakciós folyamatok és mechanizmusok megismerése és abban való részvétele. A szakemberek feladata közreműködni a szociális integráció és a rendszerintegráció közötti kapcsolat kialakításában, fenntartásában, működtetésében. Ennek egyik eszköze, hogy a szegénytelepeken, cigánytelepeken élőknek segítenek, javítják a különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférésükkel az életminőségüket.

A cigány népességről Magyarországon

A Magyarországon élő roma népesség nem homogén népcsoport, sem nyelvük, sem kultúrájuk tekintetében. Hazánkban a cigány népességre vonatkozó kutatások (Kemény 1971, 1993, 2003; Orsós, 1997, Szelényi & Ladányi 1997; Havas, Kemény & Kertesi 1998; Péntes, Tátrai & Pásztor, 2018) többsége módszertani szempontból a cigány népesség tagjait (a mintát) a külső társadalmi környezet minősítése (megítélése) alapján határozza meg, kiegészítve azzal, hogy a vizsgálat részét képezi a válaszadók identitására (önazonosságára) való rákérdezés.

A magyarországi roma népességgel foglalkozó irodalmak közös vonása, hogy felteszik a kérdést: vajon a cigány népesség helyzetének javítása során nemzeti-etnikai problémák megoldásáról van-e szó, vagy szociális kérdéssről, amely a szegénység által nagyobb társadalmi csoportot érint, mint a cigányság. Mindkét állítás érvényes, ha az interszekcionalitás szemlélete szerint értelmezzük, hiszen a roma népesség társadalmi hátrányai jelentősek a többségi társadalom tagjaihoz képest; de nem szabad elfelejteni, hogy ugyanakkor egy olyan etnikai, kisebbségi csoportról van szó, amely saját kultúrájával, hagyományaival van jelen a társadalomban (Boros, 2018).

A népszámlálási (KSH 2001, 2011) és a különböző statisztikai, szociológiai felmérések (Kemény, Janky & Lengyel, 2004, Domokos & Herczeg, 2010, TÁRKI, 2014, Péntes és mtsai, 2018) a definíciós problémák⁸² miatt leginkább becsléssel rendelkező adatokkal rendelkeznek a cigány

⁸² A Ki a cigány? kérdés a társadalomtudományokban módszertani kérdés, mely során a kutató eldönti, hogy a külső minősítés (társadalmi környezet megítélése) vagy az önbevallás alapján tekinti a mintába kerülő személyeket a cigány népesség tagjainak. A legtöbb cigánnyal foglalkozó kutatás próbálja ötvözni a két mintavételi eljárást.

népesség számáról. A népszámlálási adatok (Központi Statisztikai Hivatal) sem tekinthetők bizonyosságnak, hiszen valójában 4 különböző kategória segítségével próbálják meghatározni, hogy az adott válaszadó melyik nemzetiségi csoportba tartozik. A kategóriák az önbevallás/önminősítés, a beszélt nyelv/anyanyelv, a kultúra, illetve a hagyományok őrzése (KSH, 2011). A népszámlálás során kitöltött kérdőívek mindegyik kérdésre keresik a választ, de ezen statisztikai adatok sem adnak pontosabb képet, hiszen lekérdezésük a válaszadási hajlandóságtól függ (Boros, 2018, 2019).

A legismertebb s talán a legtöbbet hivatkozott forrásnak a népszámlálási adatok mellett a Kemény István vezetésével megvalósított kutatások 1971-2003 közötti eredményeit tekinthetjük. 1971-ben, 1993-ban és 2003-ban Kemény István és munkatársai cigány népességgel kapcsolatos országos kutatásokat végeztek, melynek során azokat a személyeket sorolták a cigányok közé, akiket a nem cigány környezetük cigánynak tekintett, vagyis a külső társadalmi környezet megítélése, minősítése alapján zajlott a vizsgálat. Az 1971-es 320 000 főre, az 1993-as vizsgálat 468 000 főre, a 2003-mas pedig (1%-os reprezentatív vizsgálat) 540 800 főre becsülte a magyarországi cigány népességet (Kemény, Jankó & Lengyel, 2004; Havas, 2004).

2001 óta a Központi Statisztikai Hivatal 2001-es népszámlálási adatai szerint a roma kisebbséghez tartozók száma 205 720 fő volt, 10 évvel később a 2011-ben már 315 583 fő.⁸³ A válaszadók körében mérhető jelentős változás nem a cigány népesség hirtelen megnövekedett (születések) számát jelzi, hanem a válaszadási hajlandóság megváltozását. A 2011. évi népszámlálás során az országos és helyi nemzetiségi és kisebbségi önkormányzatok civil szereplőkkel⁸⁴ együtt motiválták tagjaikat a hovatartozás bevallására. Visszatekintve az adatokra, kezdeményezésük sikerrel járt. Napjainkban kb. 900 000 főre becsülhető a cigány népesség Magyarországon (Pénzes, Tátrai & Pásztor, 2018).

A demográfiai adatok szempontjából a népességnövekedés, a születésszám és a kormegoszlás a cigány népességre és az ország népességére vonatkozóan többnyire eltérő adatokkal szolgál. Tény, hogy a születések számát tekintve a teljes népességhez hasonlóan csökkenő tendenciát láthatunk 1971-2003 között. 22 év alatt (1971-1993 között) mintegy 10 százalékkal csökkent az ezer cigány lakosra jutó élve születések száma (Kemény, Jankó & Lengyel, 2004:18). Az országos adatokhoz képest látható, hogy a cigány népességben belül a gyermekek száma nagyobb, ahogy a halálozások száma és aránya is.⁸⁵ Babusik (2004) is kiemeli az elemzésében, hogy a cigány népesség kormegoszlása a teljes népességhez viszonyítva nagy eltéréseket mutat. Míg a cigány népességben belül a gyermekek száma magas, de a nyugdíjas kort már kevesen élhetik meg, addig a teljes népességben belül a gyerekek száma kevesebb, s az idősebbek közül is arányaiban jóval többen érik el a nyugdíjas kort. A cigány népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem cigány népességé. Az első demográfiai átmenet elmélete szerint a magyarországi cigány népesség még az ún.

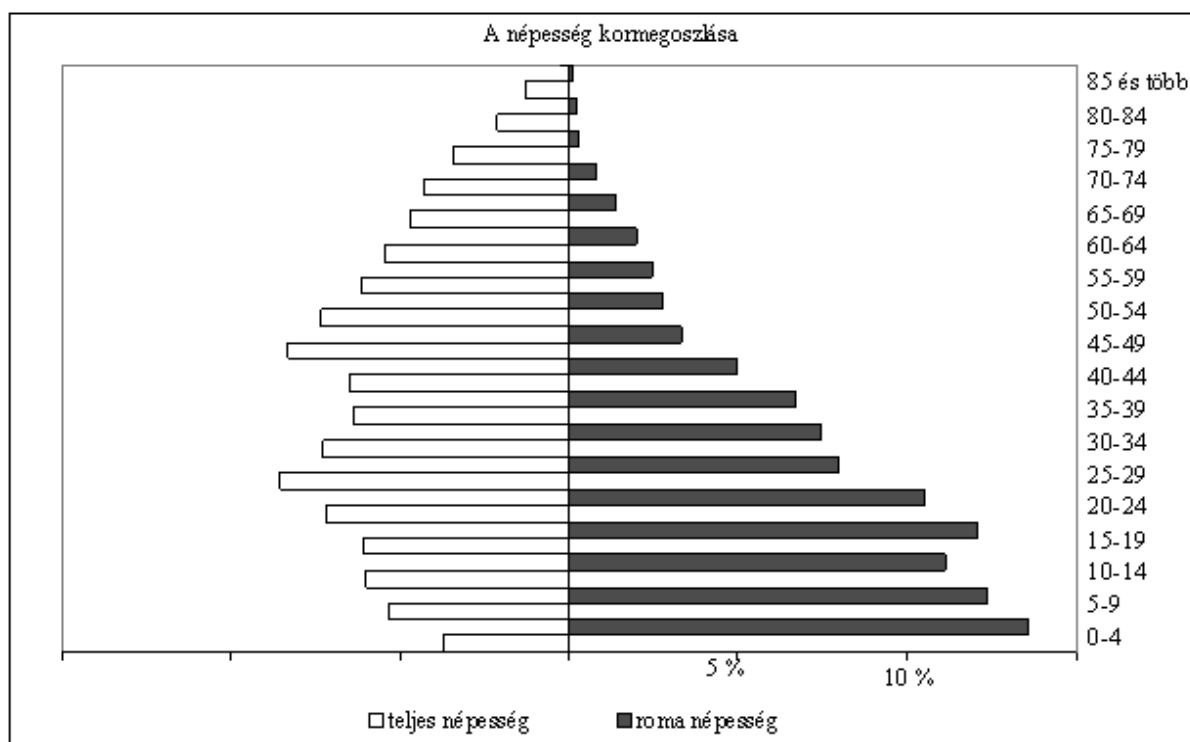
⁸³ Központi Statisztikai Hivatal, Népszámlálás 2001., 2011 www.ksh.hu

⁸⁴ A 2011. évi népszámlálás keretében zajló kampányban résztvevő szereplők a közös munka és együttműködés eredményeként először informális, majd 2017-ben formális módon megalapították az Idetartozunk Egyesületet, mely a romákat érintő társadalmi kérdésekben meghatározóvá vált. Önmeghatározásukban is szerepel céljuk „a népszámlálástól a közösségi legitimáció felé”. Bővebb információ a szervezetről az alábbi linken elérhető: <https://idetartozunk.org/>

⁸⁵ Kemény 2003-as adatai szerint a 15 éven aluli gyermekek aránya a teljes népességben belül 16,8 százalék, a cigány népességben belül 37 százalék.

átmeneti fázis jegyeit (fiatal korösszetétel, magas termékenység, viszonylag magas halandóság) mutatja (Babusik, 2004: 48).

1. számú ábra: A magyarországi roma népesség és a teljes népesség kor megoszlása



Forrás: Babusik, 2004, p. 48

A cigány népesség foglalkozásai évszázadokon át a társadalmi igényekre reagálva segítették (főként a falusi) lakosságot, gazdasági szempontból funkcionális részei voltak a társadalomnak, munkájukra szükség volt. A XVIII. és a XIX. században a cigány és a nem cigány lakosság megélhetése, életminősége között még nem volt túl nagy a különbség. Az iparosodás megindulása azonban ellehetetlenítette a cigány népesség mesterségeit, ennek következtében annak tagjai növekvő számban maradtak munka nélkül. Ennek lényegében több oka is volt: egyrészt csökkent a cigányok által előállított termékek utáni kereslet, másrészt bizonyos tevékenységeket (pl. vályogvetés) engedélyhez kötötték, s a szűkülő piac hatására egyre inkább a nem cigány származásúak kapták meg. Egyre több cigány ember megélhetését biztosította a mezőgazdasági munka, mintegy negyedük dolgozott napszámosként, summásként (Kozák, 1979). Az 1945-ös politikai-, társadalmi- és gazdasági változások közepette a földosztásból a cigány népesség tagjai kimaradtak, nem jutottak földhöz, pedig előtte legalább negyedrészüket mezőgazdasági napszámból élt, és nyolcvan százalékuk a falvak peremén lakott. A szocializmus időszaka változásokat hozott, amelynek következtében a cigány népesség foglalkoztatottsági helyzete megváltozott, a teljes foglalkoztatás keretében, a „kapun belüli munkanélküliség” jött létre (Cserti Csapó, 2011:142).

A cigány népesség életére társadalmi szinten a legnagyobb hatással az MSZMP PB 1961. évi határozata volt, amely a cigány lakosság helyzetének javítását tűzte ki célul, többek között a legfontosabbnak az állandó foglalkoztatás megvalósítását tekintette. A cél az volt, hogy minden munkaképes cigány férfi munkavállaló legyen. Az alacsony iskolai végzettség, a szakképzettség hiánya és a lakóhelyi szegregáció miatt a munkavállalók többnyire a

lakóhelyüktől távol tudtak elhelyezkedni, melynek következtében ingázásra kényszerültek (Csalog, 1984; Kállai, 2003). Fontos megjegyezni, hogy a cigány férfiak körében megnőtt a munkavállalók száma, de ezzel arányosan nem nőtt a munkalehetőségek száma. Nem volt választási lehetőség, alacsony iskolai végzettségük miatt nem válogathattak a felkínált munkák közül, így a többségi társadalom tagjai által kevésbé preferált, legnehezebb fizikai munkát kapták, amit más nem vállalt. „Igaz azonban az is, hogy a kitüntetésért, jutalomért a cigányoknak még sok helyen jobban meg kell dolgozniuk, mint a nem cigányoknak, többszörösen kell bizonyítaniuk jó munkájukat” (Kozák, 1979:121).

A foglalkozási esélyeket erősen befolyásolja az iskolai végzettség, a munkaadók az alacsonyabb iskolai végzettségűeket inkább azokban a beosztásokban alkalmazzák, ahol nincs szükség szervezeti információs tőkére, s nem tartós munkavégzésre keresnek munkavállalót. „Az emberitőke-elméletek szerint az ember azért tanul, mert ez később megtérül számára. (...) Csakhogy ez a megtérülés a viszonylag távoli jövőben érhető csak el. A befektetés input oldala viszont azonnali kiadásokkal jár a befektető (legtöbbször a szülő, illetve az eltartó) számára: utazás, kollégium, tandíj, taneszközök, a tanuló elmaradt keresete stb. A cigány családok esetében ez a választási kényszer még kiélezettebb, hiszen anyagi körülményeik folytán a szülők inkább hajlanak az azonnali, de kisebb bevételek előnyben részesítésére hosszú távú befektetés helyett” (Kovai & Zombory, 2002:90).

A foglalkoztatottság országos adatait figyelembe véve az 1980-as évek közepére tehető a csúcs: 1985-ben 5 millió ember volt aktív kereső és további 5 400 000 fő volt foglalkoztatott. A nyolcvanas évek második felében kezdődő recesszió gazdasági válsággá szélesedett, amelynek következtében 1993-ra 3 800 000-re csökkent a foglalkoztatottak száma. A munkahelyüket elvesztő emberek különböző kísérleteket tettek a krízishelyzet megoldására: akinek lehetősége volt, nyugdíjba vonult, pályát módosított, vagy kényszervállalkozóként önfoglalkoztatóvá vált. A fiatalok továbbtanultak, elkezdődött a felsőoktatás expanziós hulláma (Kemény, Janky & Lengyel, 2004:96-97). A cigány munkavállalókat korábban, már az 1980-as években érintette a munkanélküliség, hiszen szakképzetlen munkavállalóként elsőként veszítették el munkahelyüket. Aki tehetett, nyugdíjba ment: 1993 végén 47 000 volt a cigány nyugdíjasok száma. Andorka (1996) szerint a nyugdíjminimum alatt élő cigány és nem cigány népesség közötti különbség több mint tízszeres volt. A foglalkoztatott cigányok száma 1985-ben 125 000 fő, 1989-ben 109 000 fő, 1993 végén 56 000 fő volt. 8 év alatt (1985-1993 között) 69 ezer cigány ember veszítette el a munkahelyét, az országos átlag tekintetében a munkahelyek 30 százaléka, a cigányoknál 55 százaléka megszűnt. A cigányok voltak a válság legnagyobb vesztesei, aminek okai között elsősorban az alacsony iskolai végzettséget, a lakóhelyet és a foglalkoztatási szektorok átalakulását (korábban a cigány emberek nehéz fizikai munkát végeztek, építőiparban, bányákban dolgoztak) találhatjuk (Kemény, Janky & Lengyel, 2004:96-100). A cigányok a rendszerváltást követően egyszerre tartoztak a régi és az új szegények közé (Andorka, 1996).

A 2010-es évektől kezdve a közmunka ill. a közfoglalkoztatási programokba elsősorban az alacsony iskolai végzettségűek kerültek. Az adatok (Belügyminisztérium, 2016) mégis azt mutatják, hogy „2016 első félévében az összes (15-74 éves) foglalkoztatott két százaléka, a közfoglalkoztatottak viszont ötöde (19%) volt roma. A legfeljebb alacsonyfokú végzettségű foglalkoztatottak aránya hatszor magasabb a roma (72%), mint az összes (12%) foglalkoztatott körében. A felsőfokúak arányát tekintve tizenkilencszeres a különbség” (Farkas, 2018).

Mindezek alapján látható, hogy a szegénytelepeken élők megélhetési forrásai leginkább a közfoglalkoztatás ill. az alacsony iskolai végzettséghez kötött foglalkoztatási lehetőségek, mint a betanított, vagy segédmunka, mezőgazdasági és egyéb fizikai munka. Ha van munka, akkor a közfoglalkoztatáson kívül az jellemzően idénymunka, napszám, hiszen többnyire szegregált lakóterületeken, leszakadó, hátrányos helyzetű térségekben élnek, ahol kevés a munkalehetőség. Továbbá az alacsony iskolai végzettségű cigány álláskereső esélyei csekélyek a nyílt munkaerőpiacon.

Az Autonómia Alapítvány 2003-ban nyilvánossá tette korábbi (2001) felmérését, amelynek eredményei alapján arra a megállapításra jutottak, hogy 1993 és 2001 között a nem cigány lakossággal ellentétben a cigány munkanélküliek száma nem csökkent. A regisztrált munkanélküliek aránya hasonló volt az 1993-mas adatokhoz (*Autonómia Alapítvány, 2003*).

Cserti Csapó Tibor és Forray R. Katalin 1999-ben és 2006-ban kutatást végzett, pályakezdő munkanélküli cigány fiatalok munkaerő-piaci helyzetének megismerése és javítása céljából a dél-dunántúli régióban. A kutatás keretében nemcsak a cigány fiatalokkal, hanem cigány kisebbségi önkormányzatokkal és cigánysággal foglalkozó civil szervezeteket és munkáltatókat is kérdeztek a cigányság munkaerő-piaci helyzetéről. Az eredmények közül talán a legérdekesebb a cigány munkavállalókat érintő diszkrimináció a munkáltatók körében. A fiatalok körében az a tapasztalat, hogy nyílt cigányellenesség, diszkrimináció a jellemző: a børszín (45%) után közvetlenül a név (31%) alapján ismerik fel és utasítják el a jelentkezőket a munkáltatók (*Cserti Csapó, 2011:156*).

Lakhatás, területi szegregáció – a cigánytelepek felszámolása (kísérletek)

A Kemény István által 1993-ban megismételt reprezentatív cigány vizsgálat már lassan három évtizede befejeződött, de az alábbiakban olvasható idézet tartalma napjainkban is érvényes megfogalmazásokat tartalmaz.

„Az 1993-1994. évi országos reprezentatív vizsgálat adatai is egyértelműen bizonyítják, hogy a romák területi elhelyezkedésének és településhierarchiában elfoglalt helyének a mutatói jelentősen eltérnek a teljes népességet jellemző arányoktól. A romáknak a teljes népességnél lényegesen nagyobb része él az ország fejletlen infrastruktúrájú, depressziós, válság sújtotta régióiban, illetve kedvezőtlen helyzetű, az átlagosnál rosszabb életfeltételeket kínáló településein. Esetükben az alacsony iskolázottságból, szakképzetlenségből, általában szociokulturális jellegzetességekből eredő társadalmi és a lakóhely jellegéből, földrajzi elhelyezkedéséből adódó területi, települési hátrányok kölcsönösen felerősítik egymást. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a területi, települési hátrányok az esélyegyenlőtlenség egyik meghatározó elemévé válnak” (Havas, 1999:163).

Az 1950-es években a politikai hatalom megrendszabályozandó közegészségügyi és bűnözési problémaként tekintett a többségében telepeken élő cigány népességre. Rendszeresen karhatalmi eszközökkel avatkoztak be a cigánytelepek lakosainak életébe (*Farkas, 2018*). Általános megfogalmazás szerint a telep kisebb, különálló, ideiglenes, illetve sajátos célú vagy helyzetű település, rendszerint valamely városban vagy falun kívül fekszik, és általában önálló közigazgatási egység. A *cigánytelep* kifejezést a XVIII. – XIX. századi összeírások még nem használták, helyette cigánysort, cigányvárost említettek, vagy cigányok által lakott házakról írnak. Ezenkívül az állami és a vállalati tervezésű olcsó kislakások együttesét, munkás- vagy tisztviselői lakások együttesét tekintették telepnek. A szegregációs mechanizmusok

következményeként a telep fogalma egyre inkább leértékelődött, negatív értéktartalommal terhes kifejezéssé vált, településszerkezeti gettó kategóriáját jelenti. A cigánytelep kifejezés a két világháború közötti közigazgatási szóhasználatban terjedt el (Berey, 1990:33).

Az MSZMP KB Politikai Bizottságának 1961-es határozata megteremtette az aktív és tudatos cigánypolitika korát, az ettől kezdődően zajló településfejlesztési tervek és koncepciók, majd a cigány lakosság helyzetének javításáról szóló párthatározatok következményei a különböző hatósági költöztetések, telepfelszámolások voltak. Az 1960-as évektől a „cigánykérdés” megoldása társadalmi ügy lett (Dupcsik, 2009:162). „Az első tizenöt éves lakásfejlesztési koncepció meghirdetésekor – ez majdnem egybeesett a telepfelszámolási akció kezdetével – nyilvánvaló volt, hogy a népesség egy része elfogadhatatlan lakáskörülmények között él, és képtelen arra, hogy körülményein saját erejéből változtasson. Közülük emelte ki a központi akarat a cigánytelepeken élők problémáját mint politikai szempontból legkényesebbet” (Berey, 1990:12).

Az 1960-as évektől állami támogatással a cigányok ingatlanokat vásároltak vagy építettek, a falvakban kedvezményes hitelt (telepfelszámolási akció kölcsönösszege) igényeltek. Leginkább csökkentett komfortfokozatú lakásokat (CS-lakás) építettek. A politikai koncepciókat később dokumentumok, párthatározatok, tanácsi határozatok követték, de hivatalosan nem cigányokról, cigánytelepekről, hanem „szociális követelményeknek meg nem felelő telepekről” és ezek lakóiról beszéltek (Berey, 1990:7). A CS-lakásokat általában egy tömbbe építették, ezáltal újratermelték a szegregált cigánytelepeket, új területen. Azonban a cigányok jelentős része szeretett volna a faluban házat vásárolni, építeni, felújítani. A helyi lakosok gyakran nem adták el ingatlanjaikat cigányoknak, még akkor sem, ha a falu nagy részében eladásra váró üres ingatlanok voltak (Dupcsik, 2009:209).

Az 1964. évi tanácsi felmérések alapján 2100 a szociális követelményeknek meg nem felelő barakk- és egyéb telepeken országosan 31 ezer épületben, 49 ezer lakásféleségben 55 ezer család, vagyis közel 220 ezer ember élt, akiknek 70 százaléka cigány (Huszóczy, 1980). Az 1971-ben végzett (Kemény) kutatás szerint a cigány lakosság kétharmada telepen élt, akiknek Budapesten 30, a vidéki városokban 52, a községekben 68 százalék volt az arányuk (Kemény, Jankó & Lengyel, 2004).

A korábban a települések külterületén (vagy erdőkben, falvakhoz tartozó területeken) élő cigány népesség beköltözése nem volt önkéntes, többnyire politikai döntések határozták meg, hogy mely településrészen telepedhettek le, vásárolhattak, építhettek házakat. A leggyakrabban egy utcát vagy a falu szélét jelölték ki a cigányok számára. A hatósági költöztetésekkel sok esetben új telepet hoztak létre, megerősítve a szegregációt (Kemény, 1976).

Havas Gábor 1987-ben *Az elcigányosodó kistelepülések társadalma* címmel végzett kutatást Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben. Tíz településre esett a választása. Különböző kritériumokat határozott meg, amelyek közül az egyik a cigány népesség arányára vonatkozott, amely szerint „a cigányok aránya elérte a község népességének egyharmadát”. A vizsgálat során szerzett tapasztalatai azt mutatták, hogy a település teljes lakosságához viszonyítva a cigányok arányára vonatkozóan 20 százalék az a kritikus határ, amelyet elérve a konfliktusok megsokszorozódnak. Vagyis a nem cigány lakosság elköltözésének üteme jelentősen felgyorsul, és éppen ezért az elcigányosodás folyamata nagy valószínűséggel visszafordíthatatlanná válik (Havas, 1999:174). Ez a tendencia folytatódott az 1990-es

években, s napjainkra már nem csak „gettósodó falvokról”, hanem már gettósodó térségekről beszélhetünk (*Virág, 2010*).

A cigánytelepek megszüntetésének tervezetével és megvalósításával valójában „új típusú” cigánytelepek jöttek létre, vagyis a szegregáció nem szűnt meg, csak a területe változott. Kemény és munkatársai az 1971 és 1993 között végzett kutatásuk eredményei alapján arra a megállapításra jutottak, hogy leginkább a hatósági költöztetések jellemezték a cigánytelepek felszámolási módját, s ennek okán az új telepekre való költöztetést három csoportba sorolták. Az első csoport: a hagyományos telepen lakó cigányokat meglévő régi épületbe (majorba, cselédlakásba, elhagyott raktárba stb.) költöztették. Ezek rossz állapotú, általában nem lakás céljára szolgáló épületek voltak. A költöztetések többnyire erőszakos módon zajlottak. Ezekbe az épületekbe túlságosan sok családot és személyt költöztettek be, a zsúfoltság következményeként az együttélés elviselhetetlenné vált. A második csoportba sorolták azokat az átköltöztetéseket, amelyek eredményeképpen a cigány lakosság részére területet, helyet jelöltek ki, ahol azután önmaguk építették fel a házaikat, leginkább kunyhóikat. Ezek a felszereltségüket és állapotukat tekintve nem voltak jobbak a hagyományos telepi házaknál. Végül a harmadik csoportba a telepfelszámolás érdekében létrehozott, újonnan épített barakktelepekre költöztetés tartozott. Ezek épületei hasonlítottak a hagyományos telepi házakra. A költözés másik módjának tekinthető a lakás vagy házcsere, amihez a cigány lakosság tagjainak önrésszel kellett rendelkezniük. 1993-ban a cigányok 13,7 százaléka élt többnyire újonnan épült telepen, ez az arány 2003-ra 6 százalékra csökkent, vagyis a becslés szerint 36 ezer cigány ember élt cigánytelepen (*Kemény és mtsai, 2004:52*).

A következő (3. számú ábraként jelölt) térképen is jól látható, hogy a cigányság lakóhelye megegyezik az ország társadalmi-gazdasági szempontból legelmaradottabb, hátrányos helyzetű térségeivel, ahol jellemzően magas a munkanélküliek aránya, kevés a munkalehetőség, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei mindennaposak, s ahonnan a tehetősebb, jól képzett, vagy kapcsolati tőkével rendelkező emberek és családtagjaik már elköltöztek, s a jobb megélhetés reményében a földrajzi mobilizációt választották. A hanyatló településeken és a hátrányos helyzetű térségekben azon társadalmi csoportok tagjai maradtak, akiknek iskolai végzettségük, társadalmi-gazdasági státuszuk alapján nem volt más választásuk. Másrészt a városokból kiköltöző, az olcsóbb megélhetési reményekkel útnak induló, később az ország leghátrányosabb helyzetű településeire letelepedő cigány lakosság lett a helyi társadalom. Főként a szegregátumokból hátrányos helyzetű vidéki térségekbe költözők helyzete romlott tovább az elmúlt 30 évben, deprivációs ciklus jött létre, vagyis generációkon át öröklődik a munkanélküliség, a szegénység és a kilátástalanság.

3. számú ábra: A cigány népesség területi eloszlása Magyarországon, a cigányok által leginkább lakott tájai



Forrás: Cserti Csapó, 2011, p. 90

Hogyan tovább?

A telepfelszámolási programok nem szüntették meg a cigányok szegregációját, sőt, a szegregáció új formái jöttek létre, és mindezek hatással voltak a lakhatási körülményekre. A cigány népesség lakhatási problémái az elmúlt évtizedekben részleteiben más-más megoldási javaslatokkal, de lényegében „cigánytelep felszámolási” céllal indultak. A megvalósítás gyakran a „telep rehabilitációját” jelentette, vagyis azt, hogy felújították a régi házakat, épületeket, újakat építettek, melyek többsége szociális bérlakás lett. Másik lehetőségként a cigány családok a „faluba”, „városba” költözhetnek szociális bérlakásokba vagy magántulajdonú ingatlanokban, lakhatási integrációs céllal. Ezek eredményessége hosszú távon mérhető, és több generáción átívelő folyamat kezdeti lépéseit jelenti, a lakhatási körülmények megváltoztatása felé.

A szegénység csökkentése, a deprivációs ciklus megállításának „csak” az egyik része a lakhatási körülmények megváltozása, javítása. Az elmúlt évtizedben a generációkon átívelő szegénység egy másik célcsoportja a hátrányos helyzetben élő gyermekek voltak, akik számára a megélhetéshez szükséges alapvető jogaik megvalósulására, biztosítására törekedtek állami és nem állami programok. De a fő problémát, a településekre, térségekre jellemző szegénységét, társadalmi szegregációs folyamatokat nem tudták megállítani, a társadalmi integráció nem valósult meg (Gábos, Szívós & Tátrai, 2013, Győri, 2017). Korrekciós megoldások születtek, amelyek segítik a szegregált területeken élőket, de rendszerszinten nem változik az életük (Domokos & Herczeg, 2010, TÁRKI 2014, Pénzes és mtsai, 2018).

„2003-ban a roma háztartásban élők közül minden második élt a szegénységi küszöb alatt, arányát tekintve ugyanannyian, mint 1992-ben. Ugyancsak ismertettük eredményeinket, mely

szerint a romák szegénységi kockázata 2000-ben volt a legmagasabb (az átlag 5,5-szerese), 2005-ben pedig a legalacsonyabb (3,1-szeres). A 2009-es mérés drámai (egyértelműen statisztikailag is szignifikáns) emelkedést mutatott, a 70 százalékos szegénységi ráta a 2000-es évi értékkel egyezett meg” (Gábos és mtsai, 2013). A túlélésük, a megélhetésük máról-holnapra megoldódott, hosszú távon a szegénységből való perspektivikus kilépés azonban nem valósul meg. A szegénytelepeken, cigánytelepeken élőket segítő hazai és nemzetközi pályázatok eredményei évtizedes távlatokban mérhetőek. Napjainkban alig rendelkezünk információkkal arról, hogy hosszú távon milyen társadalmi integrációs vagy társadalmi mobilizációs hatásuk volt a „szegénységcsökkentő vagy roma, cigány programoknak” az elmúlt évtizedekben. A társadalmi integrációs folyamatot nehezíti a közszolgáltatásokhoz való hozzáférés korlátozottsága vagy hiánya. A helyben nem elérhető (minőségi) szolgáltatások, források hiánya tovább csökkenti a szegénytelepen élők életesélyeit. Egyelőre nincsenek a szegénységben élő, főként cigány népesség körében olyan megküzdési stratégiák, amelyek segíthetnék a deprivációs ciklus megállítását, a generációkon átívelő tartós szegénységből való kilépést. A magasabb iskolai végzettség, amely a munkaerőpiacon és az életben jobb esélyeket adhat, csak néhány „egyedi” esetben valósul meg. Ennek több oka is van: egyrészt a tudás, tanulás mint érték megítélése a családban meghatározó, másrészt a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők földrajzi és kapcsolati szinten is eltávolodnak, „kitörnek a szegénységből”, így környezetükben egyedi példaként jelennek meg. Boros (2018) sellyei járásban többségében cigány településeken végzett kutatása szerint, „a korábban magasabb iskolai végzettséget szerzett cigány emberek, „egyedi példaként” jelennek meg a települések életében, kevés a középfokon továbbtanuló gyermek, ha mégis elkezdik a középiskolát az első félév végére lemorzsolódnak. A „példaképek” életéről, egyéni küzdelmeiről a közvetlen környezet keveset tud. Nincsenek beszélgetések, kommunikáció arról, hogy ki-hogyan jutott el az adott végzettség, vagy munka megszerzéséhez. Hiányoznak a közösségi beszélgetések a családokban és a településeken élők között egyaránt. Több esetben előfordult, hogy az interjú közben derült ki a válaszadó számára is, hogy bizonyos történetekről soha nem beszélt még a családjában sem, például, hogyan zajlott a középiskolai felvételi vagy hogyan keresett munkát, amikor a tanulmányai folytatásához pénzre volt szüksége. A válaszadók jelentős része „magányos utasként” járja az útját, napjainkban is, mely az első generációs értelmiség egyik jellemző vonása. A kutatás egyik konklúziója, hogy nagyon kevés a kommunikáció a tanulásról, a továbbtanulási lehetőségekről, azok hasznosságáról és fontosságáról. Információhiány jellemzi az iskolai előrehaladás témáját. A megkérdezett magasabb iskolai végzettséggel rendelkező személyek is keveset beszélnek magukról, a nehézségekről, vagy akár a sikerekről” (Boros, 2018:8).

A rendszerváltást követően a különböző kormányok átfogó programokat dolgoztak ki, amelyek később stratégiai tervekké váltak. Az Országgyűlés 2007-ben fogadta el a „Roma Integráció Évtizede Program Stratégiai Terv”-et. A cigányság felemelkedésével kapcsolatos stratégiai feladatok meghatározására további lehetőség nyílt az I. Nemzeti Fejlesztési Terv (NFT), majd az Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) keretein belül. A 2011-ben kiadott „Nemzeti társadalmi, felzárkóztatási stratégiában” célként fogalmazzák meg, hogy „a cigányság problémáit nemzeti ügyként, s nem pusztán szegénypolitikaként kell kezelni. Ennek érdekében igazodva a Nemzeti Roma Stratégiák 2020-ig tartó Uniós keretrendszeréhez, a kormány célja 10 éves időtávlatban meghatározni a szegénységben élők, köztük a romák

társadalmi és munkaerő-piaci integrációja középtávú kihívásait, céljait és a szükséges beavatkozási irányokat” (*Állami Számvevőszék, 2008; KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság, 2011*).

2019. tavaszán a magyar kormány újabb roma stratégia előkészítését tervezi (korábbi roma stratégia: Nemzeti Társadalmi és Felzárkózási Roma Stratégia 2011-2020), amelynek tervezéséhez és megvalósításához a kormány Vecsei Miklóst, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat alelnökét a diagnózis alapú felzárkózási roma stratégia előkészítésének és végrehajtásának koordinálásáért felelős miniszterelnöki biztosnak nevezte ki. Mindennek keretét a „Felzárkózó települések” program adja, amelynek célja, hogy „a 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendeletben meghatározott településkörből a Központi Statisztikai Hivatal által készített legalacsonyabb komplex mutató alapján kiválasztott, mintegy 300 településen – a települések szakaszos bevonásával – hosszú távú fejlesztési program indítása”. A korábbi és a tervezett roma stratégia közös pontja, hogy a szegénység problémája és a „cigánykérdés” megoldását egy programban fogalmazza meg, ezáltal tovább erősíti a szegénység etnicizálásának szemléletét. A célcsoport a továbbiakban is a szegénységben és társadalmi kirekesztettségben élők arányának csökkentése, különös tekintettel a roma népességre.

E stratégia és program megvalósításában elengedhetetlen szerepük van a szociális szakembereknek, a segítség azon módszereinek (egyéni esetkezelés, szociális csoportmunka, közösségfejlesztés stb.) amelyek a leghatékonyabban javítják a szegénytelepeken, cigánytelepeken élők helyzetét. Rendszerszintű változás abban az esetben érhető el, ha a korábban említett társadalmi integrációs folyamatok is elindulnak. Ha a programok keretében nem újratermelődnek a szegregáció formái, hanem új típusú megoldások jönnek létre, melyek az életminőség javítását több generáción átívelően képzik el, valósítják meg.

A segítő szerepe és lehetőségei a szegénytelepeken, cigánytelepeken

A szegénység csökkentésében, a társadalmi integrációban jelentős szerepet játszhatnak a különböző foglalkoztatási, oktatási, lakhatási, egészségügyi, szociális ellátások, szolgáltatások, produktív szociálpolitikai eszközök. Az ezekhez való hozzáférés javulhat a segítő szociális szakember közreműködésével. Segítő szakemberként lényeges, hogy ismereteket szerezzünk azon kis és nagy csoportokról, családokról⁸⁶, közösségekről, akikkel együtt dolgozunk, hogy valóban hatékony és eredményes legyen a közös munka. A cigánytelepek, szegénytelepek népességének életének megértéséhez szükséges látni, hogy a többségi társadalom és az adott telep lakói, közössége másként értelmezik a telep világot. *„Egyrészt a kívülről nézve a szegregátum elsősorban egy nyomortelep, egy olyan földrajzilag jól lehatárolható településrész, amely külső megjelenésében az ott élő emberek életmódjában jelentősen eltér az átlagtól, társadalmi szempontból nem integrált. A külső szemlélő nem látja a telepi létforma értékeit, a kölcsönös segítség viszonyait és formáit, a túlélés stratégiáit és a szociálisan integrált közösséget sem. Belülről (a lakók szemével) nézve szociálisan integrált közösség, melynek rendező elve a reciprocitás (kölcsönösség. A telepi lakosság többsége cigánynak vallja magát,*

⁸⁶ A cigány családokban (mindegyik nyelvi csoport tagjait beleértve) gyakran használnak ragadványneveket, beceneveket vagy csúfnéveket, ritkán szólítják egymást a hivatalos okmányokban szereplő nevükön. Az egymással való beszélgetésben a felmenők családneveit ill. nemzetségeveit is használják. Továbbá kiegészítik az adott csoporthoz tartozásuk megnevezésével. Például: Orsós József (hivatalos név), Joká (beás cigány nyelven a neve), „Létra” (ragadványneve), „Joká álu Vicsi” (dédszülei neve alapján a „vicsi” nemzetségből), „Léna” (anyja neve cigányul), „Joká” (apja neve cigányul), „Vizes” (apja ragadványneve)

tehát a telep egyben etnikai közösség is (gettó), ahol a cigány kultúra generációk között öröklődik, újra termelődik” (Farkas, 2012:4).

Egymás – kliens és segítő – megismerése hozzájárul a sztereotípiák, az előítéletek csökkentéséhez, a félelmek leküzdéséhez, ezáltal a problémák eredményes megoldásához. Mindezek mellett fontos szem előtt tartani azokat az értékeket (pl. tolerancia, elfogadás, egymás tisztelete), amelyek meghatározzák a segítő szakember mindennapjait, továbbá a Szociális munka etikai kódexében az alapelvek között szerepelnek. *„A szociális munkás tartózkodik minden olyan megnyilvánulástól, tevékenységtől, illetve kifejezés használatától, amely sértheti a kliens méltóságát, vagy negatív diszkriminációt eredményez életkor, nem, nemi azonosság, szexuális irányultság, etnikai hovatartozás, kultúra, nemzetiség, vallás, fogyatékoság, gazdasági-szociális helyzet, vagy egyéb ok alapján. A szociális munkás elismeri és tiszteletben tartja a társadalom sokszínűségét, figyelembe veszi az egyéni, családi, csoportos és közösségi különbségeket, de diszkrimináció nélkül végzi munkáját” (Szociális munka etikai kódexe, 2016:3).*

A társadalmi problémák következményeként megjelenő konfliktusok és nehézségek egyre több megoldandó feladatot rónak a segítőkre, szociális munkásokra. A segítő tevékenység egyrészt adott kliens esetében felmerülő problémamegoldást jelenti, másrészt a megelőzést. A szociális munka azonban napjainkban inkább korrektív, s kevésbé preventív jelleggel működik. Ennek okai közé sorolhatjuk a rendszerszintű problémákat, a szociális munkások eszköztárának beszűkülését, és a folyton változó jogszabályi környezetet, sőt további tényezőket is (B. Erdős, Boros & Mucsi, 2012).

Napjainkban a közösségfejlesztés, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása lehet megfelelő eszköze a segítésnek. A területi szegregáció következményeképpen különböző cigány közösségek és családok tagjai élnek egy-egy elkülönült településen vagy településrészen, a családok közötti konfliktusok generációkon ívelnek át, megnehezítve a társadalmi integrációt szolgáló közösségi fejlesztéseket. A konfliktusok kezelésére a mediáció hatékony módszer lehet. A segítő szerepe leginkább az érdekérvényesítő képesség, a problémamegoldási készségek és kompetenciák fejlesztésében meghatározó. E tevékenységek hosszú távú célja, hogy a kliens képessé váljon a problémái azonosítására, megoldására. Ha megfelelő információkkal rendelkezünk az adott kliens (egyén, család, csoport és közösség) társadalmi környezetéről, kapcsolati hálójáról, személyközi viszonyairól, kommunikációs készségei jövedelmi helyzetéről, mozgósítható erőforrásairól, érdekérvényesítő képességéről, akkor segítőként a reflektív módszerek alkalmazásával közelebb kerülhetünk a segített képessé tételéhez, a segítő folyamat meghatározásához.

Konklúzió

Ha az adatokat nézzük, az elmúlt hatvan évben hazánkban a hátrányos helyzetű települések, a szegénytelepek és a cigánytelepeken élő, a kirekesztettség által leginkább érintett népesség aránya kis mértékben változott. A szegregátumokban élők között felülreprezentáltak a cigány népesség tagjai, mégsem etnikai-kisebbségi problémáról beszélünk, hanem szociális kérdésekről. Ahhoz, hogy megértsük a cigánytelepeken élők helyzetét, szükséges ismernünk az adott területen élő közösség, lakosság történetét, az előzményeket, kapcsolathálózatokat, társadalmi intézményeket. A segítség hatékonysága függ az információktól, a szociális vagy

intézményes interakcióktól, a közösségen belüli és kívüli viszonyrendszerektől és azoktól a módszerektől, melyeket a segítő alkalmaz.

Az elmúlt több mint fél évszázadban voltak már próbálkozások a szegénytelepek, cigánytelepek felszámolására és rehabilitációjára, de mindezen törekvések ellenére a társadalmi integráció nem jött létre, gyakran a szegregáció újabb formái keletkeztek. Ezen tapasztalatok tanulsága, hogy a szegénytelepeken, cigánytelepeken élők segítése csak együttműködésben, komplex módon (lakhatási, foglalkoztatási, oktatási, szociális, egészségügyi helyzet egyidejű javításával) valósulhat meg. A területi szegregáció csökkentése a telepek felszámolásával, integrált lakókörnyezet kialakításával érhető el. Hiszen a generációkon átívelő szegénységet, deprivációs ciklust a társadalmi integrációval van esély megakadályozni. „Egy szegregált telepről, a mélyszegénységből nincs (nagyon ritka) egyéni kiút, mert a szolidaritási háló kötelezettsége visszahúz, és a szegregátumban élők egymás erőforrásait élik fel. A szegregált élethelyzetben, a mélyszegénységben az informális emberi kapcsolatok száma minimális, az emberek izoláltan élnek. Ezért kell az egész közösségben gondolkodni, a közösség minden tagját megszólítani és dinamizálni. Elsősorban szolgáltatásokra, a „külvilággal” való kapcsolatok építésére van szükség, ki kell tágitani a mozgásteret, le kell bontani a gettó láthatatlan falait” (Farkas, 2014).

Irodalom

1. Andorka, R. (1996). A társadalmi egyenlőtlenségek növekedése a rendszerváltás óta. *Szociológia Szemle*. 1996/1. 3-27.
2. Autonomia Alapítvány (2003). www.autonomia.hu.
3. Állami Számvevőszék (2008). *A magyarországi cigányság helyzetének javítására és felemelkedésére a rendszerváltás óta fordított támogatások mértéke és hatékonysága*. https://asz.hu/storage/files/files/Publikaciok/Archiv_tanulmanyok/t206.pdf?ctid=1267
4. Babusik, F. (2004). *A szegénység csapdájában. Cigányok Magyarországon szociális-gazdasági helyzet, egészségügyi állapot, és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés*. Budapest: Delphoi Consulting.
5. Berey, K. (1990). „A szociális követelményeknek meg nem felelő telepek felszámolása, 1961-1986”. In Berey, K. & Horváth, Á. (Szerk.), *Esély nélkül* (pp. 5-72). Budapest: Vita Kiadó.
6. Bernát, A. (2014). Leszakadóban: a romák társadalmi helyzete a mai Magyarországon. In Kolosi, T. & Tóth, I. Gy. (Szerk.), *Társadalmi Riport, 2014* (pp. 246-264). Budapest: TÁRKI.
7. B. Erdős, M., Boros, J. & Mucsi, G. (2012). *Szakmai módszertani készségfejlesztés IV*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, pp. 1-5. http://reflektiv.hu/wp-content/uploads/2013/01/KF_IV.pdf
8. Boros, J. (2018). A cigány/roma népesség története, gazdasági, társadalmi jellemzői Baranya megyében. In Orsós, A. (Szerk.), *Fókuszban az akácliget. Egy elfeledett cigánytelep története* (pp. 23-67). Pécs: PTE BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék – Wlislocki Henrik Szakkollégium. <https://wlislocki.pte.hu/content/fokuszb-an-akac-liget>

9. Boros, J. (2018). *Kutatási beszámoló: Példaképek az Ormánságban – reziliens életutak egy hátrányos helyzetű térségben* (kézirat)
10. Castel, R. (1993). A nélkülözéstől a kivetettségig – a „kiilleszkedés” pokoljárása. *Esély*, 3. 3-23.
11. Csalog, Zs. (1984). A cigánykérdés Magyarországon 1980 előtt. *Magyar füzetek*, 14-15. 93-137.
12. Cserti Csapó, T. (2011). *A cigány népesség a gazdasági-társadalmi térszerkezetben*. Pécs: Virágmandula Kft.
13. Domonkos, V. & Herczeg, B. (2010). Terra Incognita: magyarországi szegény- és cigány telepek felmérése – első eredmények. *Szociológia Szemle*, 2010/3. 82-99.
14. Dupcsik, Cs. (2009). *A magyarországi cigányság története. Történelem a cigánykutatások tükrében, 1890-2008*. Budapest: Osiris Kiadó.
15. Farkas, Zs. (2018). Búcsú a cigányteleptől? Telepfelszámolási programok integrációs hatásai és nem szándékolt következményei a rendszerváltás előtt és 2005-2010 között. *Esély*, 1, 42-66.
16. Farkas, Zs. (2012). Hidak és sorompók. A telepfelszámolásban, a településeken végzett terepmunka tapasztalatai és integrációs hatásai. *Társadalmi együttélés*. 4, 1-21 https://epa.oszk.hu/02200/02245/00004/pdf/EPA02245_tarsadalmi_egyuttelees_2012_4_farkas_zsuzsanna.pdf
17. Farkas, Zs. (2014). Közösségfejlesztés mint a cigánytelepek, cigány közösségek integrációs lehetősége. *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 1(1-2). <http://parbeszed.lib.unideb.hu/megjelent/html/551a49eb3745b>
18. Farkas, Zs. (2016). Ezerből egy... *Beszélő* 2016. március <http://beszelo.c3.hu/onlinecikk/ezerbol-egy%E2%80%A6>
19. Gábos, A., Szivós, P. & Tátrai, A. (2013). Szegénység és társadalmi kirekesztés Magyarországon 2000-2012. In Szivós, P. & Tóth, I. Gy. (Szerk.), *Egyenlőtlenség és polarizálódás a magyar társadalomban. TÁRKI Monitor Jelentések 2012* (pp. 96-117). Budapest: TÁRKI. http://old.tarki.hu/hu/research/hm/monitor2012_teljes.pdf
20. Györi, P. (2017). Hajléktalanság – romák – gyermekszegénység. *Esély*, 4. 17-44.
21. Havas, G., Kemény, I. & Kertesi, G. (1998). „A relatív cigány a klasszifikációs küzdőtéren.” *Kritika*, 3. 31-33.
22. Havas, G. (1999). „A kistelepülések és a romák”. In Glatz, F. (Szerk.), *A cigányok Magyarországon* (pp. 163-203). Budapest: Magyar Tudományos Akadémia.
23. Huszóczy, M. (1980). A cigány lakosság lakásgondjainak megoldásával kapcsolatos feladatokról és intézkedésekről. In Szegő L., Fazekas L., Szecskó T. & Beszédes N. (Szerk.), *Cigányok, honnét jöttek - merre tartanak?* (pp. 270-278). Budapest: Kozmosz Könyvek.
24. Jelentés (2014): Jelentés a TÁMOP-5.4.1-12 „Szociális szolgáltatások modernizációja” elnevezésű kiemelt projekt keretében megvalósult kutatások eredményeiről, Budapest, NCSSZI

25. Orsós, A. (1997). A magyarországi cigányok nyelvi csoportjai. In Bódi, Zs. (Szerk.), *Cigány Néprajzi Tanulmányok 6* (pp. 194-197). Budapest: Magyar Néprajzi Társaság.
26. Kállai, E. (szerk.) (2003). *A magyarországi cigány népesség helyzete a 21. század elején*. Kutatási gyorsjelentések. Budapest: MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet.
27. Kemény, I. (1976). *Beszámoló a magyarországi cigányok helyzetével foglalkozó, 1971-ben végzett kutatásról*. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet.
28. Kemény, I., Janky, B. & Lengyel, G. (2004). *A magyarországi cigányság 1971-2003*. Budapest: Gondolat Kiadó-MTA Etnikai-Nemzeti Kisebbségkutató Intézet.
29. Kozák, I. (1979). A cigányok a társadalmi munkamegosztásban. In Szegő, L., Fazekas, L., Szecskó, T. & Beszédes, N. (Szerk.), *Cigányok, honnét jöttek - merre tartanak?* (pp. 102-123). Budapest: Kozmosz Könyvek.
30. Kovai, M. & Zombory, M. (2002). A magyarországi roma népesség foglalkoztatottsága, In Babusik, F. (Szerk.), *Romák esélyei Magyarországon* (pp. 71-121). Budapest: Delphoi Consulting.
31. Ladányi, J. & Szelényi, I. (1997). „Ki a cigány?” *Kritika*, 26. évf. december 3-6.
32. Péntes, J. & Pásztor, I. Z. (2014). Romák Magyarországon. *A földgömb*, 32 (288), 17–18.
33. Péntes, J., Tátrai, P. & Pásztor, I. Z. (2018). A roma népesség területi megoszlásának változása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. *Területi statisztika*, 58(1), 3-26.
34. *Szociális munka etikai kódexe*, 2016. <http://3sz.hu/sites/default/files/Etikai.pdf>
35. Váradi, M. M. & Virág, T. (2015). A térbeli kirekesztés változó mintái vidéki terekben. *Szociológia szemle*, 1., 89-113.
36. Vecsei, M. (2019). A roma integráció kudarcot vallott, *Klubrádió*, 2019. 08. 14. <https://www.klubradio.hu/adasok/vecsei-miklos-a-roma-integracio-kudarcot-vallott-108393>
37. Virág, T. (2006). Gettósodó térség, *Szociológiai Szemle*, 1., 60-76.
38. Virág, T. (2010). *Kirekesztve. Falusi gettók az ország peremén*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
39. 105/2015. (IV.23.) Korm. rendelet

A társadalomtudományi ismeretek érvényesülése a szociális munka gyakorlatában

Szociális munkás hallgatóként még nagyon nehéz érzékelné a különböző segítő szakmák közötti határvonalakat. Ilyenkor még egyetlen, nagy masszának tűnhet a pszichológia, a szociális munka, a mentálhigiénia, a szociálpedagógia és a körülöttünk működő, egyéb társszakmák területei. A gyakorlati órákon segítő beszélgetésekre, csoportvezetésre, közösségekkel végzett munkára készít fel minket az egyetem, miközben számtalan társadalomtudománnyal foglalkozó, elméleti órán is részt veszünk. A hallgató úgy gondolhatja, ezek pusztán kipipálandó alapozó tárgyak, de aztán gyakorló szociális munkásként éppen az ezeken az órákon elsajátított tudás különböztet meg minket a többi segítő szakmától és általa segíthetünk egy elnyomott, hatalomtól megfosztott személynek vagy csoportnak. A terepválasztásnál sajnos kevés az olyan választási lehetőség, ahol a gyakornok megtapasztalhatja a társadalomtudományos elméletek gyakorlatba való beágyazódását. Sokkal elterjedtebb a problémák egyéni aspektusaira való fókuszálás, az egyén megértése, megerősítése, hatalommal való felruházása, attól függetlenül, hogy ő és az őt segítő szakember milyen társadalmi csoportokba tartozik, milyen társadalmi folyamatok játszanak szerepet a problémái kialakulásában, működésmódjában, a lehetőségeiben. A segítő folyamat során könnyen áthelyeződik a hangsúly az egyén felelősségére anélkül, hogy szerepet kapna mindaz, amit a társadalomról szóló óráinkon tanultunk.

Az *InDaHouse Hungary* egy olyan kezdeményezés, amelyet a cigány származású gyerekekről, kirekesztettségéről, gyerekszegénységről, elnyomás ellenes szociális munkáról, foglalkoztatottsági és szegénységi mutatókról szóló társadalomtudományi kutatások eredményei hívtak életre, és amelynek az azokban megállapított eredmények pozitív irányú megváltoztatása a célja. A programban nem segítő szakemberek dolgoznak, hanem az élet minden területéről érkező önkéntesek. A rendszer azért született, mert én, mint szociális munkás a gyerekszegénységen, a cigányságot erő társadalmi szintű diszkrimináción és a földrajzi hátrányok miatt kialakult negatív helyzeten kívántam változtatni. Nem a szociális munka hagyományos eszközeivel dolgozunk, hanem egy, a szociális munka elméleti hátterét és gyakorlatának elemeit tartalmazó oktatási programot hoztunk létre. Mindezt egy olyan közegben, ahol a szociális munka szinte egyáltalán nem létezik, és azok az intézményes keretek, amelyeket a városokban, a terepintézmények látogatásai során, sőt, megkockáztatok, hogy egyetemi képzésem során olvasott szakirodalomban megismerhettem, nem alkalmazhatóak egy az egyben. A falvakban, kis közösségekben végzett szociális munka fehér foltnak számít a szociális munkás képzés során. Általában kutatni járunk ilyen terepre, de nem az itt végzett segítő munkára készítjük fel a hallgatókat. Az *InDaHouse* az idő előrehaladtával egyre nagyobb részben van jelen a helyiek életében, egyre inkább hasonlít a szociális munka ősenek számító settlementhez, amely a 19-dik század utolsó negyedében jött létre az akkori társadalmi-gazdasági helyzetre reagálva. Ebben a minőségében a szakma a kritikai szociális munka úttörőjeként tekinti, mint amelyben az elnyomás ellenes alapelvek is felfedezhetőek (*Dalrymle & Burke, 2006:7*).

S. Barnett, az első settlement alapítója és gondnoka a következő gondolatokat intézte a diákokhoz: „Ha aggódtok a szegények miatt, ha részvétet érezték a munkások iránt az étellel

való nagy birkózásaikban, miért nem jöttök közéjük és éltek velük együtt? De nem mint az előkelőek, akik leereszkednek az alacsonyabbakhoz, nem mint a tiszták, akik az elbukottakon segíteni akarnak, nem mint a tudók, akik a tudatlanokat tanítani akarják, nem mint az élet kifinomultjai, akik ízlésüket szélesíteni, terjeszteni akarják, hanem egyszerűen, mint szomszédok, barátok, embertársak” (*Hilscher, 1989:56*).

Az idézetben benne vannak az elnyomás ellenes szociális munka alapértékei, tehát a szolidaritás, a kölcsönösség és a partnerség.

A helyzet sajátossága, hogy a mai, több évtized alatt mamut intézményrendszerre vált szociális és oktatási rendszer hiányosságaira, ha úgy tetszik, diszfunkcióira adott válasznak éppen a szociális munka születésekor létrejövő szolgáltatási formára hasonlít, amelyet a következőkben részletesen bemutatott elnyomásellenes praxis gyökereként tartanak számon.

“A szociális munka alapja, feladata, értelme a másik iránti felelősségvállalás – ez adja létjogosultságát, a szakmai tevékenység kereteit” (*Katz, 2009*). Ez a felelősségvállalás az elméleti és a gyakorlati síkon is megjelenik, az InDaHouse-ban például azáltal, hogy a társadalomtudományi eredményeken keresztül meghatározott problémákra reagálunk, és mérjük is az eredményeinket. Tehát nem csupán hátrányos helyzetű gyerekeket tanítunk, mert úgy hozta úri kedvünk, hanem azért tesszük ezt, mert a kutatók szerint erre van a legnagyobb szükség, valamint dokumentáljuk és mérjük is, hogy van-e értelme annak, amit csinálunk.

“A szociális munka alanya az ember a környezetében” (*Katz, 2009*). Nem pusztán az egyénre, hanem az őt körülvevő társadalmi rendre is figyelünk, munkánk nem korlátozódik az élet egyetlen aspektusára, hanem az egészet, mint egy hálót, figyeljük, ismerjük, tanulmányozzuk. Így tisztában vagyunk az ügyfeleink egészségi állapotával, oktatási, gazdasági, lelki, jogi helyzetével, és ott avatkozunk be, ahol arra szükség van. Így jött létre a közösségi szociális munka Észak-Amerikában, ezért koncentrálnak a szociális munkások Közép-Afrikában kórházak létesítésére és ezért segítenek női szövetkezeteket létrehozni Ázsiában és Észak-Afrikában (*Katz, 2009*). Ahhoz azonban, hogy el tudjuk dönteni, a problémátérképen hol szeretnénk dolgozni, rendelkezniünk kell azzal a képességgel, hogy értsük a társadalom működését, annak miértjeit. Ezért fontos, hogy ismerjük a társadalomtudományi elméleteket, kutatásokat és azok eredményeit. Az így megszerzett tudás és képességek összessége egyrészt meghatározza a munkánkat, hogy mit, miért és hogyan teszünk, másfelől meghatároz minket a többi társszakmával szemben, harmadrészt minket, mint segítő szakembereket véd a kiégéstől azáltal, hogy tisztában vagyunk az ügyfeleink életét, viselkedését és tetteit befolyásoló, a személyüket meghaladó társadalmi folyamatokkal, amelyek egyben ránk és a munkánkra is hatással vannak. Sokkal könnyebb együtt dolgozni valakivel, akire a többségi társadalom rányomja a deviáns bélyeget, ha értjük, hogy miért viselkedik úgy, ahogy. Elviselhetővé válik, ha a munkánk zátonyra fut, vagy nem éri el azt a célt, amit szerettünk volna, ha értjük, hogy milyen társadalmilag meghatározott akadályok gördültek a siker elé. Feladatunk az ügyfeleinket a lehető legtöbb hatalommal felruházni a saját életüket illetően, a lehető legtöbb erőforrással gazdagítani az életüket, és abban támogatni őket, hogy ne a társadalmilag meghatározott, megfosztott életutat járják be. Ha azonban ez mégsem sikerül, fontos, hogy lássuk, milyen tényezők vezettek el a kudarcig, ezekből melyek a mi felelősségünk, melyek az ügyfélé és melyek a társadalomé. Ha nem vagyunk képesek a helyzet ilyen elemzésére, könnyen frusztrálttá és elkeseredetté válhatunk, tehetetlenek, feleslegesnek, kiábrándultnak érezhetjük magunkat, majd észrevétlenül kiéghetünk.

Az InDaHouse Hungary pár száz fős Borsod-Abaúj-Zemplén megyei falvakban dolgozik olyan gyerekekkel, akik szegény, túlnyomó többségében cigány származású családokban élnek. A program születésének közvetlen előzményét jelentette Szalai Júlia (2008) Széttartó jövőképek című kutatási beszámolója, amelyben két fontos jelenségről számol be. Az egyik, hogy a roma származású gyerekek, a szülők iskolai végzettségétől, illetve a család szociális helyzetétől függetlenül szignifikánsan rosszabb jegyeket kapnak nem roma társaiknál az iskolában. A másik, hogy a falvakban élő, szegény családokban felnövő cigány gyerekek álmai az általános iskola végére egészen homogénné válnak: a fiúk 78 százaléka, a lányok 69,6 százaléka valamilyen fizikai munkásként képzelel el magát a jövőben, ami feltűnően más arány, mint a nem roma gyerekek 48,5 százaléka, valamint 29,7 százaléka. A cigány gyerekek fájdalmasan fiatal korban elveszítik az önbizalmukat, az önmegvalósításhoz szükséges erejüket és merészségüket. Ez egyrészt mindannak a negatív tapasztalatnak köszönhető, amit a közoktatásban átélnek, valamint annak, hogy 14 éves korukra tisztában vannak a velük szembeni, a magyar társadalmat átítató előítéletekkel, látják a szüleik és idősebb rokonaik példáját, ahogy ők kiszorulnak a társadalom peremére. A kis falvakban, ahol felnőnek, nem feltétlenül tapasztalnak napi szintű diszkriminációt, de a középiskolai továbbtanulás küszöbén felméri, hogy a falu tábláján túl elutasítás lesz az osztályrészüik. Mindezek után, a középiskolákban vagy alacsony színvonalú oktatás vár rájuk, vagy olyan iskolába kerülnek, ahol nem tudják tartani a lépést, mert a kora gyerekkoruktól kezdve kialakult, majd az általános iskolában hatalmasra nőtt tudás- és készségbeli hátrányaik megakadályozzák őket ebben. Természetesen vannak kivételek. Egyre több cigány származású fiatal jut el az érettségig és tanul tovább, de az ő arányuk évtizedek óta rettenetesen alacsony, mindössze 5% az érettségizett és 1% a diplomával rendelkezők aránya. A 2011-es népszámlálási adatok alapján a magyarországi roma lakosság 90 százalékának olyan alacsony az iskolai végzettsége, hogy az megakadályozza abban, hogy tartós, biztonságos munkát találjon (Bernát, 2014). Sokan a roma kultúrát, illetve a roma szülőket hibáztatják mindeztért. Kertesi és Kézdi (2012) azonban bebizonyította, hogy „a roma és nem roma tanulók teszteredményei közti igen jelentős különbségeket nem etnikai sajátosságok, hanem csaknem kizárólag jól értelmezhető társadalmi okok magyarázzák. A roma fiatalok lemaradása szinte teljes mértékben a szegénységre, a szülők iskolázatlanságára és a munkapiacról történt kiszorulására, valamint az ebből fakadó további hátrányokra vezethető vissza.” Megállapították, hogy a roma és nem roma gyerekek közötti különbség a 30 évvel ezelőtti amerikai helyzetet idézi, a fekete és fehér bőrű diákok eredményeit illetően, amelyek azonban mára már nagyon sokat közeledtek egymáshoz, hála a társadalmi és oktatáspolitikai változásoknak. Az idézett tanulmány szerint tehát a roma tanulók tartósan rossz körülményei (rossz egészségi állapot, hiányzó tanulást támogató közeg, minőségi oktatási szolgáltatások hiánya) tehetnek arról, hogy a roma gyerekek és fiatalok rosszabbul teljesítenek a képességmérő teszteken, valamint idő előtt kihullanak az oktatásból. Mindezt tovább súlyosbítja az iskolai szegregáció annak minden negatív következményével: Liskó és Babusik kutatásaiból tudjuk, hogy az oktatás minősége, a tanárok képzettségi szintje, a lemorzsolódók aránya, a magatartási és tanulmányi problémák előfordulásának gyakorisága, de még a cigány tanulókkal kapcsolatos konfliktusok természete is függ a roma tanulók arányától. Minél magasabb az arányuk, annál alacsonyabb a tanárok végzettsége, annál kevesebb a főállású pedagógus az iskolában (Liskó, 2002), annál magasabb a lemorzsolódók száma (Liskó, 2002), annál gyakrabban fordulnak elő magatartási és tanulmányi problémák (Liskó, 2002).

Azokban az iskolákban, ahol sok cigány tanulót oktatnak, a felzárkóztatás, a nevelési feladatok okoznak nehézséget, míg a romákat kis létszámban tanító iskolákban a konfliktusok és a kulturális különbségek okoznak problémát (Liskó, 2002). Kertesi és Kézdi tanulmányából tudjuk, hogy az etnikai szegregáció az innovatívabb tanárok elszivárgásához, ezáltal az oktatás minőségének romlásához, leszállított teljesítmény-követelményekhez, a tanulással szembehelyezkedő kortársi szubkultúrához vezet, ezáltal konzerválja a hátrányos társadalmi helyzetű fiatalok alacsony tanulmányi teljesítményét (Kertesi & Kézdi, 2005).

Fontos azt is látnunk, hogy a szegregáció nem csupán etnikai probléma: a szegregált környezetben tanuló roma gyerekek kétharmada a szegénység miatt került ilyen helyzetbe, és egyharmaduk esetében beszélhetünk kifejezetten etnikai háttérű problémáról (Kertesi & Kézdi, 2012).

Mint minden terepen dolgozó szociális munkásnak, nekem is választanom kellett, hogy melyik területen helyezkedek el, melyik ügyet választom társadalmunk számos problémája közül. A fenti kutatások eredményeit olyan mélyen igazságtalannak éreztem és érzem, hogy úgy döntöttem, ezeket próbálom meg megváltoztatni egy saját program keretein belül. Tehát az a célom, hogy a falvakban, szegény családokban élő cigány gyerekeket abban segítsen, hogy túl tudják lépni azt, amit a statisztikák szerint rájuk mért az élet: képesek legyenek az önmegvalósításra, ne veszítsék el az álmaikat, tudjanak küzdeni a céljaikért akkor is, ha az időnként nehéz vagy kudarcokkal teli. Mindezt nem vaktában, hanem szintén tudományos eredményeket követve tesszük, mozgásterünket azonban nemcsak ezek határozzák meg, hanem a minket körülvevő intézményrendszer, a pályázati alapú, néhány éves programok. Meg kell találnunk, hogy hol vannak a kompetenciáink és a lehetőségeink határai, melyik az a szegmens, amire valóban hatással tudunk lenni, miközben működnünk kell tudni egy olyan környezetben, amelyben megelevenednek a kutatások szereplői, például hús-vér emberként ott áll előttünk a rosszul működő iskola dolgozója, aki maga is egy megérthető ember, célokkal, vágyakkal, érzésekkel, magyarázatokkal. A társadalmi környezettel így a gyerekek elutasítottságát fokozó intézményekkel az is megnehezíti a közös munkát, hogy – ahogy azt Baráth (2007) megállapította – ezek az intézmények nem látják a saját felelősségüket, szerepüket a kirekesztésben, diszkriminációban. A gyerekek és családjaik problémáikért külső tényezőket hibáztatnak, mint a szegénység és a földrajzi távolság, de azt nem látják, amit mi a kutatásokból jól ismerünk, hogy maguk „az ellátórendszerbe beépített szűrők, másrészt maguk az ellátók megkülönböztető viszonyulása a kliensek egy-egy csoportjához képezik, tartják fenn és halmozzák a társadalmi kirekesztések tetemes részét” (Bernát, 2007).

Munkánk során folyamatosan állást kell foglalnunk, hogy mikor, kinek az érdekeit képviseljük. Katz Katalin (2009) úgy fogalmaz, hogy van, amikor a domináns, elnyomó társadalmat kell érzékenyítenünk, és van, amikor az elnyomottakat kell arra ösztönöznünk, hogy áthidalják a távolságokat és alkalmazkodjanak. Minél feszültebb egy társadalom, annál inkább meghatározó, hogy melyik oldalt választjuk, sőt, annál inkább rá vagyunk szorítva arra, hogy válasszunk. Ahogy erre Davies (Davies, 2000) figyelmeztet: „A szociális munkásoknak a mára már egyre inkább hőbörgő társadalom és a bűnbakká váló szegények között állást kell foglalniuk, hogy kivel azonosulnak: a tömeggel, és akkor beállnak a szabályokat számonkérők sorába, vagy pedig a szegényekkel, ez esetben pedig jó eséllyel válnak az univerzális jogok felé elkötelezett radikális szociális munkássá”. „A szociális munkás az egyén és a társadalom közötti feszültség terében fejt ki tevékenységét” (Pritchard & Taylor, 1994), az ember és

környezete kölcsönhatásaival foglalkozik, és bár a hagyományos praxis pártatlanságra törekszik, pártatlanság a valóságban nem létezik. A szociális munkás mindenképpen elköteleződik valamelyik oldal iránt. Nagyon fontos, hogy tisztában legyünk a saját értékeinkkel és azokhoz mindvégig hűek legyünk, azok ugyanis nemcsak nekünk adnak biztonságot, hanem ezeket az ügyfeleink is irányítóként használhatják. Ha mindig transzparenssek vagyunk és nyíltan kommunikálunk, megbízhatóan képviseljük az értékeinket, akkor nem esünk bele abba a csapdába, ami egy kis közösségben, ahol a hatalmi viszonyok igen érzékenyek, nagyon nehezen elkerülhető. A pletyka, a bizalmatlanság, a helyben régóta kialakult rossz viszonyok, a helyiek és a gyűttmentnek számító segítő viszonya, mind olyan körülmények, amelyekre az egyetem gyakorlati órái nem feltétlenül készítenek fel, és amelyek között nagyon sokat segít a társadalomtudományi tudás, valamint az, ha az ember tisztában van vele, hogy a szociális munka mely iskolájához tartozik. „A szociális munkások egymástól jelentősen eltérő elméleti rendszerek szerint dolgoznak, s ezek nemcsak magatartásukat, hanem konkrét cselekedeteiket befolyásolják. Az elméleti rendszerek igen szorosan kapcsolódnak a társadalom általános ideológiai állapotához” (Pritchard & Taylor, 1994). A szociális munka kultúrája nem mentes a társadalomban uralkodó ideológiáktól, struktúráktól, nem tud azoktól függetlenül működni, ezáltal marginalizálhat bizonyos csoportokat, a narratívájukkal együtt, ezért nagyon fontos az ezzel kapcsolatos tudatosság (Parton & O’Byrne, 2009). Abban az esetben, ha a szociális munkás nem vesz tudomást arról, hogy a kliense egy elnyomott csoport tagja, hogy a problémái társadalmilag meghatározottak, hogy egyénileg kevésbé, vagy csak hatalmas támogatással, az elnyomást elismerő szaksegítséggel, például pozitív diszkriminációval tudja legyőzni azokat, akkor maga is hozzájárul ügyfele elnyomásához (Lloyd, 2009).

A hagyományos iskola, önmagát objektíven semleges irányzatként számon tartva, vonakodik a politikai állásfoglalástól, a nyíltan elnyomás-ellenes gyakorlattól, ezzel azonban fenntartja az elnyomó rendszert, ami önmagában egy politikai cselekedet (Dominelli, 2002). A hagyományos iskolával szembeni egyik legfőbb kritika, hogy az egyenlőség, amelyet zászlajára tűz és amely a valóságban gender⁸⁷- és color-vakságban nyilvánul meg, igazából az egyenlőtlenséget tartja fent, amelytől a kliensek szenvednek.” A férfiak sok tekintetben előnyben vannak a nőkhöz képest. Ők vannak többségben a magas pozíciókban, ők rendelkeznek több vagyonnal, nagyobb befolyással, róluk szólnak a hírek, a történelem, a tudományok (köztük a társadalomtudományi elméletek). Társadalmi rendszerünk őket támogatja, sokszor a nőkkel szemben (Bányai & Benkő, 2012). Hasonlóan lehetne definiálni a bőrszín (color), amely szintén társadalmilag meghatározott szerepeket és hatalmi különbséget eredményez a különböző bőrszínnel rendelkezők között. A gender, illetve a color-tudatosság azt jelenti, hogy figyelembe vesszük a nem és a bőrszín okozta társadalmi, szocializációs és az ezek miatt létrejövő hatalmi különbségeket. Ezzel szemben a gender- és color-vak megközelítés a „férfit” és a „nőt”, „fehéret” és „színesbőrűt” egyenként kezeli, és nincs tekintettel arra, hogy a társadalmi elvárások, korlátok milyen befolyással vannak az életére. Nem ismeri el a két nem vagy a különböző bőrszínnel rendelkezők közötti hatalmi különbséget és nem kérdőjelezi meg

⁸⁷ A gender egy társadalmi konstrukció, azon szerepek (szocializáció, esélyek, követelmények stb.) összessége, amelyeket látszólag biológiai nemünk határoz meg; azon tulajdonságok halmaza, amelyeket a köznyelvben nőiesnek és férfiasnak hívunk.

a megszokott szerep leosztásokat (*Bányai & Benkő, 2012*) és annak következményeit, hanem az egyént hibáztatja értük, így összességében fenntartja a gender- és a bőrszín alapú elnyomást. (*Banks, 1995.*) Mindez a mi munkánk során azt jelenti, hogy elismerjük és tényként kezeljük a cigány származású emberek diszkriminációját, és nemcsak tudjuk, hanem a gyakorlatba is beépítjük mindazt, amiről az eddigiekben írtam: a szülőkkal és a gyerekekkel való beszélgetéseink során nem számít tabu témának a cigányokat érő elnyomás, a gyerekeket érő intézményes hátrányok. A származás mellett abszolút meghatározó a nem is: teljesen más egy anya és egy apa vagy egy lány/fiú gyermek helyzete a családjainkban. Amikor ezekről beszélgetünk, a valóságukat ismerjük el, és ezáltal létrejön az a partneri, bizalmi viszony, ami a szociális munka alapja, és ami az íróasztalokkal és adminisztrációval zsúfolt intézményeinkben szinte teljesen lehetetlen. Ugyanakkor nem szabad túlzásokba esni, általánosítani és mindenkire igaz tényként kezelni a fent leírtakat, akkor ugyanis mi valósítjuk meg az elnyomást: Sakamoto és Pitner arról ír, hogy a szociális munkásoknak kritikus tudatossággal kell eljárniuk, amikor a szolgáltatásaikat igénybe vevőkkel dolgoznak. Ez ugyanis egy ún. "top down" foglalkozás, ami azt jelenti, hogy a szociális munkás szakértőként ad át tudást és készségeket ügyfelének. Ez önmagában egy hatalmi különbség, amely kiszolgáltatottá, elnyomottá teszi a szolgáltatás használóját, illetve teret ad a társadalmi kontrollnak. A szociális munkás rendelkezik mind a tudásnak, mind a szakmának köszönhető autoritással, és ez gátolhatja az ügyfél szabadságát. Ebben az esetben ahelyett, hogy a segítő kapcsolat a partnerség és egyenlőség felé haladna, a társadalmi igazságtalanságot és a hatalmi különbségeket teszik állandóvá. Az anti-oppreszív szociális munka során a top-down helyzetből one-down helyzet keletkezik azáltal, hogy a szociális munkás aktívan naiv nyomozóvá válik, amivel a szolgáltatást használót szakértő szerepbe emeli, aki így el tudja mesélni a saját történetét (*Sakamoto & Pitner, 2005*). Amikor a szociális munkás az ügyfél problémáját az elnyomás valamely kontextusában (pl. rasszizmus, szexizmus, heteroszexizmus, stb.) helyezi el, akaratlanul kárt tehet az ügyfél igényeit illetően. Ekkor ugyanis az történik, hogy az ő problémáját a szociális munkás a saját misszójának megfelelően nevezi meg, és ezzel gyakorlatilag elnyomja az ügyfelét (*Sakamoto & Pitner, 2005*). Az elnyomás ellenes szociális munkát végző szakembereknek először meg kell érteniük a saját szerepüket az elnyomásban ahhoz, hogy lehetővé tegyék a valódi empátiát és megértést munkájuk során. Ez azért nagyon nehéz, mert a privilégiumaik sokszor láthatatlanok és érzékelhetetlenek számukra. Ma Magyarországon nem cigánynak (ahogy a falusiak mondják: magyarnak/parasztnak) lenni például egyet jelent azzal, hogy az ember megfelel a normának, amelyhez képest a "másmilyenek" definiálódnak. Ezáltal a nem cigány szociális, gazdasági és politikai előnyökhöz jut, amelyek természetesen a számára és így nehéz azokat tudatosítani (*Cowie, 2010*). Az elnyomottak sokszor tudatosabbak és másként érzékelik a valóságot, mint a nem-elnyomott szociális munkás, így két különböző valóság-narratíva van jelen a segítő kapcsolatban (*Sakamoto & Pitner, 2005*).

Az elnyomás ellenes szociális munka kiindulási alapja az, hogy „hol van” az ügyfél, és nem az, hogy „hol kellene” lennie. Ennek megállapításához azonban egyformán szükséges az a tudatosság, amiről eddig szó volt, és az, hogy tudatában legyünk az előítéleteinknek, értékeinknek (*Sakamoto & Pitner, 2005*). Mindez azonban nehéz helyzetbe hozhat minket, elnyomás ellenes szociális munkásokat olyankor, amikor azt a kritikát fogalmazzák meg velünk szemben, hogy felmentjük a szülőket, akikkel dolgozunk, akikről az iskola tanárai azt

gondolják, hogy nem teremtik meg a tanuláshoz szükséges körülményeket, nem ellenőrzik a házi feladatot, nem kísérik figyelemmel a gyerekek tanulási karrierjét. Mi azonban nem felmentjük, hanem értjük, látjuk és megismerjük azt, hogy az adott családokban mit jelent az iskola, mit jelent a tanulás, mit jelent anyának vagy apának lenni. Nem úgy állunk hozzá, hogy mi tudjuk ezeknek a kész definícióját, hanem nyitottak vagyunk arra, hogy az adott családoknak mi erről a narratívája és igyekszünk hidat építeni az ő és a többségi társadalom által elfogadott definíciók között, a gyerekek érdekében. Ha az elnyomott és a privilegizált helyzet áll egymással szemben, nem létezik kényelmes, semleges álláspont. Az elnyomástól szenvedőkkel dolgozó szociális munkások folyamatos diszkomfort érzetet élnek át, mert ők maguk is részesei a problémának, hiszen valamilyen tekintetben ők is privilegizált tagjai a társadalomnak. A kritikus tudatosság egy soha véget nem érő folyamat (*Sakamoto & Pitner, 2005*). Ez a tudatosság teszi lehetővé, hogy elnyomott és privilegizált valódi szövetségesként legyen képes harcolni az elnyomás ellen, tehát így tud megvalósulni a partneri viszony, amely a szociális munka zászlajára van tűzve, mind a hagyományos, mind az elnyomás ellenes szociális munkában (*Sakamoto & Pitner, 2005*).

A családok működésének megértésében sokat segítenek a társadalmi kirekesztésről, annak pszichológiájáról és a roma közösségekről szóló kutatások. A társadalmi kirekesztésről szóló elméletek a szociális munka alfáját és omegáját jelentik, innen indulunk és ide érkezünk, ha azt vizsgáljuk, hogy mi történik az ügyfeleinkkel, akik valamely elnyomott csoport tagjaiként próbálnak helyt állni vagy túlélni. Magát a fogalmat René Lenoir alkotta a huszadik század második felében, Amartya Sen (2003) pedig összefoglalta Arisztoteléstől Adam Smith-en át a huszadik század elemzőiig a kapcsolódó elméleteket. A kirekesztés messze túlmutat az anyagi szegénységen. Aki a társadalom peremére kerül, elveszíti azt a produktivitását, amellyel hozzá tudna járulni a közösséghez, elfelejtí a korábban megtanultakat, ami kognitív leépüléssel, az önbizalom elvesztésével járhat. Az illető nem képes befolyásolni a saját életét, nem képes döntéseket hozni, leromolhat az egészségi állapota, elveszítheti a kapcsolatait, gyengülhetnek a családi kapcsolatai, cinikussá válhat, sajátos elméleteket gyárthat a társadalom működéséről, nagy haragot táplálhat a helyzete miatt (*Sen, 2003*). A romákat nagyobb arányban érinti a probléma: 2012-es adatok szerint 4,4-szer nagyobb az esélye a szegénységre egy roma családnak, mint egy nem romának, illetve a szegénységben és társadalmi kirekesztettségben egyszerre élők 15 százaléka roma, miközben az egész társadalomban ennél jóval kisebb az arányuk (6-7%) (*Bernát, 2012*).

Mindez már gyerekkorban elkezdődhet: „Ha egy gyermek tartósan alacsony jövedelmű, többszörösen hátrányos helyzetű családban nevelkedik, ha nem rendelkezik a mobilitási esélyeit növelő tárgyi környezettel, eszközökkel, ha megfosztódik a gyermekek számára normaszzerűnek tekintett tevékenységektől, s emberi kapcsolatai sem kiegyensúlyozottak, akkor pszicho-szociális fejlődése is veszélyeztetett (...). A veszélyeztetett pszicho-szociális fejlődés a szegénység újratermelődéséhez vezethet, s növelheti a későbbi társadalmi kirekesztettség bekövetkeztének kockázatát” (*Darvas & Tausz, 2003*). Egy kirekesztett családban élni folyamatos stresszt jelent, ami egészen kicsi kortól fékezi a gyerekek fejlődését és rombolja az iskolai teljesítményüket (*Kertesi & Kézdi, 2012*). Kozma (2003) kiilleszkedési folyamatként írja le azt, amikor az egyén a szélsőségesen megfosztott helyzetre megbirkózási stratégiákat alkot, amelyek kívülről könnyen stigmatizálható, destruktív viselkedésnek tűnhetnek. Nekünk szociális munkásként azonban meg kell értenünk a folyamatot és a miérteket. Azt, hogy a

szélsőséges bizonytalanságot mindenképp fel kell oldania valahogy az embernek és ez hatással van a személyiségére is. Az egyetlen cél a túlélés, amelyhez le kell épülnie az érett felnőtt élethez szükséges normáknak, személyiségvonásoknak, készségeknek. Minél megfosztottabb valaki, minél kevesebb hatalma van a saját élete felett, annál inkább felerősödnek a társadalmi nemi szerepek, vagyis a férfi és női szerepek. Durst (2001) kutatása leírja, hogy miként vezetnek oda a társadalmi folyamatok, hogy a láposi cigányok egyre korábban vállalnak gyereket. Itt is bebizonyosodott ugyanaz, amit Kertesi és Kézdi megállapított: nem a cigányok kultúrájának része a korai gyerekvállalás, hanem a társadalmi zsákutcák vezetnek oda, hogy a fiatalok a gyerekvállaláson keresztül definiálják magukat, azon keresztül váljanak önálló felnőtté. Mindez azt is jelenti, hogy nekünk, amikor szociális munkásokként részt veszünk egy család életében (ugyanaz igaz az önkénteseinkre), figyelemmel kell arra lennünk, hogy az anyák és az apák számára mit jelent a szülőségük, és mikor érzik azt megtámadva, megkérdőjelezve. Mivel sokaknak ez az egyetlen igazán értékes és az életének értelmet adó dolog az életében, végtelenül alázatosnak, tudatosnak és empátikusnak kell lennünk, hiszen egy gyerekprogramot vezetünk, ami óhatatlanul kritikát jelenthet a szülői szerepükre nézve, ami aláássa a bizalmi kapcsolatot és gyengíti a gyerekek érdekeit, akikkel dolgozunk. A társadalmi kirekesztés egy folyamat, egy viszony, amelynek szereplői vannak: előjogokkal rendelkezők és megfosztottak. Mi vagyunk ezek a szereplők és megváltoztathatjuk a szerepünket. Egy egész társadalmat nem tud egyetlen szociális munkás vagy program megváltoztatni, de néhány száz vagy akár ezer ember életére hatással lehet. Kozma (2003) szerint a megoldás csakis a hatalmi egyenlőtlenségek csökkentése lehet, amit mi úgy oldunk meg, hogy a többségi társadalomból érkező, privilegizált helyzetben lévő önkéntesek partneri viszonyt alakítanak ki a családokkal, amelyben tisztelettel, alázattal és őszintén dolgoznak a gyerekek fejlődéséért. Nincs olyan szülő a programunkban, aki ne szeretné, hogy a gyereke fejlődjön. Olyan sincs, akinek ne lennének fontosak a gyerekei. Ha egy bántalmazó szülőről, vagy egy nyomorban, minden struktúrát nélkülöző családról is van szó, ez az a közös alap, ami lehetővé teszi a közös munkát, amelynek célja tudással és kompetenciákkal felruházni a gyerekeket, akiket a kirekesztettség és a szegénység újratermelődése veszélyeztet. Ennek az egyik legfontosabb eszköze a *koragyerekkori fejlesztés*. Korábban is szó esett már arról, hogy ha a korai fejlődés akadályokba ütközik, akkor a gyerekek behozhatatlan hátrányt halmozhatnak fel. Longitudinális vizsgálatok bizonyították, hogy az iskolai sikerek, illetve kudarcok előre jelezhetőek a korai fejlesztés megléte vagy hiánya alapján. A szegénység már 6 hónapos korban is lemaradást okozhat. A koragyermekkorai kognitív és pszichoszociális kompetenciák fejlődéséhez három dologra van szükség: kognitív stimulációra, a szülő (gondozó) érzékenységére, válaszkészségére és a szülő szeretetére, ragaszkodására (Herczog, 2008). Ezért döntöttünk úgy, hogy egyrészt az egyik fő programunk a koragyerekkori fejlesztés, másrészt azt az önkéntesek a családok otthonaiban végzik. Az önkéntesek leülnek a családok padlójára, kanapéjára és ott játszanak fejlesztő játékokat a gyerekekkel. Ez amellett, hogy kognitív stimulációt jelent, a szülőkre is pozitívan hat és megerősíti őket, vagy azért, mert részt vesznek a foglalkozásban és megtapasztalják, hogy miként tanítjuk a gyerekeket, vagy azért, mert kapnak egy kis én-időt, ami segíti őket az érzelmileg és fizikailag leterhelő mindennapok túlélésében, tehát a gyerek egy kicsivel kipihentebb szülőt kap vissza a foglalkozás után.

A másik, adatokkal alátámasztott terület, amely hosszútávon hozzájárul a gyerekek oktatásban való sikerességéhez, az a *szövegértés fejlesztés*.”Az átlag fölötti szövegértési

tartományban a lemorzsolódás esélye gyakorlatilag elhanyagolható” (Kertesi & Kézdi, 2012). Ezért döntöttünk úgy, hogy minden, a programunkban részt vevő iskolás gyereknek személyre szóló feladatlapokon keresztül fejlesztjük a szövegértését. Babusik (2007) leírja, hogy „a település rangja és mérete jelentősen befolyásolja, az iskola elvégzését.” A budapesti roma fiatalok rendelkeznek a legmagasabb iskolai végzettséggel, míg a vidéken élők jelentős hátrányban vannak fővárosi társaikhoz képest (Babusik, 2007). Ezért is döntöttünk úgy, hogy mindenképp falvakban fogunk cigány gyerekeknek esélynövelő programot létrehozni, majd a leghátrányosabb helyzetű kistérségek közül az Encsi kistérségben kezdtük el a munkát.

A kirekesztettségéről szóló kutatások mindegyike megemlíti a kapcsolatok hiányát, Durst (2001) korai gyerekvállalásról szóló kutatásában pedig kiemeli, hogy a láposi közösség tagjaink „kapcsolati hálójá csonka, homogén – azaz gyakorlatilag nincsen semmiféle kapcsolatuk magasabb státussal, eltérő életpaszttal, világlátással rendelkező személyekkel” (Durst, 2001). A magyar társadalomban nagyon magas a cigányokkal szembeni előítélet mértéke és a következményeit a csoport tagjai viselik: „komolyan befolyásolják a teljesítményt, az önértékelést és az identitás alakulását” (Kende & Illés, 2011). Az elutasítottság érzése már koragyerekkorban csökkentértékűség érzéséhez vezethet (Kende & Illés, 2011). Ahogy Szalai (2008) idézett kutatásában láthattuk, a cigány gyerekek már úgy is belsővé teszik a többségi társadalom előítéleteit, hogy 14 éves korukra az egész életüket negatívan befolyásoló döntéseket hoznak anélkül, hogy akár konkrétan megtapasztalták volna a diszkriminációt. Kende és Illés azonban már a tíz éves korúaknál is kimutatta, hogy a gyerekek tisztában vannak a társadalmi mobilitás esélyeivel, illetve az azt befolyásoló társadalmi különbségekkel. Ezek miatt is nagyon fontos, hogy az InDaHouse Hungary egy olyan program, amelyben az élet minden területéről érkező önkéntesek tanítják, biztatják, szeretik a társadalmi veszélyeknek kitett gyerekeket. Amellett, hogy tanítják őket, a pusztán kapcsolódásukkal védő faktort jelentenek a gyerekek számára, növelik a gyerekek ellenálló képességét a fenyegetett identitás állapotában (reziliencia) (Kende & Illés, 2011).

Igyekeztem a saját példámon keresztül bemutatni, hogy a társadalomtudományi tudás, amelyet az egyetemen megszerzünk, messze nem haszontalan, sőt! A munkánk során kifejezetten szükséges segítők, többek között olyankor, amikor más szakmák képviselői megkérdőjelezzik vagy csak nyitottan megkérdézik, hogy mit miért csinálunk. Egyik másik, a szolgáltatásainkat igénybevevő emberekkel dolgozó szakember nem részesül ilyen képzésben, ennél fogva egyikük sem érti vagy ismeri azokat az adatokat, kutatásokat, amelyeket mi, szociális munkások ismerünk. (Természetesen a személyes érdeklődések hozhatnak kivételeket.) Mindezek okán feszültségek keletkezhetnek közöttünk, amikor ugyanazt az esetet másként látjuk és mást tartunk helyesnek. Az általunk elsajátított tudás ilyenkor felvértez minket válaszokkal és érvekkel, amelyek segítségével az ügyfeleink érdekét képviselni tudjuk.

Elemzésem során tudományos adatokkal bizonyítottam, hogy a program, az InDaHouse Hungary, amelyet szociális munkásként életre hívtam, egy sürgető társadalmi (és emberi jogi) problémára reagál, nevezetesen a roma gyerekek kirekesztésére, lehetőségeik szűkösségére, szegénységgel való veszélyeztetettségükre. Bemutattam, hogy azért a többségi társadalomból, az élet minden területéről érkező önkéntesek dolgoznak a gyerekekkel, mert ezzel megerősítjük a gyerekeket az előítéletekkel és a kirekesztéssel szemben. A sokféle önkéntessel való együttműködésnek köszönhetően a gyerekek képesek lesznek csapatban dolgozni, bármilyen típusú munkahelyen. A koragyerekkori programunk és a szövegértési fókuszunk oka, hogy a

kutatások szerint ezek kihatnak a gyerekek egész életére, megvédik őket az iskolából való lemorzsolódástól és lehetővé teszik a magasabb iskolai végzettség megszerzését, ami feltétlenül szükséges a megfelelő, stabil, biztonságos munkahely megszerzéséhez. Az, hogy valaki cigány vagy faluban él Magyarországon, növeli a szegénység és a kirekesztés esélyeit, ezért dolgozunk az egyik leghátrányosabb kistérség falvaiban. Az elnyomás ellenes szociális munkának az értékei és eszközei lehetővé teszik, hogy valódi partneri viszony alakuljon ki közöttünk és a családok között, ami feltétele a gyerekekkel végzett hatékony munkának. Figyelünk arra, hogy a gyerekek valóban fejlődjenek, hogy a munkánknak valóban legyen eredménye: a gyerekekkel végzett minden tevékenységünket naplózzuk, hogy nyomon tudjuk követni a változást, a fejlődést, valamint folyamatosan visszajelzést adunk nekik arról, hogy milyen volt az együttműködésük és mennyire küzdöttek az adott foglalkozás alatt, hogy megértsenek valamit, amit addig nem.

A gyerekekkel végzett munkát hosszú távra tervezzük, összhangban azzal a gyerekszegénység elleni stratégiával, amelyet 2007-ben az MTA kutatói állítottak össze, és amelyben kijelentik, hogy „A gyermekszegénység jelentős mértékű csökkentése, a gyermekek teljes társadalmi integrációja több évtizedes, folyamatos erőfeszítéseket igényel. A program megvalósulásának csak akkor lehet esélye, ha az összefüggő, egy irányba tartó, egymásra épülő részfeladatok, lépések és intézkedések rendszerszerű változásokat képesek generálni a gazdasági, társadalmi, politikai és közszolgálati rendszerben. Ezért szükséges egy 25 évre szóló (2007–2032) generációs stratégiát alkotni, amelyen belül természetesen meg kell határozni a rövid és középtávú célkitűzéseket, feladatokat is.” Ahogy Katz Katalin (2009) írja, természetesen nincs olyan szociális munkás, aki a világ összes problémáját meg tudja oldani, így nem vagyunk képesek hatékony változásokat generálni „gazdasági, társadalmi, politikai és közszolgálati” szinten. Ugyanakkor a társadalomtudományi tudásunkra támaszkodva ki tudjuk választani azt a területet és azt a szintet, ahol cselekedni tudunk, eleget tudunk tenni a másokért vállalt felelősségünknek.

Irodalom

1. Babusik, F. (2003). *Késői kezdés, lemorzsolódás – cigány fiatalok az általános iskolában*. Budapest: Delphoi Consulting.
2. Babusik, F. (2007). Magyarországi cigányság – strukturális csapda és kirekesztés. *Esély*, 2007/1. 3-23.
3. Banks, S. (1995). *Ethic and Values in Social Work*. London: Macmillan Press.
4. Bányai, E. & Benkő, F. (2012). A feminizmus és a szociális munka: elmélet és gyakorlat. In Adamik, M. (Szerk.), *Bevezetés a szociálpolitika nem szerinti értelmezésébe „Gendering Social Policy”* (pp. 103-127). Budapest: ELTE TÁTK.
5. Bányai, E. (2008). A sztenderdizáció árnyoldalai. *Kapocs*, 2. 1-18.
6. Baráth, Á. (2007). Kik a kirekesztettek és miért? *Esély*, 2007/5. 66-98.
7. Bernát, A. (2014). Leszakadóban: a romák társadalmi helyzete a mai Magyarországon. In Kolosi, T. & Tóth, I. Gy. (Szerk.), *Társadalmi Riport 2014* (pp. 246-264). Budapest: TÁRKI.
8. Cowie, A. (2010). Anti-Oppressive Social Work Practice in Child Welfare: Journeys of Reconciliation. *Critical Social Work*, 11(1), 46-51.
9. Dalrymple, J. & Burke, B. (2006). *Anti-Oppressive Practice: Social Care and the Law*. McGraw-Hill International.
10. Darvas, Á. & Tausz, K. (2003). *Gyermekszegénység és társadalmi kirekesztődés* http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/darvas_agnes-tausz_katalin_-_gyermekszegenyseg_es_tarsadalmi_kirekesztodes.pdf Utolsó letöltés: 2019. 08.12.
11. Davies, M. (2000). *The Blackwell Encyclopedia of Social Work*. Blackwell Publisher. Oxford.
12. Dominelli, L. & McLeod, E. (1989). *Feminist Social Work*. Macmillan. England.
13. Dominelli, L. (2002). *Anti-Oppressive Social Work Theory and Practice*. Palrave Macmillan. Great Britain.
14. Durst, J. (2001). „Nekem ez az élet, a gyerekek” *Századvég*, 6(22), 71-92.
15. Herczog, M. (2008). A koragyermekkorai fejlesztésre, programokra vonatkozó nemzetközi kutatásokról. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 2008/1. 21-27.
16. Hilscher, R. (1989). A settlement-mozgalom. *Esély*, 1989/1. 55-64.
17. Katz, K. (2009). A szociális munka kultúrái. *Esély*, 2009/6. 108-116.
18. Kende, A. & Illés, A. (2011). Hátrányos helyzetű gyerekek jelen és jövőképe. *Esély*, 2011/4. 72-92.
19. Kertesi, G. & Kézdi, G. (2005). Általános iskolai szegregáció I. rész. *Közgazdasági Szemle*, 2005. április. 317-355.
20. Kertesi, G. & Kézdi, G. (2012). *A roma és nem roma tanulók tesztteredményei közti különbségekről és e különbségek okairól*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Intézete.
21. Kozma, J. (2003). A szegénység pszichológiai vonatkozásai. *Esély*, 2003/2. 15-30.

22. Liskó, I. (2002). Cigány tanulók a középfokú iskolákban. *Új Pedagógiai Szemle*, 2002/11. 157-170.
23. Lloyd, L. (2009). A gondoskodás mint szakma? Az idősekkel végzett szociális munka és szociális gondoskodás etikája. In Bányai E. (Szerk.), *Kortárs szociálismunka-elméletek, tereptanítás, szupervízió* Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és ELTE TÁTK Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszéke.
24. Parton, N. & O'Byrne, P. (2009). A konstruktív szociális munka néhány irányelve. In Bányai E. (Szerk.), *Kortárs szociálismunka-elméletek, tereptanítás, szupervízió* Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és ELTE TÁTK Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszéke.
25. Pritchard, C. & Taylor, R. (1994). Politikai irányvonalak a szociális munkában (angol társadalmi viszonyok között). In Talyigás K. & Hegyesi G. (Szerk.), *A szociális munka elmélete és gyakorlata 1. kötet*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
26. Sakamoto, I. & Pitner, R. O. (2005). Use of Critical Consciousness in Anti-Oppressive Social-Work Practice. *British Journal of Social Work*, 35. 435-452.
27. Sen, A. (2003). Társadalmi kirekesztés: Fogalom, alkalmazás és vizsgálat I. *Esély*, 2003/6. 3-22.
28. Szalai, J. (2008). Széttartó jövőképek. *Esély*, 2008/2. 26-46.
29. Az Országgyűlés 47/2007. (V. 31.) OGY határozata a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégiáról, 2007–2032, In.: Magyar Közlöny, 2007/67.

A gyerekszegénység újra termelődése. Problémafeltárás és megoldáskeresés az Igazgyöngy Alapítvány terepi tapasztalatai alapján

Ma az egyik legnagyobb probléma Magyarországon a társadalom kettészakadása. A generációs szegénységben élő, zömében roma családok élethelyzete mindig is sok gondot okozott, igazi, tartós megoldást egyetlen időszakban sem tudott az állam felmutatni. A kutatásokat, melyek több szegmensben tartottak tükröt a regnáló kormányok felé a valós helyzetről, nem követte hosszú távon működtetett, stratégiába rendezett beavatkozás. A rendszerváltás előtt inkább a megbélyegző, a romákra külön módszertant kidolgozó irányok működésképtelensége volt a jellemző, utána pedig nem alakult ki a kormányokon átívelő beavatkozások kultúrája, sokkal inkább jellemzővé vált az előzőben elindult folyamatok eltörlése, a probléma újra értelmezése. Napjainkban pedig még a fogalmak újra definiálása is gyakori. A szegregált oktatás fogalma pl. kormányzati szinten most átértékelődött, ami felerősítette az oktatási szegregációt, ez pedig a probléma további mélyüléséhez vezetett.

A leszakadó társadalmi csoportok aránya növekszik, a rendszerben a hatósági eszközök erősödnek, a pedagógia hatások hátrányára, és hiába érkeznek hatalmas támogatások az Európai Unióból erre a területre irányulva, a szegregátumok szintjén nem sok változás történik. Mentségünkre szolgálna, hogy a probléma nagyon hasonló a közép-és kelet európai országokban, Románia, Bulgária, Szlovákia ugyanúgy küzd az integráció nehézségeivel és a korrupcióval is, de a beáramló pénzügyi támogatások függvényében azért már kellett volna változnia a helyzetnek. Ráadásul, bár nyilvánvalóan vannak a problémának egyetemes jellemzői is, a nemzeti jelleg is sajátos helyzeteket teremt. Minden ország magának növelte akkorára a problémát, amekkora, mindenhol abban a társadalmi-politikai kontextusban fejlődött ki, amit megteremtett magának. A dolog társadalmi beágyazottsága mindenhol más, ebben kell értelmezni, és ebben kell keresni a megoldásokat is.

Az Igazgyöngy Alapítvány 1999 óta működik, egy leszakadó térségben, Kelet-Magyarországon, a Berettyóújfalui Járásban. Tíz évig az oktatásban kerestük a megoldást, pedagógiai módszertan kidolgozásában, kizárólag a gyerekekre fókuszálva. Ám minden eredmény, iskolai siker ellenére azt tapasztaltuk, hogy a generációs szegénységben élő gyerekek életésélyeiben nagy változás nem következett be. Ezután társítottunk az oktatás mellé szociális munkát, ami az elmúlt tíz évben esélyteremtő stratégiává bővült. Pilotprogramunk helyszínéül egy Told nevű kis zsáktelepülést választottunk, ami emblematikusan magában hordozza a mélyszegénység és a roma integráció összes problémáját. Az itt szerzett tapasztalatok mentén az adaptálható elemeket lehetőségeinktől és kapacitásunktól függően próbáljuk ki más településeken, hat településen, ahol oktatási tevékenységünk van több elemében, húsz másikban csak egy-két területen.

Az Igazgyöngy modellje egy civil modell, ám a rendszerhez ezer szállal kötődő munka. Az a nézőpont, ami a problémát több szinten egyszerre értelmezi, az egyén, a család, a közösség, az intézményrendszer, és a szakpolitika szintjén is, sajátos tapasztalatokat ad. Ezeket szívesen megosztjuk másokkal, hiszen a legfontosabb célunk, hogy változzon a helyzet, és a nyomorúság ilyen szintű újratermelődését megállíthassuk. Ennek nemzetgazdasági jelentősége is óriási, hiszen ma munkaerőt pazarlunk azzal, hogy nem tudunk megfelelő hatással lenni a problémára.

Az pedig rendkívül összetett, minden mindennel összefügg. A legfontosabb alapvetésünk az, hogy nem lehet összefogás nélkül megfelelően hatni. A hatások összehangolatlansága, az eltérő protokoll, munkakultúra, az intézményrendszer tagjainak sajátos helyi problémái miatt nem tud elindulni változás. A hatások egymás ellen dolgoznak. Hiába indulna el egy esélyteremtő oktatás, a családokban leamortizálódik az a hatás, amit az iskola nyújt. Az Igazgyöngy modelljében a lehető legpontosabb problématerkép elkészítése után, egy összehangolt, sokpontú, minden elemre figyelő, a pedagógiai és hatósági elemeket megfelelő arányban ötvöző módszertant alkalmazunk. A húsz évre tervezett stratégia felénél tartunk, mérjük a modell társadalmi hatékonyságát is. Az eredmények biztatók. A huszadik év végével sem fejeződik be a munka, de reményeink szerint akkorra fenntartható változások indulnak meg. A tapasztalatok leírása, elemzése pedig segítheti egy rendszerszintű beépülés kidolgozását.

A modell pillérjei mentén mutatom be az Igazgyöngy modelljét, utalva az ágazati kapcsolódásokra is. A problématerkép minden településen más és más, így nem lehet egységes megoldási „receptet” adni. A keretek azonban világosan leírhatók, és a szemlélet az, ami a legfontosabb ebben az egészben. Ezt szeretnénk átadhatóvá tenni, ezt a tapasztalataink szerint átvehető és a probléma szempontjából működőképes szemléletet.

1. pillér: Az oktatás

A probléma szempontjából kulcsfontosságú, de a megoldáshoz nem elégséges eleme az esélyteremtésnek az oktatás. Az Igazgyöngy modelljének ebben a pillérében a művészetoktatás, a tanoda, az ösztöndíjprogram, az iskolaszer-, az iskolai lemorzsolódást csökkentő-, és az integrációs képességekre fókuszáló programok alkotnak egymást támogató rendszert.

A gond az, hogy már a második generáció került ki úgy a közoktatásból, hogy nem kapott megfelelő muníciót a szakmaszerzéshez. A szülők, sőt, a nagyszülők generációja is alapkészséghiányos, sok a funkcionális analfabéta, szövegértési képességgel nem rendelkező felnőtt. Ma is kerülnek ki az oktatási rendszerből pár osztállyal rendelkezők, akik először magántanulói státuszba kerülnek, és ezzel általában be is fejeződik számukra a tanulás. Van, akit végiggörgetnek még, bővülő tudás nélkül, de sokan innen morzsolódnak le. A felnőttképzésbe jellemzően csak hat elvégzett osztály után tudnak bekapcsolódni, a korábban a közmunkához kapcsolt tanfolyamok is inkább jelenlétek voltak, mintsem az általános iskolai követelményrendszert teljesítő tudásmegszerzések.

Az alapkészséghiányos szülő pedig nem tud biztos motivációs háttér lenni a gyerekek számára. Aki maga sem tud olvasni, az nem tud olvasási kultúrát átadni a gyerekének. Nincs alapkészség sem, és ez sok mindent meghatároz. Sajátos szubkultúra fejlődött ki a szegregátumokban, az integrációt nem támogató túlélési stratégiákkal. A világra való rálátás képességével nem rendelkező ember manipulálhatóvá válik, nem tud dönteni hírek és álhírek között. A közeg, amiben élnek zavaros, keverednek a 19. századi életvezetési elemek a 21. század digitális terében megélt látszatvilággal, a fogyasztói világ hatásaival szemben pedig pénzügyi tudatosság híján teljesen védtelenek.

Az általános iskola, melynek feladata lenne annak a tudásnak a megalapozása, amire aztán szakmaszerzés épülhet, jellemzően nem tudja betölteni esélykiegyenlítő funkcióját. Ma sokkal inkább mélyíti a szakadékot a társadalomban, mintsem csökkentené. A leszakadó térségekben jellemzővé vált a szegregált oktatás, az egyházi iskolahálózat megszervezése és az állami

oktatáshoz viszonyítva nagyobb mértékű támogatása mára visszafordíthatatlan folyamatokat indított meg. Az egyházi iskolák megjelentek azokon a településeken is, ahol a gyereklétszámmal egy iskolai is elég lenne, így csak az állami kárára volt kialakítható az egyházi iskola. Növelte a bajt, hogy mivel a vallásos emberek száma sem indokolt ennyi egyházi iskolát, így a vonzerőt nem a hitélet, hanem egy, az egyházhoz rendkívül méltatlan elemhez kötötték: a halmozottan hátrányos helyzetű, roma gyerekektől mentes iskolához. Így ezek az iskolák gyors szegregálódási folyamatot indítottak el az állami iskolákban, ami mára már érzékelhetően, a jövőben pedig még inkább meghatározza a települések élhetőségét. Az egyházi „fehér”, és az állami „cigány” iskolák ugyanis szétszakítják a települések társadalmát, pillanatnyilag úgy tűnik, így megmaradnak a településeken a jobb társadalmi státuszú családok, ám hosszabb távon ez biztosan nem így lesz.

A leszakadó térségek falvaiban, kisvárosaiban ma ugyanis szinte csak az állami szféra és a közmunka ad munkalehetőséget. Az elszegényedő lakosság nem tud szolgáltatásokat eltartani, nincsenek a foglalkoztatásban meghatározó cégek, vállalatok. A ma is jellemző elvándorlás a jobb társadalmi státuszúakat érinti, és ez az oktatási szerkezet ezt támogatja. Azok a gyerekek, akik az egyházi iskolában a többszörös támogatásból csoportbontásokkal, szakkörökkel magasabb szintű oktatásban részesülnek, gimnáziumokban tanulnak tovább, majd feltehetően a felsőoktatásban, és piacképes szakmát szereznek. Ám erre „terepet” nem a leszakadó térségekben találják meg, hanem a fővárosban, Nyugat-Magyarországon, vagy külföldön. Itt telepednek le, a szüleik maradnak csak a falvakban. Amikor ők már nem lesznek képesek magukat ellátni, a gyerekeik magukhoz veszik őket, házaik pedig üresen maradnak.

Azok a gyerekek, akik a szegregált iskolákban tanulnak, nem lesznek képesek megfelelő alapkészségekkel továbbtanulni, nem lesz piacképes szakmájuk, mobilitási képességük, bennragadnak a szociális megélhetés és a feketemunka zsákutcájában, újratermelve a szüleik élethelyzetét. Ők maradnak a településeken, és a jobb társadalmi státuszúak megüresedett és elértéktelenedő házaiba költöznek. Mindez pedig a jövőre nézve végzetes lesz. Végignézhetjük ezeket a folyamatokat a rendszerváltás után, mikor a termelőszövetkezetek, üzemek megszűnésével eltűntek a munkahelyek, ami átrendeződéshez vezetett, a szakképzett, mobilizálható munkaerő elköltözött, helyüket pedig a generációs szegénységben élő, zömében roma családok foglalták el. Ma ezek a valaha virágzó kis falvak a leszakadás mintapéldái. A probléma pedig mélyülni fog, a családok túlélési stratégiái változnak, és nem vetítenek előre pozitív települési képet.

De térjünk vissza az általános iskolához. Mert nemcsak az oktatási szegregáció az oka a problémának, a plusz pedagógiai munkát igénylő gyerekekkel többnyire sehol sem tud az iskola eredményes lenni. A központosított, az ismeretekre, és nem a készségfejlesztésekre fókuszáló, többnyire frontális módszertanú oktatás figyelmen kívül hagyja a gyerekek sokféleségét, szociokulturális hátrányát, tanulási nehézségét. Nincsenek megfelelő számban azok a szakemberek az iskolákban, akik megfelelő, speciális fejlesztéseket, segítséget nyújthatnának. A logopédusok, pszichológusok, fejlesztő-pedagógusok, gyógypedagógusok hiánya jellemzővé vált, a pedagógusok pedig egyedül nem képesek megbirkózni a problémával. Sok, egyre több gyereknek vannak speciális szükségletei, melyeket nem lehet a hagyományos módszerekkel kezelni. A felsőoktatás az „átlag”-ra készíti fel a pedagógusokat, az attól eltérő gyerekek oktatására nem, főleg nem az átlagtól mínuszban eltérőre. A sajátos nevelésű gyermekek integrált oktatását pedig nem lehet megfelelő szakember támogatása nélkül végezni. Ha egy

osztályban több plusz pedagógiai munkát végző gyerek van, a pedagógus képtelen a központi elvárásoknak megfelelni. Kiég, ha teheti elhagyja a pályát, növelve tovább a szakemberhiányt. Az is probléma, hogy az iskola már nem tud megbirkózni a szegénység, és az abban szocializálódás gondjaival. Más szemléletű, más nézőpontú és más módszertanú pedagógiai munkára van szükség. Ez a „szociális szemléletű” pedagógiai attitűd nincs meg, a gyakorló pedagógusok is kerülnek, a leendő szakemberek pedig nem akarják.

Mi kellene ehhez az attitűdhez? Mindenekelőtt az, hogy a komolyan vegyék azt a tézist, miszerint a gyerekeket a szociokulturális környezetükkel együtt kell értelmezni. Ehhez azonban ismernie kell a pedagógusnak az otthoni környezetet. A családlátogatás azonban már nem kötelező, és amikor kötelező volt, akkor is inkább a hatósági, semmint a partneri viszonyulás jellemezte. Az a pedagógus pedig, aki nem tudja, honnan érkezik a gyermek, nem érti, miért nem működik az, ahogy ő megtervezte, elképzelve, ahogy neki megtanították, és ahogy tőle elvárják. A legtöbb reakció az, hogy „én nem ezt tanultam, nem ezt akarom, és a „normális” gyerekeket szeretném tanítani”. Ez pedig pontosan mutatja, mennyire rugalmatlan a rendszer, mennyire nem képes a kihívásokra megfelelő választ adni. A központi tankönyvek korlátozzák a módszertani szabadságot, a pedagógusok nem tudják a szerint átadni az ismereteket, nincs idő az alapkészségek megszilárdítására, menni kell a tanmenet szerint, mindegy, hogy mennyire épült be a gyereknél, a központi tempó mindenre egyformán vonatkozik.

A szülők és az iskola viszonyát is érdemes átgondolni. A leszakadó társadalmi csoport abban szocializálódott, hogy neki mindig megmondják a „tanultak”, mit kell tennie. Az iskola amúgy is gyerekszerepbe kényszeríti a szülőt, „megmondjuk mi pedagógusok, mi a baj a gyerekekkel”-hangzik gyakran a szülői értekezleteken, és ez hatványozva jelenik meg a hátrányos helyzetű családok esetében. Itt folyamatos a szembesítés a problémákkal: nincs felszerelése, nem tudja befizetni, nem hozta, nem jött el, elkésett, nem csinálta meg, nem tanulta meg, csúnyán beszélt, verekedett, nem figyelt stb. A szülőket rendre „behívadják”, és mindig a problémák mentén szerveződik a beszélgetés. A szülőnek is épp ilyen viszonya volt az iskolához gyerekként, saját élményű megtapasztalása van erről. Eszköze nincs a motiválásra, csak a verbális vagy fizikai erőszakra épülő nevelési módszerekre van tudása. Egy darabig alkalmazza, aztán átvált a dolog a „nem tudok mit csinálni vele” vonalra. A pedagógus pedig sorra adja az intőket, egyeseket, miközben látja, hogy ez sem a gyereket, sem a szülőt nem érdekli.

Alsó tagozatban még a többséggel boldogulnak, felsőre azonban a problémák felerősödnek. A bukások, évisméltések sem visznek előre, alsóban még érezhetően hatékony, felsőben már csak fokozza a bajt. A túlkoros gyerek ugyanis deviáns viselkedésformákkal próbálja felhívni magára a figyelmet, ami aztán végképp meghatározza a helyzetét. Ha kevesebb a konfliktus vele, akkor végig görgetik az évfolyamokon („úgy sem lesz belőle Einstein”), ha több, akkor előbb-utóbb magántanulóvá válik.

A kapcsolódást a szülőkhöz biztosítaná az iskolai szociális munkás. Ám ahhoz, hogy ez sikeres legyen, igazodnia kellene a státusz számának a hátrányos, vagy még inkább a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek arányához. Mert a partneri viszony kialakításához nem elég néha találkozni a szülővel. Ott napi szintű kapcsolat kellene, velük és a gyerekekkel is, ami behatárolja a létszámot, amit egy szociális munkáshoz rendelhetünk.

Tulajdonképpen egy szakértői teamre lenne szükség, pedagógus, szociális munkás, logopédus, fejlesztő pedagógus, pszichológus, gyógypedagógus összehangolt munkájára. Ám

erről ma nem beszélhetünk. A rendszerben olyan kevés segítő szakember van, hogy egy-egy fejlesztés csak havonta ér el egy rászoruló gyereket, így pedig nem várható eredmény.

A másik, ami akadály a munkának, az a csoportbontások hiánya. Mivel nagyon sok gyerek egyéni figyelmet igényel, csak ezen az úton kaphatja meg. Egy 25-30 fős osztályban egyszerűen nem marad az egyéni foglalkozásra idő. Aki lemarad, annál folyamatosan növekvő hátrány kezd felhalmozódni. Kiscsoportos formában viszont több figyelem jut egy gyerekre, és a fejlesztésre, a hátrányok kompenzálására nagyobb lehetőség nyílik. Ezt viszont rendszerszinten forrás-és szakemberhiány miatt az állami iskolák nem tudják bevezetni.

Nagy gondot jelent az oktatásban, hogy az integráció szempontjából legfontosabb kérdésre, a szociális kompetenciák fejlesztésére nem fókuszál. A hátrányos helyzetű családokban ezek a készségek általában alacsonyak, így sem a családból, sem az iskolából nem kapnak ezen a területen fejlesztést a gyerekek. Az iskola tudatosan nem épít erre, nincs mérése, értékelése, a „rejtett tanterv” pozitív hatása pedig már rég nem érzékelhető az iskolákban, főleg nem ott, ahol magas a hátrányos helyzetű gyerekek aránya. Az érintett gyerekeknél nagyon gyakori, hogy nem tudják beazonosítani az érzelmeiket, nem tudják kezelni azokat, kicsi a kudarcűrő képességük, és magas az indulati fok, ami a kommunikációban is megnyilvánul. Mindezek olyan érzelmi állapotokat eredményeznek, ami kihat az iskolai munka minden szegmensére.

A szociális kompetenciák két nagy csoportja, a személyes és a társas kompetenciák a legfontosabb fejlesztendő területek közé tartoznak. Sokkal fontosabbak, mint a lexikális tudás. Nagyon lényegesek az integráció, inklúzió szempontjából is, mindkét oldalnak. Mi az Igazgyöngyben integrációs képességegyüttesnek hívjuk azokat a kompetenciákat, melyeknek a fejlesztésére különösen ügyelünk. Ilyenek az önbizalom, önértékelés, identitás, együttműködés, tolerancia, szolidaritás. Ezek fejlesztésére különösen alkalmasak az egyéni és a csoportos alkotótevékenységek.

Ha az osztályközösségre, az iskolai közösségre, annak fejlesztésére nagyobb hangsúlyt fektetne az oktatási rendszer, akkor a közösség erőforrásait is be lehetne vonni a fejlesztésekbe. A kooperatív tanulásszervezés módszertana nagyszerűen alkalmazható ezen a területen. A munkamegosztás, a különféle szerepek megismerése, gyakorlása és beépülése, a kompromisszumok megkötésének képessége, és az együtt, csapatban elért eredmények, produktumok másfajta megerősítést adnak. Ebben sajátíthatják el a gyerekek azokat a képességeket, melyekkel felnőtként is képesek lesznek együtt dolgozni.

Az iskolában érzékelhető problémák nem ott keletkeznek, ott inkább a lecsapódásai történnek az otthoni problémáknak. A legnagyobb baj, hogy az iskolából érkező hatás és az otthoni ellentmond egymásnak. Az iskolában halott dolgok, kiadott feladatok sokszor értelmezhetetlenek abban az otthoni közegben, amiben a gyerekek élnek. Ha a két világ nem találkozik, nem várhatjuk, hogy erősítsék egymást.

A hatások koordinálása is hiányzik a mai rendszerből. Mintha mindenki egy-egy vágányon futna, pontosan körülhatárolt területekkel, és ezeknek a határoknak a betartása lenne a legfontosabb. „Az már nem az én dolgom!” -hangzik gyakran akár az iskola, akár a szociális rendszer részéről. A rések pedig a gondosan meghúzott határok között nagyok. Néha egészen eltűnnek benne a gyerekek, családok. Pedig a megoldások a határok lebontásában, a hatások összehangolásában körvonalazódnak. E nélkül csak akták lesznek, ügyek, melyeket megnyitnak, majd egy idő után lezárnak. Aztán újra megtörténik, mert az okok nem voltak kezelve. Csak a tünetek.

Van persze jelzőrendszer, összekapcsolódnak az ágazatok bizonyos pontokon, de nem beszélhetünk összehangolt, egymásra építő hatásokról. Inkább az adminisztrációs megvalósulás az erős. Nincs összehangolt protokoll sem. Ha pl. egy gyerek kilóg az iskolából és ellop egy csokit a boltban, akkor azt jelzik a rendőrségen. Mire a rendszeren átfut a történet, és a védelembe veszik a gyereket, hónapok telnek el. Akkor már nem emlékszik senki, miért, vagy, ha emlékszik is, érzelmileg semmiképp sem azon a fokon van már a dolog, amire építeni lehetne.

A gyerek mögött a család van. Nem lehet csak a gyerekre hatni, miközben azt a közeget, ami a legmeghatározóbb a gyerek szempontjából figyelmen kívül hagyjuk. Bevonni, valós partnerré tenni azonban az iskola önmagában nem tudja a szülőket. Minden hatást a lehető legtöbb irányból meg kell támogatnunk, erősítenünk, hogy tartósan beépüljön.

Az Igazgyöngy stratégiájában úgy szoktunk fogalmazni, hogy a következő generációért dolgozunk, de a mostanival. Hosszú távon gondolkodva, türelemmel.

2. pillér: Családgondozás-közösségfejlesztés-munkahelyteremtés

Ez az elem sajátosan bővülő szociális munka, melyet minden elemében áthat a közösségfejlesztés. A felnőtt generációra irányul, azért, hogy a gyerekek fejlesztéséhez jobb alapot, előremutató mintát adhassanak.

Először talán érdemes a szegénység szintjei között különbséget tenni. Sokféle meghatározása, mérése van ennek. Mi a munkánk során két nagy csoportot különböztetünk meg, a lecsúszó- és a generációs szegényeket. Az elsőben olyan családokról beszélünk, akik egy betegség, baleset, a gazdasági válság következtében elvesztett munkahely, vagy egy hitel miatt kerülnek a jövedelemviszonyaikkal a szegénységi küszöb alá. Ők többnyire rendelkeznek megfelelő önfenntartási képességgel, van közvetlen megtapasztalásuk arról, milyen kiszámítható, tervezhető életet élni. Fontos tudások ezek, zsigerileg beépültek, és ők segítséggel viszonylag könnyen stabilizálhatók. Ha viszont nem segítünk, a következő generációban már nem lesznek ilyen erős tudások, és nagyon hamar generációs szegénnyé válhatnak.

A másik csoport, a generációs szegények csoportja régóta örökíti át a szegénységet. Ők zömében roma családok, önfenntartási képességek hiányával élnek, olyan túlélési stratégiákkal, amivel nem tudnak stabilizálódni. Ahhoz, hogy náluk változás történjen, másfajta módszertannal kell dolgoznunk. Talán vegyük még ide a mélyszegénység fogalmát. Mi, a terepi munkában azt tekintjük mélyszegénységben élőnek, aki a hónap végéig nem tudja egyenletes színvonalon biztosítani az alapszükségeket kielégítését, és tartalék híján bármiféle váratlan kiadás kezelésére képtelen. Ezek a helyzetek krízis-szituációkat eredményeznek, melyek tartósan rögzülnek, és gyakran még mélyebbre sodorják őket.

A munkánk legelső eleme a kríziskezelés volt. Sokan hiszik azt, ez a legjobb út, hiszen a segítségnyújtásnak egy viszonylag egyszerű módja. Hiány van, és valaki ezt kívülről bepótolja. Ám a helyzet ennél bonyolultabb. Nehéz terület ez, mert nagyon vékony határvonalon kell mozognunk, hogy ne erősítsük az un. tanult tehetetlenséget. Olyan helyzet ez, amiben könnyen rögzül egy passzív, a megoldásra várakozó állapot, az aktív viszonyulás helyett. Az illető nem keres megoldásokat, nem tesz erőfeszítéseket, hanem mástól várja a megoldásokat. Különös válfaja alakult ki ennek az internet elterjedésével. A digitális térben megtalálható segítő szervezetek, személyek keresése, a saját élethelyzetek eltűzött, sokszor nem is valós, de mindenképp drámai beállítása egyeseknél megélhetési forrássá válik, akár hosszú távon is. Jelez

ez mást is. Azt, hogy a képességek adottak lennének az önerős változtatásra, a kreativitás azonban ebbe az irányba teljesedik ki, hiszen innen kisebb energiabefektetéssel jön eredmény.

Nehéz úgy segíteni, hogy az aktivitást váltson ki, és ne a tanult tehetetlenséget erősítse. Sok segítő viszi ezt a vonalat, adományokkal elégíti ki szükségleteket, újra és újra, amivel csak azt erősíti, hogy kérni kell, ha nem adnak, akkor hangosabban kell kérni, sőt követelőzni. Sok segítő később szeretne kihátrálni ebből, de nem tud, mert ő „nevelte ki” a helyzetet, ő erősítette, hogy ez így jó, és neki is jó volt egy darabig, amíg a segítségnyújtásra pozitív visszacsatolást adott. Ám egy idő után ez terhessé vált neki, de lezárni nem tudja. Egyértelműen kimondhatjuk: főleg a generációs szegénységben élőknel az adományozás önmagában nem vezet eredményre. Másfajta segítségnyújtásra van szükség.

Vannak, akik úgy vélik, egyáltalán nem szabad semmit adni, mert ez gátja a megfelelő motiváció kialakításának. A motivációnak belülről kell jönnie, minden, ami ehhez kapcsolódva tárgyasul, fölösleges, ártalmas dolog. Ám az élet gyakran produkál olyan helyzeteket, amikor nincs idő arra várni, hogy kialakuljon az igény egy felelősebb gondolkodásra, mert nagyobb baj történik, ha nem próbálunk segíteni.

Ezért mi az Igazgyöngyben a kettő ötvözésével dolgozunk. Először is azért, mert azt látjuk, hogy bizonyos helyzeteket annyi jövedelemből, amivel rendelkeznek, egyszerűen nem lehet megoldani. A gyerekek pedig elszenvedői a krízishelyzeteknek. Sok esetben a megoldás a gyerekek kiemelése lenne, mi azonban azon az állásponton vagyunk, hogy a családokat kell képessé tenni a gyerekeik felnevelésére. Ehhez pedig dolgozni kell a családokkal, akik mind egyedi túlélési stratégiával bírnak, olyan beidegződésekkel, melyeket a szülők gyerekkorukból magukkal hoztak, majd ezeket közös életükben új rendszerré olvasztották össze. Ebben a tudáshiányok halmozódása sajátosan ötvöződik a mindig változó társadalmi hatásokkal, ám jellemzően nem ad megfelelő alapot a gyerekek neveléséhez.

A mi kríziskezelésünk egy ún. fejlesztő segítségnyújtás, amihez azonban közösség szükséges. Közösségi szabályok, amelyeket mindenki igazságosnak tart. Nagyon fontos pont volt a munkánkban, mikor az első ilyen szabály megszületett. Amikor ők maguk fogalmazták meg, hogy nem jó, ha a segítség egyformán „jár” mindenkinek. Mikor ők maguk tették szóvá, hogy nem tartják igazságosnak, hogy az is kapjon adományt, aki eladja, vagy nem tesz semmit azért, hogy jobb legyen az élete. Fordulópont volt, mikor közösen le tudtuk írni ezt a mondatot: „Az Igazgyönggyel nem kötelező együttműködni, de ha valakinek segítségre van szüksége, csak annak segítünk, aki nekünk is segít abban, hogy élhetőbb legyen a falu.” Ez egy aktivitásra sarkalló mondat, de persze terepet is kell adni az aktivitás bizonyításához.

Fontos ehhez megjegyeznünk egy alapvetést a munkánkból. A többségi társadalom hajlamos azt gondolni, hogy ők élnek „normálisan”, és aki nem így él, annak kötelező ehhez igazodnia. Ezt állami szinten is látni, a kényszerítő szabályok, intézkedések mind ezt tükrözik. Ám dönthetünk-e pl. mi, nem cigányok arról, hogyan kell megélni a roma identitást? Tudjuk-e megfelelően értelmezni, milyen mélyszegénységben szocializálódni úgy, hogy közben mi sosem éhezünk, vagy fáztunk? Mi, a többségi társadalomban élve maximum azt tudjuk tudásként ebbe beletenni, hogy mi az, ami miatt nehezen fogadja be őket a közeg. Tudásként kell tekintenünk a roma identitásra, és a túlélési praktikákra is, és ebből, meg a mi tudásunkból egyszerre kell összegyúrni azt az utat, ami mindkét fél számára járható, elfogadható. Ebben nagy alázatra van szükség, mindkét fél részéről. Ezt a viszonyulást tudatosá kell tenni, mert túl sok beidegződés rögzült már ezzel kapcsolatban mindkét oldalon.

A másik nagyon lényeges alapvetés nálunk, hogy ebben a munkában a pedagógiai eszközöknek kell dominálnia. Nem jelenti ez azt, hogy nincs szükség hatósági eszközökre, vannak helyzetek, amikor más nem működik. De mindig gondosan mérlegelni kell a kettő arányát, és mindig előnyt kell, hogy élveznek a pedagógiai hatások. A kényszerítő eszközök gyors hatásúak, ám addig hatnak, amíg fizikailag fennáll a kényszerítés. Nem szüntet meg okokat, ezért csak átmeneti megoldást adhat. Ami persze néha épp elégséges, mert kaput nyithat egy másfajta hatásrendszer működéséhez. A pedagógiai hatások lassabban épülnek be, de a hatásuk tartós, belülről fakadó, akarat-építő lehet.

A pedagógiai eszközök a közösség közvetítésével váltják ki a legjobb hatást. A közösségfejlesztő munka ma nincs „odacímkezve” egyetlen intézménytípushoz sem, igazából mindenkinek dolga lenne vele, de senki sem csinálja. Sok helyen a művelődési házakhoz kapcsolják ezt a területet, pedig ez nem valamiféle kulturális területre korlátozódó dolog, sokkal inkább egy, a viszonyulásokat befolyásoló rendszer. Az alapja, hogy ismerjük a közösséget, annak dinamikáját, belső erőviszonyait, szerkezetét, történeteit, alapműveltségi szintjét, véleményvezéreit, hagyományait.

Minderről pedig akkor alkothatunk képet, ha pontosan látjuk a közösség életének minden szegmensét.

De vajon hogyan érdemes elkészíteni ezt a problématerképet? Milyen szempontok alapján, és milyen forrásokra támaszkodva?

Sok tényezőt kell vizsgálni. Lakhatási, szociális, szolgáltatási, kriminalizációs tényezőket kell értelmezni, ebben bontakoznak ki a családok túlélési stratégiái, amelyek nagyon fontosak a munkánkban, hiszen ezeken kellene változtatni, az integráció irányába elmozdítani őket. Azok az információk, melyeket felsoroltam, kinyerhetők lennének az intézményrendszerből, ám ezekkel nem elégedhetünk meg.

Az egyik, ami miatt a számok mögé kell néznünk, az egy, szinte mindenhol fellelhető sajátosság: az intézményrendszeren belül kinyert információk mindig jobb képet festenek, mint a valóság. A rendszerbe ez egyszerűen kódolva van, hogy a munkája eredményességét bizonyítandó mindenki csak az elkerülhetetlenül nyilvánvaló adatokkal dolgozik, pedig a problémában jóval több érintett van, mint amit ők jeleznek. A rendőrség pl. a nyomozati szakaszon túl jutott esetekkel dolgozik, a felderített, és az ügyészségnek átadott esetek azok, amelyek náluk végigvitt ügyek, amelyek indikátorként jellenek meg. Az ő működésükben egy bűnesetnek el kell jutnia arra a szintre, hogy bizonyítható legyen. Ám aki a terepen dolgozik, és látja azt a szocializációt, amiben a bűnesethez vezető függőségek kialakulnak, látja azt a tudás-és képességszintet, ami miatt nem képes az illető kilépni pl. egy uzsorából, kábítószerfüggésből, prostitúcióból, tudja, hogy mire a bizonyíthatóságig eljutunk, addigra már késő, visszafordíthatatlan állapotok alakulnak ki. Jóval több család, gyerek él kriminalizációs kockázattal, mint amivel a rendszer foglalkozik.

A veszélyezett, védelem vett gyerekek esetében is megfigyelhető ez. A családsegítő, gyermekjólét azokkal a gyerekekkel foglalkozik így, akiknél a jelzőrendszer problémát jelez, és eljut abba a szakaszba, hogy a gyereket védelembe veszik. Ám nem vizsgálják a család beágyazódását a környezetbe, a problémák pedig a családon belül nem kezelhetők, mert sokszor kívülről jövő hatások okozzák. Ám a rendszer működése olyan, hogy erre sem idő, sem energia nincs, ezért aztán nem is változik sok minden, visszatérő lesz a védelembe vétel, eltart addig,

amíg eléri a nagykorúságot, akkor pedig mindenki fellélegzik, hiszen egy felnőtt már saját maga dönt az életéről.

Külön gondot jelent az értelmi fogyatékkal élők helyzete. Amíg tanulnak, addig két út van, vagy integrálható, vagy nem. Sok gyerek kapja meg az integráltan oktatás lehetőségét, ám ők mindig sérültek lesznek, felnőttként is, alapkészségeik, életvezetési készségeik hiányosak, elhelyezkedni nem tudnak. Ők vannak a legnagyobb kockázatnak kitéve a kölcsönfelvételekkel, kezességvállalásokkal, prostitúcióval bennük gondolkodó rétegnek, akár a nagycsaládon belül is. Nincsenek gyámság alatt, nem gondnokoltak, mert „annyira” nem voltak sérültek, viszont sosem érik el egy ép ember világban való tájékozódási szintjét. Épp ezért használja ki őket a többi, gátlás nélkül. A rendszer pedig tehetetlen, hiszen felnőtt emberekről van szó, itt már nem érvényes az SNI kategória, teljes jogú állampolgárok mindenben. Erre a rétegre nem lát rá a rendszer. Sok esetben pedig családi halmozódásról van szó, és folyamatos újratermelődésről.

Szóval a számadatok, hogy évente hány gyereket vesznek védelembe, vagy hány felderített bűneset van, hány helyre adnak lakásfenntartási támogatást, vagy mennyi a magántanuló stb. fontos adatok, de nem elégségesek ahhoz, hogy a problémáról teljes képet kaphassunk.

Vannak olyan információk, melyeket csak akkor érünk el, ha hosszú távon, bizalmi viszonyban dolgozunk a közösséggel, és figyeljük őket, beszélgetünk velük, kérdezzük, történetiségben is értelmezve a családokat. Mert csak így kaphatunk teljes képet a helyzetről, és csak ezután kereshetjük meg a megfelelő beavatkozási pontokat.

Nekünk is a gyakorlatban kellett megtapasztalunk, mennyire nem mindegy, hogy romungro, vagy oláh cigány családok élnek-e a településen, esetleg olyanok, akik nem tudják így meghatározni magukat. Nem mindegy, milyen a nagycsaládok szerkezete, ami a romák esetében meghatározó lehet pl. konfliktusok esetén. Tudnunk kell, hogy őslakos, vagy betelepülő romák élnek-e ott? Az őslakosokat ugyanis már megszokta a közösség, míg a betelepülők mindig új magatartásformákat, értékrendet hoznak. Jó, ha van információnk arról, hogy a betelepülők miért költöztek oda? Sok esetben ellenőrizzük le a történeteiket, és tapasztaljuk meg, hogy köszönőviszonyban sincs azzal, amit az új közösségben kommunikálnak. Ez pedig nagy kockázatot rejt, hiszen többnyire a probléma, ami miatt eljöttek, az is költözik velük.

Ismerni kell a nagycsaládok szerkezetét azért is, mert erre, mint erőforrásra remekül építhetünk majd, amikor egy-egy probléma megoldásához a családon belül kell szövetségeseket keresnünk. Érdekes vizsgálni a kisebbségi önkormányzati jelenlétet is. Sok helyen névleges ez a dolog, hiszen igazából nem végeznek a legtöbb helyen érdemi munkát, ám általában véleményvezérek a roma közösségen belül, és hatnak a többiekre, nem mindig pozitívan.

Ezek mellett vannak még más fontos pontok is. Milyen a nem roma családok pozíciója, jövedelmi viszonya, kapcsolata a roma lakossággal, vannak-e konfliktusaik, egyáltalán milyen lehetőségeket kínál a település szolgáltatásokban, munkalehetőségben? Milyen a képzettség szintje? Milyen a korosztályos összetétel? Milyen mértékű az eladósodás? Hány családnak van behajtócéges tartozása? Hány lakóházon van jelzálog?

Fontos az is, hogy lássuk, milyen a kriminalizáció szintje, milyen, „szürke”, vagy „fekete” zónába tartozó túlélési formák épültek be, vagy fejlődnek ki a közösségben. Jelen van-e pl. a kábítószerfogyasztás? Az uzsora? Kik a börtönviseltek, milyen a visszaesés mértéke?

Furcsa helyzet jött egyébként létre az elszegényedő falvakban. A nem elérhető, vagy nem megfelelően működő szolgáltatások folyamatosan szélesítették a nem jogkövető megoldási

módokat, melyek mára úgy épültek be a települések életébe, hogy mindenki elfogadhatónak tartja. Szemet hunynak fölötté a hatóságok is, egyrészt, mert nem tudnak más alternatívát mondani, másrészt mert így lesznek élhetőek a falvak. Így az illegális cigarettakereskedelem, a boltocskázás, üzletelés, a pénzért fuvarozás vagy a feketemunka, mára összeállt egy olyan szolgáltatáskínálattá, amit kényszerűségből elnéz mindenki, nyilván egy bizonyos szintig. Nincs értelme sem és nincs erőforrás sem arra, hogy mindennek utánamenjenek, és „kifehéricsék” a falvakat, mert ezek nélkül a lakosság nem tudna ma ott élni. Így lett egy láthatatlan vonal, ami alatt ma olyan tevékenységek is működnek, ami egy jogkövető társadalomban elképzelhetetlen. A szegregátumok világán túl, a többségi társadalomban is ugyanígy élnek ezek, csak ott többnyire elnézőbbek ezzel szemben az emberek. A „fehérgalléros” bűnözés és a „kétkezi lopás” nemcsak szintjében különbözik, hanem megítélésben is. Mi, a terepen dolgozva kell, hogy ismerjük ezeket a „szürke”, vagy „fekete” működéseket, mert meghatározók a krízishelyzetek kialakulásában. Mivel minden szolgáltatásnyújtás működik „felírássra” is, így nagyon vékony vonal választja el az uzorától.

Látni kell azt is, milyen a település konfliktuskezelési képessége? Hogyan zajlanak le a veszekedések? Be kell-e avatkozni ezekbe a rendőrségnek, vagy képesek maguk is elrendezni azokat? Hányan működnek a megoldáskeresésben a „rád hívom a rendőröket” úton?

Ha megértjük a közösség problémáit, ráláthatunk a családok belső világára is, ami pl. a családon belüli erőszak miatt fontos lehet, elébe mehetünk nehezebb helyzeteknek.

A problématerkép része az is, hogy civil szervezetként az intézményrendszert is értelmezni tudjuk. Mindazokat, akik bárhogy az ebben a problémában érintett családokkal dolgoznak. Mert akkor tudunk segíteni igazán, ha ismerjük az ő problémáikat is. A szakemberellátottságukat, a kiégésüket, a lehetőségeiket, a protokolljaikat.

A problématerkép a társadalmi beágyazottság értelmezése. Ráadásul ezt az egész problémahalmazt nem tekinthetjük állandónak. Folyamatosan változnak ugyanis a közeg, amibe beágyazódik ez az egész, globális és helyi hatások között.

De térjünk vissza a közösségi szabályokhoz. A szegregátumok világában, a leszakadó térségek településein ezek hiányoznak leginkább. Azok az íratlan szabályok, melyek működőképessé tesznek egy közösséget. Azok, amelyekhez lehet és kell is igazodni. Ami kereteket ad az élethez, és lehetőségeket nyit a továbblépéshez. Amiben megfogalmazhatók közös célok, és összefogás jöhet létre.

A szegénység, az eltérő szociokulturális családi viszonyulások, a túlélési stratégiák torzulásai, az egyre kirekesztőbb és hibáztatóbb társadalmi hangulat, párosulva a gazdasági leszakadással, és a boldogulás reményében költöző családokkal mindezt szétzilálta. Az újraépítéshez pedig idő, és türelem kell.

Ma mindkettőből híján van a rendszer. Pedig csak közösségbe ágyazottan képzelhető el a problémák okainak a kezelése, és a prevenció is. A közösség felépítése nincs feladatként meghatározva ma az állami rendszerben. A rendszer nem biztosít állásokat ehhez, legalábbis nem ott, ahol a legnagyobb szükség lenne rá. Marad tehát a tűzoltásokat végző ügyintézés, ami mellett konzerválódik a nyomorúság és az esélytelenség, vagyis a probléma újratermelése biztosított.

Mi az alapítványnál sok próbálkozáson vagyunk már túl, ami mind fontos megtapasztalásokat adott. Összehasonlítva más projektekkal a munkánkat, a legfontosabb, hogy a problématerkép elkészítése után is marad a felkereső jelleg. Vagyis nem nyitunk egy

helyiséget, és ott ülve várjuk, hogy majd bejön, akinek problémája van, hanem elmegyünk a családokhoz, akkor is, ha nincs baj, és folyamatosan keressük a közös tevékenységek lehetőségeit. Az elején csak így működött bármi. Odamenni, felkínálni a lehetőséget, vagy csak beszélgetni kicsit, építve a bizalmat egymás iránt. Később ebben kialakult egy olyan viszony, amiben az általunk működtetett közösségi terekbe önként is bejönnek a gyerekek, felnőttek, de ezzel párhuzamosan még mindig jellemzi a munkánkat a felkereső szemlélet.

Nagyon messziről indultunk a közösségfejlesztésben. Nagyon magas agressziószint, és nagyon sok közösségtől idegen magatartásforma rögzült, ami állandó konfliktusforrás volt. A munka során az asszonyokat találtuk nyitottabbnak az együttműködésre. Nyilván abból adódott ez, hogy a gyerekek révén velük hamarabb sikerült bizalmi viszonyba kerülni. Tulajdonképpen a gyerekek hozták közel hozzánk az anyukákat. Sok próbálkozás után azt is megtapasztaltuk, hogy az asszonyokon keresztül tudunk azokra a területekre hatást gyakorolni, ami gátja az elmozdulásnak. Rajtuk keresztül vihetők be változások a családok életébe. Így három fő vonalra rendeztük a hatásokat.

Az első a pénzügyi tudatosság, a háztartási pénz beosztása. Itt a „mézesmadzag” a közös ételkészítés volt, aminek keretében készült receptkönyv, lettek beszélgetős, „morzsóka” jellegű programok, de folyamatos a tudásbővítés a háztartásvezetés, higiénia, önfenntartás, pénzügyi tervezés, adósságkezelés területén is. Ennek a programnak van egy mikroközösségi vonala is, a főzőklub, ahol mindig váltva, 3-3 asszony tanul erről a gyakorlatban is.

A második vonal a tudatos családtervezés, tudatos gyereknevelés vonala. Itt a fogamzásgátlás lehetőségei, és az azzal való élés, a folyamatos tudásbővítés a különböző életkorok jellemzőinek megismeréséről, a fogantatástól a felnőtt korig újabb és újabb témákról esik szó. Bekapcsoljuk a gyermekvédelmi és védőnői szolgálat megismerését is, értelmezve velük azokat a kifejezéseket, melyekkel a rendszer dolgozik, de számukra sok esetben értelmezhetetlenek. Fontos, hogy értsék és lássák a családsegítő, a gyermekjólét, a gyámhivatal helyét, szerepét a rendszerben, hogy ne ellenséget lássanak benne, hanem a feladatot, amit el kell látniuk. Ennek a mikroközösségi párja a Baba-mama klub, ahol a három év alatti anyukák és a gyermekeik fejlesztése folyik.

A harmadik vonal a családon belüli kommunikáció, a családon belüli erőszak vonala. Ezzel boldogulunk a legnehezebben. Ebben ugyanis nagyon mélyen gyökerező, zsigerileg beépült elemek vannak, szokások, melyeken nagyon nehéz változtatni. Amikor elindultunk ezzel a munkával, akkor elég egységes kommunikáció volt a jellemző, tele verbális agresszióval, nemcsak a családon belül, de kifelé is, természetesen az irányunkba is. Mára egy kettős kommunikáció a jellemző, amiben a mi közösségi tereinkben, foglalkozásinkon, és részben az intézményrendszer felé is változott ez, pozitív irányba. Ám az otthoni közegben, vagy az utcán, és sok esetben az intézményrendszerrel való konfliktusos helyzetben maradtak a korábban jellemző indulatos kifejezések, érzelmileg túlfűtött, sokszor kontrolálatlan reakciók. Dolgozunk ezen folyamatosan, de nagyon nehéz, mert a gyerek ezt a mintát látja otthon, ami párosul a szociális készségek fejletlenségével, és mindez újratermeli a problémát.

Ugyanígy nagyon nehéz azon az alárendelt női szerepen változtatni, ami sok családban megengedi a nők elleni agresszív fellépést, és előírja a férfiakat mindenben kiszolgáló magatartásformákat. Sokat küzdünk velük, értük, mert a legtöbb terhet ezekben a családokban ők viselik, ugyanakkor részben a tradíciók, részben az a pozíció, amibe az oktatás, szakmaszerzés hiánya, a főállású anyaság és a háztartásbeliség szerepe teszi őket, számukra is

természetesen elfogadhatóvá teszi ezt a státuszt. Ennek az elemnek a mikroközösségi párja a NEET lányok, fiatalasszonyok csoportja, akikkel külön is foglalkozunk, olyan, idősebb nőket bevonva a közösségből, akik nem az alárendelt nő szerepét élik meg mindennapjaikban.

Látható, hogy mind a három területen kiemelt az együttes munka, a problémák közösségen belüli kihangosítása és elemzése, újra és újra, mindig máshonnan indulva, tudatosan tervezve és szervezve, más és más embereket, csoportokat pozícióba hozva, hogy formálódjon egy önmagát megszervezni képes közösség.

A fejlesztések persze semmit sem érnének, ha nem lenne munkalehetőség is számukra. Egy leszakadó faluban, egy szegregátumban azonban nincsenek meg a sikeres vállalkozás feltételei. A közmunka nem igazán váltotta be a hozzá fűzött reményeket, sem a munka világába történő visszavezetésben, sem a munkavállalói kompetenciák fejlesztésében. Az Igazgyöngy társadalmi vállalkozása nagy nehézségekkel küzdve, de elindult. Először kézművesség, később mezőgazdaság-élelmiszerfeldolgozás, majd legutóbb brikettkészítés vonalán teremtettünk munkahelyeket.

A munkaviszonyban dolgozók fejlesztése külön program, itt is rengeteg a hátráltató tényező, amiben csak az egyik az, hogy szakképzetlen, alkalmi és feketemunkán szocializálódott emberekkel dolgozunk. Nagy gond, hogy a munkaerőhiány nagyon felverte a fizetéseket, sokan dolgoztak nálunk minimálbérért, és mondtak fel, egy távoli fizikai munkáért, melyért naponta „zsebbe” nem ritkán, tíz-, sőt tizenötezer forintot is kapnak. Ezekre elmennek egy-két hónapra, aztán hazajönnek, azt felélik, és keresnek mást. A legnagyobb baj pedig az, hogy így hiába próbáljuk a tanulást vagy a bejelentett munkahelyet, mint értéket beemelni, a napi pénzösszeg felülír minden érzévet, a pillanatnyi boldogulás hatása sokkal erősebb.

Másik nagy gond az eladósodás. Szinte minden családnak tetemes behajtócéges tartozása van, aminél egy tartozás esetén a fizetés 30%-át, kettőnél 50%-át köteles levonni a munkáltató, és átutalni a behajtócégnek. A tartozások sorban állnak, van, akinél egy elviselhető, ötezer forintos törlesztőrészettel 17 évre jött ki az adósságból való „kitisztázás” tervezése. Így, a minimálbéres fizetés feléért már nem érdemes dolgozni, a közmunkán is kap ennyit, és ott nem kell megfeszülni a munkavégzésben.

De a nehézségek ellenére is azt gondoljuk, muszáj, hogy a fejlesztéssel és közösségfejlesztéssel megerősített munkahely helyben ott legyen, és a mobilitásra képtelen családoknak lehetőséget adjon egy tervezhetőbb, minőségibb életre.

A harmadik pillér: az együttműködések generálása, és mediálás a családok és az intézményrendszer között.

Fontos, nélkülözhetetlen eleme ez a modellnek. Nem egy civil „zárványt” szeretnénk ugyanis, hanem egy, a rendszerbe szervesen beépülő, azzal együttműködő civil elemet, ami jellege folytán más eszközrendszerrel bír, és hatékonyan tudja segíteni az intézményrendszer munkáját. Ezért azonban, ennek megértéséért legalább annyit kell küzdeni, mint a roma családokkal.

Sok civil szervezet választja azt az utat, hogy szembehelyezkedik az intézményrendszerrel, és sok esetben nem is egyértelmű igazságtartalommal áll a mélyszegénységben élő, zömében roma családok mellé. Talán a leginkább a gyerekek kiemelésének példáján tudom ezt megvilágítani. Sokszor hallani, és sajnos vizsgálatok is kimutatták, hogy van, amikor a szegénység miatt emelnek ki gyerekeket a családból. Nyilván nem állítom, hogy ilyen nem fordul elő, a rendszerben emberek dolgoznak, ráadásul a gyermekvédelemben a kiegészítő faktor

sokszorosa a megszokottnak, alulfizettek és túlterheltek a munkatársak, és bizony itt is van, aki nem való erre a pályára. De mi azt látjuk, hogy a szegénység, az valaminek a következménye. Oka van annak, ha egy felnőtt ember nem tud megfelelő életteret biztosítani a gyerekeinek. Életvezetési képességek hiánya van a háttérben, egy egész bonyolult problémahalmaz, amiben dolgozni kell, hogy értsük. Ha pedig értjük, akkor látjuk az okokat, a beavatkozási pontokat. Ezért van az Igazgyöngy azon az állásponton, hogy képessé kell tenni a családokat arra, hogy a gyerekeiket felneveljék. Ehhez sok segítségre van szükségük, amit nem lehet egyetlen ügy, egyetlen aktaként kezelni, hanem folyamatában kell benne lenni, és támogatni a változásokat.

Nem szembe helyezkednünk kell, hanem együtt dolgozni. A közösséggel, egymással, a családokkal. A gyerekekért.

Így épülhet egy másik világ, amiben csökkenhet a generációs szegénységben élő száma, és amiben egyszer majd értelmezhetővé válik a részvételi demokrácia fogalma is.

Beavatkozási pontok a generációs szegénységben élő családok élethelyzetének megváltoztatásához

Alaphelyzet: Az állam nem tud megbirkózni a generációs szegénység problémájával. A probléma legnagyobb arányban a roma lakosságot érinti, de nem kizárólagosan, ezért nem kezelhető roma kérdésként.

Az állami beavatkozási pontok többnyire egyfókuszúak, nem megtámogatottak, hatásukat a többi tényező leamortizálja. A problémában érintettek létszáma fokozatosan nő, az utóbbi időben megnövekedett számú lecsúszó szegények hamar generációssá válnak, ma már a vidéki Magyarország északi, keleti felét földrajzilag is jellemzi ez a problémahalmaz, főleg a kistelepüléseket. Az élethelyzetek kilátástalanok, a probléma pedig folyamatosan újratemelődik.

A megoldás időbelisége is lényeges. Generációkon keresztül vált ekkorává a probléma, nem megoldható máshogy, csak, ha minimum egy generációs (20 éves) etapban gondolkodunk. Kormányokon átívelő stratégia kellene, de ez hiányzik.

A problémát társadalmi beágyazottságában kell értelmezni, és a megoldásokat is csak ebben kereshetjük meg.

Összehangolt, a hatósági és a pedagógiai eszközök kombinációjából álló, új hatásrendszert kell kidolgozni ahhoz, hogy megtörhessük végre a nyomorúság körét.

A hatások a gyerek-család közösség viszonylatában kell, hogy működjenek, megtámogatva egymás hatását.

1. A gyerekek:

a.) korai fejlesztés:

- Sok gyerek fejlődése már az első időszakban megakad.

Beavatkozás: A korai fejlesztés folyamatos elérése, felkereső jellegű szolgáltatással, a szülőket is fejlesztő baba-mama klubok.

b.) óvoda:

- A szülők szocializációja, tudás- és képességihiánya sok esetben akadály, hogy a gyerekek tudatos fejlesztését támogassák.

Beavatkozás: a szülőket is fejlesztő szülő-gyerek programok, felkereső jellegű szolgáltatásokkal.

c.) általános iskolai oktatás:

- Ma nem tölti be esélykiegyenlítő funkcióját. Az iskola nem tudja kezelni a szegénységből adódó problémákat.
- Beavatkozás: Tartalmi és módszertani szemléletváltás (tananyag csökkentés és korszerűsítés, a poroszos oktatás helyett a szociális készségeket is fejlesztő, korszerű oktatás, egyénre szabott fejlesztéssel, játékosan), megfelelő szakemberek a pedagógusok mellett (fejlesztőpedagógus, iskolapszichológus, pedagógiai asszisztens, szociális munkás).
- A leszakadó térségek jellemzője lett a szegregált oktatás. A nagyobb vidéki településeken az állami iskolák mellett megjelenő egyházi iskolák szegregációs folyamatokat indítottak meg.
- Beavatkozás: Szektorsemleges finanszírozás, a plusz pedagógiai munkát igénylő gyerekek kötelező, egyenletes elosztása az iskolák között, felmenő rendszerben, megfelelő támogatással.
- A tanodarendszer normatív finanszírozása helyett államilag támogatott, de időkorlátos működtetés, közben az oktatási rendszer tartalmi és módszertani átalakítása, a tanoda-módszertan beépülése az iskolába.
- A leszakadó térségek szegregált, vagy szegregálódó általános iskoláiban a kiégés és a pályaelhagyás kockázata erős. Szakos nevelők hiánya.
- Beavatkozás: kiemelt bér, szupervízió, módszertani támogatás, sikerkritériumok kidolgozása a felzárkóztatásban. A HHH gyerekek oktatásában sikeres továbbképzések szervezése, a gyakorlati beépülés támogatása, mentorálása.
- Nincs igazi partneri viszony a szülőkkel. Hatósági szemlélet a jellemző. A gyerekeket nem a szociokulturális közegükkel értelmezik.
- Új módszertan bevezetése a családi kapcsolattartásban. Bizalomépítés, ösztöndíjprogramok, mentortanárok. A szegregátumokba kihelyezett szülői értekezletek. A szegénység nézőpontjának beemelése a szakemberképzésbe, továbbképzésekbe.
- Nincs összehangolt, preventív jellegű együttműködés más, a problémák megoldásában érintett intézményekkel. A kapcsolatok és a megoldások esetközpontúak, az okokat nem kezelők, „ügyközpontúak”.
- Valós, a családokra irányuló, több oldalról ható, összehangolt, követő, mentorált munka kellene, összehangolt protokoll.
- A hátrányos helyzetű gyerekek a kirándulási, táborozási, kulturális élményszerző, közösségi helyzetekben anyagi okok miatt sok esetben nem vesznek részt.
- Ingyenes közösségi élmények biztosítása az iskolában és a szabadidős programokban.
- Nincs megfelelő felszerelés a gyerekeknek.
- Központilag támogatni a leszakadó térségek iskoláit iskolaszerekkel, folyamatosan.
- A szociális kompetenciák fejletlenek
- A szociális kompetenciák pedagógiai fókuszba állítása.
- Az alapozó szakasz nem megfelelő, nem sikerül az alapkészségeket megfelelően elsajátítani.

- Csoportbontásokkal, egyéni fejlesztésekkel a lehető legbiztosabb alapkészségekkel engedni a gyerekeket a felső tagozatba.

d.) Középiszkolai oktatás:

A HHH gyerekek jellemzően a földrajzilag legközelebb eső szakiskolákban tanulnak tovább, és 16 évesen kiesnek az oktatásból.

- A középiszkolában nem képesek megfelelően haladni, lemorzsolódnak.
Beavatkozás: Az alapozó szakasz megerősítése. Tartalmi és módszertani átalakítás. Csoportbontások, egyéni fejlesztések. A 18 éves tankötelezettség visszaállítása.
- Olyan szakmák iskoláit érik csak el, amivel nem tudnak elhelyezkedni.
Olyan szakmák tanítása, amire van a környéken felvevőpiac.

2. A család, a közösség:

A szülők generációját az oktatás szintén érintetlenül hagyta, és a család sem adott nekik muníciót egy másfajta életre. Az iskola hatása a családban, közösségben leamortizálódik. Muszáj a szülőkel is foglalkozni, bepótolni annyit, amennyit lehet, hogy a gyerekeiknek biztosabb alapot adjanak a továbblépéshez. Egy generáción át a szülőkkel és a gyerekekkel összehangoltan kell foglalkozni, hogy alapot teremthessünk a változásokhoz.

- Kevés az állami kríziskezelés, ahol tudják, ott civilek, segítő szervezetek pótolják be, de nem tudják lefedni a szükségleteket. A szociális háló hézagos, családok esnek ki a látókörből is.
- Beavatkozás: Önkormányzati szinten beépített és működtetett bővített krízisalap. Családokra irányuló mentorprogram, a pedagógiai és a hatósági eszközök megfelelő kombinációja.
- Szétesett közösségek, magas agressziószint, a feketezónában felépített, nem az integráció/inklúzió irányába mutató túlélési stratégiák. Kriminlizáció.
- Helyi igényekre szabott közösségfejlesztés kulcsemberekre építve. Közösségi szabályok kialakítása. Közös rendezvények, élmények, a szociális készségek fejlesztésével. A jogkövető magatartás erősítése. Felkereső jellegű, alacsony küszöbű szolgáltatással a bevonódás támogatása. Folyamatos közösségfejlesztés.
- Családon belüli erőszak.
- Az érintett családok mentorálása, a szocializációtól eltérő női szerepek támogatása.
- Hiányos, nehezen elérhető egészségügyi szolgáltatások. Az érintettek nem tesznek erőfeszítést azok elérésére. Jellemzően nem vesznek részt szűrővizsgálatokon.
- Felkereső jellegű szolgáltatásokkal a szemléletváltás támogatása, tudásátadás, a prevenció folyamatos működtetése. Kihelyezett szűrővizsgálatok, ráépülve a megoldás is (szemüveg, kezelések, visszaellenőrzés).
- Eladósodás, kölcsönfelvételek, pénzügyi ismeretek hiánya, uzsora.
- Erre a problémára és erre a társadalmi csoportra szabott oktatási programok felnőtteknek, gyerekeknek, ezzel pénzügyi tudatosság fejlesztése. Egyéni adósságkezelő programok működtetése önkormányzati szinten, a kríziskezeléssel összehangolva. A banki személyi kölcsönök elérésnek megszigorítása.
- Az alacsony tudás-és képességszint a felnőtteknél akadály a változásoknak.
- Helyi, egyénre szabott fejlesztések, tanácsadó szolgáltatások, felkereső jelleggel.
- Az un. tanult tehetetlenség rögzült, nincs motiváció, akarat, erőfeszítés.

- Feltételekhez kötött, továbblépésre lehetőséget adó támogatások, számukra is érthető szempontokkal, önkormányzati szinten.
- Hiányos önfenntartási képességek.
- Kiskertprogram, állattartó program oktatással, feltételek biztosításával, feltételekhez kötött támogatásokkal.
- Nem tudatos a családtervezés.
- Ingyenes fogamzásgátlás biztosítása.
- Rossz egészségi állapot, egészségtelen és hiányos táplálkozás.
- Megfelelő jövedelmi lehetőségekkel sok minden kezelhető lenne..... De addig is: gyerekgyógyszerek, tápszer, szemüveg ingyenes biztosítása a szegénységben élőknek. Prevenció.
- Lakhatási szegénység, amiből nem tudnak kitörni. Elmaradt közüzemi számlák, tisztázatlan tulajdonviszonyok, esélytelen lakáshoz jutás. Többgenerációs együttélés, ilyen létszámok kezelésére alkalmatlan lakókörnyezetben.
- Kártyás mérőórák felszerelése. Szociális bérlakások elérése a településeken. Feltételekhez kötött (munkavállalás, saját munkaerő, kertgondozás, stb.) lakhatáshoz kötődő támogatások elérése. Mentorálás, folyamatos figyelem a rögzülésig.

3. Munkahelyteremtés:

- Hiányzó munkavállalói kompetenciák.
- Beavatkozás: Gyakorlatban csiszolt munkavállaló kompetenciafejlesztés.
- Hiányzó munkahelyek.
- Betanításon alapuló munkahelyteremtések, fejlesztésekkel, a munkaviszonyos alkalmazás feltételeinek megfelelés irányába vezetve őket. Társadalmi vállalkozások, melyek végül vállalkozássá válnak.
- A közmunka a legtöbb helyen nem fejleszt, nem ad megfelelő bért, jövőképet, helyhez köt, nem perspektíva.
- A közmunkaprogram átdolgozása. Új szociális támogatási rendszer kidolgozása.
- Az emberek nem mobilisak, nem keresnek máshol munkahelyet.
- A mobilitás képességének fejlesztése, családi felkészítés a távol dolgozó családfenntartóval való életre.

4. Az intézményrendszer szemléletváltása:

- Hatósági szemléletű, büntető intézményrendszer, ami iránt nincs bizalmuk.
- Beavatkozás: Pedagógiai eszközöket is használó, a prevencióra, a fejlesztésekre is koncentráló ügyintézés. A hatósági és a pedagógiai eszközök egyénekre szabott kombinációja.
- A kiegészi kockázat nagy.
- Megfelelően megfizetett ügyintézők, szupervízió, karrierlehetőség, felsőoktatási kapcsolatok.
- Róluk beszélnek, de nélkülük.
- Részvételi demokrácia általánossá tétele

Intézmények a közösségekért. Az Igazgyöngy Alapítvány esélyteremtő modelljének keretében fejlesztett újszerű együttműködési forma adaptációs vizsgálata

Bevezetés

Az intézmény- és ágazatközi párbeszédet célzó Társadalmi Kerekasztal nevű program a berettyóújfalui Igazgyöngy Alapítvány által fejlesztett és működtetett esélyteremtő modell egyik eleme.⁸⁸ Az Alapítvány küldetése és stratégiája⁸⁹ szerint az esélyteremtő modell a társadalom periferiájára szorult, generációs szegénységben élő, zömében roma családok esélyegyenlőségét és integrációját kívánja elősegíteni, az érintettek önfenntartó képességeinek javításával. A szociális munka alapjának is tekinthető „képesé tevés” az Alapítvány munkájában azonban nem elsősorban az egyének és családok, hanem az egész közösség képesé tevésére irányul. A hálózat- és szervezetfejlesztő, valamint intézményközi mediációként⁹⁰ is felfogható modellprogram célja az intézményrendszer tagjainak érzékenyítése a többgenerációs szegénységben élők problémái iránt, másfelől – közvetve - a mélyszegény közösségek aktivizálása. Az Igazgyöngy Alapítvány vezetője és alapítója, L. Ritók Nóra szerint fontos, hogy a települési sajátosságok, a helyi társadalmi kontextus értelmezést nyerhessenek, hiszen mindenhol működő recept nincs, de a szemlélet és a módszertan leírható, átvehető és továbbfejleszhető (L. Ritók, 2017).

Jelen tanulmány arra a kérdésre keresi a választ, hogy a Társadalmi Kerekasztal mediációs programja milyen hatásokat generált a programban résztvevő településeken, melyek a modell legfőbb erősségei és gyengeségei, melyek azok az elemek, amelyek más, hasonló helyzetű településeken is sikerrel alkalmazhatók. További kérdés, hogy a Kerekasztal szereplői milyen módon viszonyulnak a mélyszegénységben élők problémáikhoz, miben látják a saját szerepüket a probléma megoldásában, valamint milyen érzékelhető változásokat hozott számukra az intézményközi együttműködés. A szakemberek percepcióinak megismerése már csak azért sem megkerülhető, mert túl azon, hogy közvetítő szerepet töltenek be a többségi társadalom és a peremhelyzetben élők között, munkájuk révén arra is jogosultságot szereztek, hogy „a szegények sorsa felett napi döntéseket hozzanak” (Szalai, 1999: 54).

Mi is az a Társadalmi Kerekasztal? Mi hívta életre?

A program Biharkeresztesről indult, Toldra fókuszálva. Az eljárás kéthetente tíz ülést foglal magában. Nagyon fontos szerep jut a Kerekasztalt moderáló személynek, éppen ezért törekedni kell arra, hogy ne a résztvevők közül kerüljön ki. Ugyanilyen fontos a települési vagy járási vezetők támogatásának megnyerése is. A találkozók az érintettek képviselete is elengedhetetlen, még akkor is, ha esetleg nem tűnnek kompetensnek a témában. A program módszertanának elsajátítását online tananyag és tanfolyam⁹¹ is segíti, mely a települési

⁸⁸A modell három pilléren nyugszik: az oktatáson, a közösségfejlesztésen és munkahelyteremtésen, valamint a jelen tanulmány fókuszában álló intézményi, intézményközi együttműködésen.

⁸⁹ Forrás: <http://igazgyongyalapitvany.org/strategiánk/>. Letöltés: 2018.01.04.

⁹⁰A mediálás részint a roma családok és az intézmények között történik, részint az intézményrendszer különféle ágai között is. Forrás: <https://igazgyongyalapitvany.hu/rolunk/eselyteremto-modell/#3-piller>. Letöltés: 2019. 08. 04.

⁹¹<https://igazgyongyalapitvany.hu/tanulj-velunk/> Letöltve: 2019.08.05.

problématérkép elkészítésétől az intézményi együttműködés tervezésén át a munkatervig és az együttműködések realizálásáig kíséri a tanulót.

A program kitalálói és elindítói szerint az intézmények közötti együttműködések ugyan kötelező elemei az állami rendszernek is, de tapasztalataik szerint a halmozottan hátrányos helyzetű, a társadalom periferiájára szorult társadalmi csoportokkal kapcsolatban ez az együttműködés sok helyen nem tűnik sikeresnek. *Általánosnak mondható, hogy a protokoll összehangolása időben és módszertanban is hiányzik, az ügyintézés menete lassú, nehézkes, és a hatósági szerep sokkal erősebb bennük, mint ami indokolt lenne*” (L. Ritók, 2015).⁹² Az érdemi intézmény- és ágazatközi együttműködést az intézményrendszerben dolgozók túlterheltsége, eszköztelensége és az ezekből fakadó fásultsága is akadályozza. Az előzőekben felsoroltak elsősorban a rendszerszintű diszfunkciókat hangsúlyozzák, ám az Alapítvány munkatársai mégis a célcsoporttal való partneri viszony hiányát tartják a leginkább megváltoztatandónak, voltaképpen a Kerekasztal életre hívásában is az intézményrendszerben dolgozók szemléletváltásának előmozdítása játszotta a legfontosabb szerepet.

A partneri viszony hiánya az „ők” és a „mi” szembeállításában, a segítségre szorulóknak hibáztatásában, a róluk való lemondásban érhető leginkább tetten az intézményrendszer oldaláról. Ebbe a szervezeti kultúrába szinte törvényszerűen kódolva vannak a kudarcok, amelyek még tovább erősítik a szakemberek tehetetlenségét és frusztrációját, míg a „másik oldalon” bizalmatlanságot és elzárkózást eredményez. A program legfontosabb céljának tehát a hiányzó bizalom megteremtése tekinthető: részint a különböző ágazatokhoz tartozó intézmények között, részint a mélyszegénységben élők és az intézményrendszer képviselői között.

A Társadalmi Kerekasztal fejlesztésének módszertani leírásában⁹³ az újfajta együttműködések rendszere, kissé szokatlan módon, egyfajta szervezetfejlesztésként értelmeződik. Nyilvánvalóan ebben az esetben nem egy valós szervezetről van szó, hanem egy probléma körül kialakított „kvázi” szervezetről, azokat tekintve a fejlesztés alanyának, akik munkájuk során kapcsolatba kerülnek a mélyszegénységben élő családokkal. Ugyanakkor a fejlesztés leírásának egy későbbi verziójában a szervezetfejlesztés helyett már a közösségfejlesztés kifejezés szerepel,⁹⁴ amely szintén inkább a Kerekasztal közvetett céljának, mintsem módszerének tekinthető.

A vizsgálat háttere, helyszíne és módszerei

Az intézmények közötti együttműködés adaptálhatóságának és hatásosságának vizsgálatára kvalitatív, ún. utólagos, magyarázó kutatást (Krémer *et al*, 2011) végeztem a berettyóújfalui járás⁹⁵ három településén: Berettyóújfalun, Biharkeresztesen és a pilotprogram helyszínén, Toldon. Az elemzés fókuszában a kitzűzött célok eredményességének, a már lezárult beavatkozások értékelésének vizsgálata áll. A terepmunka, az interjúk elkészítése 2018

⁹²A Társadalmi Kerekasztal fejlesztésének leírása. Igazgyöngy Alapítvány. L. Ritók Nóra, 2015. www.igazgyongy-alapitvany.hu. Letöltve: 2018. 01.04.

⁹³A Társadalmi Kerekasztal fejlesztésének leírása. Igazgyöngy Alapítvány. L. Ritók Nóra, 2015. www.igazgyongy-alapitvany.hu. Letöltve: 2018. 01.04.

⁹⁴<https://igazgyongyalapitvany.hu/webshop/tarsadalmi-kerekasztal-fejlesztese/> Letöltve: 2019. augusztus 4.

⁹⁵A berettyóújfalui járás Hajdú-Bihar megye délkeleti részén helyezkedik el, a Debreceni mögött a második legnépesebb (44088 fő 2016. 12. 31-én), és a legtöbb települést – 25 darab – magában foglaló közigazgatási egység. Forrás: http://www.terport.hu/webfm_send/4794

márciusa és szeptembere között zajlott. A vizsgálat során 11 félig strukturált szakértői interjút készítettem a Társadalmi Kerekasztal ülésein több-kevesebb rendszerességgel résztvevő intézményrendszer képviselőivel, valamint az Igazgyöngy Alapítvány munkatársaival, beleértve a Tanoda munkatársait és a helyi segítőként alkalmazott és a társadalmi vállalkozásban dolgozó roma munkatársakat is. Az interjúalanyok kiválasztásában, az interjúk megszervezésében és az interjúk helyszínére való eljutásban a Kerekasztal kitalálásában és működtetésében fontos szerepet játszó alapítványi munkatársak – L. Ritók Nóra, Lisztes Ferenc és Veress Tamás - voltak segítségemre. Az Alapítvány munkatársainak közvetítése nemcsak logisztikailag, hanem az interjúalanyok „megszelídítésében”, kooperatív partnerré tételében (Solt, 1998), saját kutatói szerepem pozicionálásában is hasznosnak bizonyult. Az intézményi szereplőkkel való kapcsolatfelvételben, a bizalmi kapcsolat kialakításában a felsőoktatásban betöltött pozícióm és a szociális munkás múltam is jól kamatoztatható bizalmi tőkeként működött. Az Alapítvány roma származású munkatársaival készült interjúk esetében viszont érezhető volt a nagyobb társadalmi távolságnak betudható bizalmatlanság, az ebből eredő feszélyezettség, a „tanult” embernek való megfelelés szándéka is.

A szakértői interjúk alanyai a következő intézmények közül kerültek ki: Család- és gyermekjóléti Szolgálat, Család- és Gyermekjóléti Központ, Gyámhivatal, Önkormányzat, Általános iskola, Óvoda, Védőnői Szolgálat, Tankerületi Központ. A szakemberekkel készített interjú fonala három fő témakörből épült fel:

1. Szakmai életút, helyi kötődések
2. Szervezeti-intézményi keretek, az intézményrendszer működésével kapcsolatos tapasztalatok
3. Intézményközi együttműködés, a Társadalmi Kerekasztal tapasztalatai

Az interjúterv csak kiindulási alapul szolgált, hiszen terepkutatásról lévén szó, inkább a mélyinterjúzás gyakorlatát követtem, amely egyszerre strukturált és strukturálatlan jellegű. Ez a gyakorlat megköveteli a kutató személyes jelenlétét és érdeklődését a téma iránt, miközben a megkérdezettnek is befolyása van az interjú alakulására (Letenyei, 2005). Az előzőkből következően a „mélyinterjú” műfaji megjelölést nem a Kemény István által definiált értelemben használom: tehát az interjúk során nem volt célom a beszélgetőtársak személyiségének mélyrétegeinek feltárása vagy az interjúalany által sem tudatosított információk felszínre hozása (hivatkozva Solt, 1998).

Az Alapítvány helyi segítő munkatársai esetében vegyítettem az életútinterjú és a félig strukturált szakértői interjú elemeit. Ez utóbbinál a fókusz az Alapítványnál végzett munkájukra és az Alapítvány helyi társadalomban való beágyazottságára került. A személyes résznél a narratív technikákhoz hasonlóan, igyekeztem a lehető legkevesebb direkt kérdést feltenni, elegendő teret hagyva az élettörténet szabad megkonstruálásához. Az interjúk során mindenki hozzájárult a diktafon használatához. Voltak olyan részek, ahol az interjúalany kérte, hogy kapcsoljam ki a diktafont. Természetesen az ekként megosztott információkat bizalmasan kezeltem, ezekre az interjúk feldolgozása és elemzése során semmilyen módon nem hivatkozom. A rögzített hanganyagot szó szerint legépeltem, törekedve az elmondottak pontos leírására, az interjúkészítés körülményeinek, valamint a jelentősebb nonverbális jelek és események rögzítésére is. A kutatás alanyainak anonimitását megőrizve csak a hivatkozott szakembereket foglalkoztató intézményrendszert nevezem meg.

Az interjúk feldolgozásának eredményei

Az interjúk feldolgozása során kétféle elemzési technikát használtam: az ún. leíró alfejezetekben az interjúfonal főbb tematikai egységeihez illeszkedő kategóriákba rendeztem az interjúkban elhangzottakat, míg az elemző részben a szereplők perspektívája találkozott a többi résztvevő interpretációjával és az elemzőével is. Természetesen a kétféle elemzési módszer szétválasztása csak analitikus célokat szolgál, az eredmények bemutatásánál egyszerre összegzem és értelmezem is az interjúleiratokat.

A válaszadók szakmai életútja

A vizsgálat jellegéből következően nem törekedtem a beszélgetőtársak szocio-demográfiai adatainak teljes felvételére, mindössze arra voltam kíváncsi, hogy milyen szakmai tapasztalatokkal rendelkeznek, hogyan kerültek a jelenlegi pozíciójukba, milyen kötődéseik vannak a helyhez, ahol dolgoznak, mennyire vannak beágyazva a helyi társadalomba. Direktben az életkorukra sem kérdeztem rá, hiszen ez részint kényes adat, részint a szakmai pályafutásból úgyis kiderült. Az intézményi együttműködésben érintett ágazatok (szociális, oktatás, egészségügy, közigazgatás) jellegzetességeiből adódóan az interjúalanyok között felül vannak reprezentálva a nők (7 nő – 2 férfi). A mintába került intézményi szakemberek túlnyomó többsége pedagógusi végzettséggel és pedagógiai munkatapasztalattal is rendelkezik. Figyelemre méltó, bár egyáltalán nem meglepő, hogy a szociális és gyermekvédelmi területen dolgozó szakemberek is pedagógusként kezdték a pályájukat. A szakemberek eredeti végzettsége igen változatos skálán mozog: a megkérdezettek között van óvodapedagógus, tanító, középiskolai tanár és szakvizsgázott tehetséggondozó pedagógus is. Az intézményközi együttműködésben érintett szakemberek végzettsége egyébiránt jól illeszkedik az Alapítvány esélyteremtő stratégiájához, melynek – az Igazgyöngy küldetése szerint⁹⁶ - legfontosabb vonása a jellemzően pedagógiai eszközök használatával történő képessé tevés. A nem pedagógusi végzettségű intézményi szereplők egyike egészségügyi területen szerezte a szakképesítését, míg a munkáját társadalmi megbízatással ellátó település vezetőjének eredetileg szakmunkás bizonyítványa van, de már évtizedek óta gazdálkodási tevékenységet folytat.

Az intézményrendszerben betöltött szerepüket illetően többségben vannak a szervezeti hierarchia magasabb szintjein lévő szakemberek. A kilenc megkérdezett szakember közül az interjúkészítés idején öten voltak dolgoztak vezető beosztásban, emellett döntő többségük igen jelentős munkatapasztalatot tudhat magáénak. Közülük is kiemelkedik a már 40 éve a pályán lévő védőnő és a csaknem ugyanennyi éve az egyik településen dolgozó óvónő. Három olyan szakember is volt a mintában, akik az interjúkészítés idején pontosan húsz éve dolgoztak ugyanazon a helyen és ugyanabban a munkakörben. Döntő többségük tősgyökeres bihari, egész életüket és szakmai pályájukat itt töltötték. Ez alól csak az Alapítvány Tanodájában dolgozó munkatárs kivétel, Ő Budapestről ingázik, heti 3 napot töltve a településen. Ennek ellenére olyan helyismeretre tett szert, hogy a szomszédos városból kijáró családsegítő munkatársak is tőle érdeklődnek a családok lakhelyéről.

A tősgyökeresség és a helyi társadalomba való erős beágyazottság, ahogyan erről később még lesz szó, kezdetben egyáltalán nem könnyítette meg a résztvevők számára a Kerekasztal céljaival történő azonosulást, az Alapítvánnyal való együttműködést.

⁹⁶Forrás: <http://igazgyongyalapitvany.org/strategiank>. Letöltve: 2018.01.04.

Szervezeti-intézményi keretek

A Társadalmi Kerekasztalon jelenlévő intézmények szervezeti-működési sajátosságainak viszonylag részletes leírása kettős célt szolgál: részint a vizsgálat helyszínének a bemutatását, részint bemutatja azt az alaphelyzetet, amely életre hívta a kezdeményezést.

Szociális és gyermekvédelmi ágazat: a körjegyzőség összes településén egy 32 fős, integrált intézmény biztosítja a szociális ellátás valamennyi, törvényben előírt formáját, melynek központja Biharkeresztesen található. A kisebb településekre heti egy vagy két alkalommal jár ki egy-egy családgondozó. Az Igazgyöngy Alapítvány pilot programjának helyszínén, Toldon, heti két napot tölt az intézmény munkatársa. Telefonon napi kapcsolatban vannak a családgondozókkal és a házi segítségnyújtókkal, hiszen előregedő településekről lévén szó, gyakoriak az idős emberekkel kapcsolatos krízishelyzetek. A 2016. január elsejétől életbe lépő jogszabályi változásokból következően itt is megkettőződött a gyermekvédelem rendszere: a jogalkotó deklarált célja szerint a módosítások a preventív/támogató és a hatósági/kontroll funkció különválasztását segítették volna elő. Az előbbieket kerültek a család- és gyermekjóléti szolgálatokhoz, míg a kvázi hatósági⁹⁷ funkciók a család- és gyermekjóléti központokhoz. A terepmunka során megkérdezett szakemberek is megerősítik egy korábbi kutatás azon megállapítását, mely szerint a „*jogszabályváltozás következményeiben nehezen érhető tetten a jobbulás, számos anomália viszont felerősödött*” (Héderné, 2018: 13).

A legtöbb és legsúlyosabb szervezeti problémáról a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek számoltak be. Ezen a területen a legnagyobb a fluktuáció és a szakemberhiány, amely erősen kihat a generációs szegénységben élő családokkal való munka minőségére is. A szociális és gyermekvédelmi ellátásban dolgozó szakemberek eszköztelenségnek érzik magukat, nincsenek anyagi lehetőségeik a krízishelyzetben lévő családok támogatására. A szakemberek ugyanakkor ezzel az eszköztelenséggel igazolják a mélyszegénységben élő családokkal végzett szociális munka módszertanilag rendkívül szegényes és paternalista jellegét. „*Mert mit tudok csinálni? Tényleg csak tanácsokat adni és számon kérni.*” (család- és gyermekjóléti központ). Kissé meglepő módon, a szociális igazgatásban dolgozó, hatósági munkát végző szakember ezt az eszköztelenséget teljesen másképp, a szociális munka módszertani sokszínűségének szemüvegén keresztül értékeli: „*Amikor a védelemben vételi eljárásnál visszanezzük, hogy mi történt a megelőzés érdekében, akkor ezek a séma dolgok mennek le, hogy tanácsadás a szülőnek, nyomtatvány kitöltése, ennyi. De úgy igazából nem.*” (gyámhivatal).

A tanácsadáson és számonkérésen alapuló „segítő” kapcsolat egyébiránt az érintett szakemberek számára is frusztráló, amit az esetmenedzserek esetében a rendkívül magas, 100 százalékos mértékű fluktuáció is jól mutat (Héderné, 2018). Nem véletlen, hogy nosztalgiával tekintenek vissza azokra az időkre, amikor még lehetőségük volt az érdemi, végzett, örömet adó munkára is. „*2003-ban, éveken keresztül, az egész nyarat lefedtük a helyi gyerekeknek. Játzóházat csináltunk, tanyatábort, foglalkoztató tábort. (...) Nagyon jó volt, ezek a gyerekek ezt a mai napig emlegetik.*” (család- és gyermekvédelmi központ).

Az eszköztelenségnek azonban kétségekívül vannak olyan, a szakemberek kompetenciáin kívül eső dimenziói is, amelyek ellene hatnak az intenzív családtámogató és professzionálissegítő munkának. A berettyóújfalui járásban dolgozó szakemberek számára

⁹⁷A gyermekek kiemeléséről, védelemben vételéről stb. szóló határozatokat a gyámhivatalok hozzák, a család- és gyermekjóléti szolgálatok csak javaslattevői jogkörrel rendelkeznek.

például nem biztosított a szolgálati gépjármű, így előfordul, hogy az esetmenedzsernek vagy a családsegítő munkatársnak napi két órába telik a kisebb településekre való eljutás. Értelemszerűen ezt az időt a családokkal való munkától veszik el. A munkatársak többnyire egymásra vannak utalva a szakmailag és érzelmileg is megterhelő helyzetek megoldásában és feldolgozásában, a biharkeresztesi intézményben nyolc éve nem volt szupervízió.

Gyámhivatal: a berettyóújfalui járási központban 25 településnek intézik a gyámügyi és hatósági ügyeit. A gyermekvédelmi alapellátásban jelen lévő problémák (magas fluktuáció, kiégés veszélye, magas esetszám stb.) a szociális igazgatás területén is jelen vannak, ennek ellenére itt öt éve ugyanazzal a munkatársi körrel dolgoznak. Az intézményt képviselő szakember szerint ez is⁹⁸ a közösségi szemléleten alapuló szervezeti kultúrának köszönhető, valamint annak, hogy a munkatársai szeretik a munkájukat és meg tudják becsülni a minimális sikerélményeket is.

Oktatás: a berettyóújfalui járás településein az egyházi iskolák megjelenése komoly szegregációs folyamatokat indított el (*L. Ritók, 2018*). Ez egyébiránt nem a térség jellegzetessége, egy közelmúltban publikált kutatás adatai szerint az egyházi iskolák a roma tanulók tekintetében 2016-ra minden ötödik településen megvalósították a teljes etnikai szelekciót. Ezzel összefüggésben a gettósodó és gettóintézmények száma és aránya is extrém mértékben megnőtt (*Ercse, 2019*). A vizsgált település általános iskolájában közel tíz év alatt a gyermeklétszám drasztikusan, hozzávetőlegesen 70 százalékkal csökkent. Ennek nyilvánvalóan demográfiai⁹⁹ okai is vannak, de alapvetően itt is az történt, hogy a halmozottan hátrányos helyzetű roma tanulók maradtak az állami iskolában, a többiek („nem nagyon cigány”, „nem nagyon rendetlen”) pedig mentek az egyházi fenntartásúba. Ahogyan az állami általános iskolában dolgozó interjúalanyom megfogalmazta: „*Ide az jön, aki oda nem kell.*” Az egyházi iskola létrejöttével nemcsak a magasabb társadalmi státuszú, kevésbé problémás gyerekek hagyták el az iskolát, hanem a tanárok is (hat tanító és két szakos tanár) Jelenleg megvan ugyan a szükséges létszám, viszont nincs főállású gyermekvédelmi munkatársuk, fejlesztő pedagógusuk, annak ellenére, hogy a gyerekek szocio-ökonómiai és szociokulturális háttere alapján a tanulók kb. 95 százaléka tartozik a hátrányos helyzetű kategóriába. Ezzel együtt sem magas – mindössze három fő – a magántanulók létszáma. Korábban volt olyan, hogy a toldi tanodába járó 35 gyerekből 4 – 5 gyerek is magántanulóként folytatta a tanulmányait. A tanoda munkatársa szerint ritka az, amikor ez kifejezetten a szülő kérésére történik, a nagyon problémás gyerekek esetében inkább az iskola részéről érkezik a nyomás. Ennek alapján feltételezhető, hogy a mostani alacsony magántanulói létszám inkább a jogszabályi szigorításoknak köszönhető, mintsem az iskola tudatos, esélykiegyenlítésre törekvő stratégiájának.

A szociális és gyermekvédelmi szférához hasonlóan ebben az ágazatban is egyszerre van jelen a minőségi és mennyiségi munkaerőhiány. „*A megye úgy néz ki, hogy először Debrecenbe mennek el a végzett pedagógusok, azután Hajdúböszörménybe, a maradvány jön ide el hozzánk.*”

⁹⁸Itt utalva az Igazgyöngy Alapítvány által végzett közösségfejlesztő munkára.

⁹⁹Tíz évvel ezelőtt, amikor a településen még csak egy iskola volt, 500 körüli volt a tanulólétszám. Jelenleg 145 gyerek jár az állam által fenntartott általános iskolába, míg az egyháziba kb. 200-an. Az adatokból tehát az látszik, hogy hozzávetőlegesen 30 százalékkal csökkent a most már két iskolába járó gyermeklétszám. Ezt a csökkenést lehet demográfiai (vándorlási egyenleg, természetes fogyás) okoknak tulajdonítani.

Sok kiégett pedagógus van, aki bemegy a cigány gyerekekkel teli osztályba és úgy van vele, hogy majd csak eltöltöm valahogy azt a 45 percet és kijön.”(tankerületi központ).

A járási tankerületi központ vezetője rendszerszinten próbál hozzájárulni az idejára tanulóknak esélyegyenlőségeinek növeléséhez. Ennek eléréséhez a Berettyóújfalui Tankerületi Központ intézményeiben egy mérési-fejlesztési rendszert¹⁰⁰ dolgoztak ki, továbbá az Igazgyöngy Alapítvány révén bekapcsolódtak a szociális kompetenciákat fejlesztő, hármass fókuszú vizuális nevelés programjába is.¹⁰¹ A program egyelőre még csak a berettyóújfalui járásban működik, ott is az állami fenntartású iskolákban. Az óvodákat és az egyházi intézményeket nem sikerült partnerré tenni. A tankerülethez tartozó iskolákban is négy évbe telt a módszer befogadása és alkalmazása. Ehhez a pedagógusok számára akkreditált továbbképzéseket szerveznek, feladatbankkal segítik a munkájukat és évente kétszer bemutató órákat is tartanak. Rövid távon az a cél, hogy minél jobb eredmények legyenek, középtávon az, hogy a kompetenciaeredményeket javítsák, hosszú távon pedig a sikeres társadalmi integrációhoz szükséges készségek elsajátítása.

Az Alapítvány részeként működő tanoda 2014-től folytat tanoda jellegű tevékenységeket. Előtte önkéntes munkában főleg nyári táborokat szerveztek a gyerekeknek. Jelenleg két pedagógus dolgozik itt, emellett egy pályázati program keretében gyógypedagógus hallgatót is tudnak foglalkoztatni. A tanoda munkájában nagyon hangsúlyos szerepet kapnak az önkéntesek, a napi munkában 13-15 önkéntesre számíthatnak, emellett van egy tágabb, 20 fő feletti önkéntes kör is. A toldi gyerekek számára teljesen nyitott az intézmény, mindenki járhat a tanodába, aki szeretne. Egyre nagyobb az igény a munkájukra, már az óvodából is jelentkeznek, de innen csak a nagycsoportosok jöhetnek, heti egy alkalommal, többre egyelőre nincs kapacitásuk. Napi szinten hozzávetőlegesen tíz gyerekkel foglalkoznak, szombaton valamivel többel, mert akkor délelőtt is nyitva tartanak. A tanoda legtöbb tevékenysége ún. tanulást támogató, tehát nem házi feladatokat írnak a gyerekekkel együtt, elsősorban nem a dolgozatokra készülnek és nem is az a közvetlen céljuk, hogy a jegyeik javuljanak. A gyerekek tanulási motivációjának felkeltésére törekednek, azt szeretnék, ha a tanulással kapcsolatban lennének sikerélményt adó helyzeteik is. Ez a szemlélet nemcsak az iskolától különbözik jelentősen, sokszor a szülőkkel is nehéz megértetni, hogy ez hosszabb távon hasznosabb a gyerekeknek. Vannak ugyan bevett¹⁰² és a gyakorlatban jól működő módszereik (társasjáték pedagógia, kreatív szövegértés fejlesztés), de emellett kipróbálnak új dolgokat is, folyamatosan reagálva a gyerekektől jövő igényekre.

A biharkeresztesi óvoda tagintézményeként működő toldi óvodában egy főállású és egy félállású óvodapedagógus dolgozik. Jelenleg 22 gyerek jár az óvodába. Öt évvel ezelőtt volt egy hullámvölgy, azóta ismét emelkedik a létszám. A járásközpontban működő Pedagógiai Szolgálat évi egy alkalommal felméri a toldi óvodások fejlettségi szintjét. Akinek valamilyen fejlesztésre van szüksége, azt heti egy alkalommal az önkormányzat gépjárművével beviszik

¹⁰⁰A kritériumorientált diagnosztikus mérési-fejlesztési rendszerről lásd:

<https://kiadvany.suliszerviz.com/kiadvanyok/29-kiadvany-2018/1083-2018-kapornai-judit-kriteriumorientalt-diagnosztikus-meresi-fejlesztési-rendszer-bevezetése-a-berettyoujfalui-tankerueleti-koezpont-intezmenyeiben>.
Letöltve: 2019. 08.02.

¹⁰¹Ez a fejlesztés az iskolák alsó tagozataiban, a NAT-hoz illeszkedő pedagógiai programon keresztül történik. L. Ritók Nóra részletesen kidolgozott óravázlatokat készít, amit rendszeresen megküld az iskoláknak. Ehhez még nincsenek meg a mérőeszközök, ezt a Képzőművészeti Egyetem dolgozza ki.

¹⁰²A szövegértési kompetenciák fejlesztését például a szegedi Motiváció Műhely akkreditált képzésén sajátították el.

Biharkeresztesre. Az utóbbi időben egyre több a beszédhibás gyerek, de logopédusuk évek óta nincs. Most annyival jobb a helyzetük, hogy a Tanodában dolgozó logopédus vállalta az óvodás gyerekek vizsgálatát is. Az ellátórendszer hiányosságait jól jelzi, hogy az elmúlt évben három, erősen beszédhibás gyerek közül mindössze egynek ajánlották fel a beszédfejlesztést, de a szülők itt sem tudták vállalni a heti szintű berettyóújfalui utazást.

Egészségügy: az egészségügyi ellátórendszer szereplői közül egyedül a védőnői szolgálat munkatársával volt lehetőségem beszélni. A szakemberhiány ezen a területen is problémát jelent, az álláshelyek 50 százaléka betöltetlen. Szinte mindenki helyettesít, dupla körzetet lát el. A területi védőnői munka (minden városi körzethez három település tartozik) mellett még iskolai egészségnevelői feladatokat is ellátnak. A toldiak a hét öt napján csak Biharkeresztesen vehetik igénybe az egészségügyi alapellátást, a védőnő és az orvos mindössze heti egy napot tölt ott. A legközelebbi kórház Toldhoz képest 26 km távolságra van, tehát a szakellátást csak itt tudják igénybe venni. Speciális ellátáshoz Debrecenben (66 km) kapnak.

Önkormányzat: Told a Biharkeresztesi Közös Önkormányzati Hivatalhoz tartozik, Ártánddal, Bojttal és Nagykerekivel együtt. A munkáját társadalmi megbízatásban ellátó polgármester hivatalosan a hét egy napján tart fogadónapot, de a közmunkások „eligazítása” miatt minden reggel bemegy a hivatalba. Életvitelszerűen 280 fő él a településen, ebből – vizsgálat időpontjában – 60-an „voltak beírva a közmunkára”. 12 közmunkást beiskoláztak az állattenyésztői tanfolyamra. A közterületeken 4 főt foglalkoztatnak. A többség a mezőgazdaságban és az állattartó telepen dolgozik. A közfoglalkoztatottak munkájának az irányítását a polgármester mellett még két brigádvezető látja el, nem sok sikerrel. *„Úgy tudtuk megoldani, hogy rendbe legyenek a földjeink, hogy mindenki kimérte, kihúzta a számát és akkor azért felelt, azért a tábláért. Kimentünk kapálni húszan és nem sikerült akkora területet megkapálni, mint ennek a hivatalnak a területe.”* (önkormányzat) A közfoglalkoztatási csapda nemcsak a segélyezettek elsődleges munkaerőpiacra történő belépését akadályozza,¹⁰³ a település vezetője sem érdekelt a törvényben előírt szankciók alkalmazásában, hiszen a segélyezési rendszerből történő kizárás az önkormányzatra róna extra terheket. Azokat, akikkel nagyon elégedetlenek, bérmegvonással büntetik vagy várólistára teszik. *„Ha elkezdünk szankcionálni, a gyereken csattan az ostor. A leszakadás még nagyobb lehet.”* (önkormányzat)

„Nóri mindig kezdeményezett, valaki mindig hiányzott” - A Társadalmi Kerekasztal percepciója

A terepmunka során derült ki, hogy a vizsgálat fókuszában álló Társadalmi Kerekasztal hatásosságának és adaptálhatóságának mérése bizonyul a legnehezebb feladatnak. Ennek egyik oka – a társadalmi hatásvizsgálatok módszertani korlátain¹⁰⁴ túl –, hogy a TKA mellett az oktatási deszegregáció érdekében is létrejött egy kerekasztal,¹⁰⁵ Bihari Integrációs Program néven. Az oktatási szférában dolgozó interjúalanyok számára az ezen való részvétel sokkal relevánsabbnak és fontosabbnak bizonyult, így a tapasztalataik megosztása is jórészt erre vonatkozott. Továbbá nem minden esetben volt egyértelműen beazonosítható, hogy ki melyik kerekasztalon vett részt, hiszen nagyjából ugyanazon intézmények képviselőit hívták meg

¹⁰³Toldon az elmúlt három évben két embernek sikerült visszakerülni a nyílt munkapiacra.

¹⁰⁴Ezek a vizsgálatok kvantitatív és kvalitatív eszközöket egyaránt alkalmaznak, és viszonylag gyakran felmerülő problémájuk a – jellemzően nem pótolható – adathiány (*Szűrszabó, 2012*).

¹⁰⁵Lásd bővebben: *L. Ritók, 2018*.

mindkét helyre. A Kerekasztallal és az intézményközi együttműködéssel kapcsolatos érdektelenség is nehezítette a kérdés megválaszolását. *„Megmondom őszintén, kicsit úgy resteltem. Mindig meg vagyok hívva, de nem. Az elsők voltam, többön utána nem voltam. (...) Ha valamire szükség volt, megbeszéltük azt úgy is.”* (önkormányzat) Volt olyan is, aki – vélhetően hasonló okokból – azért nem tudta felidézni az emlékeit, mert *„az már nagyon régen volt”* (óvoda).

A vizsgálatból az derült ki, hogy a gyermekekkel foglalkozó intézményrendszer tagjai tudtak a leginkább (iskola, gyermekjóléti szolgálat, gyámhivatal, védőnői szolgálat) azonosulni a Kerekasztal céljaival. De ez sem ment olyan egyszerűen, ahogy az egyik interjúalany megfogalmazta: *„kezdetben csaták, kemény meccsek”* voltak az Alapítvány és a résztvevők között és csak a 3-4. alkalom után indult be igazán a Kerekasztal. Ennek egyik oka a magyar társadalomban mélyen meglévő bizalmatlanságban, az együttműködés kultúrájának hiányában keresendő. *(...) nem igazán akarták megérteni, hogy mit akar ezzel Nóri. Azt hitték irányítani akar, nem pedig együttműködni.”*(család- és gyermekjóléti szolgálat). Az Alapítvánnyal szembeni kezdeti ellenérzéseknek voltak ennél sokkal kézzelfoghatóbb okai is. Nevezetesen az, hogy a gyermekvédelem területén dolgozó szakemberek különösen nehezen élték meg az Igazgyöngy szociális kríziskezelő tevékenységét, a családok anyagi támogatását: *„Mi kérünk, követelünk, Ő meg oszt.”* (család- és gyermekjóléti szolgálat). A meghívott szakemberek kezdeti ellenállását, illetve a Társadalmi Kerekasztal ülésein való aktív közreműködést alapvetően az Alapítványhoz fűződő viszony határozta meg, tehát a TKA megítélése az Alapítvány elfogadottságának indikátoraként is értelmezhető.

A korábban már említett tősgyökeresség narratívája az interjúkban összekapcsolódott a látens cigányellenességgel is. Az Alapítvány esélyteremtő munkájával, így a Társadalmi Kerekasztallal kapcsolatos ellenérzés abból is adódhatott, hogy nem minden szereplő tudta/tudja elfogadni a fölérendelt célt, nevezetesen a generációs szegénységben élő cigányok megsegítését. Ennek plasztikus megfogalmazása a következőképpen hangzott el: *„Az Alapítvány azóta van, mióta Ők idekerültek. Mióta Ők itt vannak, azóta Alapítvány is van.* (óvoda) Az „Ők” a toldi cigányokra vonatkozik, nem az „öslakosokra”, hanem a „beköltözöttekre”. A toldi cigány családok közül senki sem tősgyökeres. Mint az interjúkból kiderült, a lakosságcsere már 1976-ban elkezdődött, amikor is a nagyközségi tanács 7 ingatlant vásárolt meg, ahová cigány családokat költöztettek be. Hasonló következményekkel járt az 1997-ben bekövetkezett természeti katasztrófa (jégverés), amely közel tíz házat borított össze. A romba dőlt házakat az állam jó pénzért megvásárolta, az elköltözők helyére újabb cigány családok költöztek Berettyóújfaluból.

A Kerekasztal helyi legitimitációjában fontos szerepet játszott, hogy az Alapítvány a meglévő forrásaiból – a krízisben lévő családokhoz hasonlóan – az intézmények működését is támogatta. (ruhaadományok, tisztasági és élelmiszer-csomagok, játékok, fejtetvesség elleni szerek, stb.) A kezdeti ellenállás leküzdésében sokat segített annak felismerése is az intézmények részéről, hogy az Alapítvány nélkül nehezebben boldogulnának a „problémás” családokkal, valamennyire áthárítva az ezzel járó felelősséget is: *„Annak örültem, hogy van ilyen személy, aki felvállalja ezeknek a családoknak az irányítását.”* (védőnői szolgálat).

Az intézményközi együttműködés hozadékai

A Társadalmi Kerekasztal hatásosságának értékelését nehezíti, hogy az interjúalanyok elbeszéléseiben keverednek az Alapítvány működésével kapcsolatos vélekedések és attitűdök az intézményközi együttműködés tapasztalataival. A Társadalmi Kerekasztalra vonatkozó kérdés megválaszolásakor a legtöbben az Alapítvány munkájának eredményeit kezdték el sorolni. Csak néhány ezek közül: az iskolába és óvodába járó gyerekek rendezettebbek, ami érzékelhető a tisztálkodásban, a ruházzkodásban, a felszereltségben, valamint a tudatosabb szülői odafigyelésben is: *„Tehát most már nem az, hogy bejön és azt sem tudja, hogy ki az osztályfőnöke, azt sem tudja, hogy kit keres. Most már azért tudja, tudja, hogy milyen problémával jön, kihez forduljon, a titkárságra vagy valamelyik tanárhoz.”* (általános iskola).

A rászoruló (leginkább cigány) családok anyagi támogatásának elismerése és fontossága minden intézményi szereplő elbeszéléseiben megjelenik, ami szintén az Alapítvány/Kerekasztal munkájának sikerességét jelzi, hiszen a magyar közvélekedésben erősen jelenlévő cigányellenesség egyik legfelkapottabb toposza szerint a cigányok nem érdemlik meg a támogatást. Az Alapítvány munkájának pozitív megítéléséhez azonban az előzőeknél erőteljesebben járul hozzá az a tény, hogy ezeket a családokat nemcsak és nem elsősorban anyagilag támogatják, hanem igyekeznek hozzájárulni az önfenntartóvá válásukhoz is. Ez az, ami aztán egy olyan szemléletváltozást indíthat el a célcsoport tagjaiban, amely egyben a sikeres integráció előfeltétele is. *„Az, hogy munkát adnak ezeknek a családoknak. Az, hogy a munka az ellenérték. A valamiből valami dolgot tudatosítani ezekben az emberekben. Alkottam valamit, létrehoztam valamit és ezért kapok valamit.”* (védőnői szolgálat).

A reciprocitás tudatosítása mellett az érintettek önbecsülésének visszaadása is megjelenik az interjúkban. *Amit Toldon tesznek, az nélkülözhetetlen segítség. Nem nekünk, hanem a toldi embereknek. Nemcsak a gyerekeknek, hanem a felnőtteknek is. Akik már semmire nem értékelték magukat, megtanultak dolgozni. A kézművesség, a varrás az asszonyoknak. Az önbecsülésüket adták vissza.”* (család- és gyermekjóléti szolgálat). Az erre való utalás különösen fontos mérföldkőnek tekinthető, hiszen a Kerekasztal elindulásakor a megkérdezett szakemberek egy része erősen háritotta még a cigányok problémáival való foglalkozás létjogosultságát is.

A települési vezető azt emelte ki, hogy az Alapítvány működésének köszönhetően csökkent a teher az önkormányzaton, kevesebb az átmeneti segély iránti kérelem, de még ennél is fontosabb és látványosabb eredmény a megélhetési bűnözés szinte teljes megszűnése a faluban. Az Alapítvány munkatársainak segítségével sok elhanyagolt, rossz állapotú házat is rendbe tettek, de az utógondozással még vannak problémák. *„Hiába adnak meg mindent, van egy lendület, aztán megáll.”* (önkormányzat) Az együttműködés eredményeképp az önellátáshoz szükséges feladatokon is közösen osztozik az Alapítvány és az önkormányzat, ugyanannak a családnak például nem adnak duplán vetőmagot.

Az Alapítvány kapcsolatrendszerének köszönhetően a dizájner drogok nem terjedtek el a településen, bár az alkohol és a gyógyszer, különösen ezek kombinációja, itt is jelen van. A hasonló helyzetű szegregátumokkal való összevetésben a másik fontos eredmény, hogy a toldi lányok egy ideje már nem esnek 18 éves kor alatt teherbe. Ez a nyomás a családok felől is érkezik, emiatt, a korábbi tendenciákkal ellentétben, a lányok azok, akik tovább járnak iskolába. A helyi közösségre gyakorolt hatások közül kiemelendő a Tanodába járó gyerekek azon

kezdeményezése, hogy Ők is beleszólhassanak a Tanoda működésébe, így erre az igényre reagálva beindították a tanoda önkormányzatot.

Az Alapítvány munkájának megítélése erősen megosztja a helyi társadalmat. Bár majdnem mindenki kapcsolatban van az Alapítvánnyal a helyiek közül, de a mai napig viták vannak a „Gyöngypártiak” és a „Gyöngyellenesek” között. Kezdetben az okozta a legtöbb konfliktust, hogy kit és miért támogatnak. A támogatások átláthatóvá tétele miatt létrehozott „helyi igazságosság rendszerét” a helyiek egyszerűen szabályoknak hívják, ami egyértelműen annak elfogadását jelzi, hogy amennyiben valaki az Alapítványtól segítséget kér, úgy be kell tartania a szabályokat.

„Mi már összecsiszolódtunk Igazgyöngyékkel”

Az újfajta, rugalmasabb, egyszerre határtartó és határokat átlépő együttműködési formáját példázza az Alapítvány és a szociális ellátórendszer közötti megállapodás, mely az eseti gondnokság alá került családok esetében az Igazgyöngy munkatársaira ruházza át az eseti gyámsággal együtt járó feladatokat.¹⁰⁶Ezt egyébiránt a törvény civil szervezetek számára nem teszi lehetővé, de a Kerekasztal során kialakult jó és bizalmi munkakapcsolat felülírta a bürokratikus akadályokat. Ezzel együtt tiszteletben tartják és elismerik egymás tevékenységét és kompetenciahatárait is. *„Nincs napi szintű együttműködés. Nem is tartanám jónak, ha napi szinten együttműködnénk, hiszen mi egy hatóság vagyunk, nyilván más a metodikája, minden más (...).”* (gyámhivatal).

Ugyancsak az intézmény- és ágazatközi együttműködés eredménye az a konszenzus a szakemberek között, hogy a gyermekek kiemelésére csak a legvégső esetben kerül sor. Ez önmagában még nem lenne elegendő, hiszen az Alapítvány hathatós támogatása nélkül a gyermekek családból való kiemelése nem lenne megelőzhető. *„Sokszor van úgy, hogy kérek Nóriéktól, mert úgy érzem, hogy sokkal több van abban a családban, és ha segítek a szülőknek, akkor meg tudjuk tartani a gyerekeket otthon. Ez egy egyszeri beavatkozás részükről, legyen az egy tűzifa, kiságy, ruhanemű, bármi, de éppen attól menekítem meg a gyerekeket, hogy el kelljen vinni.”* (gyámhivatal).

Összegzés

Amennyiben a Társadalmi Kerekasztal hatékonyságának méréséhez keresünk további kritériumokat, úgy érdemes az interjúkban elhangzottakat az Alapítvány által megfogalmazott célokkal összevetni. A Társadalmi Kerekasztal fejlesztésének egy korábbi leírásában – az intézményrendszer hiányosságai között – hangsúlyosan jelenik meg a partneri viszony hiánya a célcsoporttal. Ez leginkább az „ők” és „mi” szétválasztásában és szembehelyezésében érhető tetten. Valójában ez volt az az alaphelyzet, amely életre hívta a Kerekasztal ötletét. Innen nézve viszont már nem tűnik egyértelműen sikeresnek az új típusú együttműködés. Az intézményi szereplőkkel készített interjúk majdnem mindegyikében megjelenik az „ők” és „mi” szembenállása vagy „jobb esetben” is egy leereszkedő, paternalista attitűd jellemzi a szakembereket: *„Másképp kell velük bánni. Elfogadni kell tudni, kicsit az ő fejükkel gondolkodni. Több türelem, több idő szükséges hozzájuk.”*(védőnői szolgálat).

¹⁰⁶A törvényben megengedett igazolatlan hiányzások túllépése esetén ún. eseti gyámokat rendelnek ki az érintett családokhoz, ők rendelkeznek a gyermekek után járó.

Mindezekkel együtt az online képzés tananyaga jól használható módszertani eszközként szolgálhat a hasonló lélekszámú (500 fő alatti) és problémával (generációs szegénység) küzdő közösségek számára is. A program legfőbb gyengesége a Kerekasztalt szervező és moderáló személy megtalálásának nehézségében rejlik. A módszer egy „szabadon lebegő”, autonóm, lehetőleg civil háttérű szakembert kívánna meg. Ebből pedig mostanában hiány mutatkozik.

Kissé tágabb kontextusban vizsgálva a kérdést, megismételve egy hasonló témájú kutatás konklúzióját, ahhoz, hogy ez a fajta együttműködés hosszabb távon is sikeres legyen, „elengedhetetlen egy, az előrelépéseknek teret adó társadalmi környezet is, amelyben szándék mutatkozik a mélyszegénység felszámolására, az egyének bevonására az őket érintő társadalmi ügyekbe, a szociális tevékenységek elismerésére, értékelésére” (Juhász, 2018:1315).

Irodalom

1. Ercse, K. (2019). Az egyházi fenntartású iskolák és a szelekció, szegregáció kapcsolata. *Iskolakultúra*, 29 (7), 50-72.
2. Letöltve: <http://www.iskolakultura.hu/index.php/iskolakultura/article/view/32765>
3. Héderné, B. E. (2018). Milyen változást hozott az esetmenedzserek színre lépése? – A hatalom, az empowerment és a szolgáltatások minőségének kérdése egy terepkutatás tapasztalatai alapján. *Párbeszéd. Szociális Munka Folyóirat*, 5(2).
4. Letöltve: <http://parbeszed.lib.unideb.hu/megjelent/html/5b6015e75670e>
5. Juhász, J. (2018). A méltó emberi élet lehetősége. *Közgazdasági Szemle*, LXV. évf. 2018. december, 1299-1319.
6. Krémer, B., Bói, K., Kurucz, E., Mód, P., Nagy, Z. É., Ottucsák, M. A. & Pál, Zs. (2011). *Társadalompolitikai beavatkozások hatásvizsgálatainak elméleti lehetőségei és gyakorlati módszerei*. V. kutatási pillér, 2011. január 31. <http://www.ncsszi.hu/files/1907.file>
7. Letenyei, L. (2005). *Településkutatás. A települési és térségi tervezés társadalomtudományos alapozása*. Budapest: L'Harmattan – Ráció Kiadó.
8. L. Ritók, N. (2017). *Láthatatlan Magyarország*. Budapest: Tea Kiadó.
9. L. Ritók, N. (2018). Egy helyi deszegregációs kezdeményezés tapasztalatai – Biharkeresztes, Komádi, Berettyóújfalú. In Fejes, J. & Szűcs, N. (Szerk.), *Én vétkem. Helyzetkép az oktatási szegregációról* (pp. 201-211). Szeged: Motiváció Oktatási Egyesület.
10. Solt, O. (1998). *Méltóságot mindenkinek*. Budapest: Beszélő Alapítvány.
11. Szalai, J. (1999). Közös csapda. A nők és a szegények. In Lévai, K., Kiss, R. & Gyulavári, T. (Szerk.), *Vegyesváltó. Pillanatképek nőkről, férfiokról* (pp. 41-57). Budapest: Egyenlő Esélyek Alapítvány.
12. Szűrszabó, P. (2012). Az értékelés fogalma az állami fejlesztéspolitika kontextusában. In Csongor, A. & Sziklai, I. (Szerk.), *Fejlesztéspolitika, stratégiai programalkotás a szociálpolitikában* E-jegyzet. (pp. 85-110). Budapest: ELTE TáTK.

IV. FEJEZET: DÖNTÉSEK ÉS SZABADULÁSOK: SZOCIÁLIS MUNKA PSZICHIÁTRIAI BETEGEKKEL

Kárpáti Tamás, Rozgonyi Róbert, Ágoston Dorina

A mentalizáció alapú terápia alkalmazása a szociális munkában

I. Bevezetés

A bevezetőnk kissé eltér a megszokottól, de úgy gondoltuk, hogy ebben a formában talán jobban tudjuk segíteni az Olvasót a mentalizációra való ráhangolódásban.

Géza több éve dolgozott szociális munkásként. Szerette a munkahelyét, szeretett emberekkel dolgozni, ebben azonban a mai reggelen kissé elbizonytalanodott. Aggódva, enyhe gyomorgörcsrel ment be a munkahelyére, ahol ma egy olyan kliensét várta, akivel a közös munka rendszeresen nehézségeket okozott számára. Kis késéssel meg is érkezett a kliense. Géza finoman, nagyon óvatosan beszélt vele, a kliense azonban ennek ellenére egyre indulatosabb lett. Rövid párbeszédük során Géza is egyre gyakrabban válaszolt a szokásosnál hangosabban neki. Mielőtt a kliense az ajtót rácsapva kirohant az irodából, még ezzel szólt vissza: „Maga már megint úgy nézett rám!”. Géza ott ült dühösen, tehetetlenül és értetlenül. Még délután is azon gondolkodott, hogy vajon mi történhetett kettejük között, és hogy mit tehetett volna másként.

Saját gyakorlatunkból számos olyan, hasonló helyzetet tudnánk még hozni, amelyben valamit nem értettünk, valami elcsúszott, és ebből további konfliktusok, meg nem értettségek következtek. Azt talán nem is kell ecsetelnünk, hogy ez mennyire megterheli a segítő szakembert, a klienset, a segítői kapcsolatot és a segítői rendszert is. A mentalizálást fókuszba helyező segítői munka ugyanakkor számos, igen hatékony eszközzel rendelkezik az ilyen helyzetek konstruktívabb megértésére és kezelésére, a segítői kapcsolat kialakítására és fenntartására, a „kapcsolati törések” helyrehozására.

II. A mentalizáció fogalma

Mentalizációnak önmagunk és mások mentális állapotainak megértését nevezzük. Megértjük, hogy mit gondol a másik, milyen érzései vannak, milyen indítékai lehetnek a viselkedésének, de ugyanez érvényes önmagunkra is. Mivel a mentalizáció nagyon összetett folyamat, ezért könnyű benne hibázni, úgy érezni, hogy nem értettek meg minket. Máskor pedig mi értünk félre valakit, aki kellemetlen érzéseket keltett bennünk. Mindannyiunknak van egy mentalizációs alapléte, amelyet számos tényező befolyásolhat, és hatással lehetnek rá az aktuális körülmények, különösen az aktuális interperszonális kontextus és az érzelmi állapot (*Bateman & Fonagy, 2016, 2012; Fonagy & Allison 2012; Karterud, 2019, 2017, 2011*).

A mentalizálás alacsony színvonala, gyakori összeomlása jelentősen megnehezíti az interperszonális kapcsolatokban való eligazodást, a biztonságos és kiszámítható kötődések kialakítását, amelyek a legkülönbözőbb életvezetési nehézségekhez vezethetnek pl. szerhasználat, bántalmazás, szociális izoláció, gyakori szuicid krízis (*Bateman & Fonagy, 2016, 2012; Fonagy & Allison 2012; Karterud, 2019*).

Anthony Bateman & Peter Fonagy (2012) így gondolkodik a mentalizációról: emberként mindannyian rendelkezünk mentális állapotokkal, amelyeket meghatározhat valamilyen külső

tényező, például amikor valaki kritizál minket; vagy meghatározhat minket egy belső állapot, amikor például büntudatot érzünk valami miatt. A mentális állapotainkra számos külső és belső tényező egyidejűleg is hathat. Ezekre úgy reagálhatunk, hogy egy mentális reprezentációt hozunk létre arról, ami bennünk zajlik. Ez meghatározhatja azt, hogy miként fogunk viselkedni egy-egy helyzetben. Ha olyan állapotban vagyunk, hogy nem tudjuk megérteni, mi zajlik bennünk vagy másokban, akkor elbizonytalanodhatunk és zavarosan viselkedhetünk.

III. Az MBT és mentalizáció alapú segítség alkalmazási területei

Az MBT egy széles körben, számos problematika esetén bizonyítottan jól alkalmazható terápiás módszer. A gyermekvédelemben nevelkedő fiatalok, nevelőszülők, addiktológiai betegek, személyiségzavarral élők, veszélyeztetett anya-gyerek kapcsolatok, családon belüli erőszak, és számos más nehézség segítésében is használható (*Bateman & Fonagy, 2019, 2016, 2012, 2011; Fonagy & Allison 2012; Morken, 2013; Karterud, 2019*).

A problémakör heterogenitása is mutatja, hogy a mentalizáció alapú terápia szemléleti beállítódása, eszközeinek ismerete és használata számos segítői hivatást gyakorló kolléga – köztük különösen a szociális munkások – számára lehet segítség a mindennapi munka során, nagy mértékben hozzájárulva a „nehéz kliensek” hatékonyabb segítéséhez, a prevenciók folyamatok kidolgozásához, elindításához és fenntartásához, illetve akár a súlyosabb kapcsolati diszfunkciók hatékony kezeléséhez (*Midgley és mtsai., 2017; Bateman & Fonagy, 2016; 2012; Allen & Fonagy & Bateman, 2011*).

Sokproblémás családokkal végzett munka (Mentalization-Based Family Therapy; MBT-F)

Az MBT-F önállóan, vagy más terápiás módszer kiegészítéseként is alkalmazható a családokkal és párokkal való segítői munka során. Az MBT-F szemlélete a kötődélméletet és a rendszerszemléletet ötvözi. A kötődélméletből kiindulva pedig kijelenthető, hogy közeli kapcsolatainkban a legnehezebb a hatékony mentalizálást fenntartani. A családi problémák hátterében ugyanakkor sok esetben éppen a mentalizálás gyakori és könnyű összeomlásai állhatnak. Különösen igaz ez a „sokproblémás” családok esetében, amilyenek például a függőséggel küzdő családok is, amelyeknél a mentalizáló családi légkör igen csekély mértékben van jelen. Ennek egyik következménye lehet a sokszínű problematika (fizikai és verbális agresszió, érzelemszabályozási nehézségek, autoagresszió) (*Barát és mtsai, 2009*).

A közös munka fókuszában így a családtagok közti mentalizálás fejlesztése áll, elsősorban azért, hogy minél mélyebb empátiával legyenek képesek egymás felé fordulni, és megérteni a másikat egy-egy nehezebb helyzetben is. Célja tehát a kölcsönös megértés folyamatának beépítése a család hétköznapi működésébe. Ehhez természetesen elengedhetetlen a saját mentális állapotok megfigyelésének és megértésnek a fejlesztése is (*Asen és mtsai, 2012*).

A segítői folyamatban a találkozások az MBT alapbeállítódása jellemzi, amelynél a terápiás kézikönyv alapján fontos, hogy azt ne csupán a segítő gyakorolja a beszélgetések során, hanem a családtagok is. A célok megfogalmazását segíti elő a közösen megírt formuláció (szerződés). Az üléseken a család/pár által hozott konkrét problémás (vagy épp sikeresen megoldott) helyzetekkel és az „itt és most” történéseivel dolgoznak. Javasolt, hogy rövidebb időközönként (6 ülésenként) együtt értékeljék a közös munkát, illetve hogy a két találkozás között adjanak meg egy „házi feladat”-ot is, amely a mentalizálás gyakorlását segíti (*Asen és mtsai, 2012*).

Az állami gondozásban élő fiatalok segítése

Angliában az állami gondozásban nevelkedő gyerekek, fiatalok (5-17 éves kor) 61 százaléka szenvedett el bántalmazást élete során. 45 százalékuk él különböző pszichiátriai betegségekkel (depresszió, szorongásos zavarok, magatartászavar), de egyes kutatási beszámolók szerint az állami gondozott gyermekek 75 százalékánál találtak ilyen problémákat (Midgley és mtsai, 2017). Számos vizsgálat talált egyértelmű bizonyítékot a gyermekkori bántalmazottság, a gyakori gondozó- és lakhely változás és a biztonságos kötődés hiánya között. A biztonságos kötődés hiánya pedig könnyen vezet a mentalizálás képességének súlyos zavarához (Jacobsen és mtsai, 2015; Midgley és mtsai, 2017; Fonagy & Target, 2006). Magyarországon körülbelül 23 000 gyermek él állami gondozásban (KSH, 2019). https://www.ksh.hu/stadat_eves_2_5.

Angliában és az Egyesült Államokban olyan MBT alapú segítői, fejlesztői programokat dolgoztak ki, amelyek elsődleges célja az állami gondozott gyermekek és gondozóik, illetve vérszerinti szüleik mentalizálási képességének fejlesztése, elősegítve a biztonságosabb kötődés kialakulását és a szocializációs, érzelemszabályozási nehézségek csökkenését (Jacobsen és mtsai, 2015; Cohen, 2016; Midgley és mtsai, 2017).

Pszichoaktív szerhasználati problémák

A pszichoaktív szerhasználati problémák mentalizációs megközelítése elsősorban a személyiségzavarokkal való komorbiditása kapcsán merül fel a szakirodalmak többségében. A kötődés, érzelemszabályozás és mentalizálás problematikájából fakadónak tekintik mindkét tünettant, amely igen nagy százalékban fordul elő együttesen. A függőséggel élő személyek közel 56,5 százaléka szenved legalább egy személyiségzavartól is (Philips és mtsai, 2012).

A kettős diagnózisú páciensek MBT szemléletű kezelése, segítése elsődleges fókuszba a mentalizálás fejlesztését helyezi. A szerhasználatra ugyanis úgy tekintenek, mint a mentalizálás összeomlásának következményére, csakúgy, mint a falcolásra vagy egyéb önkárosító magatartásokra. A visszacsúszásokat, visszaeséseket mentalizálási, érzelemszabályozási problémaként kezelik a segítői folyamatban.

Pécsett, a pécsi INDIT Közalapítvány közel négy éve, a norvég Bergen Clinics Foundation-nel együttműködésben alkalmazza az MBT-t kettős diagnózisú páciensek segítésére.

Nehéz helyzetben lévő szülő-csecsemő párok

A szülő-csecsemő konzultációk elsődleges célja a szülők mentalizációjának fejlesztése, a gyermekükkel való kötődési kapcsolatban. Az MBT alapú programok során abban próbálják a szerhasználati zavarral élő, vagy traumatizált szülőket segíteni, hogy tudjanak empátiával fordulni a csecsemőjük, gyermekük felé, felismerve, hogy ők is valamilyen mentális állapotban vannak, és nem „csupán viselkednek” (Suchman és mtsai, 2012). Ezekkel a fejlődésorientált programokkal igyekeznek segíteni a szülőknél abban is, hogy a gyakori agresszív, elhanyagoló reakciók helyett reflektívebben és nagyobb együttérzéssel vegyenek részt a gyermekükkel való kötődési kapcsolatban.

Iskolai agresszió prevenció

Az MBT elmélete szerint nemcsak a trauma elszívása jár a mentalizálás zavarával, de a bántalmazás elkövetése is ezzel magyarázható. Azaz a mentalizálás az egyik kulcsfontosságú összetevője az agresszió szabályozásának, egyéni, csoportos és társadalmi szinten egyaránt.

Ugyanis a mentalizálás magában foglalja a másik elmére való ráhangolódást, az empátiát a másik személy érzelmi állapotával kapcsolatban, ami legátolja az agressziót (*Allen és mtsai, 2011*).

Ebből is látható a mentalizáció és az empátia fogalmának egymáshoz való viszonya. Míg a mentalizáció során a másik és a saját mentális állapotaira ugyanolyan mértékben figyelünk, addig az empátia esetében a saját érzelmi állapot inkább előfeltétele az empátiás folyamatnak (*Allen és mtsai, 2011*). Az empátia különböző szinteken megvalósítható *hozzállás*, míg mentalizáció esetében a kliens és a másik személy (pl. a segítő vagy a helyzet feldolgozásában részt vevő, további személyek) mentális állapotának minél pontosabb követése, tudatosítása a segítői folyamat tárgya és gyakorlata is egyben.

A mentalizálást iskolai agresszió, bullying prevenciók programokban már számos országban alkalmazzák. Magyarországon a „Békés iskolák” program keretében érhető el. Ez a program *Stuart W. Twemlow és Frank C. Sacco* negyvenéves kutatói és terepmunkáján alapul, amelynek lényeges eleme a mentalizáló légkör kialakítása iskolai rendszer szinten (*Twemlow és mtsai, 2009*).

IV. Az MBT szemléletének alkalmazása a szociális munka gyakorlatában

A szociális munkások a jogi, szociálpolitikai eszközök mellett a saját személyiségüket és adottságaikat is használják mindennapi munkájuk során. A kapcsolatteremtés, a kliensekkel való bizalom kialakítása elengedhetetlen a sikeres és hiteles szociális szakember munkájához.

A szociális munka során hat eljárás fajtát használunk: *tanácsadás, tárgyalás, közbelépés, képviselő, beszerzés és gondoskodás*. Ezeket általában kombinálva alkalmazzák, attól is függően, hogy ki milyen területen dolgozik és milyen klienskörrel foglalkozik (*Lüssi, 2004*).

A *tanácsadás* az a folyamat, amelynek során az érintettel vagy az érintettekkel kibontják az aktuális problémát és megoldást keresnek rá. Célja, hogy a kliens felismerje a problémát és képes legyen a megoldásra. Ez a forma a szükségletre irányul, és a közös munka azt célozza, hogy az érintett rálásson a problémájára és önállóan, de egyúttal a szociális munkás támogatásával el tudja kezdeni megoldani azt.

Az MBT terápiában az ülések alkalmával a segítő kíváncsian fordul a kliense felé, hiszen nem tudhatja, mi van a másik fejében, és pontosan mi is a problémája, és az miért jelent neki nehézséget. A megoldásról akkor lehet beszélni, ha már a segítő a kellő mélységében megértette, hogy miben kérnek tőle segítséget, és mit érez támogatásnak a kliens. Valódi megértés nélkül ugyanis fennáll annak a veszélye, hogy a szakember félreérti a kliensét, és nem adekvát segítséget nyújt. Mentalizáló beállítódással mindez könnyebben elkerülhető.

Tárgyaláskor a szociális munkás több résztvevő között áll, és próbálják megfogalmazni, mi a probléma, majd megoldást találni rá. Itt közvetítő szerepe van a segítőnek. A szociális munkás semlegesén áll a kliensekhez, de olykor támogatja, egyik-másik oldalra állva képviseli a meglátásait. A cél, hogy a kliens környezetéből olyan személyek is be legyenek vonva, akik tudják támogatni, előbbre vinni és segíteni a probléma megoldását. A problémát elemzik, konkrét lépéseket dolgoznak ki a megoldásért, ezeket időszakosan felülvizsgálják. Olyankor a kompromisszum meghozására serkenti a klienseket. A szociális munkás a felek között közvetítve, akár egymás mondatainak lefordításával viszi előbbre a folyamatot.

Az MBT szemléletű segítés során a bevont személyek mentális állapota és mentalizációs képessége kiemelt szerepet kap. A cél, hogy a kliens és a környezete a lehető legkönnyebben

megértse egymást, ezáltal a támogatás és a segítségnyújtás a lehető leghatékonyabb legyen. A mentalizáló szemlélet alapvetése, hogy ugyanazokat a helyzeteket másképpen élhetjük át, másként értelmezhetjük, különböző nézőpontokból láthatjuk. Ez a beállítódás, és az MBT eszköztárának ez irányú alkalmazása nagyban segítheti a tárgyalás folyamatait.

A **közbelépésnek** (intervenciónak) akkor van jelentősége, amikor veszélyeztetett helyzet alakul ki, a kliens nem tud változtatni az adott helyzetén, és akár ön- vagy közveszélyessé is válhat. Ilyenkor a szociális munkás közbelép, feltárja a problémát és egyedül vagy a jelzőrendszer más szereplőit segítségül hívva serkenti a változtatást. A veszélyeztetett személy környezetével is foglalkozik, és mielőtt cselekszik, a lehető legtöbb információt is begyűjti.

A mentalizáció szemléletű segítői munka során a kliens és a segítő megegyezik egy krízistervben, amelyet együtt írnak meg a közös, mentalizáló folyamat során. Ez egy megállapodás, amely a kliens számára is egy biztos pontot nyújthat, jelezve, hogy olyankor sem marad egyedül, ha a segítője nem elérhető. E megállapodás továbbá elősegíti a magasabb szintű mentalizálást a veszélyeztető helyzetekben azzal, hogy részletesen tárgyalja a krízishez vezető folyamatokat, a kezdeti jeleket, a mélyülés szakaszait és a lehetséges megoldásokat. Így a kliens a mentalizálása összeomlásakor is nagyobb eséllyel lesz képes felismerni a helyzetét, és tud majd megfelelő megoldásokat alkalmazni.

A **képviselő** azt jelenti, hogy a szociális munkás a képviselője a kliensnek. Formálisan a gondnoka vagy a gyámja, és jogi, hivatalos és szociális ügyekben ő jár el helyette, amivel kiegyenlíti a kliens kompetenciahiányát. A hatóság kölcsönös jogkört ad a szociális munkásnak, ami lehet határozatlan idejű vagy szólhat egy-egy elintézendő ügyre. A szociális munkás szem előtt tartja a kliens szükségleteit és igényeit. A cél az, hogy idővel önállóan tudja rendezni ezeket az ügyeket.

Az MBT szemléletét alkalmazó szociális munkás a mentalizáló beállítódás és eszköztár alkalmazásával segíti a klienst a szociális ügyei képviselőjében, illetve elősegíti a mentalizációs képességének a fejlődését, miáltal a későbbiekben ő maga is hatékonyabban lehet képes saját maga képviselőjére.

Beszzerzésről akkor van szó, ha a szociális munkás szociális hiányt ellensúlyoz. Munkát, pénzt, lakhatást, valamilyen szolgáltatást szerez a kliensnek, vagyis egy harmadik oldalt is bevon: más személy vagy szervezet igénybevételével. Ez lehet azonnali, egyszeri vagy meghatározott időre szóló segítség. Törekednie kell arra, hogy ne csak az aktuális szükséghelyzetet kezelje, hanem feltárja, hogy a kliens hogyan jutott el odáig. Azt is fel kell mérni, hogy a kliensnek valóban szüksége van-e a segítségre, vagy csak azt gondolja, hogy rászorul. Fontos tudni, hogy valóban tartós nehézséget okoz-e a kliens számára elérni a szociális létminimumot vagy ez csupán egy átmeneti helyzet.

Az MBT terápia szakemberei multidiszciplináris teamben dolgoznak, így egymástól könnyebben tudnak segítséget kérni abban, hogy hová lehet fordulni, ha a kliensnek szüksége van párhuzamosan egyéb ellátásra is. Itt sem nélkülözhető a mentalizáló szemlélet, hiszen a segítséghez szükséges, hogy a kliens és a segítő is ugyanazt értse problémának és célnak, és egyetértsenek az ahhoz vezető út lépéseiben is.

Gondozásról akkor beszélünk, ha a szociális munkás a kliense mellé áll az életében folytatott, napi küzdelmeiben. A szociális munkás közvetlen vagy közvetett gondoskodó tevékenységet folytat. A közvetlen gondoskodás során a segítő a kliens „helyett” hoz döntéseket, szem előtt tartva a számára a legjobb lehetőségeket, támogatja a klienst és mellette

áll. Közvetett gondoskodásnak azt az eljárást nevezzük, amelynek során a segítője klient hozzájuttatja ahhoz, hogy egy harmadik fél gondoskodjon róla. Aktívan elősegíti, hogy a harmadik fél és a kliens között kialakuljon a bizalom. Ugyanakkor a felelőssége természetesen nem szűnik meg a kliens iránt attól, hogy csupán közvetve segít neki (Lüssi, 2004).

Sem a közvetett, sem a közvetlen gondoskodás nem valósulhat meg kellő hatékonysággal a mentalizáló beállítódás nélkül. Hiszen enélkül a szakember sem a kliens érdekeit figyelembe vevő döntéseket nem tud meghozni, sem az egyéb segítő intézményekhez nem tudja hatékonyan odairányítani őt, mivel valós kötődési kapcsolat nélkül ez aligha sikerülhet.

„Amennyiben a kliens a szociális segítői hálózat alanyaként jelenik meg, hatékony segítséget akkor kaphat, ha segítője nem csupán a jólét, hanem a jólét személyesebb kérdéseire is figyelemmel van” (Erdős, 2013). Ebben a mentalizáló szemlélet és az MBT eszköztára nagy segítséget adhat.

V. Az MBT alapbeállítódása, eszközei:

Az MBT nem egy új terápiás segítői módszer, abban az értelemben, hogy minden segítői beszélgetés a mentalizálást is fejleszti. A mentalizáció alapú terápia (mentalization based treatment - MBT), a mentalizáció alapú segítői beállítódás viszont a mentalizálás fejlesztését helyezi a segítői kapcsolat fókuszába (Bateman & Fonagy, 2016; 2012; Allen Fonagy & Bateman, 2011).

A mentalizálás fejlődését az MBT a következő eszközökkel segíti elő, amelyeket akár a bevezetőben bemutatott helyzetben Géza is alkalmazhatott volna:

1. „A másik fejébe nem látok bele” („not knowing stance”) hozzáállás

A mentalizáláshoz kapcsolódó, egyik leglényegesebb szempont, hogy „nem látunk bele egymás fejébe”, azaz sohasem lehetünk biztosak a másik személy mentális állapotában. A segítői szemléletben ez azt jelenti, hogy lehetnek ötleteink arra vonatkozóan, mi játszódhat le a kliensünkben adott helyzetekben, de arra figyeljünk, hogy ne azonosítsuk a saját érzéseinkkel, hasonló élményeinkkel.

Példa: A kliens elmondja, hogy tegnap összeveszett a férjével, számára fontos kérdésben nem értettek egyet, és úgy érzi, őt sosem érti meg a férje, nem engedi, hogy döntéseket hozzon egyedül. Gézának ekkor eszébe jut a tegnap este, amikor összeveszett feleségével – és milyen dühös volt még ma reggel is! A segítőnek arra kell figyelnie, hogy ne azonosítsa a saját érzéseit a kliensével, ne higgye azt, hogy megértette kliensét, hisz nem tudhatja, milyen érzései vannak a veszekedéssel kapcsolatban, egyáltalán nem biztos például, hogy ő is dühös volt.

2. Empatikus validálás („empathic validation”)

A mentalizáláshoz kapcsolódó, másik lényeges szempont, hogy a dolgokat láthatjuk másképpen, a különféle helyzetek is hathatnak ránk eltérő módon. Fontos a segítői beállítódásban a kliens élményeinek, érzéseinek, gondolatainak empatikus elfogadása és ennek explicit kifejezése (Bateman & Fonagy, 2016).

Példa: A kliens kifejti, hogy a férjével azon veszekedtek: szeretne munkahelyet váltani, mert úgy érzi, hiába túlórázik, nem becsülik meg a munkáját, ő kapja a legtöbb plusz munkát, és reggel már gyomorgörcsrel kel fel, amikor dolgozni kell mennie. Géza kimondja, hogy nem lehet könnyű, hogy úgy érzi, nem becsülik meg munkáját, miközben ő úgy érzi, sokat dolgozik,

frusztráló érzés lehet a hétköznapokban így felkelni. Nehéz lehet, hogy úgy érzi, nem érti meg férje.

3. *Állj, tekerd vissza, tárd fel („stop, rewind, explore”)*

A mentalizálás fejlesztéséhez elengedhetetlen a páciens mentális állapotainak pontos, a maguk folyamataiban felmért megértése. Ez segíti elő, hogy a későbbiekben képes legyen jobban megfigyelni önmagát és mentális állapotok folyamataiban érteni saját magát. Akár az érzelmileg nehéz helyzetekben is. A hatékony mentalizálás szempontjából fontos, hogy segítőként törekedjünk a minél részletesebb és pontosabb megértésre, amihez elengedhetetlen az őszinte kíváncsiságunk. Lényeges, hogy ne *tegyünk* úgy, hogy értünk valamit, ha az nem így van valójában (*Bateman & Fonagy, 2016*).

Példa: Géza abban segít a kliensének, hogy az a részleteire szét tudja szedni a férjével való veszekedést, és így annak minden egyes mozzanatára rálásson. Megértse, hogy hogyan jutottak el a veszekedésig, mi zajlott le benne közben, hogyan fejeződött be, ha egyáltalán vége lett, és mi történt utána. Miért gondolja, érzi azt a kliens, hogy a férje sosem érti meg, és hogy ő nem hozhat egyedül döntéseket. Miből érzi ezt, szerinte mi lehet a férje fejében ezekben a helyzetekben.

4. *Transzparencia („transparency”)*

A súlyosabb mentalizálási nehézségekkel küzdő klienseink gyakrabban értenek félre interperszonális helyzeteket, amelyek következményei olykor drámaiak is lehetnek (pl. önsértés, heteroagresszió, szerhasználat). Ezért fontos, hogy a segítői kapcsolatban nyílttá tegyünk a saját mentális folyamatainkat, az „itt és most” helyzetben. Különösen akkor, ha a segítői kapcsolatban jelenik meg a félreértés. Lényeges ugyanakkor, hogy ne feledjük első lépésként az „empatikus validálást” itt sem. A transzparencia célja a segítő elméje ill. az abban zajló folyamatok megnyitásán keresztül segíteni a klienst annak megértésben, hogy a másik elme egy különálló elme, amelyben ugyanúgy zajlanak mentális folyamatok, ám azokba nem lát bele anélkül, hogy arról ketten beszélnének (*Bateman & Fonagy, 2016*).

Példa: Géza elmondja, hogy úgy látja, a kliense most feldúltnak tűnik és szomorúnak, ahogy a veszekedésről beszél. A transzparencia szempontjából fontos lépés, amikor Géza hangsúlyozza, hogy ez csak az ő benyomása volt, és lehet, hogy a kliens ezt másképp éli meg. Továbbá elmondja azt is, hogy ez a történet őt is megérintette, és mélyen együtt érez vele. A kliens kifejti, hogy Géza szemöldöke másról árulkodott, és őt ez nagyon felzaklatta. Szerinte a segítő felhúzott szemöldöke valójában azt jelezte, hogy egyáltalán nem ért vele egyet. Géza, miután validálja a kliens élményét, őszintén elmondja, hogy mi zajlott le benne, és miért is emelte meg a szemöldökét. Megbeszéljük a félreértést, azaz helyreállítják a mentalizálás folyamatát.

5. *Az „elég jó” mentalizálás megerősítése*

Lényeges, hogy segítőként ne csupán a hiányokra, félreértésekre fókuszáljunk, hanem észrevegyük és visszajelezzük, ha kliensünk „elég jól” mentalizál egy helyzetet. Sőt, ennek a sikernek lényeges lehet a folyamatát is felfejteni.

Példa: A kliens nem tud arra válaszolni, hogy mit érzett akkor, amikor a férjével veszekedett. Semmit nem érzett. Géza megkéri a klienst, hogy gondolja végig, érzett-e valamilyen testi

reakciót. Amikor a kliens elmondja, hogy úgy érezte: feszített a teste, egyre jobban belemennek, hogy hol érezte ezt pontosan, és hogy előfordult-e már máskor is, hogy hasonló érzése volt. Ennek során a kliens lassan felépíti, hogy mit érzett a veszekedés közben. Géza megerősíti a kliens erőfeszítését, és hangsúlyozza, hogy most mennyivel pontosabban érthető már az egész helyzet, az ő számára is.

6. *Kizökkentés („challenge”)*

A kizökkentés alkalmazása azokban az esetekben indokolt, amikor a kliens „fejből beszél”, azaz az érzelmek mintegy disszociálódnak a gondolatoktól és a viselkedéstől. Ilyenkor szükséges valahogyan kimozdítani ebből a nem mentalizáló állapotból, mivel a terápia célja, hogy a kliens minél kevesebb időt töltsön „nem mentalizáló” módokban (Bateman & Fonagy, 2016).

Példa: A kliens arról beszélt, hogy nem jelent a számára problémát a veszekedés, megszokta, hogy a férje sosem érti meg, és érzéseket fogalmaz meg, eközben egy rezzenés sincs az arcán. Kizökkentés lehet ebben az esetben például az, ha Géza visszajelzi a számára megjelenő ellentmondást, a történet és a rezzenéstelen arc között. Vagy megkéri a klienst, hogy álljanak fel mindketten és sétáljanak egy kicsit. De feltehetően akár egy teljesen más témával kapcsolatos kérdést is, ami hirtelen kimozdítja a nem mentalizáló állapotából. Fontos, hogy a kimozdító beavatkozásokat követően Géza visszatér az eredeti történetre és annak megélésére, amelyről ekkor már a kliens is nagyobb érzelmi átéléssel tud beszélni.

7. *A mentalizálás színvonalának azonosítása, majd serkentése a korábban felsorolt eszközökkel*

„A mentalizáció mentalizációt szül, a nem mentalizáció pedig annak hiányát szüli.” Fontos, hogy miközben a segítő figyel a saját mentalizációjára is, elősegítse a kliens jobb mentalizálását (Allen és mtsai, 2011).

Ha a segítő, terapeuta felismeri, érzékeli, hogy a kliensénél hiányzik a mentalizáció, vagyis „nem mentalizáló” módban van, a korábban bemutatott eszközökkel elő tudja segíteni, hogy helyreálljon a mentalizáció folyamata.

A mentalizálás három módon omolhat össze (ezek az ún. „nem mentalizáló” módok):

1. *Pszichés ekvivalencia.* Azt a fajta mentális állapotot jelenti, amikor meg vagyunk arról győződve, hogy ahogyan mi látjuk, megéljük az adott helyzetet, annak kizárólagos az igazságtartalma.

Példa: Amikor a kliens elmondja a férjével lezajlott veszekedést, zaklatottnak tűnik, emelt hangon meséli, hogy mit mondtak egymásnak, és hogy őt egészen biztosan nem érti meg férje, mert még soha nem volt olyan, hogy megértette volna. Ilyesmi még egyszer sem fordult elő. Géza a feszült állapotot egyértelműen érzékeli a kliense kiabálásából, élnk gesztikulálásából. Az, hogy eközben a kliens arról beszél, hogy őt soha nem értette meg a férje, és hogy mindig ez a helyzet áll fenn náluk, elgondolkodtatja Gézát azzal kapcsolatban, hogy a kliens éppen nem mentalizáló állapotban van, hanem pszichés ekvivalenciában.

2. *Teleologikus mód.* Azt a mentális állapotot jelenti, amikor kizárólag viselkedési jegyekből, tettekből következtetünk önmagunk vagy mások mentális állapotaira.

Példa: A kliens elmondja azt is, hogy ha fontos lett volna a férjének az egész helyzet, és kicsit is megértette volna, biztosan vett volna neki valami szép ajándékot. Géza hallva ezt a gondolatmenetet, validálja a kliens értelmezését, majd arról kérdezi, hogy vajon van-e annak másféle jele is, ha a férje megérti őt.

3. *Pretend mód.* Azt a mentális állapotot jelenti, amelyben az érzések és gondolatok különválasztódnak, szinte disszociálódnak. Például amikor valaki „fejből” beszél, valós, hiteles érzelmi átélés nélkül.

Példa: Amikor Géza arról kérdezi a klienst, hogy milyen érzés most itt a veszekedésről beszélnie, a kliens azt mondja, hogy nincs ezzel problémája, semmi különös nem érez, örül, hogy elmondhatta, így már meg is könnyebbült. Nem jelent már problémát a tegnapi veszekedés. A kliens semlegesen beszél, miközben eddig azt hangsúlyozta, hogy mennyire megviselte mindez. Géza kíváncsian, értetlenségét kifejezve kérdez rá erre a hirtelen változásra.

Ha a szakember felismeri, érzékeli, hogy a kliense „nem mentalizáló” módban van, a korábban bemutatott eszközökkel elő tudja segíteni, hogy helyreálljon a mentalizáció folyamata.

VI. Az MBT nemzetközi és hazai képzési rendszere

A mentalizáció alapú terápia sokrétű alkalmazási lehetőségeihez alakították ki a londoni Anna Freud Center (AFC) munkatársai a képzési rendszerüket (<https://www.annafreud.org/training/mentalization-based-treatment-training/>), amelyet azóta már a világ számos más országában is alkalmaznak. Ennek keretein belül a főbb különböző alkalmazási területeknek megfelelően (felnőtt személyiségzavarral élők, problémás serdülők, problémás gyerekek, sokproblémás családok, baba-mama konzultáció), különböző MBT alapú tréningeken lehet részt venni, amelyekhez azokat követően szupervízió is kapcsolódhat. A tréningek kifejezetten gyakorlat-orientáltak, így a „rövidségük” ellenére is hatékonyak a módszer elsajátításához.

Jellemző, hogy minden mentalizációval kapcsolatos tréning az AFC-vel való együttműködésben indítható más országokban, az AFC képzőinek vezetésével. A képzéseken való részvétel feltétele a megfelelő végzettség – nővér, szociális munkás, pszichológus, pszichiáter és a már meglévő klinikai tapasztalat. A tréningek általában 2-4 nap hosszúságúak.

Az „MBT alapképzettséget” meghatározott idejű, rendszeres szupervízió után az „MBT gyakorló”, majd pedig az „MBT szupervizori” szint követi az AFC képzési rendje szerint.

Az MBT magyarországi képzési rendje is a nemzetközi sztenderdekhez igazodik. A hazai tréningeket a Magyar Mentalizációs Egyesület (www.mentalizacio.hu) és az Anna Freud Center szervezi együttműködésben. A hazai képzési rendszerben is fontos a multidiszciplináris szemlélet megjelenése, azaz, hogy minél szélesebb körben hozzáférhető legyen a módszer és minél több területen alkalmazzák. A saját és a nemzetközi tapasztalataink is azt mutatják, hogy a „nehéz kliensekkel” végzett mentalizációs szemléletű segítői munka hatékonyságához elengedhetetlen a rendszeres szupervízió és a mentalizációs szemléletű teamben végzett munka. Ezért javasoljuk, hogy a különböző segítői feladatot ellátó intézményekben alakuljanak olyan munkahelyi csoportok, amelyek a mentalizációs szemléletet helyezik a segítség fókuszába. Lehetőleg heti rendszerességgel tartsanak eszmegbeszélőt, és havi rendszerességgel vegyenek részt csoportos szupervízióon.

Irodalom

1. Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Oriold és Társai.
2. Asen, E. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Family therapy. In Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
3. Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2012). A mentalizáció alkalmazása borderline személyiségzavar kezelésében. In Clarkin, J. F., Fonagy, P. & Gabbard, G. O. (Szerk.), *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája* (pp. 201-224). Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
4. Bateman, A. W. (ed.) (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
5. Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press, Oxford.
6. Bateman A. W. et al. (2017). Quality manual for mentalization based treatment. https://www.annafreud.org/media/6174/a-quality-manual-for-mbt_edited-november-2017.pdf (utolsó letöltése 2019.04.09.)
7. B. Erdős, M. (2013). Szociális munka és mentálhigiéné: Közeli pályákon. In Kiss E. Cs. & Makó H. (Szerk.), *Mentálhigiéné is segítő hivatás* (pp. 131-146). Pécs: Pro Pannonia.
8. Barát, K. & Demetrovics, Zs. (2009). Családterápia és szerfüggőség. In Demetrovics, Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai 3* Budapest: Eötvös Kiadó.
9. Cohen, P. (2016). Dyadic Treatment, Reflective Functioning and Video feedback: Fostering Attachment with Families in the Foster Care System. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 15(2), 104-119.
10. Jacobsen, M. N., Ha, C. & Sharp, C. (2015). A mentalization – based approach to caring for youth in foster care. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 14(4), 440-454.
11. Karterud, S. & Bateman, A. W. (2011). *Manual for Mentalization-Based Treatment (MBT) and MBT Adherence and Competence Scale, Version Individual Therapy*.
12. Karterud, S. (2017). *Mentalizáció alapú csoportterápia (MBT-G), Elméleti, klinikai és kutatási kézikönyv*. Budapest: Oriold és Társai.
13. Karterud, S. (2019). *A Temperament-Attachment-Mentalization-Based (TAM) Theory of Personality and Its Disorders*. *Frontiers in Psychology*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6439347/> (utoljára letöltve 2019.04.02.)
14. Lüssi P. (2004). *A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve*. Budapest. Párbeszéd Dialógus Alapítvány.
15. Midgley N. és mtsai (2019). *The hearts and minds study: feasibility of a randomized controlled trial of mentalization-based treatment versus usual care to support the wellbeing of children in foster care*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6617562/> (utolsó letöltés: 2019.07.31.)

16. Morken, K., Karterud, S. & Arefjord, N. (2013). Transforming Disorganized Attachment Through Mentalization-Based Treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 117–126.
17. Philips, B., Kahn, U. & Bateman A. W. (2012). Drug addiction. In Bateman A. W. & Fonagy P. (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
18. Suchman, N. és mtsai. (2012). At-riskmother of infants and toddlers. In Bateman A. W. & Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
19. Twemlow, S. és mtsai. (2009). A mentalizáló közösségek fejlődéslélektani megközelítése. A „békés iskolák” kísérlete. *Pszichoterápia*, XVIII. évfolyam 4. szám. 261-268.

A közösségi pszichiátria bemutatása. Hogyan segíti elő a közösségi ellátás a mentális zavarral élő személyek felépülését?¹⁰⁷

Bevezetés

A tanulmány célja annak bemutatása, hogy mentális zavarral élő személyek felépüléséhez hogyan járul hozzá a közösségi pszichiátriai ellátás. Mit jelent a felépülés a mentális zavarral élő személyek esetében? Milyen tényezők segítik elő a felépülést?

A közösségi pszichiátriai ellátás a kliens otthonában, a természetes támaszként megjelenő hozzátartozók, barátok bevonásával valósul meg. A mentális zavarral élő kliens örömteli céljaira alapozott gondozási terv adja az alapját a közös munkának, amely a felépüléshez vezethet. A gondozási terv határozza meg azt is, hogy milyen pszichoszociális rehabilitációs stratégiák jelennek meg a rehabilitációban.

A tanulmány keretében bemutatásra kerül egy 2015-ös kutatás, amelyben 16, önmagát felépültnek tekintő személy mesél az életéről, a mentális zavaráról, a stigmatizációról, amit a mentális zavar következtében megélt, az önségítésről és a rehabilitációról, amelyben részesültek. A félig strukturált életútinterjúk elemzése során számos tényező jelenik meg, amelyek az interjúalanyok meglátása szerint elősegítették a felépülésüket. A közösségi pszichiátriai ellátás által nyújtott pszichoszociális rehabilitáció fontos pilléreként jelenik meg ezen az úton.

A felépülésnek nincsen egységes meghatározása, mivel maga a folyamat egyedi és személyes. Az egyik meghatározás, amelyre a szakemberek, kutatók és a felhasználók leggyakrabban hivatkoznak az Anthony (1993) által kínált definíció, amelyben a felépülés mélyen személyes, egyedülálló folyamat a hozzáállás, értékek, érzések, célok, készségek és/vagy szerepek megváltoztatásához. A felépülés magában foglalja az új élet értelmének és céljainak kifejlesztését, amelynek során az ember meghaladja a mentális zavar katasztrófájának következményeit (Francis, 2014). A felépülést számos szakirodalom egy utazásként definiálja: olyan utazásként, amely a tünetek alól való felszabadulás jellemez. Pozitív

pszichológiai fejlődés, amely visszaadja az értelmes, örömteli élet éléséhez a hitet. Mit gondolhatnak a mentális zavarral élő személyek a felépülésről? Hogyan látják, hogy milyen tényezők segítik elő ezt a pozitív pszichológiai fejlődést? Az ezekre adott válaszokon keresztül jobban megérthetjük a felépülés folyamatát. Továbbá, ha ismerjük a felépülést elősegítő tényezőket, hatékonyabb pszichoszociális rehabilitációt tudunk biztosítani. A felépülés a mentálhigiénés rendszer vezető alapelvevé vált. Eredményeként olyan gondozást és szolgáltatásokat kell kialakítani, amelyek megkönnyítik az emberek életében folyamatban lévő változásokat. A felépülés társadalmi és interperszonális kontextusban bontakozik ki (Topor, Borg, DI Girolamo és Davidson, 2011 idézi Francis 2014).

¹⁰⁷Jelen munka az *Utazás a mentális zavarból a felépülés irányába* című Ph.D. disszertáció felhasználásával íródott. (Humán Tudományok Doktori Iskola Debreceni Egyetem, 2015)

Szolgáltatások mentális zavarral (pszichoszociális akadályozottsággal) élő személyek számára

Magyarországon a mentális zavarral élő személyek az egészségügyi és szociális ellátás igénybevételével juthatnak szolgáltatáshoz.

A *járóbeteg ellátást* a pszichiátriai gondozók, a pszichiátriai szakrendelők, a fekvőbeteg ellátást biztosító osztályok ambuláns rendelései, szakambulanciák biztosítják.

A *háziiorvosi és szakorvosi konzultációs szolgálat*, mint konzultációs-kapcsolati pszichiátria keretében a háziorvosok és más szakorvosok konzultációt kérhetnek pszichiáterektől a kompetenciájukat meghaladó esetekben.

A *pszichiátriai fekvőbeteg ellátás* általános kórházak pszichiátriai osztályain, pszichiátriai klinikákon, vagy pszichiátriai szakkórházban történik. Akut kórházi ellátásra a magas színvonalú közösségi pszichiátriai ellátás mellett is szükség van, bár kisebb mértékben.

Az egészségügyi ellátás keretében is megjelenik a mentális zavarral élő emberek nappali ellátása. Az *akut nappali kórházak* az akut kórházi ellátás felváltására, illetve lerövidítésére szolgálnak. A *krónikus nappali kórházak* a mentális zavarral élő személyek hosszabb távú segítségével foglalkoznak (Balogh, Bulyáki, Fallooon, Gordos, Harangozó, & Kristóf, 2004).

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján a szociálisan rászorultak részére a személyes gondoskodást az állam biztosítja. A személyes gondoskodás magában foglalja a szociális alapszolgáltatásokat és a szakosított ellátásokat.

A *szociális alapszolgáltatások* körébe soroljuk:

- a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatást,
- az étkeztetést,
- a házi segítségnyújtást,
- a családsegítést,
- a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást,
- a közösségi ellátásokat,
- a támogató szolgáltatást,
- az utcai szociális munkát,
- a nappali ellátást.

A *személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás*:

- az ápolást, gondozást nyújtó intézmény, a rehabilitációs intézmény,
- az átmeneti elhelyezést biztosító intézmény
- és a lakóotthon nyújtja

Ezeket együttesen *tartós bentlakásos intézményi ellátásként* is nevesítjük.

A *támogatott lakhatási szolgáltatás*:

2013. január 1-jétől a szociális szolgáltatások rendszere kiegészült a támogatott lakhatási szolgáltatással, mint szakosított, de nem intézményi ellátási formával. A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatait és működésük feltételeit a többször módosított 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet tartalmazza.

A célcsoport részére speciális alapszolgáltatásként a *közösségi ellátás* és a *nappali ellátás* jelenik meg.

Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére

A közösségi ellátás esetében az igénybevétel formája önkéntes, a szolgáltatás térítésmentes. A szolgáltatás a kliens otthonában hozzátartozóik, barátaik, számukra fontos személyek bevonásával valósul meg. A lakókörnyezetben nyújtott szolgáltatás biztosítja, hogy az érintett ott kapjon segítséget problémáira, ahol azok keletkeztek, javítva ezzel a segítséghez jutás esélyét, és az igénybevételi hajlandóságot. A közösségi pszichiátriai ellátásnak nemcsak a saját otthonukban élő, pszichiátriai diagnózissal rendelkező, mentális zavarral élő személyek és természetes támaszként megjelenő hozzátartozóik segítése, hanem a támogatott lakhatási szolgáltatást igénybe vevők pszichoszociális rehabilitációja, felépülésének elősegítése is fontos célja (Herold, Bulyáki, & Szabóné, 2018). A közösségi ellátás a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyek felépülésének, társadalmi integrációjának az elősegítését célozza. A komplex bio-pszicho-szociális rehabilitáció biztosítása hozzájárul az előzőekben megfogalmazott cél eléréséhez. A közösségi ellátás keretében szoros együttműködés alakul ki a pszichoszociális akadályozottsággal élő személyt gondozó pszichiáterrel, és más pszichoszociális ellátást nyújtó szolgáltatókkal.

A közösségi pszichiátriai ellátás keretében személyre szabott rehabilitáció valósul meg, amelynek kiindulópontját a kliens örömteli céljai adják. A gondozási folyamatban a család, barátok céljai és vágyaik is ugyan olyan fontossággal jelennek meg, mint a klienséi.

A szolgáltatást igénybe vevők köre:

A közösségi pszichiátriai ellátás elsődleges célcsoportjába azok a személyek tartoznak, akik hosszan tartó mentális zavarral élnek, rendszeres pszichiátriai ambuláns gondozásban részesülnek, ugyanakkor otthonukban intenzív, szükségleteiknek megfelelő hosszú távú pszichoszociális rehabilitációs támogatást igényelnek (Herold, Bulyáki & Szabóné, 2018).

A szolgáltatást igénybe vevők többsége az alábbi betegségekkel küzd:

- Schizofrénia, schizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek (BNO /Betegségek Nemzetközi Osztályozása/ F20-F29)
- Hangulatzavarok (affektív rendellenességek) (BNO F30-F39)

Továbbá, mintegy 10%-ban a fenti csoportokba nem besorolható pszichiátriai ellátottak. Ezek a mentális zavarokkal diagnosztizált személyek komplex támogatást igényelnek, a közösségi pszichiátriai ellátás ennek a megvalósítására törekszik.

Pszichiátriai betegek nappali ellátása

A pszichiátriai betegek nappali ellátása „személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás a tizennyolcadik életévüket betöltött fekvőbeteg-kezelést nem igénylő mentális zavarral élő személyek részére. Az igénybevétel önkéntes, a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy kérelmére történik. A szolgáltatás az önsegítésre, az öntevékenységre épít. A nappali klubok az ellátást igénybe vevők igényei alapján kulturális, szabadidős, tájékoztató, képzési, lakossági és családi programok, találkozók szervezését, lebonyolítását biztosítják. Lehetőséget ad a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá igény szerint megszervezi az ellátottak étkeztetését. A nappali ellátás biztosításának további célja az igénybe vevők személyre szabott segítése, ennek érdekében szolgáltatási/gondozási terv mentén komplex rehabilitációs tevékenységekkel vesz részt a pszichoszociális akadályozottsággal élők felépülésében. A nappali ellátás alapvetően

egy nyitott, szükségletekre gyorsan reagáló, integráló szerepet betöltő ellátási forma, amely települési szinten háttérét adhatja az alapszolgáltatások összekapcsolásának” (Ács & Gordos 2017).

A fentiekben ismertetett szolgáltatások célja, hogy a mentális zavarral élő személyeket és természetes támaszként jelenlévő hozzátartozóikat a felépülés útján segítse.

„Tünettel, vagy tünet nélkül történik ez, az nagyjából lényegtelen, a lényeg az, hogy jól érzem magam. Az örömben és az életemben. Nekem ez a felépülés” (Interjúrészlet, Bulyáki, PhD kutatási anyag, 2015)

A közösségi pszichiátria alapelvei

- A pszichoszociális akadályozottsággal élő embereknek mentális problémájuktól függetlenül joguk van a társadalmi életben való aktív részvételre.
- Bio-pszicho-szociális szemlélet.
- Korai, maximális intervenció elve.
- A pszichoszociális akadályozottsággal élő ember aktívan vesz részt a rehabilitációs folyamatban.
- A természetes támogató környezet (család, barátok) bevonása a rehabilitációs folyamatba.
- Hatékony esetmenedzselés: a közösségi pszichiátriai terápiás munkatárs / team követi a pszichoszociális akadályozottsággal élő ember sorsát, kapcsolatot tart a különböző pszichoszociális ellátást nyújtó szolgáltatókkal.
- Pszichoszociális rehabilitációs stratégiák alkalmazása.
- A közösségben rejlő erőforrások maximális felhasználása a rehabilitációban.
- Rehabilitációs (gondozási) terv és szerződés kidolgozása a pszichoszociális akadályozottsággal élő személy és a természetes támogató környezet bevonásával.
- Önszorgító aktivitások facilitálása, önszorgító erőforrások felhasználása. Tapasztalati és kísérő szakértők aktív jelenléte a pszichoszociális rehabilitációt végző szolgáltatóknál.
- A közösségi pszichiátriai ellátás multidiszciplináris team-munkára épít. A mentális zavarral élő embert gondozó pszichiáter együttműködik a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozó terápiás munkatárssal.

Ezek az alapelvek a rehabilitációért és a felépülésért dolgozó közösségek értékeit, elvárásait tükrözik. Olyan értékeket és célokat közvetítenek, melyek meghatározzák a pszichoszociális rehabilitációs ellátást (Lieberman, 2010). A humanisztikus alapelvekre építve, ez a rehabilitációs gyakorlat képessé teszi az embereket arra, hogy:

- képességeikben fejlődjenek és új képességeket sajátítsanak el;
- támogatáshoz jussanak;
- életviteli készségükben fejlődjenek és önállóan éljenek, amennyire ez lehetséges;
- integrálódjanak a mindennapi életbe, a közösségbe;
- a kívánt tevékenységeiket megtudják valósítani;
- a mentális zavaruk tünetei mérséklődjenek, vagy megszűnjenek;
- értelmes élet élhessenek, amelyben megélik az önhatékonyságukat (Lieberman, 2010).

Mi a felépülés?

A felépülés fogalmát nem egyszerű meghatározni. A pszichiátriai ellátásban, klinikumban dolgozó orvosok inkább a mérhető tényezőket, változásokat tartják fontosnak. Például képes-e az érintett ember az önálló életvitelre, van –e munkája, képes a gyógyszereszedését önállóan menedzselni (Libermann, 2010; Bulyáki, Kaszás, Gallai & Harangozó, 2018).

A klinikai felépülés fogalma:

- megközelítés, amely a kimeneti állapotot írja le
- e leírás a klinikusok megfigyelése és értékelése alapján történik
- a leírás nem individualizált, hanem a leíró pszichiátria kategória rendszerébe illeszkedő „besorolást” képvisel

Kritériumok:

- az adott személy rendelkezik előzetesen felállított diagnózissal
- jelen állapotában az ahhoz kapcsolódó diagnosztikai kritériumok nem állnak fenn
- több mint 5 év telt el az utolsó kórházi felvétel után
- pszichoszociális funkciói jelenleg „normál sávban” vannak (GAF /általános adaptációs/ pontérték pl. 65 pont körül.)
- antipszichotikus gyógyszerek csak kevéssé kerülnek alkalmazásra

Liberman és Kopelowicz (2002) emellett kiemeli az alábbi szempontokat:

- teljes tüneti remisszió
- teljes vagy részidejű munka vagy tanulás, ami hasznos, eredményes és a személy életkorának megfelelő
- független életvitel / informális gondozók ellenőrzése nélkül/
- bensőséges családi, baráti kapcsolatok, akikkel a mentális zavarral élő személy eltölti szabadidejét
- állapota legalább két éve stabil
- szabadidős tevékenységek (Libermann, 2010; Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó & Szabó, 2019)

Személyes felépülés:

Egy másik megközelítés a felhasználók szempontjait követi, és ez a legelfogadottabb. Anthony szerint (idézi Szabó 2014: 62; Bulyáki és mtsai 2018:7) a felépülés egy nagyon személyes változás-folyamat. A betegségből adódó akadályok, korlátok ellenére a személyes felépülés egy reményteljesebb élet esélyét teremti meg. Új jelentést és célt ad az egyén életének, és lehetőséget kínál arra, hogy túljusson a mentális zavar következményein (Szabó 2014; Bulyáki és mtsai, 2018).

A mentális zavarral élő szemszögéből nézve a személyes felépülés azt is jelenti, hogy az életét nem kórházakban tölti, és nem is egy bentlakásos intézetben, ahol mások kontrollálják az életét, hanem képes mentális zavara ellenére életét alakítani. Mentális jólléte gyógyszermentesen is létrejöhet. E megközelítés fontos eleme, hogy a mentális zavarral élő személy a visszahúzódnás helyett aktívan vesz részt saját sorsának alakításában, és a védekező elutasítás helyett a nehézségekkel való szembenézésre és elfogadásra ösztönzik.

A felépülés létrejöhet professzionális beavatkozás nélkül is. A felépülés nagyon egyéni, mélyen személyes változás folyamat, amelyben a bátorságnak és a jövőbe vetett reménynek fontos szerepe van. A felépülés folyamán megerősödik az a törekvés, hogy a mentális zavarral élő visszaszerezze kontrollját az élete felett, és egy olyan pozitív önkép alakuljon, mely által az egyén nem elsősorban pszichiátriai betegnek látja önmagát. A felépülés folyamata nem csupán önmagára támaszkodó változás folyamat, hanem feltételezi mások támogatását is. A felépülés ugyanakkor nem lineáris folyamat, hanem visszalépésekkel tarkított komplex „élet-utazás” (Szabó 2014; Bulyáki, Kaszás, Gallai & Harangozó, 2018).

Felépülés klinikai és személyes értelemben

A felépülést tekinthetjük természetes folyamatnak. Vannak olyan mentális zavarral élő személyek, akik pszichiátriai diagnózisuk és a mentális zavar tetten érhető kritériumai ellenére képesek megbirkózni a mentális zavar okozta nehézségeiken, boldogulnak az élet élésében, és képesek megvalósítani személyes örömteli céljaikat pszichiátriai rehabilitáció nélkül. Mások elsősorban megfelelő pszichiátriai rehabilitáció által tudnak felépülni a mentális zavarból, de találkozhatunk spontán felépüléssel is, miközben örömteli céljaikat különféle támogató szolgáltatások igénybevételével érték el. Fontos tényező a remény, hinni a szebb élet esélyében, felismerni, hogy a mentális zavar diagnózisa ellenére nem szükségszerű, hogy a mentális zavarral élő ember élete intézményi keretek közé korlátozódjon (Szabó, 2014; Bulyáki és mtsai, 2019).

Slade (2009) megközelítésében az alapvető cél a mentális zavarral élők személyes felépülésének támogatása (a klinikai felépülés ennél szűkebb, és a személyes felépülésnek alárendelt cél). A pszichoszociális rehabilitáció fontos eleme a felépüléshez vezető útnak, a személyes felépülés kiemeli a remény, a jelentés és identitás, valamint a személyes felelősség jelentőségét.

Míg a mentális zavarral élő személy a korlátozottságból a felépülés irányába halad, számos szubjektív érzést és objektív tényezőt tapasztal meg. Így például:

- *Remény egy jobb jövőben*, ami a tünetekkel és korlátozottsággal való sikerebb megküzdésből, és a pozitív énkép visszaszerzéséből adódik.
- *Felhatalmazottság* (megtehetem, mert az én dolgom és képes vagyok rá) ami a célok elérésének a sikeréből és a kezelésben való részvételből adódik.
- *Spirituális erő*, ami hittel és reménnyel köti össze az embereket.
- *Önsegítés és szociális támogatás a sorstársaktól*, tapasztalati és kísérő szakértőktől.
- *Stigmatizáció*, a mentális betegségeket és a mentális betegeket megbélyegző társadalmi gyakorlat leküzdése (Libermann, 2010; Bulyáki, Kaszás, Gallai & Harangozó 2018).

A személyes felépülés szakaszai:

- bénító akadályozottság, zavartság érzése, kontrollvesztés az élete felett, az önbizalom elvesztése, kapcsolatok elvesztése
- harc az akadályozottsággal szemben, törekvés a betegséggel kapcsolatos magyarázat megtalálására, remény, kudarc, félelem, belső erőforrások keresése
- együttélés az akadályozottsággal, a helyzet kezelésének kísérlete az akadályozottság határain belül

- túllépés az akadályozottságon – teljesebb élet, jelentés és cél megtalálása az akadályozottság leküzdésével (Szabó, 2014; Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó & Szabó 2019).

„Andersen ötfázisú felépülés modellje

- 1. Moratórium** – elutasítás, zavartság, reménytelenség, identitás zavar és visszahúzódás.
- 2. Tudatosulás** - felcsillan a jobb élet reménye és az, hogy lehetőség van a felépülésre. Ezt a környezetében lévő fontos mások erősítetik, szerepminták vagy a klinikus támogatása segítségével. Tudatosul az, hogy a beteg identitás helyett másféle identitás is kialakulhat.
- 3. Előkészület** - az egyén elkezd a felépülésén dolgozni felmérve személyes forrásait és határait, tanulva a betegségről és az elérhető szolgáltatásokról, miközben másokhoz csatlakozik, akik szintén a felépülés útján haladnak.
- 4. Újraépítés** - egy kemény munka fázis, amelyben a pozitív identitás, a személyes értékek, célok kialakítása folyik a betegséggel történő megküzdés felelősségével és a saját élet feletti kontroll visszanyerésével. Ebben fontos az egyéni rizikó vállalása is.
- 5. Fejlődés** - az egyén képes betegségét kézben tartani és egyensúlyát megőrizni. Megküzdő képesség, önbizalom, optimizmus jellemzi a jövővel kapcsolatban. Pozitív önképe van és hisz abban, hogy a betegséggel kapcsolatos tapasztalata nyomán jobb emberré vált” (Szabó, 2014; Bulyáki, Kaszás, Gallai & Harangozó, 2018:9).

A kutatás célja. Milyen tényezők segítik elő a felépülést?

A felépülés útját a korlátozottságot adó tünetektől való felszabadulás, az életbe való visszatérés jellemzi. Milyen tényezők segíthetik ezt az utazást? Erre a kérdésre kerestem a választ kutatásomban. Kutatásom célja az volt, hogy közelebb jussak a felépülés szubjektív értelmezésében, hogy a mentális zavarral élő személyek mit gondolnak a felépülésről, számukra mit jelent a felépülés, továbbá feltárjam, hogy milyen tényezők segítik elő a mentális zavarral élő személyek felépülését.

Kutatási hipotéziseim:

- A mentális zavarral élő személyek felépülését elősegíti, ha motiváltak a változás iránt és hisznek benne.
- A mentális zavarral élők felépülésének útján fontos szerepe van a családnak, a természetes támaszként jelenlévő barátoknak.
- A felépülésre hatással van a társadalmi elfogadás, a támogató környezet. A stigmatizáció akadályozza, nehezíti a mentális zavarral élő személyt a felépülésben.
- A felépülést elősegíti a személyes, örömteli célokra épülő, azok elérését elősegítő, hatékony pszichoszociális rehabilitáció, és az elérhető közösségi pszichiátriai szolgáltatások.
- A felépülésben az önsegítő aktivitásoknak fontos szerepe van.
- A felépülés egyik kulcsa a segítő, akinek fontos a mentális zavarral élő személy felépüléséhez segítése.

Kutatási minta:

Kutatásomban 16 mentális zavarral élő (8 nő, 8 férfi) Budapesten a Semmelweis Egyetem Közösségi Pszichiátriai Centrum- Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai ellátást igénybe vevő személy vett részt. A kutatás 2015 június 16. és 2015 szeptember 18. között valósult meg. Az interjúalanyok BNO besorolás szerint szkizofrénia (F20), szkizoaffektív pszichózis (F25) vagy bipoláris zavarral (F31) diagnózissal rendelkeznek. Az interjúalanyok a közösségi pszichiátriai ellátás keretében családjuk, természetes támaszuk bevonásával kapnak támogatást a felépülés útján. Az életútinterjúk időtartalma változó volt, 60 perctől 4,5 óra hosszúáig terjedő tartalommal. A széleskörű kutatási pillérekre épülő életútinterjúk lehetőséget adtak a felépülés árnyalt folyamatának megismerésére.

A kutatás helyszínéül szolgáló Ébredések Alapítvány rövid bemutatása:

Az alapítvány 1991-ben alakult az InterCom ZRT jóvoltából az Ébredések című film magyarországi bemutatója után. Az alapítvány 1995 óta innovációs misszióval működő bölcsőszervezet, amely partnereivel létrehozta a közösségi pszichiátriát Magyarországon, és emellett számos civil szervezet létrejötté is nekik köszönhető (pl. Pszichiátria Érdekvédelmi Fórum, Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért). Az alapítvány egyik fő célja a mentális zavarral élők diszkriminációja és megbélyegzése elleni küzdelem, a társadalmi befogadás. A szervezet missziója az érintettek felépülésének segítése, hogy kezükbe vehessék saját életük irányítását. A rehabilitációs folyamatban, a közösségi pszichiátriai ellátásban a mentális zavarral élő személyt szabad, felelős és egyenrangú közreműködőknek tekintik. A felépülés útját szakemberek (multidiszciplináris teamben) és önségitő csoportok (pl. Hanghalló csoport) egyaránt kísérik. Szervezeti kultúrájuk is a felépülés köré szerveződik. Az alapítvány honlapján a következőt olvashatjuk: „*Nem engedjük, hogy az intézmény uralkodjon a felhasználókon, azt akarjuk, hogy az ő szükségleteik határozzák meg a mi működésünket. Ettől jó itt dolgozni*” (<https://ebredések.hu/rolunk/what-we-do/> letöltés dátuma 2019. július 16.)

A válaszadók közül 9 fő diplomával, 6 fő középiskolai végzettséggel, 1 fő 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezett. Olyan személyekkel készítettem interjúkat, akiket az Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai koordinátori feladatait betöltő intézetvezető pszichiáter objektív (lásd a korábbiakban bemutatott felépülés objektív szempontjait) szempontok alapján felépültnek tekintett, illetve maguk is felépültként tekintettek önmagukra. Az interjúalanyok közül 7-en tapasztalati szakértőként aktívan részt vesznek az Ébredések Alapítvány önségitő mozgalmában. Két fő időközben professzionális segítővé vált, és szociális munkásként (a szociális munka más alkalmazási területén) segítőként dolgozik. A legfiatalabb interjúalany 25 éves, a legidősebb 65 éves volt.

Kutatási eszköz

Kutatásom során félig strukturált életútinterjúkat készítettem. A kutatásban önkéntesen vettek részt az interjúalanyok. Belegyező nyilatkozat aláírásával hozzájárultak az interjú rögzítéséhez és az interjúanyag felhasználásához. Az interjúalanyok élettörténeteiből készült esetismertetések a mellékletben megtalálhatóak. Az anonimitás megőrzése végett a neveket megváltoztattam.

A félig strukturált életútinterjú pillérei a következők voltak:

Élettörténeti csomópontok áttekintése, jelen helyzet

Az interjúalany mentális zavarának megismerése

- tünetek, tünetmentesség
- Milyen rehabilitációs szolgáltatásokat vett igénybe?
- Milyen gyógyszeres terápiában részesül jelenleg?
- Mikor volt legutoljára állapot-rosszabbodása?

Identitás, viszony a megélt mentális zavarhoz. Stigmatizáció kezelése.

- Mit gondol a mentális zavaráról?
- Hogyan viszonyul a mentális zavarához?
- Érte-e hátrányos megkülönböztetés a mentális zavara végett? Ha igen, az élete mely területén?
- Mit gondol a mentális zavarokhoz kapcsolódó előítéletről?
- Ön hogyan viszonyul a stigmatizációhoz?
- Mit gondol, mit lehetne a stigmatizáció ellen tenni?

Életviteli készségek, önállóság, hatékonyság, kompetenciák.

- Tevékenységek, aktivitás / mivel foglalja el magát/-munka, tanulás, szabadidős tevékenység

Kapcsolati háló, kötődések, társas támogatás, szociális kompetencia tényezők.

Önbecsülés, önértékelés, önhatékonyság.

Szerep-identitás, az interjú alany helye a világban.

Személyes felelősségvállalás, „önmenedzselés”

Belső erőforrások: vágyak, törekvések, célok.

Család, mint erőforrás.

Külső erőforrások megléte

- szükséges anyagi és intézményi források, segítő hálózat, önségítés.

Megerősítő környezeti tényezők.

- Befogadás, az individualitás és személyes szükségletek akceptálása, ösztönzés, inspiráció, fejlődés lehetősége.

Az életvitel külső realitásai, keretei.

- A mai magyar társadalmi viszonyok között milyen lehetősége van a mentális zavarral élő embereknek?

Mit gondol a felépülésről?

A változás iránti attitűd

- kimeneti várakozás, remény, optimizmus.

Miért is épül a kutatás ezekre a pillérekre? A felépülés szakirodalmi háttere és a klinikumban, közösségi pszichiátriai ellátásban eltöltött évet tapasztalatai, kutatási hipotéziseim alapján definiálódtak a félig strukturált életútinterjú kérdéskörei. A kutatásom fókuszában nem a mentális zavar epigenezise illetve patogenezise áll. Ugyanakkor fontos látni, hogy hogyan

alakult ki a mentális zavar az adott személynél, milyen különbségek, és milyen hasonlóságok érhetőek tetten az interjúalanyok életében.

A mindennapi életünkben láthatjuk, hogy a mentális zavarhoz erős stigmatizáció kapcsolódik. A felépülés útján a legnagyobb akadályt maga a stigma adja, ami lehet megélt stigma vagy önstigma. Fontosnak tartottam, hogy megismerjem interjúalanyaim identitás tudatát. Hogyan viszonyulnak a mentális zavarhoz? Mit gondolnak a stigmatizációról, milyen megoldást tartanak célravezetőnek a stigmatizáció kezelésére? Gyakran látjuk, hogy a mentális zavarral élő személyek a mentális probléma következtében kiesnek a társadalomba integrált, aktív élet teréből, izolálódnak. Ezzel párhuzamosan a külső és belső erőforrások beszűkülnek. A közösségi pszichiátriai ellátási tapasztalatok megmutatták számomra, hogy a család, mint erőforrás, hogy a barátok támogató szerepe kulcsfontosságú a mentális zavarral élő személyek fejlődéséhez, felépüléshez vezető útján. Kíváncsi voltam, hogy az interjú alanyok hogyan látják a családtagok és a barátok szerepét a felépülésben. A mentális zavarral élő emberek esetében a mindennapi életvitelhez szükséges készségek gyakran nem elégséges szinten vannak jelen. Fiatal felnőttként talán nem is volt lehetősége, szüksége ezeknek a készségeknek a gyakorlására, amelyek ugyanakkor az önálló élethez elengedhetetlenek.

A közösségi pszichiátriai ellátás egy komplex pszichoszociális rehabilitációt biztosít a mentális zavarral élő emberek és családjuk számára. A rehabilitációban megjelenő stratégiák (pszichoedukáció, életviteli készségek tréningje, stresszkezelő stratégiák, speciális technikák) hozzásegítik a mentális zavarral élő személyt és családját, hogy megismerje, értse a mentális zavarát és képes legyen örömteli céljait elérni, a stresszhelyzetekben pedig asszertívan jelen lenni.

Jó szolgáltatás tervezéséhez, nyújtásához látnunk kell, hogy milyen szolgáltatási elem az, ami hatékony a felépülés elősegítésében. A változás, fejlődés útján fontos, hogy motivált legyen a mentális zavarral élő személy és higgyen a változásban. Ehhez szükséges egy olyan segítő, akinek fontos a kliense fejlődése. A rehabilitáció kiinduló pontja a mentális zavarral élő személy örömteli céljai. Vajon ez hogy jelenik meg a felépülés folyamatában? Sokszor reményvesztett, a pozitív változás esélyeit nem látó emberekkel kerülünk kapcsolatba a közösségi pszichiátriai ellátásban. A mentális zavar szenvedést okozó tartalma, a stigmatizáció, az elnyomó és nem partneri viszonyt létrehozó szolgáltatások sokszor elveszik a mentális zavarral élő embertől a vágyat, a hitet az örömteli élettől. Ezen hogyan lehet változtatni? A személyre szabott rehabilitáció hogyan segíti elő, hogy a kliens boldog, örömteli, sikeres életet élhessen?

A professzionális segítségnyújtás mellett az önsegítő aktivitásoknak, a sorstársi segítségnek kiemelkedő szerepe van. Vajon az önsegítő csoportok, a tapasztalati és kísérő szakértők jelenléte elősegíti a felépülést? Az önsegítésnek milyen hozama van a mentális zavarral élő emberek életében? Ezekre a kérdésekre megpróbáltam választ kapni a beszélgetések során.

A stigmatizáció kapcsán már említésre került a társadalmi elfogadás, befogadás. A felépülésre hatással van az is, hogy milyen lehetőségek vannak az adott társadalmi keretek között. Ennek ismerete elengedhetetlen az esélyegyenlőség elősegítéséhez szükséges törekvések megfogalmazásához.

Végezetül, kíváncsi voltam, hogy az interjú alany mit gondol a felépülésről és az ő személyes jövőjéről.

A kvalitatív idiografikus kutatás részletgazdag bemutatást tesz lehetővé. Az életútinterjúkból készült átiratot többször elolvastam, (ez az ún. „elmerülés az adatokban”: *Smith és mtsai, 2009* idézi *Rácz és mtsai, 2006:323*) miközben a kutatási hipotéziseimben megfogalmazott kérdésekre, állításokra kerestem a választ. Az életútinterjúk átolvasása, elemzése lehetőséget adott az élettörténeti csomópontok áttekintésére is. Milyen hasonlóságokat, különbségeket láthatunk a mentális zavarral élő emberek élettörténetében? Milyen tényezők játszhatnak szerepet a mentális zavar kialakulásában? Bár a kutatásom fókuszában nem ez állt, de az interjúk feldolgozása ezen tényezők megismerésére is lehetőséget adott. Az egyes kibontakozó – a kutatási hipotéziseimben megfogalmazott – témákhoz az átiratokból idézeteket rendeltem, majd a témák közötti kapcsolatkeresés során a témákat és a hozzájuk kapcsolódó idézeteket egy külön dokumentumban összegyűjtöttem. Ezután meghatározásra kerültek azok a felépülés-pillérek, amelyek minden vagy a legtöbb résztvevőnél megjelentek, valamint azok, amelyek speciálisan egy-egy résztvevőnél figyelhetők meg. Ezek az eredmények egybecsengenek a kutatási hipotézisekben megfogalmazottakkal, a tapasztalati szakértők által megosztott beszámolókkal, és a közösségi pszichiátriai ellátásban szerzett saját tapasztalataimmal. Az így kapott eredmények alapján mutatom be a felépülést elősegítő tényezőket.

Felépülést elősegítő tényezők

- akaraterő, önhatékonyság hite
- Önbecsülés, mely az elért sikerekből és eredményekből táplálkozik. A segítő szakember mentális zavarral élő személy változásra, fejlődésre való képességébe vetett hite tovább erősíti a kliens önhatékonyságba vetett hitét.

Örömteli célok

- Az önálló élet éléséhez vezető úton a személyes örömteli célok megvalósítása kulcsfontosságú. Célok, melyek a reményteli jövőhöz vezetnek, inspirálják a felépülés útján haladót.

Támogató családi és baráti kapcsolatok

- Bensőséges, támogató családi és baráti kapcsolatok melyek az örömteli célok elérésének útján erőforrásként jelennek meg.
- inspiráló, támogató személy: A mentális zavarral élő személyek felépülésének útján megjelenhetnek olyan személyek, akik támogatóak és buzdítóan hatnak az örömteli személyes célok elérésének útján.

Közösségi pszichiátriai ellátás, családgondozás

- A hatékony pszichoszociális rehabilitációs stratégiák hozzájárulnak a kliens önhatékonyságához, a felépülés sikeréhez.

Elfogadó, támogató, reményt adó segítő kapcsolat

- Az a segítő kapcsolat, ahol a felépülő reményt és készséget kap a céljai eléréséhez, a problémái megoldásához, nagy jelentőséggel bír a felépülők meglátása szerint.

Önsegítés, sorstársi segítség

A tapasztalati és kísérő szakértők támogatása, a pozitív példák, hogy van remény a változásra szintén fontos erő a felépülés útján. A személyes kapcsolatokból adódó kölcsönös támogatás, mely erőt ad a változás útján.

Spiritualitás

A spiritualitás hitet és reményt ad a nehézségek leküzdése során.

Munkavállalás

A nyílt munkaerőpiacon való munkavállalásnak az anyagi helyzet javulásán felüli hozama az új kapcsolatok, a siker élményének lehetősége (Bulyáki Tünde PhD kutatásának tapasztalata alapján Bulyáki, Kaszás, Gallai, Harangozó 2018).

Mi a felépülés a mentális zavarból önmagukat felépültnek tekintők szerint?

„Felépülésem útján haladva megnőtt az önbizalmam, teljes értékűnek érzem magam és bízik az emberekben. A kommunikációm megváltozott. Ma én segítek átadni a hatékony kommunikáció alapjait. Nem bezárva élem napjaimat. Nyitottá vált a világ számomra.”

(Bulyáki, Kaszás, Gallai & Harangozó, 2018:7).

„A felépülés azt jelenti, hogy kihozom az életből a maximumot, ami nem törvényellenes, olyan életet élek, ami színes, és jól érzem magam. Itt rosszul éreztem magam az életben, és kellett mindenféle pótcselekvés, ami egyszer aztán nagyot rontott rajta, mint később kiderült. Alkohol nélkül törekednem kell egy olyan életre, amiben jól érzem magam... Tünettől vagy tünet nélkül történik, az nagyjából lényegtelen. A lényeg az, hogy jól érezzem magam. Az örömben és az életemben. Nekem ez a felépülés.” (Interjúrésztlet, Bulyáki, PhD kutatási anyag 2015)

„Pozitív szemlélet. Van miért csinálni, jól érzem magam, sikerem van. Hasznos tagjának lenni a társadalomnak. Nem lógok ki a sorból és ez jó, helyt tudok állni, nem vagyok áldozat.”

(Interjúrésztlet, Bulyáki, PhD kutatási anyag 2015)

„Szerintem ez is a felépülés része lehet, hogy az ember az önstigmatizációt, azt kicsit átlépi azt a határt, amivel... Hát az egy nagy dolog, hogy így elfogadtak a barátok és mellettem maradtak.” (Interjúrésztlet- Bulyáki Tünde PhD kutatási anyag 2015)

„Bölcsesség és értelem.” (Interjúrésztlet- Bulyáki Tünde PhD kutatási anyag 2015)

„Megértést. Megértem, hogy mi történt, miért történt, és ennek megfelelően tovább tudok lépni.” (Interjúrésztlet-Bulyáki Tünde PhD kutatási anyag 2015)

„Hát, hogy boldog életet éljek, önálló életet éljek, legyen munkám, el tudjam magam egyedül látni, legyen családom, ilyesmi.” (Interjúrésztlet-Bulyáki Tünde PhD kutatási anyag 2015)

„Örültem mikor megtudtam, hogy van bajom, így legalább tudtam, hogy, hogy kell magamhoz hozzá állni. Mi a bajom, és tudom magam kontrollálni. Így, hogy tudom mi a baj, tudok változtatni magamon, tudom, mit kell tenni, ahhoz, hogy jobban legyek, ne érezzem magam szarul, felépüljek..” (Interjúrésztlet-Bulyáki Tünde PhD kutatási anyag 2015)

Korlátok

A kutatásom helyszínéül szolgáló Ébredések Alapítvány a hazai közösségi pszichiátriai ellátás módszertani intézménye, a közösségi pszichiátriai ellátás programjának egyik megalkotója. A közösségi pszichiátriai gondozó képzésben oktatóként eltöltött évek tapasztalata, az ellátásban

dolgozó szakemberekkel való találkozás alapján elmondható, hogy a hazai közösségi pszichiátriai ellátás töredékes. Nem minden szolgáltatónál jelenik meg módszerhíven az 1/2000 SZCSM rendeletben szabályozott alapellátás. Van olyan közösségi gondozást biztosító szolgáltatás, ahol a közösségi gondozás a hozzátartozók bevonása nélkül, intézményi keretek között, és nem a kliens otthonában a természetes támaszként jelenlévő hozzátartozók bevonásával valósul meg. Ez a töredékesség az esetvitelt támogató dokumentációban is tetten érhető. További nehézség, hogy nem minden mentális zavarral élő személy tudja igénybe venni a közösségi pszichiátriai ellátást, illetve a pszichiátriai betegek nappali ellátását. A szolgáltatási kapacitások nem minden településen jelennek meg. Így látnunk kell, hogy a kutatásban a felépülést elősegítő tényezőként megjelenő faktor, a „*közösségi pszichiátriai ellátás, család-gondozás (hatékony pszichoszociális rehabilitációs stratégiák)*” nem minden mentális zavarral élő felépült esetében releváns. A közösségi pszichiátriai ellátáshoz hasonlóan az önsegítő aktivitások elérhetőségében is vannak egyenlőtlenségek. Az önhatékonyság hite, az akaraterő szoros összefüggésben van a pszichoszociális rehabilitációban elért sikerekkel.

Azt láthatjuk, hogy a felépülés lehetősége elérhetőbb olyan településen élő emberek esetében, ahol a hozzáférés biztosított a felépülést támogató pszichoszociális rehabilitációt nyújtó szolgáltatásokhoz, az önsegítő erőforrásokhoz.

A felépülést elősegítő tényezők megismerését hatékonyabbá tehetné volna, ha családtagokkal és a közösségi pszichiátriai ellátásban dolgozó szakemberekkel is készítettem volna interjút: ez azonban a jelen kutatás keretein túlmutató lépés.

Összefoglalás

Változatos az út, ami a felépüléshez vezet. Ezen az úton a hozzátartozóknak, barátoknak, szakembereknek, tapasztalati és kísérő szakértőknek a támogató jelenléte segíti a felépülőt. A hatékony rehabilitáció kulcsa az életet gazdagító örömteli célok definiálása, és az ezen célok elérését akadályozó problémák megoldása. A felépülés útján a legfőbb szakértő maga a mentális zavarral élő személy. Ahhoz, hogy hatékony pszichoszociális rehabilitációt nyújtó szolgáltatásokat tudjunk működtetni, fontos, hogy megismerjük a szolgáltatást igénybe vevők tapasztalatait és elvárásait.

„Hát a családi erőforrás, a baráti erőforrás és a szakmai segítség, amit itt kaptam. Ez a közös kombináció. Mert ha nem lett volna ilyen nyomulós a családom, akkor most hol lennék? Elmeszociális otthonban Szentgotthárdon. Valószínű. És az állam osztaná be azt a pénzt, amit... Vagy nem tudom. Nem lenne saját lakásom,hanem anyukámnál laknék... talán, a kishálóban. Vagy nem tudom. Tehát kombináció. A saját akaratom és erőm. A család, a barátok biztatása, és innen, amit kapok, szakmai segítség. Ez így együtt. Mert egyiket se fogom kiemelni. Egyenlő a másik, kiegészíti egymást, mint egy ilyen színes falevél. És akkor ez így egybe egy szép őszi falevél. Csak a sok színes folttal, hogy sárga, zöld, meg...”
(Interjúrészlet, Bulyáki, PhD kutatási anyag)

Irodalom

1. Ács A. & Gordos, E. (2017). A mentális problémával küzdő emberek és a magyar pszichiátriai ellátórendszer bemutatása. In Perlusz A. (Szerk.), *Kutatási beszámoló. A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek társadalmi helyzetét feltáró országos kutatásról* (pp. 58-66). A Gyógypedagógia Fejlesztéséért Alapítvány.
2. Balogh, J., Bulyáki, T., Falloon, IRH., Gordos, E., Harangozó, J., & Kristóf, R. (2004). A közösségi ellátás modelljei. In Harangozó, J. & Szabó, K., (Szerk.), *Oktatási segédlet a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában dolgozó szociális szakembereknek* (pp. 23-25). Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet és Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium.
3. Bulyáki, T., Kaszásné, I., Gallai, I., & Harangozó, J. (2018). Mi a felépülés? In Bulyáki, T. & Harangozó, J. (Szerk.), *A közösségi pszichiátria kézikönyve* (pp. 7-14). Budapest: Ébredések Alapítvány.
4. Francis, A. (2014). Strengths-based Assessments and Recovery in Mental Health: Reflections from Practice. *International Journal of Social Work and Human Services Practice Horizon Research*, 2(6), 264-271.
5. Harangozó, J. (2000). Községi pszichiátria - mint a lakóhelyi rehabilitáció modellje. In Huszár, I., Kulmann L. & Tringer L. (Szerk.), *A rehabilitáció gyakorlata* (pp. 131-147). Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
6. Herold K., Bulyáki T., & Szabóné M. (2018). *Szakmai ajánlás, közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére*. Jóváhagyta: Nyitrai Imre helyettes államtitkár. Kiadta: Czibere Károly államtitkár
7. Liberman, R.P. (2010). *Felépülés a betegségből. A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
8. Rácz, J., Kassai, Sz., & Pintér I.N. (2016). Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. Szakirodalmi összefoglalás. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(2/4), 313-336.
9. Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press. Cambridge.
10. Szabó L. (2008). *Esetmenedzseri tevékenység a pszichiátriai betegek közösségi ellátásában*. Budapest: Szigony Alapítvány.
11. Szabó L. (2014). Felépülés alapú megközelítés. In *Új életvezetési modell a pszichoszociális fogyatékossgal élők számára a támogatott lakhatásban intézményi férőhelykiváltás* (pp. 61-65).
12. http://fszk.hu/wp-content/uploads/2015/09/Eletvezetesi_szolgaltatasi_modell_2014_10.pdf (letöltés: 2019. augusztus 2.)

Kézirat

Bulyáki, T., Gallai, I., Harangozó, J., Kaszás, I., & Szabó, L. (2019). *Felépülés a mentális zavarból*.

A közösségi alapú ellátások hatékonyságvizsgálata mentális problémával élő emberek körében

Jelen tanulmány a pécsi INSZI Pszichiátriai Betegek Szociális Ellátásait Biztosító Alapszolgáltatási Részközpont keretein belül működő, a pszichiátriai betegek számára elérhető szociális ellátások hatékonyságvizsgálatát mutatja be, az értékelő kutatási nézőpont alapelvei figyelembevételével. Mivel „fiatal”, még alakuló, fejlődésben lévő ellátási formákról beszélünk fontos az ellátás folyamatos monitorozása, a szolgáltatások minőségének ellenőrzése, átgondolása, továbbá a jövőbeni fejlesztési tervek, célok feltérképezése. Ezért vált fontossá értékelő kutatás keretein belül vizsgálatot folytatni, ahol az elsődleges szempontok közé tartozik a kutatási tapasztalatok praxisba való visszacsatolása.

A kutatás alap gondolatához szervesen kapcsolódik az értékelő kutatások korszerű modelljében megjelenő kérdés, hogy ugyanis nem azt kell a kutatás középpontjába állítani, hogy a gyakorló szakemberek vagy a döntéshozók hol és mit rontottak el, hanem érdekesebb a fókuszot ráirányítani az adott programban rejlő fejlődési lehetőségekre, amivel összefüggésben fontos feltérképezni a programot végrehajtók és érintettek jövőképét.

A fejlődésszemponturnak értékelés elméletének és gyakorlatának alapja a rendszerszemléletű gondolkodás. Az értékelő kutatás során ez az intézményrendszer fejlesztésén túl lehetőséget biztosít a gyakorló szakemberek számára a szakmai fejlődésre, az értékelésbe bevont csoportok együttműködési hajlandóságának, készségeinek növelésére, a felelős, méltányos attitűd kialakítására (*Erdős & Vojtek, 2018*).

A vizsgált intézmény bemutatása

Néhány gondolatban mutatom be a vizsgálatba vont intézményt, és az ellátások helyi sajátosságait. Az Integrált Nappali Szociális Intézmény 2006 decemberétől működteti a közösségi pszichiátriai ellátást Pécsen és a Pécsi Kistérségben, önkormányzati intézmény keretein belül. A közösségi ellátás a szolgáltatásait az ellátottak otthonában, természetes életterében, családi-, baráti környezetében nyújtjuk. Az ellátást a 18-dik életévüket betöltött, krónikus pszichiátriai betegséggel élő személyek vehetik igénybe, akiknek állapota ambuláns szakellátás mellett egyensúlyban tartható és fejleszthető. Az ellátás egyik fontos elemeként az ellátott személyes szükségletei és céljai felmérését követően, az ellátott bevonásával készül el az egyéni gondozási terv. Az ellátás a közösségi pszichiátriai módszertan elveire építve működik (a munkavégzés igazodik az aktuálisan kiadott szakmai irányelvekhez). A szolgáltatás az egyéni szükségleteket, célokat állítja a középpontba, hosszabb távú ellátást kínál, amely elsősorban az ellátottak aktív és felelős részvételére épít, kihasználva a közösség segítő erejét. Az ellátás a szolgáltatásai során segítséget nyújt az ellátott és környezete számára a mindennapi nehézségek megoldásában, a nehéz vagy problémát jelentő helyzetekkel, konfliktusokkal való hatékonyabb megküzdésben. A szolgáltatások komplexitása és a hosszú távú gondozás révén rövidülhet a fekvőbeteg intézeti elhelyezés, kitolódhat a tartós elhelyezést nyújtó ápolást, gondozást biztosító otthonba történő elhelyezés, hiszen egyes feladatok átvállalásra kerülnek, és mind az egyén mind a hozzátartozó megtanul együtt élni az irreverzibilis tünetekkel, folyamatokkal. A szolgáltatások biztosítása során alapvető kritérium, hogy a klienseknek azt a szükséges rehabilitációs támogatást nyújtjuk, amelynek révén segítséget kapnak a saját sorsuk

feletti felelősségük újraéléséhez, az önálló döntéseinek meghozatalához, vagyis ahhoz, hogy ne helyettük jöjjön létre a döntés, hanem a kliensek képessé váljanak önálló döntésre, cselekedetre.

A közösségi pszichiátriai ellátás működtetése során a komplex gondozás mellett érzékelhetővé vált, hogy a krónikus pszichiátriai betegséggel élő személyek egy részének (akit nem sikerül munkaerőpiacra, a múltbéli megtartó közege vagy tanulmányok felé integrálni) napjai sokszor magányosan, izoláltan, színtelenül telnek, a közösségi életben való részvétel nélkül. Többek között ez a gondolatmenet segítette a „Kapcsolat Klub – Közösségi Ház” Pszichiátriai Betegek Nappali Ellátásának megalakítását, 2010 novemberében, 50 fő férőhellyel. Ennek célja a pszichiátriai betegek részére olyan napközbeni ellátások nyújtása, amelyek elősegítik az ellátottak komplex pszichoszociális rehabilitációját. A törvényi keretek tág lehetőséget biztosítanak a pszichiátriai betegek nappali ellátásainak működtetéséhez. Az intézmény a saját programjának kidolgozásakor a már hatékonyan működő közösségi pszichiátriai ellátás szellemiségét, módszertanát vette alapul, s erre építette fel a pszichiátriai betegek nappali ellátását.

A pszichiátriai betegek nappali ellátásának elsődleges feladata, hogy az igénybevevők számára közösséget teremtsen, hiszen a kapcsolatteremtés készségével nyitottabbá válhatnak, közelebb kerülhetnek a társadalomba való reintegrációhoz is. Tehát az önsegítésen kívül fontos funkciót tölt be a közösség építő ereje is, a kliensek támaszkodhatnak egymásra, segíthetik egymást. Hosszú távú terv része, hogy az ellátást igénybe vevők az intézmény falain kívül is találkozzanak, tartsák a kapcsolatot egymással, közösségi életet éljenek, közös programokat szervezzenek lehetőségeikhez mérten, ezáltal bővíthetnek szociális kapcsolataik.

A nappali ellátásban évről évre gyarapodott az érdeklődők és az ellátást igénybe vevők köre, 2013 júliusától indokoltá vált a létszám bővítése 75 férőhelyre. 2015 tavaszától Pszichiátriai Betegek Szociális Ellátásait biztosító részközpontként működik az Apáca utcai telephely.

A közösségi és nappali ellátás munkatársai egy intézményen belül, közösen látják el feladataikat. Minden reggel közös megbeszéléssel indul a nap, és ezen az adott napi teendők megbeszélésén van a hangsúly (adott napi egyéni esetkezelések, csoportfoglalkozások), miközben aktuális kérdések és problémák megvitatására is adott a lehetőség. A heti rendszerességű esetmegbeszélő csoport biztosítja annak lehetőségét, hogy a TEAM tagjai nagyobb lélegzetvételi segítséget kérjenek elakadás, kérdés, probléma esetén. Továbbá a munkatársaknak havi rendszerességgel van lehetőségük részt venni orvosmentori megbeszélésen, a Pécsi Pszichiátriai Klinika egyik főorvosának vezetésével, ahol a pszichiáter szakorvos a kompetenciahatárok figyelembevételével, a pszichoedukációval kapcsolatos beavatkozást érintő, ismeretátadási támogatást nyújt a kollégáknak. Továbbá team szupervíziót havi szinten biztosít az intézmény a munkatársai számára. Az intézményben szociális munkás és pszichológus végzettséggel dolgoznak főállásban a kollégák, megbízásos szerződéssel pszichiáter szakorvosok segítik a munkavégzést.

A nappali ellátás a klub jellegéből adódóan lehetőséget biztosít a napközbeni ott tartózkodásra, kulturális programokon való részvételre, a szabadidő hasznos eltöltésére, készségfejlesztő tevékenységre, a napi egyszeri meleg étel elfogyasztására, illetve amennyiben indokolt, a higiénés szükségletek kielégítésére is van lehetőség. Az intézmény hétköznap, napközben tart nyitva, meghatározott heti terv szerint működik. A hosszan tartó mentális problémával élő emberekkel foglalkozás megkívánja a jól átlátható, világos, tervezhető napirendet (Grodos, 2018).

A pszichiátria betegeknek a nappali ellátásának keretein belül lehetőségük van terápiás és terápiás jellegű csoportfoglalkozásokon, készségfejlesztő csoportokon és tréningeken részt venni, amelyeket előre kialakított heti tervben tekinthetnek meg az érdeklődők/résztvevők. Továbbá a közösségformálás részeként különböző programokhoz is lehet csatlakozni: kirándulásokhoz, múzeumlátogatásokhoz, egyéb városi programokhoz.

A pszichiátriai betegek nappali ellátása során, a közösségi ellátáshoz hasonlóan a leendő klubtag szükségleteit felmérve a kliens és az adott kolléga közösen határozzák meg, hogy mely tréningek, csoportfoglalkozások látogatása indokolt az egyéni célok elérése érdekében.

Mint más sérülékeny társadalmi csoport tagjai számára, úgy a hosszan tartó mentális problémával élő kliensek számára is fontos, hogy az általuk igénybe vett szolgáltatás valóban hatékony legyen. Ehhez elengedhetetlen, hogy az általuk igénybe vett ellátási forma értelmezhető legyen, továbbá a valódi szükségleteikre válaszoljon, egyedi igényekre tudjon reagálni (*Erdős & Vojtek, 2018*).

A közösségi pszichiátriai alapú gondozást egyéni gondozási terv alapján végzik. A közösségi pszichiátriai ellátás rehabilitációs irányelve, hogy a kliens és a hozzátartozók személyes szükségleteit helyezi előtérbe. Előfordulhat, hogy ezek a szükségletek nem azonosíthatók könnyen, ebben az esetben fontos a szükségletfeltárás során segíteni a klienst, hogy meg tudja fogalmazni az igényeit, szükségleteit. A személyes szükségleteket a személyes célok tükrözik. A hosszú távú célok segítenek a rövidebb távú célok kitűzésében. Fontos, hogy legyenek rövidebb távon kivitelezhető célok, amelyek közelebb visznek a hosszú távú célok, álmok megvalósulásához. A rövid távú célok esetében fontos, hogy ezek rövid időn belül meg tudjanak valósulni, reálisak, vagyis könnyen elérhetőek legyenek, és a kliens számára örömet okozzanak (*Endre, 2016*).

A közösségi pszichiátriai módszertanának egyik célja a relapszus-prevenció, vagyis a visszaesések (relapszusok) kialakulásának megakadályozása, intenzitásának csökkentése. A hosszan tartó mentális problémával élő személyek a különösen sérülékeny (vulnerábilis) kliens csoportba tartoznak. Stein és munkatársai szerint a pszichotikus krízisek apró élethelyzetekből állnak össze (*Sz. Makó & Kerekes, 2013*), úgy gondolják, hogy a relapszusok (visszaesésekhez) kialakulásához hozzájárulnak a hétköznapi felmerülő stresszhelyzetek és azok mentén kialakuló kudarcélmények, feszültségek. Amennyiben sikerül ezeket a stresszhelyzeteket csökkenteni, ritkulhat a relapszusok gyakorisága, esetleg ezek meg is szűnhetnek, és ezáltal ritkulhat a betegségben bekövetkező dekompenzáció.

A közösségi pszichiátriai ellátásnak az a célja a stressz-kezelési technikák elsajátításával, hogy az ellátást igénybe vevők képessé váljanak az általuk választott környezetben élni anélkül, hogy a mindennapi nehézségeik miatt folyamatos kórházi kezelést igényelnének. A hétköznapi felmerülő nehézségekkel való megküzdés a szociális munka eszköztárával lehetséges készségfejlesztés, problémaelemzés, új probléma-megoldási eszközök elsajátításának segítése (pl. bevásárlás, csekk feladása, munkavállalás segítése) (*Bugarszky, 2006*). A közösségi pszichiátriai nézőpont szerint fontos a klienst körülvevő közvetlen környezet bevonása a relapszus-prevencióba, vagyis, hogy ők is el tudják sajátítani a stressz-kezelési technikákat, amelyek segíthetik a relapszusok elkerülését. Amennyiben a betegség dekompenzációja nem megelőzhető, a jobb betegségkimenet lehetőségét segíti, ha a kliens és hozzátartozói már korábban elkészített krízisterv alapján tudják, hogy mi a teendő a betegség

fellángolásakor, vagyis, hogy melyek a hatékony lépések a betegség dekompenzációja megelőzése esetén (*Bulyáki, 2016*).

Az állapot- és életvitel-felmérés célja a kliens és hozzátartozó(k) működésmódjainak, illetve a működést segítő és akadályozó területek felmérése az élet különböző területein. Az állapot- és életvitel felmérés során fontos körültekintően megvizsgálni a mindennapi életmódot, a lakhatási körülményeket, közösségi kapcsolatokat, a társadalmi életben való részvételt, a kommunikációt, a problémamegoldást, a stressz terhelést/kezelést, a betegség ismeretét, a betegséghez való viszonyulást, hozzátartozókkal, lakókörnyezettel és barátokkal való kapcsolatot, a compliance-t és a kríziskezelést. Az állapotfelmérés során rajzolódik ki, hogy a mentális zavarral élő személy mit tud a mentális problémája alapvető jellemzőiről, ismeri-e a mentális zavarának típusát, mit tud annak kialakulásával kapcsolatban, a problémát enyhítő, illetve súlyosbító tényezőkről és azok kezelési, rehabilitációs módjairól (*Falloon, 1998*).

A gyógyszeres terápia eredményessége több tényező függvénye. Ennek egyik eleme a gondozóorvos hatásköre, amelybe beletartozik a kliens számára megfelelő terápia megválasztása, a betegség jellege és súlyossága, a betegséglefolyás, a komorbiditás és a párhuzamosan zajló kezelések, illetve az aktuális szakmai irányelvek figyelembevétele. A másik fontos pillére a beteg-együttműködés, vagyis, hogy a beteg a számára javasolt gyógyszerkészítményt a kezelőorvos utasításának megfelelően alkalmazza. Régebbi nézőpontok szerint a compliance szó (jelentése: megfelelés, engedelmesség) önmagában egyoldalúságot tételez fel, figyelmen kívül hagyva a kliens gondolatait, érzéseit, gyógyszerrel való viszonyát. E nézőpont szerint a beteg az orvostudomány „elvárása” szerint viselkedik, olyan egyoldalúságot feltételezve, amely figyelmen kívül hagyja a körülményeket (pl. a gyógyszerrel való kapcsolat). E nézőpont szerint a terápia eredményessége kizárólag a kezelőorvos kezében van, a beteg passzív, nem cselekvő félként van jelen. A közösségi pszichiátria alapelvei szerint fontos, hogy az orvos a gyógyszereszedéssel való együttműködést az adherence nézőpontjából közelítse meg, rendszerszemléletben gondolkodva, komplexen tekintszen erre a kérdéskörre. Fontos, hogy ne egyoldalúan szemlélje a klienst, mint passzív felet, hanem önálló cselekvéssel, gondolatokkal, érzésekkel véleményvel rendelkező együttműködő személyként, aki egy rendszer része, a gondozóorvossal, gyógyszereszedéssel együttműködő fél. A közösségi pszichiátriai gondozó feladatai közé tartozik a kliens viszonyának a feltérképezése, a gyógyszereszedést és a kezelést illetően, amibe beletartozik a gyógyszereszedés gyakorisága és a mellékhatások feltárása. A gyógyszereszedés elmaradásának hátterében sok esetben az állhat, hogy a kliens elfelejti beszélni, vagy számára kellemetlen mellékhatások jelentkeznek a gyógyszereszedést követően, és ezt nem meri, vagy nem tudja megfelelően visszajelezni a gondozóorvosának, illetve nem rendelkezik kellő információval a gyógyszereszedéssel kapcsolatban. Nagy szerepe van a közösségi gondozó segítségének abban, hogy a klienst felismerje a gyógyszereszedés körüli nehézségeit, problémáit, és meg is tudja azokat fogalmazni, továbbá hogy mindezt jelezni is tudja a gondozóorvosának. A közösségi pszichiátriai ellátás célcsoportja a hosszantartó mentális betegséggel élő emberekből áll, akiknek gondozása során fontos szempont, hogy a betegség mellett is teljes életet élhessenek. A farmakoterápia segítséget nyújt a tünetek mérséklésében, megakadályozza a betegség dekompenzációját, a relapszust, és ezzel járul hozzá a kliensek pszichoszociális tevékenységek hatékonyabb alkalmazásához. A gyógyszereszedési rutin kialakítása sok erőfeszítést igényel a kliensektől, amíg a mindennapok részévé tud válni. A közösségi pszichiátriai módszertanon belül a

gyógyszer-compliance tréning az, ami ebben hatékonyan segíti a hosszú távú gyógyszereszedést és a gyógyszeradagolás pontos betartását. A hosszú távú cél nemcsak az, hogy a kliens az előírás szerint szedje a gyógyszert, hanem az is, hogy kialakuljon a betegségmenedzsment, amely szorosan kapcsolódik az adherence-hez, amely egy aktív, a kliens felelősségére építő döntéshozatali folyamat. Ebbe a kliens gyógyszerrel való kapcsolatától kezdve az egyéb nehézségein és a mellékhatások azonosításán át az esetleges betegségbelátás hiányának azonosításáig sok minden bele tartozik (Herold, 2018).

A felmérésnek az életminőség felmérése is a része. Ennek során feltárják azt az esetleges szakadékat, amely a tényleges és a vágyott tevékenységek között húzódik (mit szeretne csinálni). A tényleges és a vágyott tevékenységek közötti szakadék feszültséggel töltheti el a mentális zavarral élő személyt, és ez motiválhatja a szükséges változtatások megtételére. Az állapotfelmérő beszélgetés során megismerhetjük az életében jelen lévő pszichoszociális problémákat is. Így például a családi, párkapcsolati problémákat, a baráti kapcsolatok terén jelentkező nehézségeket, a szülői szereppel összefüggésben álló nehézségeket, az egészségi állapottal kapcsolatos gondokat, a szabadidő eltöltésének nehézségeit, a lakáshelyzettel vagy az anyagi helyzettel, munkavégzéssel járó nehézségeket stb. Összegezve a mentális zavarral élő ember pszichés állapotának felmérése kulcsfontosságú, a gondozási (rehabilitációs) terv megalkotását megelőző elem (Bulyáki, 2018).

Az empirikus vizsgálat

1. A vizsgálati minta

Vizsgálatunkba a pécsi INSZI integrált közösségi ellátásait igénybe vevő ellátottakat vontuk be, és így a pszichiátriai betegek nappali ellátásában és a közösségi pszichiátriai ellátásban résztvevőkből két csoport jött létre. A harmadik, kontroll csoportba olyan személyeket soroltunk, akik nem fogadták el az intézmény ellátásait, de részt vettek pszichiátriai gondozáson (érkezésükkor és a vizsgálat ideje alatt, ebben nem történt változás).

A pszichiátriai betegek nappali ellátási csoportjában részt vevő személyek vállalták, hogy az INSZI pszichiátriai betegek nappali ellátásába épülnek be. Ez azt jelenti, hogy a kliens heti 4 napig bejár az intézménybe és részt vesz a meghatározott csoportfoglalkozásokon, tréningeken. A foglalkozások előre megtervezett napirend szerint működnek, keretet adva a mindennapoknak. Emellett fontos szempont volt, hogy közösségben, közösen vegyenek részt a foglalkozásokon. Az 1. ábrán láthatók azok a foglalkozások, amelyeken a kutatásba vont személyek részt vettek.

A közösségi pszichiátriai ellátás csoportba illeszkedés esetén vállalták az ellátásban való részvételt. Ez a kezelési forma egyéni módszerrel végzett fejlesztést jelent, amelynek során a szociális munkás kolléga heti rendszerességgel keresi fel otthonában a klienst, és a segítségnyújtás a közösen megírt gondozási terv alapján, az egyéni célok megjelölésével zajlik (ennek módszertanát a disszertáció korábbi részében mutattam be részletesen). Az 1. táblázatban látható a közösségi pszichiátriai gondozás tartalma, a kutatás szempontjából.

A kontroll csoport tagjai nem vettek részt pszichoszociális intervencióban: ők pszichiátriai gondozásban részesültek, ami azt jelenti, hogy havi legalább 1, legfeljebb 5 alkalommal vettek részt pszichiátriai gondozáson (a pszichiáter szakorvossal való személyes találkozás keretében).

1. táblázat: A pszichiátriai betegek nappali ellátása

Kommunikációs és asszertív tréning	Hangolódás – szkizofrén csoport
Zene csoport	Főzőklub
Irodalom csoport	Életmód csoport
Verbális nagycsoport	Mozgáscsoport
Kreatív csoport	Relaxáció

(Forrás: saját szerkesztés)

A vizsgálatba való beválasztás szempontjából a vizsgálatban részt vevő betegeket a DSM-V kritériumoknak megfelelően diagnosztizálta egy külső pszichiáter szakorvos, vagyis az aktuálisan zajló vizsgálat ideje alatt a szkizofrénia remisszió kritériumainak megfelelően remisszióban voltak (Andreasen, 2005). Fontos szempont volt a vizsgálatunkban, hogy a betegek anamnézisében nem szerepelt kábítószer használat, neurológiai betegség, mentális retardáció, vagy a szkizofréniahoz nem kapcsolható kognitív deficit. A vizsgálat ideje alatt a vizsgálatba bevont személyek mind fenntartó antipszichotikus kezelésben részesültek. A betegtájékoztató ismertetése után a résztvevők írásos beleegyezésüket adták a vizsgálatban való részvételhez. A kontroll csoport tagjai számára is felkínáltuk az intervenciós lehetőség igénybevételét, de ők a saját választásuk alapján ezzel nem kívántak élni. A kutatás a PTE BTK Társadalmi Kapcsolatok Intézete Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék Szociális Kutatásetikai Bizottságának etikai engedélyével rendelkezik (2015/1).

2. táblázat: A közösségi pszichiátriai ellátás tartalmi elemeinek bemutatása

Esetkezelés	Mentális gondozás	Készségfejlesztés
Állapot, életvitel felmérése	Pszichoedukáció	Az életviteli készségek fejlesztése
Személyre szabott gondozási terv elkészítése	A korai figyelmeztető tünetek felismerésének segítése	A kommunikációs készségek fejlesztése
Problémaelemzés és -kezelés	Stressz-kezelés	A problémamegoldó készség fejlesztése
Krízisintervenció	Agressziókezelés	Az asszertív viselkedés fejlesztése
Családi, társadalmi kapcsolatok fenntartásának támogatása	A gyógyszer-compliance segítése	A munkakereséshez és megtartásához szükséges kompetenciák fejlesztése
Ügyintézés	Speciális technikák: az egészséges étkezési szokások kialakítása, az alvási problémák kezelése,	A szabadidő hasznos eltöltésének támogatása
Munkahely feltárásának segítése	napi tevékenységek megszervezése	A társas kapcsolatok kialakításának fejlesztése

(Forrás: saját szerkesztés: Herold és mtsai, 2018. alapján)

2. Célkitűzések, a vizsgálat hipotézisei

Vizsgálatunk fő célkitűzése a pszichiátriai betegek nappali és közösségi pszichiátriai ellátásnak hatásvizsgálata volt, egy longitudinális kutatás keretében. Szerettük volna feltérképezni, hogy hogyan, milyen módon befolyásolja a pszichiátriai betegek nappali ellátását a mindennapokban és szociális kapcsolatokban való eligazodást, a társadalomba való visszailleszkedést. Miképp hat a közösségi pszichiátriai ellátás az informális kapcsolatok minőségének javulására, hogyan befolyásolja azok erősödését, a kliens körül lévő természetes támogató védőháló jelenlétét, működését.

Hipotézisek:

1. A pszichiátriai betegek nappali ellátása és a közösségi pszichiátriai ellátás pozitív hatással van a résztvevők egyéni egészségügyi és szociális szükségleteinek kielégítésére.
2. A pszichiátriai betegek nappali ellátása és a közösségi pszichiátriai ellátás egyaránt pozitív hatással van a szociális kapcsolatokra, a társadalomba való visszailleszkedésre és az abban való aktív részvételre.
3. A vizsgálat szempontjából fontos kritérium szempont volt, hogy a vizsgálati személyek a betegség státuszuk szempontjából azonos mentális állapotúak legyenek, és a vizsgálat ideje alatt ne következzen be dekompenzáció a betegségükben. Mivel a betegek mindhárom vizsgálati szituációban pszichiátriai gondozásban részesültek, azt vártam, hogy a vizsgálat ideje alatt a funkcionalitása és a betegség tünetei nem változnak negatív irányban, egyik csoportnál sem.

3. A vizsgálati eszköz a Camberwell Szükségletfelmérési Interjú (CAN-R-hu)

Kutatásunkban a Camberwell Assessment of Need magyar változatát használtuk, s ennek során a Camberwell Szükségletfelmérési Interjút (CAN-R-hu) Demetrovics Zsolt és Lackó Zsuzsanna (2008) publikálta. A CAN alapelve, hogy a szükséglet szubjektív megítélés kérdése, így egyszerre több különböző, de egyaránt érvényes percepció létezhet a szükségletek fennállásáról vagy hiányáról. Az interjú rövid idő alatt felvehető, használható állapotfelmérésre, ezáltal a kezelés megtervezése szempontjából is fontos lehet, ismételt felvétel esetén pedig különösen kiváló eszköz lehet a kliens állapotának nyomon követésére, a kezelés monitorozására.

A CAN kiindulópontja, hogy mint mindenkinek, így a pszichiátriai betegséggel élőknek is vannak szükségleteik, és ezek többsége hasonló az egészséges személyek szükségletéhez. A CAN általánosságban vizsgálja a szükségletek széles skáláját, vagyis olyan szükségletekre figyel, amelyekkel bármely egészséges ember is rendelkezik, miközben a figyelme kiterjed a pszichiátriai betegséggel élőkre *sajátosan* jellemző szükségletekre is.

Az egészségügy területén előfordulhat, hogy a kezelési mód eldöntésben a kliens személyes szükségleteivel szemben nagyobb hangsúlyt kapnak az egyéb szempontok, esetleg, hogy az egyéni szükségletekre egyáltalán nem, vagy csak nagyon minimális mértékben figyelnek. A pszichiátriai betegséggel élők kezelésében hazánkban egy-egy vizsgálat már foglalkozott a mentális betegek szükségletfelmérésével (*Harangozó, 2005*), de a CAN-R-hu-t kivéve nem jellemző a tudományos szükségletfelmérő eszközök használata.

A vizsgálat az alábbi területeken méri fel az utóbbi egy hónapban felmerült problémákat: lakhatás, élelem, háztartásvezetés, ápoltság, napközbeni tevékenység, testi egészség, pszichotikus tünetek, tájékoztatás, pszichés problémák, önveszélyesség, közveszélyesség, alkoholprobléma, gyógyszer-drogprobléma, társas kapcsolatok, intim kapcsolatok, szexualitás, gyermekgondozás, írás-olvasás készsége, telefon, közlekedés, pénz, segélyek.

A mérőeszköz kialakításánál szempont volt, hogy minél egyszerűbb legyen a használata. A CAN feltárja a kielégített (met) és a kielégítetlen (unmet) szükségleteket. Egy szükséglet akkor tekinthető kielégítettnek, ha az adott területen azért nem észlelhető aktuálisan probléma, mert a kliens megfelelő segítségben részesül, viszont amennyiben a segítség megszűnne, a probléma ismét jelentkezne. Akkor beszélünk kielégítetlen szükségletéről, ha észlelhető valamilyen probléma az adott területen, függetlenül attól, hogy kap-e a kliens segítséget, vagy nem.

A CAN-R-ben minden egyes életterületre hat kérdés vonatkozik.

Az első kérdésnél egyrészt azt kell eldönteni, hogy az adott területen van-e a kliensnek komoly problémája, másrészt pedig azt, hogy amennyiben van, úgy részesül-e hatékony segítségben. Ha a válaszoló szerint nincs szükséglet, akkor az adott életterületre vonatkozó további három kérdéskörrel nem foglalkozunk, hanem áttérünk a következő területre.

A második kérdés a kapott informális segítség, míg a harmadik a formális, intézményes segítség feltárására irányul.

A negyedik kérdésnél a formális segítség kérdéskörénél maradva azt jelöljük, hogy a válaszoló szerint milyen segítségre van szüksége a kliensnek ahhoz, hogy a területen felmerülő szükséglete kielégített legyen.

Az ötödik és hatodik kérdés célja annak felmérése, hogy az interjúalany mennyire tartja megfelelőnek és hatékonynak a beavatkozásokat, illetve mennyire elégedett azokkal. A szükséglet-felmérési interjúból nyert adatok összesítését segítő táblázatból könnyen leolvasható, hogy az egyes válaszadók szerint mely életterületeken azonosítható szükséglet, az adott szükséglet kielégített vagy kielégítetlen, illetve, hogy mennyire megfelelő az adott szükségletre kapott segítség, valamint, hogy a páciens mennyire elégedett a kapott segítséggel (*Demetrovics & Laczkó, 2008*).

4. Az adatfeldolgozás

Egyes statisztikai módszerek alkalmasak arra, hogy segítségével tisztázzuk, milyen szignifikáns, azaz nem a véletlen okozta, jelentős különbségek vannak a két csoport – a szolgáltatás igénybe vevői és a kontrollcsoport – között. Ebben a vizsgálatban az adatok feldolgozásához az IBM® SPSS® Statistics 21 és az OpenOffice.org 4.3 programot használtuk, továbbá a következő, a vizsgálat céljához és az adatok típusához illeszkedő statisztikai próbákat alkalmaztuk:

- Bonferroni korrekciójú Kolmogorov-Smirnov-tesztet
- Független és összertartozó mintás T-próba és variancia-analízis
- Spearman-féle rangkorreláció
- Mann-Whitney- próba és Kruskal-Wallis teszt
- Wilcoxon- és Friedman-próba
- Chi (χ^2) –négyzet teszt.

5. Eredmények

Az eredmények bemutatásánál a táblázatokban a következő rövidítéseket használtuk az egyes vizsgálati csoportokra vonatkozóan: pszichiátriai betegek nappali ellátása részt vettek = PN, közösségi pszichiátriai ellátásban részt vettek = KPE, illetve a kontroll csoport esetén = K jelzést.

Szociodemográfiai jellemzők

A vizsgálatba 91 főt vontunk be, aktív korú, 25-50 év közötti klienseket, férfi és nő arányra figyeltünk, a homogenitás miatt. A nem, az oktatás, az életkor és a betegség időtartama hasonló értékekkel bírt a három csoport esetében, ezért ezek között nem volt szignifikáns különbség.

Az egészségügyi és szociális szükségletek egyéni megítélése

3. táblázat: *Pszichiátriai betegek nappali ellátása egészségügyi és szociális szükségletei a T1-es és T2-es időpontban*

PN	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p
Kielégített szükséglet	11,90 (1,49)	15,40 (1,71)	0,00
Kielégítetlen szükséglet	5,43 (1,04)	1,43 (0,72)	0,00
Kapott informális segítség	2,23 (0,97)	2,23 (0,97)	1,00
Kapott formális segítség	0,53 (0,57)	4,40 (0,93)	0,00
Formális segítség szükséglete	4,83 (0,68)	4,40 (0,93)	0,024
Mennyire megfelelő a segítség	0,50 (0,68)	4,40 (0,93)	0,00
Elégedettség a segítséggel	0,6 (0,12)	4,2 (0,10)	0,00

A 3. táblázatban látható, hogy a pszichiátriai betegek nappali ellátásának hatására a kielégített szükségletek, a kapott formális segítség, a megfelelő segítség mértéke és a segítséggel való elégedettség szignifikánsan növekedtek. A kielégítetlen szükségletek és a kapott formális segítség szükséglete szignifikánsan csökkentek. A kapott formális segítség mértéke szignifikánsan nem változott a vizsgálat időtartama alatt.

4. táblázat: Közösségi pszichiátriai ellátás csoport egészségügyi és szociális szükségletei a T1-es és T2-es időpontban

KPE	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p
Kielégített szükséglet	12,29 (1,53)	13,87 (1,47)	0,00
Kielégítetlen szükséglet	5,13 (1,08)	3,54 (1,20)	0,00
Kapott informális segítség	2,71 (0,82)	3,48 (0,85)	0,00
Kapott formális segítség	0,71 (0,69)	1,45 (0,85)	0,00
Formális segítség szükséglete	4,39 (1,17)	1,45(0,85)	0,00
Mennyire megfelelő a segítség	1,69 (0,84)	1,48 (0,85)	0,49
Elégedettség a segítséggel	0,80 (0,12)	3,80 (0,10)	0,00

A 4. táblázatban látható, hogy a KPE csoportnál a kielégített szükségletek a kapott formális segítség), a megfelelő segítség szignifikánsan nőtt. A kielégítetlen szükséglet szignifikánsan csökkent. A kapott formális segítség a segítséggel való elégedettség nem mutat szignifikáns növekedést. A formális segítség szükséglete nem változott szignifikánsan.

5. táblázat: A kontroll csoport egészségügyi és szociális szükségletei a T1-es és T2-es időpontokban

Kontroll csoport	T1	T2	Csoporton belüli különbség
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	p
Kielégített szükséglet	12,76 (0,85)	13,10 (1,29)	0,02
Kielégítetlen szükséglet	4,70 (0,75)	4,36 (1,06)	0,02
Kapott informális segítség	2,73 (0,97)	2,96 (0,96)	0,05
Kapott formális segítség	0,70 (0,70)	0,93 (0,78)	0,02
Formális segítség szükséglete	4,70 (0,75)	4,70 (0,74)	1,00
Mennyire megfelelő a segítség	0,63 (0,55)	2,20 (0,92)	0,00
Elégedettség a segítséggel	2,20 (0,16)	2,30 (0,11)	0,43

Az 5. táblázatban látható, hogy a kontroll csoport kielégített szükségletei, a kapott formális segítség és a kapott megfelelő segítség szükségletei szignifikánsan nőttek. A kielégítetlen szükséglet) szignifikánsan csökkent. A formális segítség nem változott vizsgálat ideje alatt. A kapott informális segítség és a segítséggel való elégedettség szignifikánsan nem változott.

6. Megvitatás

Vizsgálatunk célja a szkizofrénia diagnózissal élő egyének életében a pszichoszociális intervenció hatásának felmérése volt, longitudinális kutatás keretében. Vizsgálatunk 91 fő, szkizofrénia diagnózissal élő személy bevonásával zajlott, akiket bevonásukat követően fél évig követtünk nyomon. Vizsgálatunkba a pécsi Integrált Nappali Szociális Intézmény integrált közösségi ellátásait igénybe vevő ellátottakat vontuk be, akik az intézmény ellátásába először kerültek be.

A PN csoportban résztvevők vállalták, hogy heti 4 napon át csatlakoznak a pszichiátriai betegek nappali ellátású csoportjához, ahol meghatározott csoportfoglalkozásokon és tréningeken vettek részt. A KE csoportban részt vevő kliensek a közösségi pszichiátriai ellátásába való bevonást vállalták. Ez az ellátási forma egyéni módszerrel kialakított fejlesztést foglalt magába. A szociális munkás kolléga heti rendszerességgel kereste fel otthonában a klienst, az intervenció közösen megírt gondozási terv alapján, egyéni célok megjelölésével történt. A kontroll csoportba pedig olyan személyeket vontunk be, akik nem fogadták el az intézmény ellátásait, de pszichiátriai gondozáson részt vettek, ami azt jelentette, hogy legalább havi 1, legfeljebb 5 alkalommal volt részük pszichiátriai gondozásban (pszichiáter szakorvossal személyes találkozás keretében).

Vizsgálatunkban a közösségi alapú pszichoszociális intervenció két formájának hatékonyságát néztük, vagyis a pszichiátriai betegek nappali ellátása és a közösségi pszichiátriai ellátást, amelyek a szolgáltatás intenzitásában és az összetettségükben is különböznek egymástól. A közösségi pszichiátriai ellátás szemlélet megközelítésének alapelve, hogy a reszocializáció olyan közösségben lehet hatékony, ahol a rehabilitáció csökkenti a megbélyegzést, motiválja az egyént és támogatja a családot.

A szkizofrénia diagnózissal élő személyek egyéni szükségleteit mértük fel, ezek változásának szubjektív megélését vizsgáltuk az intervenciók hatására. A CAN általános szükségleteket vizsgál, kiegészítve azt a kifejezetten pszichiátriai betegséggel élők esetleges szükségleteire.

A pszichiátriai betegek nappali ellátást igénybe vevők csoportjának kielégített szükségletei javultak, vagyis az ellátás igénybevétele reagálni tudott a kliens szükségleteire. A szükségletekkel való elégedettség javulása azt támasztja alá, hogy a kliensek a számukra megfelelő segítséget kapták, vagyis a valós igényeikre tudott reagálni az ellátás. A megfelelő segítség mértékének javulása azt jelzi, hogy a kliensek a kapott segítséget hasznosnak érezték. A kapott formális segítség javulása pedig azt mutatja, hogy a szükségletek kielégítése intézményi segítséggel történt meg, vagyis a nappali ellátás közvetlen vagy közvetett segítségével tudott megvalósulni.

Továbbá a kielégítetlen szükségletek pszichiátriai betegek nappali ellátásnál a legalacsonyabbak, vagyis nemcsak a kielégített szükségletek növekedtek, hanem ezzel egyenes arányban csökkentek a kielégítetlen szükségletek is, és az ellátás igénybevétele segítette a kielégítetlen szükségletek csökkenését. A pszichiátriai betegek nappali ellátás feladata közé

tartozik az egyéni szükségletek feltérképezése, azok lehetőség szerinti kielégítése az ellátás keretein belül, pl. az étkeztetés megoldása, segítségnyújtás a háztartásvezetésben, ápoltság, napközbeni tevékenység, tájékoztatás, társas kapcsolatok kialakítása, gyógyszer-compliance segítése. Amennyiben ez nem lehetséges, akkor a megfelelő szolgáltatások – mint pl. segélyek igénylése, az írást, olvasást érintő készségfejlesztés vagy az anyagi támogatás igénybevétele – felé tereljük a páciens (McKay és mtsai, 2016).

A KPE csoportnál 6 hónap elteltével a kapott informális segítség a legmagasabb, vagyis itt a leghatékonyabb a társas kapcsolatok mozgósítása, bevonása. A közösségi pszichiátriai ellátás alapvetése a kapcsolati tőke mozgósítása, vagyis, hogy a gondozás a barátok, család és ismerősök bevonásával menjen végbe, természetesen a lehetőségekhez bekapcsolódásával (Bulyáki, 2016). A kielégített szükségletek, a kapott formális segítség emelkedett. A kielégítetlen segítség mértéke arányosan csökkent a kielégített szükségletek növekedésével.

A hosszan tartó mentális problémával élők esetében különösen fontos a kapcsolati tőke feltérképezése, használata, vagyis, hogy a családtagok, barátok, rokonok és a számukra fontos társas kapcsolatok támogatóan legyenek jelen az életükben, ezzel segítve a felépülésüket.

A megfelelő támogatás hiányában a családtagok szintén nagyfokú stresszt, frusztrációt élnek át, amelynek következtében elhatárolódnak – akár életvitelben is – a betegségben érintett családtagtól. A családi kapcsolatok feltérképezése ezért fontos része a közösségi gondozásnak, hiszen a társadalomba való visszailleszkedés és az intézményesülés folyamatai ellenére a primer szociális hálók továbbra is központi jelentőséggel bírnak az emberek életében, együttélésében. Ezek a hálózatok életciklustól és szociális helyzettől függően változnak, eltérő hangsúlyt kaphatnak, de minden esetben ezek biztosítják az egyén elsődleges integrációját, ezért van a közösségi pszichiátriai gondozónak fontos szerepe a társas kapcsolatok fenntartásában, erősítésében (Kerstin, 2011).

A kontroll csoportnál 6 hónap elteltével a kielégítetlen szükségletek mértéke a legmagasabb és a formális (intézményi) segítségé a legalacsonyabb, viszont itt a legmagasabb a formális intézményi segítség szükséglete. A szkizofréniával élő egyének számára nehézséget jelent a háztartási teendők, házimunkák elvégzése és szabadidős tevékenységekben, szociális interakciókban való részvétel. A szükségleti állapot hiányosságai elsősorban intézményi segítség igénybevételelennének kezelhetők (Leifse, & Kallert, 2003).

A szociális rendelés lehetővé teszi az alapellátásban dolgozó szakemberek számára, hogy a klienseket számos helyi, nem klinikai szolgáltatás felé orientálják, és ebbe a rendszerbe tud bekapcsolódni a közösségi pszichiátriai ellátás is. Mivel az emberek egészségét elsősorban egy sor társadalmi, gazdasági és környezeti tényező határozza meg, a szociális rendelés holisztikus módon igyekszik kezelni a kliensek igényeit. Célja továbbá, hogy a saját egészségük kezében tartásában támogassa az egyéneket.

A szociális rendelési rendszerek különféle tevékenységeket foglalhatnak magukba, amelyeket általában önkéntes és közösségi szektor szervezetei végeznek. Ilyenek például az önkéntesség, a művészeti tevékenységek, a csoportos tanulás, a kertészkedés, a barátkozás, a főzés, az egészséges táplálkozással kapcsolatos tanácsok és a különféle sportok. A szociális rendelés célja a számos szociális, érzelmi vagy gyakorlati szükségletű személyek támogatása. Az igénylehető, „kirendelhető” programok a mentális egészség és a fizikai jólét javítására összpontosítanak. Szociális rendelésben részesülhetnek az enyhe vagy hosszú távú mentális egészségi problémákkal küzdő személyek, a kiszolgáltatott csoportok, a társadalmilag

elszigetelt személyek és azok, akik rendszeresen vesznek részt alap- és/ vagy egészségügyi szakellátást (Fixsen, A., & Polley, M., 2020).

Az eredményeink alátámasztják a szakirodalmi ismereteket. Lasalvia (2007) szerint a krónikus szkizofrén betegek hosszú távú közösségi gondozásának sajátos problémái kevésbé kutatott területnek számít. Úgy tűnik, hogy a gondozási igények meglehetősen stabil mintája meghatározza a közösségi mentálhigiénés szolgáltatások világos és hosszú távú feladatait. A szkizofrén betegek esetében a szolgáltatásoknak fokozott figyelmet kell fordítaniuk a szociális készségek fejlesztésére és a pszichopedagógiai megközelítésekre. A lehetséges befolyási tényezők széles köre miatt azonban a közösségben a hosszú távú, kontextus-függő gondozási folyamatok megtervezéséhez nincs egyértelmű bizonyíték.

A szkizofrén betegek normatív ellátási igényeit nem lehet pusztán néhány, gyorsan azonosítható marker alapján meghatározni. Személyre szabott elemzésre van szükség, amely magában foglalja a pszichopatológiára, a szubjektív megbirkózásra, a társadalmi kompetenciára vonatkozó változókat. Kallert és Leisse (2001) szerint a szkizofrén betegeknél fontos a közösségi alapú ellátások igénybevételének lehetősége, ez viszont önmagában kevés: a problémák teljes körű megoldása érdekében szükség lenne a szociális normák és a rehabilitáció központi területein azonosított hiányok minimalizálására, a nemzetközi protokollnak való megfelelés érdekében. Ez különösen fontos, mivel azt tapasztaljuk, hogy a szociális károsodások és fogyatékoságok a szkizofrén betegek pszichiátriai ellátásra vonatkozó normatív elvárások teljes spektrumán kiemelkedőek.

Az ellátások fejlesztési céljainak jövőbeni kijelölése elengedhetetlen az ellátást igénybe vevők bevonása nélkül. Az előbbiekben jól kirajzolódik, hogy az abban az esetben tud a szükségletek kielégítése terén megfelelő hatékonysággal működni, amennyiben az érintettek érvényre tudják juttatni igényeiket, lehetőségük van megnevezni a szükségleteiket. Hiszen a szükséglet kielégítése akkor tud jól működni, amennyiben egyénre szabott és a tényleges igényekre tud reagálni. Mindenképp fontos a párbeszéd kialakításának elősegítése, a döntéshozók, az ellátásban dolgozó szakemberek és az ellátást igénybe vevők kliensek között. A közösségi alapú gondozás főbb szempontjai az értékelő kutatás sztenderdjei (Erdős & Vojtek, 2018) alapján:

- személyre szabott egyéni gondozási tervek (egyéni szükségletekre és célokra reagálnak, rövid távú örömteli fókuszba állítása)
- az állapot és életvitel-felmérés során: szükségletfeltárás, -elemzés lényeges feladata az ellátásnak
- a kliensek aktív és felelős részvétele az ellátások kialakításában
- közösségi pszichiátriai ellátás szellemiségének képviselője, ahol a fejlesztési célokat az ellátásban résztvevő személyekkel közösen határozzák meg, és ezeket minden kockázat viselő csoport számára ismertté teszik (döntéshozók, szakemberek, kliensek)

A korábbi hibakereső, ítélkező modelleket a részvételre, továbbá a dialógusra irányuló modellek váltották fel a pszichiátriai ellátás koncepcióiban, amelyekben jelentős szerepe van az értékelő kutatásnak. A jelenlegi nézőpont szerint amennyire megvalósítható, a pszichoszociális rehabilitációnak az a célja, hogy a pszichiátriai korlátozottsággal élők számára lehetőséget biztosítson a társadalomba való visszailleszkedéshez, továbbá a teljes élethez. A rehabilitáció feladata, hogy a mentális betegséggel élő egyének számára fontos egyéni célokat

összekapcsolja azokkal a szolgáltatásokkal, amelyek csökkentik a korlátozottságot és a felépülést segítik elő (*Lieberman, 2010*).

A pszichiátriai rehabilitáció vezérelve, hogy a hosszan tartó mentális betegséggel élő emberek is autonóm életet élhessenek, amelyhez hozzátartozik a saját otthon, a megfelelő oktatás, az „értelmes” munka, és a közösségi ill. intim kapcsolatok, valamint a társadalmi életben való teljes jogú részvétel lehetősége. A hosszan tartó mentális betegséggel élő személyek többsége optimális farmakoterápia mellett is reziduális tünetekkel, kognitív deficittel, pszichoszociális problémákkal küzd. Az intézményi formák hatékonysága csökken azáltal, hogy a kliens a kezelés, ellátás alatt kikerül a szociális környezetéből, és ezáltal csak őt, magát érinti a helyzet kezelése, a vele kapcsolatban álló személyeket, a hozzátartozói, támogató kapcsolatait nem.

A rehabilitáció hatékonysága csak komplex, integrált módon, a kliens családját, közvetlen környezetét bevonva növelhető az alapszolgáltatási szinten (pszichiátriai közösségi ellátása, pszichiátriai betegek nappali ellátása), azokra az erőkre építve, amelyek a pszichiátriai betegséggel élő egyén és környezete meglévő, nem felszínen lévő forrásai (*Harangozó, 2006*).

A hasonló betegséggel élő emberek körében is jelentős eltérések lehetnek a betegségek súlyosságában, krónikusságában, vagy a betegség lefolyásában, a készségcsökkenésekben és a gyógyszeres kezelésre való reagálásban is. A rehabilitáció formája és időbeli tartalma számos tényező függvénye, továbbá azt, hogy felépülés útján milyen utat tesz meg az egyén és az mennyi ideig tart, a mentális egészségügyi ellátás és a közösségi források elérhetőségének különbsége is meghatározza. Mivel az emberek értékrendje és személyes céljai is különböznek, a kliensek nem egyformán fognak haladni a felépülés kontinuumán (*Lieberman, 2010*).

Összegzés

A kielégített szükségletekkel való elégedettség a pszichiátriai betegek nappali ellátásánál érhető el a leglátványosabban, a kielégítetlen szükségletek ebben az esetben a legalacsonyabbak.

A pszichiátriai betegek nappali ellátás egyik fontos eleme, hogy feltérképezze az egyének szociális és egészségügyi szükségleteit. A kielégítetlen vagy nem megfelelően kielégített szükségleteket intézményen belül, amennyiben ez nem lehetséges, intézményközi delegálással próbálja kielégíteni. A közösségi pszichiátriai ellátás tevékenységét a kliens szűkebb és tágabb környezetében végzi, vagyis családi, baráti és ismerősi kapcsolatokra építve valósulhat meg a pszichoszociális rehabilitáció. Ezért elmondható, hogy a KPE csoport tagjainak a legmagasabbak az informális (családi, baráti) segítségei. Amennyiben hatékonyan működik a közösségi gondozás és sikerül a családot, barátokat, ismerősi hálózatot erősíteni, esetleg újraépíteni, ezzel természetes támogató háló jön létre a kliens körül.

Eredményeink alátámasztják annak szükségességét, hogy a közösségi alapú pszichoszociális kezelések javasolhatók legyenek az antipszichotikus farmakológiai kezelések mellett (*Asher, 2017*).

A közösségi alapú pszichoszociális ellátások, amelyek támogatják az interperszonális hálózatok gazdagságát és a társadalmi támogatást, a skizofrénia komplex kezelésének fontos részét képezik. Alátámasztják a közösségi típusú ellátások létjogosultságát, továbbá felhívják a figyelmet az ellátások elérhetőségének bővítésére, fejlesztésére.

A hatékony nappali és közösségi pszichiátriai ellátás hatására a betegség során kialakuló relapszusok száma csökkenthető, és a betegség lefolyása kevesebb nehézséget jelenthet a kliens

és környezete számára. A közösségi pszichiátriai szemléletű ellátások a kliens és hozzátartozói pszichoedukációja, készségfejlesztése, valamint stressz-kezelésének javítása révén segíti az érintett pszichiátriai betegséggel élő személy kompetens működését a betegségből adódó nehézségek leküzdésében, és céljaik elérésében. A nappali és közösségi ellátás során várható, hogy a szolgáltatást igénybe vevők visszailleszkednek a közösségbe, a társadalomnak teljes jogú tagjaivá váljanak. A hatékony közösségi pszichiátriai ellátás az igénybe vevők aktív és felelős részvételére építő hosszú távú, egyéni szükségletekre épülő gondozást biztosít (*Bulyáki, 2016*).

A kutatás korlátai

Értékelő kutatásról nem beszélhetünk a vizsgálat korlátainak megemlítése nélkül, és ezzel összhangban fontos leszögezni, hogy a jelen tanulmányban bemutatott kutatás számos korláttal rendelkezik. A közösségi alapú pszichoszociális kezelési modellek széles skálája lelhető fel az irodalomban, ezért a jelenlegi eredményeinket csak problematikusan lehetne általánosítani a különböző modellekre vonatkozóan.

Szociális ellátásokat vizsgáltunk, viszont mindkét ellátás igénybevételének feltétele, hogy a kliens egészségügyi ellátásban részesüljön, mivel ahhoz, hogy bevonják az ellátásba, gondozó- vagy kezelőorvos szakorvosi javaslat szükséges. Ez nagy mértékben szűkíti a kutatásba vont személyek körét.

A kutatás további korlátai közé tartozik, hogy a családtagokat-hozzátartozókat és az egészségügyi szakembereket (gondozóorvos, pszichiátriai asszisztensek) nem vontuk be a kutatásba. Holott ahhoz, hogy komplex képet kapjunk a kliensek egészségügyi és szociális szükségleteiről, fontos lenne, hogy a velük formális és informális kapcsolatban állókat is megkérdezzük, és így komplex képet kapjunk az adott személyről. A családtagokat-hozzátartozókat és az egészségügyi szakembereket (gondozóorvosokat, pszichiátriai asszisztenseket) a vizsgálat időbeli és fizikai korlátai miatt most nem tudtuk bevonni. Ezért is lenne célszerű egy későbbi kutatásban viszont már teljes körben vizsgálni ezt a problémahalmazt, hogy még realisabb képet kapjunk a kliensek egészségügyi és szociális szükségleteiről.

A vizsgálat további korlátai közé tartozik, hogy a vizsgálati személyek antipszichotikus gyógyszeres kezelés alatt álltak, ami nehezíti az eredmények megbízhatóságát.

Irodalom

1. Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449.
2. Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 17(1), 355.
3. Demetrovics, Z., & Lackó, Z. (2008). Introduction of the Hungarian version of Camberwell Assessment of Need (CAN-R-hu). *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 23(4), 297.
4. B. Erdős, M. & Vojtek, É. (2018). *Értékelő kutatásról, programértékelésről szociális szakemberek számára*. Pécs: PTE BTK TKI Közösségi és Szociális Tanulmányok Tanszék http://szockepzes.hu/wp-content/uploads/2019/02/%C3%89rt%C3%A9kel%C5%91-kutat%C3%A1s_BEM-V%C3%89.pdf (Letöltve: 2018. 01.26.)
5. Bulyáki, T. (2016). *Mentális zavarral élő emberek felépülését támogató pszichoszociális stratégiák*. Budapest: ELTE-TÁTK.
6. Endre, Sz. (2016): Egyedül nem megy, együtt könnyebb. *Szociálpedagógia*, 4(3-4), 13-20.
7. Fixsen, A., & Polley, M. (2020). Social prescribing for stress related disorders and brain health. *Stress and Brain Health: In Clinical Conditions*, 152, 237.
8. Gordos, E., Marketti, J. & Puskásné Halál, Á. (2018). *Szakmai ajánlás pszichiátriai betegek részére fenntartott nappali intézmények működtetéséhez*. Budapest: Emberi Erőforrások Minisztériuma.
9. Harangozó, J. (2006). Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális intervenciókkal történő közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció. In *A szkizofrénia pszichoterápiája* (pp. 253-304). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
10. Herold, K., Bulyáki, T. & Szabóné Csizmadia, M. (2018). *Szakmai ajánlás közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére*. Budapest: Emberi Erőforrások Minisztériuma.
11. Kallert, T. W. & Leisse, M. (2001). Schizophrenic patients' normative needs for community-based psychiatric care: an evaluative study throughout the year following hospital release in the Dresden region. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(1), 1-12.
12. Kerstin, U. (2011). Kapcsolathálózati megközelítés a szociális munkában. *Esély*, 5, 100-117.
13. Lasalvia, A., Bonetto, C., Salvi, G., Bissoli, S., Tansella, M. & Ruggeri, M. (2007). Predictors of changes in needs for care in patients receiving community psychiatric treatment: a 4 year follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 31-41.
14. Leiß, M. & Kallert, T. W. (2003). Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. *Psychiatry research*, 118(3), 223-233.
15. Liberman, R. P. (2010). *Felépülés a betegségből - A pszichiátriai rehabilitáció kézikönyve*. Oriold és Társai Kiadó.

16. McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A. H., Knudsen, H. C., Vázquez-Barquero, J. L. & EPSILON Study Group. (2000). Reliability of the Camberwell assessment of need—European version: EPSILON Study 6. *The British journal of psychiatry*, 177(S39), 34-40.
17. Mo, S., Su, Y., Chan, R. C. & Liu, J. (2008). Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: the role of theory of mind and IQ. *Psychiatry research*, 157(1-3), 21-29.
18. Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T. & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.
19. Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G. & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 109-113.

V. FEJEZET: A TÚLÉLŐK EREJE. TRAUMA ÉS KRÍZIS

Haberman Zoltán

Traumával élők megküzdési stratégiái, elhárító mechanizmusai. Holokauszt túlélők trauma-feldolgozásának vizsgálata

„... Anyám mindig azt mondta: előre nézni, nem hátra”

Előd Nóra, holokauszt-túlélő

Hogyan éltek évtizedekig, akár 7-8 évtizedig is a traumát szenvedett zsidók, zsidónak minősített magyar állampolgárok? Mi mindent tartalmaz az a tudás és tapasztalat, amely hetven év során felhalmozódott, a holokauszt trauma kezelése, feldolgozása szempontjából?

A kutatás három részből áll. Az első részben a traumáról általánosabban esik szó. Ebben a részben egy elméleti keret felállítása volt a célom. A trauma- és holokauszt-kutatás hatalmas, interdiszciplináris, rendkívül kiterjedt tudományterület. Az elméleti keretet ebben a részben társadalomtudományos, a szociális munkások számára releváns szempontból próbáltam megalapozni. A második részben még specifikusabban szerettem volna a magyarországi trauma és holokauszt-kutatás elméletét tudományosan megközelíteni, Virág Teréz munkásságán keresztül. Magyarországon Virág Teréz volt az első jelentős holokauszt trauma-kutató. A harmadik részben 25 mélyinterjú kerestül a holokauszt-traumának és kezelésének egy új megközelítését szeretném bemutatni. A trauma kezelését a szociális munkások számára is releváns megközelítésben elemeztem. Ennek során megpróbálok a tipikus pszichológiai diszciplínáktól némileg eltérő választ adni a trauma általánosabb megértésére, és a használható kezelése céljából.

A kutatás központi kérdése és fókusza olyan traumatizált emberek vizsgálata, akik valamennyire reziliensek voltak, megküzdésük a problémákkal, a traumáikkal normatív szempontból sikeres megküzdésnek mondható. A trauma sikeres kezelése, a szörnyű élményekkel való megküzdés azon múlik, hogy mennyire képes egy traumatizált ember eltávolodni, nem gondolni a szörnyűségekre, vagyis elhárítani azokat. A feldolgozás sikeres stratégiája nem a traumára való állandó emlékezés, hanem a felejtés jótékony elhárító mechanizmusa.

I. Kutatásmódszertani megjegyzések

A kutatás interdiszciplináris kérdéseit nem pozitivista szemléletű kvantitatív mintavételi eljárásokon alapuló módszerekkel végzem. Véleményem szerint a traumatizált, a holokauszt túlélőkkel kapcsolatban ilyen kutatás lehetetlen is volna. Ezt nemcsak a túlélők lecsökkent száma vagy az idős kora, de a téma érzékenysége, lelki, filozofikus volta is akadályozná. Lehetetlen a témában reprezentatív mintát venni.

Jelen kutatás a szociális munka értékeiből és szemléletéből indul ki. Ez némileg eltér az egyéb tudományos diszciplínák (szociológia, pszichológia) vizsgálati módszereitől. Az eltérés nem feltétlenül a kvalitatív interjú-elemzési módszerekből adódik. (Habár az interjúk kvalitatív elemzése több mint százéves hagyománya a szociális munkának.) Mary Richmond már a huszadik század elejétől ezt a módszert alkalmazta, amikor ezek a kvalitatív kutatási módszerek nagyon újszerűek voltak. A szociálismunka-kutatásában természetesen használatosak a szociológia és a pszichológia ismert vizsgálati módszerei, azokra nagymértékben

támaszkodnak is, de más, szélesebb körből is átvesznek módszereket, szemléletet. Jelen kutatás is támaszkodik filozófiai és például a vallástudomány által használt kutatói értékorientált elemzésekre. Fontos a történelem- és irodalomtudomány bevonása is a kutatásba. Meg kell említeni a diskurzuselemzés fontosságát is, tehát az eddig elért tudományos eredmények legalább részleges bemutatását is. A szociálismunka-kutatási módszereinek sajátossága egy téma multidiszciplináris, valamint transzdiszciplináris jellegzetessége. A szociális munkások a vizsgálataik során a legszélesebb értelemben használják a különböző tudományterületeket és ezek általában praxisorientáltak, tehát a gyakorlati kérdésekkel állnak szoros összefüggésben.

A holokauszt-trauma kutatásában is az a cél, hogy tanuljunk hetven év elteltével a súlyos traumán átesett emberekről, ami a jelenben végzett munkához adhat iránymutatást.

A trauma jelenségének egy meghatározása és a magyar trauma-kutatás eredményei mellett egy releváns interjúkötet-elemzést is tartalmaz a tanulmány. Ebben a kötetben 25 mélyinterjú szerepel, szerkesztett formájával megkönnyítve a kutatók munkáját. Habár az elemzett kötetben (Nádor, 2017) nem szociális munkás végzett mélyinterjúkat, ez a másodelemzés mégis sok időt és energiát spórolhat meg a kutatóknak. Az interjúk különleges, unikális értéke, hogy a holokausztban traumatizált, akkor zsidónak minősített emberek egy egész életút után tekintenek vissza életükre. Nem maga a traumatizálódás, tehát a holokausztban történtek állnak fókuszban, hanem a trauma után megélt évtizedek.

A tanulmány segítséget próbál adni azoknak a szociális munkásoknak, akik traumatizált emberekkel találkoznak a munkájuk során. Fontos, hogy a szociális munkások felismerjék és megértsék azokat az embereket, akik például abúzus, migráció, hajléktalanság, baleset vagy egyéb okok miatt súlyosan sérültek lelkileg és sokszor testileg is. Célunk volt megerősíteni a szociális munkásokat abban, hogy amennyiben ilyen emberekkel kerülnek kapcsolatba, viszonyuljanak hozzájuk értően, és képesek legyenek adekvát beavatkozási módszereket alkalmazni.

II. A traumáról, általában

A trauma görög eredetű kifejezés, eredetileg fizikai sérülést, sebet jelent. A 19-dik század második felétől a fogalom a baleseti sebészet területéről került a pszichológiai szakszótárba: a trauma a pszichén keletkezett krónikus, lényegében soha nem gyógyuló, azonban kezelhető lelki sérülés.

A pszichoanalízis szótára a következőképpen határozza meg a trauma fogalmát: az egyén „életében olyan esemény, amelyre jellemző, hogy a személyiséget ért fizikai, illetve pszichés ingerek együttese az egyén adott fejlettségi szintjén/állapotában meghaladja a tűrőképességét, és a megszokott vagy rendelkezésre álló eszközökkel az egyén nem képes a pszichés sérülést okozó ingeregyüttes elhárítására, megszüntetésére, hatékony feldolgozására, illetve a korábbi egyensúlyi állapot visszaállítására” (Laplanche & Pontalis 1994: 486).

Ennek értelmében traumáról két tényező együttes fennállása esetén beszélünk. (1) Egyrészt az egyed olyan eseményt él át, amelyben saját vagy mások testi épsége, élete súlyosan fenyegetve van, vagy a sérülés, halál be is következik. (2) És ezek az események olyan intenzív félelmet, tehetetlenséget vagy más negatív érzést váltanak ki belőle, amellyel nem tud megbirkózni.

Az első világháború borzalmainak hatására, a pszichológia tudományának fejlődésével párhuzamosan a katonákat kezelő orvosok – köztük Ferenczi Sándor, a budapesti pszichoanalitikus iskola alapítója – leírták a harctéri neurózis pszichés tüneteit (gránátsokk).

Úgy tapasztalták, hogy ezek a tünetek a traumát követően azonnal kialakulnak. Az első világháborút követően a 20-dik század gyors egymásutánban szolgáltatta az egyre traumatikusabb történelmi fordulatokat, amelyek hatására a traumakutatás tovább mélyült. 1980-ban lett hivatalos diagnózis a *poszttraumás stressz zavar* (PTSD, posttraumatic stress disorder), a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) harmadik kiadásában. (*DSM-III*). A kézikönyvet az Amerikai Pszichológiai Társaság (American Psychological Association, APA), a pszichológusok nemzetközileg elismert legnagyobb tudományos és szakmai szervezete adja ki.

A poszttraumás stressz zavart a következő főbb tünetek kísérik:

- 1) *A traumatikus esemény újraélése.* A személy újra és újra lepergeti magában a traumatizáló eseményt, gyakran rémálmaiban is felbukkan.
- 2) *Elkerülés.* A személy igyekszik elkerülni minden olyan helyzetet, tevékenységet, beszélgetést, ami a traumatikus eseményre emlékezteti. Igyekszik megszabadulni minden ehhez kapcsolódó érzéstől és gondolattól.
- 3) *„Lelki némaság” vagy „érzelmi amnézia”.* A személy más emberektől elidegenedettnek érzi magát, elveszti az érdeklődését korábban kedvelt tevékenységek iránt. Gondjai lehetnek a gyengédség és a szexuális intimitás átélésével.
- 4) *Fokozott élnétség,* ami nehézséget okozhat az alvás, koncentráció vagy emlékezés területén.
- 5) *Szorongás, büntudat,* amiatt, hogy a személy túlélte a traumatikus eseményt, miközben mások meghaltak, vagy amiatt, amit azért tett, hogy életben maradjon (*Comer, 2005:206*)

Buda Béla írja, a trauma rombolja az önértékelést, az önképet és az identitást. „A traumás élmények megrendítik a világról és önmagunkról alkotott képünket, hiedelmeinket. A trauma a sérülékenység, gyengeség és tehetetlenség érzését ülteti el az áldozatokban. A túlélőknek megrendül a bizalma abban, hogy képesek a dolgokat kézben tartani, eseményeket befolyásolni, megrendül a jövőkép. Nehezen tudnak mások jóindulatára hagyatkozni. A traumatikus élmény alapvető illúziókat rombol le azzal kapcsolatban, hogy a világ kiszámítható, értelmes és többnyire jóindulatú, hogy az események irányíthatók, de legalábbis kontrollálhatók. Ehelyett az áldozatnak azzal kell szembesülnie, hogy a történések teljességgel kiszámíthatatlanok, borzalmasak és kontrollálhatatlanok” (*Buda, 1996:111*). A trauma alapvetően rendíti meg a személy világ- és énképét, és ezzel elszenvedője egész további életére kihat, megváltoztatja személyiségét.

A trauma tulajdonképpen egy metafora. Mint már feljebb említettem, az orvostudományból kölcsönzött kifejezés, amely eredetileg a balesetek vagy erőszak által okozott sérülésekre és sebekre utal. Később Freud, Lacan, valamint társadalomtörténészek hatására vált elterjedté, multidiszciplináris elméletalkotók sokaságát ihlette meg. A mindenkori egyéni-pszichés és kollektív erőszak vagy katasztrófa áldozataira, azok leszármazottjaira vonatkozó fogalom.

Heller Ágnes¹⁰⁸ rámutat a trauma és a szégyen fogalmainak szoros összefüggésére. Felteszi, hogy az első trauma a kiűzetés volt a paradicsomból¹⁰⁹. Tehát egy ősállapotból, ahol nincs fájdalom, szenvedés, szégyen, éhség és megaláztatás, egy olyan világba kerül az ember, ahol

¹⁰⁸ Heller 2006.

¹⁰⁹ 1M 3,22-24

meg kell tapasztalnia ezeket a negatívumokat is. A trauma egy ősi jelenség, melyet mi emberek sokszor megtapasztaltunk. Az édenkertben még Ádám és Éva mindketten meztelenek voltak, de nem ismerték a szégyent.¹¹⁰

A szégyen a trauma velejárója. Miért szégyelljük a traumánkat? Ha valaki megaláz minket, az nem túl nagy dicsőség. Az erős emberek, a hősök sikeresek és győzedelmeskednek. Ezért nyújt vigaszt annyi irodalmi mű a megalázottaknak és szenvedőknek. Az emberek többsége, köztük sok kisember sokat szenved. A szegények, a társadalom peremére szorultak ritkán győzedelmeskednek, gyakran traumatizáltak. Jó érzés azt olvasni egy-egy irodalmi alkotásban vagy látni egy-egy filmben, hogy ez másként is lehet. Chaplin az egyik példa rá, de a legtöbb mese is arról szól, hogy a legkisebb, a leggyengébb is legyőzheti a gonoszt. Bruno Bettelheim¹¹¹ mutatott rá, mennyire erős a lelki szükségletünk a gyermekkorunkban arra, hogy történeteken, meséken keresztül kapjunk vigaszt saját félelmeinkre. Ez az igény elégül ki művészetek, az általános érvényű metaforikus emberi történetek befogadásakor. A narratív terápiás módszerek¹¹² is hasonló alapokon működnek. A történeteknek alapvetően fontos szerepük van az életünkben. Történetként meséljük el az életünket és mi interpretálhatjuk, alakíthatunk az életünk történetén pozitív vagy negatív irányba is. Dekonstruálhatjuk is a történeteinket, majd újra konstruálhatjuk úgy, hogy azok előrevigyék az életünket. A trauma is egy történet, amit elmesélünk. A legtöbb művészeti alkotás a holokausztban traumatizált embereket mártíroknak, hősöknek ábrázolja, akiknek a szenvedése annak ellenére, hogy megalázták, lelkileg és fizikailag is súlyosan bántalmazták őket, mégsem volt hiábavaló, és tanulsággal szolgálhat. Végül megdicsőülhetnek a túlélők és a halottak is. Heller szerint a kollektív trauma-elbeszélések „kivédik” a szégyent. Egy szégyenkezésre okot adó eseményt „pozitív önazonosság-teremtő történetté változtatnak”¹¹³

Heller három traumát különböztet meg: az individuális, a strukturális és történelmi traumát. Tehát a trauma lehet nagyon egyedi, személyes, lehet általánosabb, vagyis strukturális, amit minden ember átélhet, és lehet kollektív méretű. A holokauszt-trauma történelmi és egyben individuális trauma. Heller szerint a strukturális traumát mondjuk el a legritkábban történetekben, szemben a történelmi traumával, amelyet történetek elbeszélésével értelmezünk. Heller szerint a trauma mai fogalmi értelmezésének megjelenése a modernitás, a felvilágosodás és a romantika hatása következtében a 18-dik századtól datálható. A trauma egyik értelmezése szerint ez egy olyan seb a lélekben, amely sohasem gyógyul meg, lehet kezelni, kötözni, de nem múlik el. A zsidóság bibliai parancsolata, hogy emlékezzünk, ez a zachor¹¹⁴. Az emlékezés és a beszéd sokat segít a traumák kezelésében, habár sokszor az emlékezés elutasítása, az érzelmek tagadása, a hallgatásba menekülés jellemzi a traumatizált túlélők reakcióit.

A traumát a leggyakrabban szégyenként élik meg az emberek, a vereséget, a legyőzöttséget a gyengeséggel, megalázottsággal társítják. A trauma-áldozat büntudatot is érezhet. Ezt traumatizált emberekkel dolgozók gyakran tapasztalják, magam is találkoztam a praxisomban ezzel a jelenséggel. A holokauszt túlélők bűnösnek érezhetik magukat amiatt, hogy ők maradtak

¹¹⁰ 1M 2,25

¹¹¹ Bruno Bettelheim (1903-1990) Bécsben született, zsidó származású pszichoanalitikus, később Amerikában lett világhírű. Buchenwaldi és dachau-i deportált volt. Fő műve „A mese bűvölete és a bontakozó gyermeki lélek”

¹¹² White-Epston 1990.

¹¹³ Heller 2006. 17

¹¹⁴ „Emlékezz meg a szombat napjáról, hogy megszenteld azt” - a Tízparancsolat negyedik parancsolata, amely emellett több helyen előfordul a Bibliában. Az emlékezés hittétele.

életben és nem a szeretteik. Ez az irracionális büntudat: ilyenkor az áldozat önmagát is felelősnek tartja azért, hogy áldozattá vált. Megerőszakolt nők vagy például kirekesztett, mélyszegénységben élő cigányok esetében is gyakori. Az áldozat-hibáztatás makro/kollektív és egyéni szinten is megfigyelhető. A zsidókat gyakran vádolják azzal, hogy túlságosan szabálykövetők voltak, vagy nem eléggé álltak ellen a holokauszt idején. Az előítéletes gondolkodásban a nők kihívóan viselkednek, a cigányok pedig lusták. Az áldozatok pedig gyakran elfogadják a társadalmi nyomást és elhiszik a saját felelősségüket.

A magyarázat és az okok keresése szinte ösztönös folyamat. A magyarázó elvek igazságtartalmánál erősebb lehet, hogy mégis adnak valamilyen racionálisnak tűnő magyarázatot. Rengeteg példát tudunk olyan helyzetekre, amelyekben az emberek természetesen fogadnak el tényként magyarázatot, minden alap nélkül. Ezt sokszor önbecsapásként aposztrofáljuk. A városi legendákat és összeesküvés-elméleteket mind ilyen ellenőrizetlen, téves információk alapján fogadjuk el. Tekintély alapján elfogadott nézeteket és véleményeket mindenki kénytelen elfogadni, hiszen senkinek sincs kapacitása minden információ hitelességét ellenőrizni, így ez tulajdonképpen minden emberre igaz. Ahogyan a híreket a média azon hírforrásaiból szerezzük be, amelyeket elfogadunk hitelesnek, és mivel nem tudunk minden hírt ellenőrizni, úgy minden ember naponta fogad el megszámlálhatatlan ellenőrizetlen érvet és információt. Az áldozatok hibáztatása és az áldozatok általi önhibáztatás a traumák velejárója. Ezen téves érvrendszerek elfogadásának gyakorlata ellenében a kritikai gondolkodásmód elterjesztése vezethet eredményre, melyhez különböző szakemberek munkájára lenne szükség. Sokat tehetnek a szociális munkások, pszichológusok, tanárok, egyházi emberek és rabbik, hogy feloldják ezeket a társadalmi és egyéni tévHITEKET. Egy tévhit gyakran a saját megnyugtatóságunkat, lelki békénket szolgálja. Amennyiben azt gondoljuk, hogy nem kell foglalkozni a negatívumokkal, a traumáinkkal, akkor ideig-óráig elringathatjuk magunkat, hogy minden rendben van, de később ezek az elfojtások patológiásan kerülhetnek felszínre, akár egyéni, akár társadalmi szinten is. A mai magyar társadalomra jellemző a kibeszéletlen traumák elfojtása. Ilyen, társadalmi szintű jelenségre példa a Trianon-trauma, amelynek eseménye ugyan 100 éve történt, de még mindig érzékelhető az általa okozott sebek fájdalma. A trauma feldolgozása, kezelése az emlékezet és a felejtés két véglete között mozoghat. Az egyik szélsőség a sebek feltépése, az újbóli átélés, az állandó, kényszeres beszéd a traumáról. A másik véglet pedig a teljes elfojtás, az amnézia, annak a látszatnak a fenntartása, mintha a traumatikus esemény jelentéktelen lett volna, vagy meg sem történt volna. Traumatizált emberek a személyiségüktől függően sodródhatnak bele valamelyik végletbe, ugyanakkor ritka az ideális két véglet közötti arany középút. Nehéz megtalálni azt az ideális állapotot, amelyben egy traumára, de akár csupán egy negatív élményünkre szorongás és lelki fájdalom nélkül tudunk emlékezni. A felejtés gyakran könnyebb és hatékonyabb reakció lehet a trauma-feldolgozásban, amennyiben ez nem párosul a teljes tagadással és elutasítással.

A traumatizált emberek szégyenérzete a stigmától, a megbélyegzéstől való félelmet is jelenti. A holokauszt túlélők vagy a leszármazottaik sem szeretnék, hogy megalázott, kitzsított embereket lássanak bennük. Azt szeretnék, ha nem mint különös emberekre, hanem úgy tekintenének rájuk, mint bárki másra. Az „othering” egy nehezen lefordítható angol szó, amely „másságítás”-t jelent. A kirekesztés egy folyamat, amelynek kezdeti fázisában bizonyos emberek csoportját eltérőknek, másoknak nevezik ki. Amikor egy körülhatárolt csoporton belül hasonló, determinált tulajdonságokat feltételezünk, majd „mi” és „ők”-re osztjuk fel a

csoporthoz, az ezekhez tartozó emberek személyes beleegyezése nélkül, olyankor a kirekesztés, a megszégyenítés előszobájába lépünk. Ezzel az eltávolítással, másságitással (másfélesítéssel) különösen abban az esetben lehet nagy károkat okozni, ha negatív tulajdonságokat is társítunk a csoporthoz, vagyis stigmatizálunk.

II.1 Trauma-feldolgozás, megküzdési stratégiák

A közös sors a gyászmunka végeztével segít átvészelni a traumát, enyhíteni a fájdalmakat. Az idős hozzátartozó halálát nem kell szégyellni, hiszen a halál mindenkinek a természetes, közös sorsa, de ha valaki fiatal és nem természetes halállal hal meg, hanem pl. erőszak következtében, és nincs közös támogató csoport, az ronthatja a trauma-feldolgozás esélyeit. Így hatnak a sorstárs csoportok: a hasonló emberek egymást segítik, és így meg tudnak küzdeni a gondjaikkal. Az önszolgálatos csoportok óriási sikerrel működnek, szerte a világban. A holokauszt túlélők titkolva, egyedül nem tudták feldolgozni traumájukat. Hiszen a háború után jó ideig nem voltak pszichológusok, terapeuták, akik foglalkoztak volna a táborokból, munkaszolgálatból, gettókból hazatért emberekkel. Mindenki magára volt hagyva a történetével a holokauszt utáni első évtizedekben. Egyéni és társadalmi szinten is hasonló folyamatok zajlottak le. Ez történt Izraelben, Magyarországon és mindenhol, ahol holokauszt túlélők éltek. A kibeszélés, a közösségben és sorstárs csoportok által feldolgozott trauma az áldozatok szégyenérzetét nemcsak csökkenteni tudja, de esetleg megnyugvással való elfogadást generál, sőt, egyfajta büszkeséggel is járhat. Az ilyen, társadalmi szinten pozitív trauma-feldolgozás Magyarországon ritka kivételnek számít. Ugyanakkor például mind az 1848-as, mind az 1956-os forradalomról elmondható, hogy az események súlyos vereséggel és vérbefojtással járó traumáit sikerült pozitív elbeszéléssé, narratívává konstruálni. A szégyen mára büszkeséggé, a vereség felmagasztosult győzelemmé vált. A feldolgozatlan traumák veszélyesek is lehetnek, mivel sokszor agressziót generálhatnak, ahogyan ez Trianon esetében is történt.

A holokauszt trauma okozta szégyenre a traumatizált emberek különböző – a szégyent elkerülni igyekvő – stratégiái mutatnak rá. A tagadás, az elhallgatás különböző módjai egyéni és kollektív szinten is megfigyelhetők. A traumák interpretációja, feldolgozása és elbeszélése egyénenként változó, és ez igaz volt a holokauszt túlélőkre is. A holokausztból levont tanulságok vezethettek a kommunista vagy a cionista ideológiába való meneküléshez is. Ugyanígy a teljes asszimiláció és a zsidó háttér megtagadása mellett megannyi, másféle életstratégia kialakításához is. Ezek generációkon keresztül is változhattak. Voltak, akik nem tudták feldolgozni a traumájukat és öngyilkosok lettek, mint pl. Jean Améry, Tadeusz Borowski és Primo Levi. Hetven év után elmondható, hogy a holokauszt trauma egy általánosan átbeszélés és kibeszélés történet lett. Sokkal kevesebben szégyenkeznek ma a holokauszt miatt, kevésbé akarják tagadni, a zsidóságtól távol tartani magukat, mint régebben. Egyre kevesebben akarják átírni a saját történetüket, hogy ne a népiirtás transzgenerációs áldozataiként reprezentálódjanak. A történet annyira végigbeszélés lett, hogy sokan mára büszkék is rá, hogy érintettek, például, hogy déd- vagy nagyszülei auschwitz-i áldozatok voltak. A magyarországi, hullámzóan erősödő-gyengülő antiszemitizmus persze vissza-visszaveti ezt a folyamatot, hiszen valamennyire feldolgozottabb lett a téma, mint hetven éve, de a holokauszt túlélők és leszármazottaik sem egyéni, sem társadalmi szinten nem tudtak mentesülni a szégyen érzésétől. Még mindig előjönnek a holokauszt következtében létrejött, kibeszéletlen történetek. Erre ad

példát Závada Pál irodalmi alkotása a holokauszt utáni pogromról¹¹⁵, vagy az 1945¹¹⁶ című film, amely annak morális kérdéséről beszél, hogy hogyan lehet elszámolniuk a haszonélvezőknek a meggyilkolt zsidóktól elrabolt vagyonnal. Tágabb értelemben a nem-zsidók, kollaboránsok felelősségvállalásának lelkiismereti kérdéseiről van szó. Ez a kérdés merül fel a Szabadság-téri emlékmű kapcsán is. A túlélők poszt-holokauszt társadalmi fogadtatásának megbeszélése Magyarországon még várat magára.

II.2 Különféle trauma-értelmezések, elterjedés, devalválódás

Erős Ferenc¹¹⁷ a trauma fogalmának tudományos devalválódásáról ír, ami egy valódi probléma, hiszen mára annyira elterjedté vált, annyira a köznyelv használatába került ez a fogalom, hogy kezdi elveszíteni a tudományos relevanciáját. Másrészt a trauma fogalma a pszichológia, pszichiátria és a pszichoanalízis tudományterületéről egyre inkább meghihlette az egyéb diszciplínák képviselőit is: filozófusokat, társadalomtörténészeket, szociológusokat, antropológusokat és szociális munkásokat. A trauma ma már nemcsak a pszichológia hatalmas elméleti és terápiás munkáinak egyik irányának alapfogalma, de egyúttal rengeteg társadalmi és pszichés jelenséget tesz leírhatóvá. Erős Ferenc szerint a traumákkal foglalkozó szakirodalom szinte áttekinthetetlenül sokrétű lett. A trauma fogalmának bonyolultságát az is okozza, hogy a megjelenése és hatásai terén egyaránt rendkívül komplex. A tettesek, az áldozatok, a közönyösek, a lokális és a szélesebb társadalom, a kultúra kontextusai bonyolítják a helyzetet, a hatás, utóhatás pedig időben és térben is rendkívül kiterjedt lehet. Erős¹¹⁸ rámutat, hogy a holokauszt trauma tulajdonképpen egy „modell”. Egyéb traumák is leírhatóvá válnak, összehasonlítva a holokauszt sokat kutatott tudományos általánosításaival. Erős a trauma elméleti megalapozói között nemcsak Freudot és a pszichoanalízist tartja meghatározónak, hanem a 19-dik századi tömeglélektani iskoláját is (*Gustave le Bon, Gabriel Tarde*). Ezenkívül Durkheimet és Canettit, mint a társadalmi kataklizmák kutatóit, szintén a trauma elmélet elődeiként mutatja be. A magyarországi elméletalkotók közül a történeti, társadalmi, politikai gondolkodás kimagasló gondolkodóját, Bibó Istvánt és munkásságát jelöli meg a trauma-elméletek előzményeként. Bibó e tárgyban jelentős tanulmánya 1948-ban jelent meg, *Zsidókérdés Magyarországon 1944 után* címmel.

Erős a trauma fogalom devalválódását egyebek közt abban látja, hogy mára tulajdonképpen a sérelmekkel, a különféle társadalmi csoportok, rétegek sérelmeivel lett azonos a trauma fogalma. A különböző etnikai, kisebbségi, vallási közösségeket ért sérelmek szinonimájaként beszélhetnek a traumáról. Ugyanakkor a bántalmazás, az igazságtalan bánásmód, a diszkrimináció okozta jogok sérülése annak ellenére sem jelent feltétlenül traumát, hogy egyéni vagy közösségi szinten súlyos erőszakba, akár egy véres történelmi kataklizmába torkollhat. A trauma egyéneket érint, ugyanakkor az individuumok együttes élménye, a közös narratíva elbeszélése, a sorsközösség vállalása teszi a traumát egyének együttes kollektív traumájává. A kérdést jól megvilágítja Mészáros Márta 2017-ben bemutatott filmje, az *Aurora Borealis - Északi fény*. A film témája a szovjet katonák által Ausztriában megerőszakolt nők és

¹¹⁵ Az *Egy piaci nap* című könyvben az 1946-ba helyezett cselekmény valós eseményeken alapul: egy alföldi településen, Kunmadarason a háború borzalmaiból átélte és hazatért zsidó kiskereskedők váltak a sorozatos lincselések áldozataivá (Závada, 2016).

¹¹⁶ Török Ferenc rendező Szántó T. Gábor elbeszéléséből készített filmje

¹¹⁷ Erős 2007.

¹¹⁸ Erős 2007. 17.

gyermekeinek traumái. Ausztriában 1955-ig¹¹⁹ szovjet katonák nők ezreit erőszakolták meg, vagy létesítettek szexuális kapcsolatot nőkkel, akár kölcsönös szimpátia alapján. Ausztriában dr. Barbara Stelzl-Marx¹²⁰ kutatóhoz kötődik ennek a történelmi traumának a feldolgozása. A második világháborúban eltűnt apáktól becslések szerint sok millió gyerek született szerte a világban. Az amerikai katonák Angliában (1942-45 között) és Nyugat-Németországban is sok tízezer gyermeket nemzettek, és a tőlük született gyerekek jellemzően apa nélkül nőttek fel. Az életüket többnyire titok és szégyen övezte. Magyarországon is bőven előfordult a nők megerőszakolása, zsidó és nem zsidó nők köreiből, egyaránt. A magyarországi helyzetről egyfelől szintén Mészáros Márta kutatómunkájából tudunk, másfelől Polcz Alain: *Asszony a fronton* című, kiemelkedő regényéből, amely drámai erővel írja le, hogy mit jelentett a háború és a megszállás, 1944-től, Csákváron, ő és a családja életében. (Szépirodalmi Könyvkiadó, 1991). Mindez jól mutatja, hogy habár ez egy világméretű trauma volt, ennek ellenére nem lett belőle kollektív trauma-elbeszélés. Ausztriában csak hetven évvel az események után kezdődött el a probléma kollektív megbeszélése. Magyarországon hatalmas csend és tabu övezi a témát. A megerőszakolt nők és gyermekeiknek sors-közösségben megélt narratívája nem tette ezt az egyének által megélt súlyos erőszakot történelmi vagy kollektív traumává. További példa lehetne mindaz, ami a terror-támadások áldozatainak csoportjaival történt, és ami szintén olyan egyéni/pszichés trauma, de nem vált kollektív traumává. Egyéni traumák maradtak. Ezzel szemben a Holokauszt trauma egy meta-narratíva lett, modellté és metaforává vált.

II.3 Trauma-emlékezet

Az emlékezet dinamikus modelljéről írt tanulmányt Kovács Éva¹²¹, aki ebben a személyes, a társadalmi és a történelmi modellek összehangolt kezelésére törekszik. Ebben a dinamikus modellben az egymástól függetlenül létrejött tudományos felvetések, szerteágazó diszciplínák egy keretben összefoglalt felsorolása megkönnyíti a kutatók munkáját. Saját cikkemben magam is ezen elméletek kohéziójában próbáltam értelmezni a trauma különböző aspektusait. A traumákra való emlékezés elméleteiből kiemelném a tudományos diskurzusban az ismert professzort, Aleida Assmann¹²², a németországi Universitát Konstanz-ról, aki a könyvében az emlékezet-kultúra és a nyugati civilizáció kapcsolatát járja körbe. A holokauszt traumára való emlékezés a kulturális emlékezet része. Emlékezés nélkül nincs kultúra. Az elmélet alapján logikailag továbbgondolva leszögezhetjük, hogy a zsidó vallásnak és a judaizmusnak is központi szerepe van abban, hogy fenntartsa az emlékezetet, így önmaga értékeit is tovább tudja vinni. Az ünnepek, a vallási szokások az ősi, bibliai időktől váltak fontossá. A Bibliában szereplő parancsolatok voltaképpen emlékeztető üzenetek. A Tízparancsolat egy tíz pontból álló összefoglalás, amelyre emlékeznünk kell, ha van kultúránk. A vallás maga is az emlékezet, az emlékeztetés és emlékezés kultúrája. A felejtés a kulturálatlanságot jelenti, a civilizációnk végét. Az emlékezet technikái, mechanizmusai a zsidó vallásban és kultúrában élő rítusok és a mindennapos szabályrendszerek révén tulajdonképpen az emlékezést segítik elő. Az emlékezés rítusai az zsidókértékeinkre, elveinkre, a monoteizmus fenntartására elengedhetetlenek a

¹¹⁹ Ausztria megszállása 1945-től, a Vörös Hadsereg benyomulásától 1955-ig, az osztrák államszerződés aláírásáig tartott. A második világháború befejeztével a győztes nagyhatalmak csapatai elfoglalták és egy évtizeden át megszállva tartották a négy megszállási övezetre osztott Ausztriát

¹²⁰ Ludwig Boltzmann Institute for Research into Consequences of War (BIK) Ausztria igazgató-helyettese

¹²¹ Kovács 2012.

¹²² Assmann 2012.

zsidóságban. Ez a modell vált a nyugati civilizáció egyik alapvetésévé. A zsidók által megőrzött történelem, kultúra és hitrendszer az egész nyugati civilizáció alapjának meghatározó részét képezi. (Az európai civilizáció természetesen összetett, és a görög klasszikus filozófián, a római jogon is alapul. Ahogyan a zsidó egyhitrendszer folytatásaként megszülető kereszténység, az Új testamentum is meghatározó alap, de a nyugati civilizáció meghatározója lett a felvilágosodás is.)

A holokauszt traumára való emlékezés is modell értékű lehet más kulturális, vallási, etnikai vagy egyéb csoportok, közösségek számára. A „többsirányú memória” elmélet képviselője, Rothberg¹²³ explicit módon kijelenti könyvében, hogy a zsidók által felépített holokauszt trauma emlékezete modellként reprezentálhatja bármilyen más traumákra való emlékezés konstruálását is. A zsidó hit alapértéke és fundamentuma az emlékezés, a Zachor. A judaizmus érték- és hitrendszere által konstruált holokauszt-emlékezet modellként szolgálhat. Nem arról van szó (és ezt Rothberg is képviseli), hogy a holokauszt tagadná, kisebbitené, ellenezné más genocídiumok, népiirtások vagy csoportos traumák létezését, hanem épp ellenkezőleg: modellként elősegíti azok elbeszélését. A holokauszt mintaként értelmezhető minden más trauma kibeszélésére, a nem a holokauszthoz tartozó egyéb emlékezet-közösségek fennmaradására, fenntartására. A holokausztra való emlékezés segítse minden traumatizált ember sebeinek gyógyulását, fájdalmainak enyhítését. Zsidókét és nem zsidókét egyaránt.

II.4. Mégis mondj igent az életre

Két világhírű pszichológus, Viktor E. Frankl¹²⁴ és tanítványa, Edith Eva Eger¹²⁵ holokauszt túlélők voltak, egész életükben a holokausztról és a traumáról alkottak elméleteket és próbálták megérteni azt, a mi velük történt. Fontos megemlíteni ezt a két kutatót, akikről nemcsak azért érdekes beszélni, mert rendkívül népszerűek a mai napig. Itt kell beszélünk továbbá Elie

¹²³ Rotheberg 2009.

¹²⁴ Viktor E. Frankl egyik leghíresebb művének címe: *Mégis mondj igent az életre*. Frankl Auschwitz mellett négy koncentrációs táborban élt túl, 1942-45 között. Szülei, fivére és várandós felesége gyilkolták meg, és később ezekből a pokoli élményekből, saját és mások végletes gyötörődéséből kiindulva hozta létre terápiás módszerét. A szenvedést nem kerülhetjük el, állítja Frankl professzor, azt azonban eldönthetjük, hogy milyen módon viszonyulunk hozzá, és találunk-e benne értelmet. Értelmet találni az életben, bármilyen is az; kitzúzni bizonyos célokat, és azok felé haladni - Frankl logoterápiájának ez a törekvés a meghatározója. Elméletének kiindulópontja a pszichoanalízisre épül, de annál általánosabb érvényű, és pozitív üzenete révén mindenkit szíven talál. Az ember egyedül, senki mással össze nem téveszthető lény, hangsúlyozza dr. Frankl, éppen ezért mindenkire rá van bízva, hogyan éli meg, hogyan értelmezi saját személyes tapasztalatait. Hozzuk ki a legtöbbet a lehetőségeinkből, forduljunk bizakodással a jövő felé, és legyünk elfogadóak - a logoterápia módszere ebben segít.

Viktor E. Frankl 1997-ben, kilencvenkét évesen hunyt el. Könyvét azóta több mint harminc nyelvre fordították le, gondolatai olvasók tízmillióihoz jutottak el. Visszaemlékezését az amerikai kongresszusi könyvtár már évtizedekkel ezelőtt beaválogatta a tíz legnagyobb hatású könyv közé.

¹²⁵ A magyar származású dr. Edith Eva Egert 1944-ben családjával együtt a náci haláltáborába, Auschwitzba deportálták. Ma klinikai pszichológus a kaliforniai La Jollában, illetve a Kaliforniai Egyetem oktatója San Diego-ban. Emellett az amerikai hadsereg és haditengerészet tanácsadójaként tűrőképességi tréningeket tart és segíti a katonákat a poszttraumás stressz legyőzésében. Dr. Edith Eva Eger tizenhat éves volt, amikor a náci megérkeztek magyarországi szülővárosába, Kassára, és családjával együtt Auschwitzba hurcolták. Szüleit a hírhedt náci orvos, Joseph Mengele küldte gázkamrába, aki később arra kérte Edith-et, hogy táncolja el a Kék Duna keringőt - jutalmul egy vekni kenyeret kapott. Edith a nővérével együtt túlélte a borzalmakat, és úgy döntött, megbocsát fogva tartóinak, és mindennap élvezzi az életet. Évekkel a kiszabadulását követően egyetemre ment és pszichológusnak tanult, ma pedig többek között bántalmazott nőknek, poszttraumás stresszel, függőséggel vagy gyásszal küszködőknek segít. „Abban szeretnék segíteni olvasóimnak, hogy felfedezzék, miként szökhettek meg saját elméjük koncentrációs táborából, és válhatnak azzá az emberré, akinek lenniük kellene. Segíteni szeretnék abban, hogy átéljék, mit jelent megszabadulni a múltjuktól, a kudarcaiktól és a félelmeiktől, a dühüktől és a botlásaiktól, a megbánásaiktól és a feladatlan fájdalmaiktól -, hogy átélhessék azt a szabadságot, amelyben az életet teljes, gazdag, ünnepi mivoltában élvezhetik. Nem választhatunk fájdalom nélküli életet. De választhatjuk azt, hogy szabadok leszünk, megszökünk a múltunk elől, akármilyen történet is, és megragadjuk a lehetőséget.”

Wiesléről és az irodalmi Nobel-díjas *Kertész Imréről*, valamint a később öngyilkosságot elkövetett Primo Leviről is. Ők reprezentálják ugyanis azokat a holokauszt túlélőket, akiket egész életükben a holokauszt foglalkoztatott. Megküzdési mechanizmusaik különbözőek voltak. Talán Eger és Frankl örömtelibben és felszabadultabban élt, mint Primo Levi. Viszont jellemzően nem háritottak, hanem állandóan a traumájukkal próbáltak szembesülni. Ebbe a csoportba tartozik Virág Teréz is, akinek munkásságát később részletesebben is bemutatom. Természetesen nemcsak ilyen jelentős gondolkodók, tudósok, művészek tartoztak ebbe a kategóriába. Voltak olyan túlélők, akik nem tudtak felejteni.

III. Virág Teréz, a Holokauszt trauma első magyar konceptualizálója

Virág Teréz az első és legjelentősebb kutatója volt a holokauszt következtében kialakult traumatizált túlélők sorstörténeteinek. A holokauszt lelki és társadalmi hatásait vizsgálta. A borzalmas náci és nyilas rendszerek zsidónak minősített magyar állampolgárokat üldöztek, és a totális fizikai megsemmisítésüket tűzték ki célul, Magyarországon is. A származásuk alapján zsidónak minősítettek különböző háttérű, identitású embereket, attól függetlenül, hogy az üldözöttek magukat zsidóként identifikálták vagy sem. A holokauszt során a megsemmisítő táborokban a náci ideológia jegyében nem egyszerűen a zsidók megsemmisítésére törekedtek, hanem azok szisztematikus kínzását, legyilkolását tűzték ki célul. Akik csodával határos módon túléltek a borzalmakat, életre szóló traumát szenvedtek, majd azt átadták a következő generációknak is. Virág Teréz pszichoanalitikus az elsők között hívta fel a figyelmet a traumán átesettek fizikai és mentális betegségeinek traumára visszavezethető eredetére. Munkája során felismerte, hogy a traumák gyökerét mélyen a társadalmi hatásokban kell keresni. Az elsők között tárta föl a háború után kialakult kollektív társadalmi elfojtás utóhatásait. Rámutatott, hogy a múlt elhallgatása, elrejtése meggátolja, hogy a kibeszélés segítsen a traumák feldolgozásában, a gyógyulásban.

Virág Teréznek kiemelkedő jelentősége volt a transzgenerációs személet itthoni megismertetésében és elterjesztésében. Újszerű és máig szemléletformáló erejű volt az a felismerése, hogy a traumának nemcsak a közvetlen elszenvedőre lehet hatása. Ha az első elszenvedő az élményeivel és azok hatásaival nem foglalkozik tudatosan, akkor ezt a munkát teljes egészében áthárítja a következő nemzedékek sorára. Ez testi és pszichés betegségeket idézhet elő az utódoknál is.

Virág Teréz kiemelkedő gyakorlati szakember volt: hagyatékát képezi az általa kidolgozott terápiás módszer. Beleérző képessége, empátiája, odafordulása segített a pacienseinek megnyílni. Megfigyelte, hogy a nehezen kimondható, mélyen eltemetett traumákat sokszor jeleken, szimbólumokon keresztül lehet visszafejteni. A gyerekek szülői, nagyszülői traumákra visszavezethető panaszait a szülőkkel közösen, a család részvételével gyógyította.

Elszántságát, karizmatikus erejét, bátorságát mutatja, hogy a holokauszt kutatásai kapcsán elsőként vállalta a nyilvánosságot. “Magyarországon a holokauszt túlélőket övező csend megtörése jelentős késéssel kezdődött el, de hogy elindult igen nagy részben Virág Teréznek volt köszönhető” (*Erős, 2001*). Minden lehetséges fórumon igyekezett megosztani, terjeszteni eredményeit, kiállni a feledés ellen. Megalakította a KÚT műhelyt, amelynek a tevékenységéhez számos tanulmány kötet, cikk, előadás, konferencia és film köthető.

A KÚT beszélgető csoport és rendelő hiánypótló szerepet vállalt a holokauszt első, másod-, és harmadgenerációs túlélőinek pszichoterápiás kezelésében. Virág Teréz nemcsak kutatta,

terjesztette és egyéni terapeutaként gyógyította a holokauszt traumát, hanem tanítványokat, önkénteseket gyűjtött maga köré, és a KÚT-on keresztül szervezte, intézményesítette, oktatta a gyógyítást, hogy az minél több érintetthez jusson el, „visszaadva a szenvedőknek az életöröm képességét”.

Virág Teréz így foglalta össze a traumák feldolgozásának fontosságát, ez az ő üzenete a jelenkornak: “A fájdalmas történelmünkre való együttes emlékezés az egyetlen lehetőség, hogy megállítsuk a múlt kényszeres ismétlődését, hogy a szenvedő, bajaikat elfojtó családok ne cipeljék tovább szüleik és nagyszüleik keresztjét” (Virág, 1995).

III.1 Virág Terézről

Virág Teréz 1930-ban egy angyalföldi szoba-konyhás lakásba született. Apja tisztviselő, nagyszülei munkások-kereskedők voltak. Apja munkaszolgálatba halt bele, anyját a rawensbrücki koncentrációs táborba deportálták. Virág Teréz és húga ismeretlen megmentőjüknek köszönhetően (talán Gidófalvy vagy Wallenberg) az utolsó pillanatban megmenekültek a Duna-parti kivégzéstől, és gyermekként, anyjuk nélkül éltek át a pesti gettó minden borzalmát. A szerteágazó családból rajta kívül csak anyja és húga menekült meg.

Virág Teréz pályája elején közgazdaságtant tanított egy technikumban. „Kellett valami tudattalan erő, ami hajtotta a pszichológia, az emberi lélek megértésének irányába.” (Mészáros, 2003), így került 1962-ben a másoddiplomások 3 éves pszichológia kiegészítő szakára. Később a Gyermek- és Ifjúsági Pszichoterápiás Szakrendelőben dolgozott, ami az utcája után a Faludi néven vált ismerté. 1980-ban nyugdíjba ment a Faludiból, és elindította a magánrendelését. 1980-as évek elején talált rá legfontosabb kutatási témájára - a traumatizált személyek, illetve második, harmadik generációs utódok gyógyítására. 1990-ben indította útjára a nagyhírű *KÚT beszélgető csoportot*, majd *KÚT rendelőt*, amelyek már kifejezetten a Holokauszt túlélők és leszármazottaik pszichológiai segítségét tűzte ki célul. Virág Teréz a KÚT vezetője és lelke volt, egészen a 2000-ben váratlanul bekövetkezett haláláig.

III.2 Virág Teréz, mint gyermekpszichológus, a Faludiban

Virág Teréz 1962-ben másoddiplomás képzésként kezdett pszichológiát tanulni. A hivatalosan elismert egyetemi képzés mellett látogatta Hermann Imre illegálisan működő, titkos pszichoanalízis szemináriumait is. Magyarországon a pszichoanalitikus képzés, mint „burzsoá áltudomány” 1948-ban megszűnt, a teljes egyetemi, akadémiai, klinikai intézményrendszerét felszámolták. A képzés folyamatosságát Hermann Imre titkos szemináriuma biztosította. Virág Teréz Hermanntól tanulta a pszichoanalízis módszerét, és a képzéshez tartozó kötelező analízisét is nála végezte.

Szakedolgozatát a Mérei Ferenc által kidolgozott szociometriai módszerből írta, így került kapcsolatba Méreivel. Hermann Imre hívta a Faludi Gyermekek- és Ifjúsági Pszichoterápiás Szakrendelőbe dolgozni, ahol összegyűjtötte ígéretes tanítványait: Nemes Líviát, Virág Terézt, Klaniczay Sárát, Binét Ágneszt és Vikár Györgyöt.

A Faludi működése történeti jelentőségű volt, 1968-ban György Júlia hozhatta létre, személyes érdemei elismeréseképpen, abban a korban, amikor a pszichoanalízis kezdett a „megtűrt” kategóriába kerülni.

A Faludi egyedüli helyként az országban a nehezen kezelhető, antiszociális gyerekek terápiáját vállalta fel. Célkitűzése az analitikus szemléletű gyermekterápia elméleti és gyakorlati művelése volt. Egy szellemi műhellyé vált. A legendás szombati szemináriumokon felváltva képezték pszichológusokat, analitikusokat és a nevelési tanácsadók munkatársait. György Júlia után Vikár György vezette az intézményt, megőrizve szellemiségét és célkitűzését. Vikár mellett Virág Teréz helyettes, vezető pszichológus volt.

III.3 Traumák felé fordulás

Virág Teréz figyelme az 1980-as évek elején fordult a legfontosabb kutatási témája, a traumatizált személyek, illetve második-harmadik generációs utódaik gyógyítása felé. Ebben két esemény játszott meghatározó szerepet: Emese terápiája, amely 1980-ban kezdődött, majd édesanyja halála a következő évben.

Sok évtizednyi hallgatás után tudott csak szembenézni maga és családja történetével, találta meg valódi identitását, és ezután fordult figyelme a holokauszt túlélők és utódaik problémái felé. 40 évi felejtődés után, mint írja, sorsává lett az emlékezés és az emlékeztetés (*Virág, 1996:143*). Küldetésének tartotta, hogy kutassa és segítse a trauma-feldolgozást, a „démonidézés” harcosa lett. „Meglátta egy gyermek álmán keresztül, hogy a démonok nem űzhetők el a felejtéssel, a hallgatással, hanem éppen ellenkezőleg, a démonokra rá kell emelni a tekintetünket. A segítség tehát a traumatikus élmény feltárásában, újraélésében, az emlékezés kínjában rejlik. /.../ És ebben nincs különbség a társadalmi és az egyéni traumatizációk között” (*Mészáros, 2003*).

Emese esete (1980) döbbsentette rá Virág Terézt arra, hogy „a múltban más személyek által átélt félelmek megjelennek a gyermek életében. Emellett megtalálta szülei sorsának – benne és hűgában is – maradandó lelki traumát okozó szorongás-maradványait. Ettől fogva nem lehetett kétséges számára: az elődök sorsa mindenképpen nyomot hagy az utódok lelki életében, akár akarják, akár nem” (*Valachi, 2004:210*).

III.4 Traumák gyógyítása

Virág Teréz módszerének elméleti alapjai

Mint azt az Örökbe fogadott című könyvében leírja (*Virág, 1996*) pszichoanalitikus szemléletében, módszere kialakításában a nagy elődöket, a „budapesti iskolát” követte (Ferenczi Sándor, Róheim Géza, Bálint Mihály, Bálint Alice), amely a pszichoanalízis elméletének és gyakorlatának világszerte elismert műhelye volt, és új alapokra helyezte az anya-gyermek kapcsolat elméletét. Sokat tanult Bálint Alice-től, aki az anyai magatartás és a gyermek érzelmi fejlődése közötti kapcsolatot vizsgálta. Nagy hatással a volt rá Hermann Imre pszichoanalízis módszere, és Mérei Ferenc, aki a trauma öröklődésével foglalkozott (Az utalás lélektana). A „budapesti iskola” már a harmincas évek elején felfigyelt személyiségfejlődést befolyásoló, az anya által közvetített társadalmi hatásokra.

Egyén-, család- és társadalomszemlélet

Virág Teréz fokozatosan jutott el a komplexitáshoz – „egyén-, család- és társadalomszemlélet” – tehát ahhoz, hogy „a gyermek problémáit nem lehet a családi és a társadalmi körülményektől függetlenül megérteni. A neurotikus tünetek mögött meg kell keresnünk a társadalom felől érkező hatásokat” (*Virág 1996:5*). Gyógyító munkája közben ismerte fel a társadalmi traumák – a holokauszt, '56, háborúk, diktatúrák – másod-harmadízigen is ható, pusztító lelki hatását. Gyermekrajzai, álmái, szorongásai vezették őt erre a rendkívül fontos jelenségre, amelyre ő figyelt fel először Magyarországon.

Tapasztalta, hogy a holokauszt túlélők elhallgatott, feldolgozatlan múltja tudattalanul tovább rombol, félelmek és szorongások formájában átszívárognak az utódokba.

III.5 A KÚT traumakutató műhely

Virág Teréz felismerte a holokauszt kibeszéletlenségének és feldolgozatlanságának generációkon átívelő lelki romboló hatását. Személyében egyedülálló módon találkozott a szakmai tudás és a tenni akarás. Ebből a tenni akarásból született a KÚT beszélgető csoport, amely addig nem létező teret nyitott az első-második generációs érintettek találkozására és gyógyulására. A KÚT, mint önsegítő beszélgető csoport és pszichoterápiás rendelő, és mint szakmai műhely is működött. 1990-től körülbelül 2004-ig élte virágkorát, gazdag örökséget hagyva maga után.

A Kút beszélgető csoport (1990)

A generációs beszélgető csoport elsődleges célja az volt, hogy megkönnyítsék a résztvevőknek a múltjukkal való szembenézést, tudjanak beszélni az átélt traumáról, így feloldva a generációk közötti kommunikációs zárlatot.

Akkoriban sok zsidó család titkolta a származását, s ezzel akaratlanul is kommunikációs zárlatot hoztak létre az unokák és a fiatalabb generációk felé. Tudjuk, hogy a „tábor”, a „kórház”, a „vagon”, a „füst” kifejezések milyen tartalmakkal társulnak a túlélők tudatában. A titkok feloldásával, a fájdalmak kibeszélésével ezek a gátak oldódnak, és mindez az egészséges zsidó identitás vállalásában jelentett nagy előrelépést.

Havonta egyszer voltak közös csoport ülések Virág Teréz vezetésével, ilyenkor több generáció beszélgetett. A generációs csoportokba minden héten „be lehetett ugrani” egy tea

mellett egy kis beszélgetésre, vagy csak találkozni egymással. Sokaknak elég volt ennyi segítség – az értő, a megértő közeg.

„A KÚT csoport esetében a gyógyító cél nem manifeszt. Az alapelv, a *beszéljük meg dolgainkat* a beteggé minősítést elkerülendő módszernek tekinthető” (László K. 1995:86). „A csoportnak, bár tagjai önmagukat egészségesnek tekintik, mégis van terápiás hatása” (Virág, 1995:107).

A KÚT találkozóiin pszichológusok, pszichiáterek, pedagógusok, szociológusok és szociális munkások is részt vettek, akik empatikus személyisége segítette „megnyílni” a csoport résztvevőinek. A megbeszélni valók közül elsődleges téma az üldöztetés, a holokauszt traumás élménye volt.

Virág Teréz egyik tanítványa, László Klára (1947-2014) volt az, aki az Országos Rabbiképző - Zsidó Egyetemen a szociális munkás szakon megalakulása óta tanított. László Klára nemcsak Virág Teréz, de Ferge Zsuzsa tanítványa is volt, mindkettőjüket mestereinek tekintette. Ferge Zsuzsa hatására lett a hetvenes évektől szociológus. Szociális munkások generációinak oktatott a traumáról és kezeléséről. László Klári másodgenerációs holokauszt túlélő volt, 1947-ben született. Ez az identitás és a holokauszt átörökölt (transzgenerációs) traumája foglalkoztatta egész életében, jelentősen befolyásolta munkáját, tevékenységeit. Megalapította többekkel 2000-ben az Ariadné csoportot. A csoport jelentősége az volt, hogy személyes és tudományos szinten is felhívta a figyelmet a Holokauszt alatt példamutató nem-zsidók embermentő tevékenységére. Publikációinak, kutatásainak mindig voltak tudományos és érzelmi hatásai is.

IV. Kutatás, interjúk elemzése

Nádor Éva a Csillagos Életek című interjúkötetében 25 mélyinterjút közöl holokauszt túlélőkkel (Nádor, 2017). Kutatásomat az interjúk elemzése teszi ki, amelynek során mélyebb tudást szerettem volna szerezni a traumáról általában. Valamint arról, hogy mit tanulhatunk a holokauszt túlélőktől, akik 70 évvel a trauma után elmesélik az életüket. Tehát a kérdés az, hogy milyen általános következtetéseket vonhatunk le az egyéb traumák kezelésére vonatkozóan, a szociális munkában. Traumatikus eseményekkel, traumát átélt személyekkel a szociális munkás majdnem minden területen találkozik a praxisában. Nemcsak a pszichiátriai betegek, az abúzust, szexuális erőszakot elszenvedettek, de például a gyermekotthonban felnőttek, a hajléktalanok, mozgássérültek és szenvedélybetegek körében is. De vajon mit tud tenni a szociális munkás, aki gyakran találkozik traumatizált emberekkel, és hogyan érdemes hozzáállnia ehhez a komplex helyzethez? A holokauszt-traumát szenvedett, idős túlélőktől egy egész élet után tudunk információt szerezni a feldolgozás, a megküzdés formáiról.

A kutatás 25 holokauszt túlélőt vizsgál, akik vegyes életkorban élték át a traumatikus eseményeket. Gyerekként, kiskamaszként, fiatal felnőttként. A traumatizált emberek 70-80 évvel a traumájuk után visszanéznek és röviden elmesélik az életüket. Mi történt ezekkel az emberekkel az elmúlt 7 évtizedben? Egy olyan csoport kutatását végeztük el, amelyről reprezentatív mintát venni nem lehet.

A zsidóságról 2017-ben készült a legátfogóbb szociológiai kutatás, melyet Kovács András és Barna Ildikó vezetett. Ebből megtudhatjuk, hogy „becslésünk ellenőrzésére a holokauszt túlélők regisztrált számát is felhasználtuk. A MAZSÖK (Magyar Zsidó Örökség közalapítvány) nyilvántartása szerint 1999-ben a kárpótlásra jogosult holokauszt túlélők, azaz az 1945. május 8. előtt születettek száma mintegy 18 000 fő volt. ez a szám közel állt az akkori létszámbecslés

során a holokauszt túlélők korosztályára vonatkozó maximális becslésünkhöz (mintegy 21 000 fő) – különösen annak tudatában, hogy nem mindenki folyamodott kárpótlásért. A 2015-ös korosztályos bontás szerint ma legalább 3400, legfeljebb 6390 fő körüli lehet a holokauszt túlélők, azaz a 70 évesnél idősebbek száma. A rendelkezésre álló információk szerint 2016-ban mintegy 6000 fő kapott az üldöztetés kárpótlásaként életjáradékot. ez az érték igen közel áll közel áll a 70 éven felüli zsidó népesség általunk becsült maximális számához, ami azt jelzi, hogy becslésünk nem térhet el nagy mértékben a valós számoktól.

Amint azt egy korábbi fejezetben bemutattuk, a magyarországi zsidók körében a zsidó identitás legjelentősebb tartalmi elemét képezi az üldöztetésből fakadó sorsközösség tudata. Hasonlóan a legutóbbi, 1999-es felméréshez, a 2017-es kutatás során is kiemelten fontosnak bizonyult a válaszadók zsidó identitása szempontjából a zsidó múlt emlékének ébren tartása, illetve a holokauszt emléke (átlagosan 4,3 illetve 4,1 az ötfokú skálán). Ezeknek a tényezőknek a szerepe minden korosztályban jelentős, de legfontosabb az idősebb generációk és különösen a holokauszt túlélők körében: míg a 18–24 éveseknek 39 százaléka nyilatkozott úgy, hogy saját identitása szempontjából a holokauszt emléke nagyon fontos, a 65 év felettiak körében ez az arány 71 százalék volt. A holokauszt, mint identitásképző tényező fontosságát sem az affiliáció, sem a hagyományokhoz való kötődés mértéke nem befolyásolja, jelentősége tehát általánosnak tekinthető” (Kovács & Barna, 2018).

A kutatásban szereplők, a trauma elszenvedői nem lettek öngyilkosok, nem éltek destruktív életet, nem lettek drog- vagy alkohol-függők. Nem a pszichiátriai osztályokon töltötték az életüket, habár sokan szenvedtek depressziótól és egyéb, kisebb-nagyobb pszichotikus állapot is jellemezte életüket. Nem volt jellemző az érzelmi elsivárosodás, az örömképtelenség, és a gondolkodás minőségének súlyos károsodása sem jelentkezett. A holokauszt túlélők normatívan tudtak viselkedni, egész életükben. Sőt, sokan magas társadalmi státuszt és magas iskolázottsági szintet értek el, társadalmilag elfogadott és hasznos, magasra értékelt szakmákban dolgoztak. Sem bűnözés, sem egyéb, a normáktól nagy mértékben eltérő viselkedés nem jellemezte őket. Inkább a kifejezetten sikeresnek mondható életpályák voltak megfigyelhetők. Sokan lettek például tanárok, orvosok, vállalati középvezetők vagy a kulturális-művészeti élet szereplői. Az információ tehát, amelyet az életútjaik megismeréséből nyertünk, abban igazít el minket, hogy milyen stratégiákat választottak ezek az emberek ahhoz, hogy sikeres életet tudjanak élni, miután a legpokolibb élményeken mentek át.

„A túlélőkkel foglalkozó legtöbb kutatás a holokauszt negatív pszichológiai következményeit elemezte, ám számos tanulmány rámutatott a túlélők figyelemre méltó pszichológiai ellenállóképességére is. Az üldöztetés folyamán tapasztalt súlyos trauma ellenére a túlélők nagy része képes volt újraépíteni az életét, családot alapítani, dolgozni és összességében produktív tartalmas életet élni” (Békés, Perry & Starrs, 2018).

Különböző kutatások a trauma második és harmadik generációját is kutatták. Kovács András és Erős Ferenc már a 80-as években száznál több interjút készített holokauszt túlélőkkel és transzgenerációs traumatizált emberekkel. Magam a 70 év eltelté után visszaemlékező túlélők megküzdéséről szerettem volna megtudni, minél többet. Erre a kutatói kérdésemre Nádor Éva interjúkötete alapján próbáltam választ adni (Nádor, 2017).

Mit tudhatunk meg a holokauszt első generációjától, a közvetlenül traumatizált emberektől? Hogyan élték le a 70 évet a traumáik után? Mit tanulhatunk meg a trauma-feldolgozásról? Lehet-e általánosítani?

A legnagyobb hatást az interjúkból az itt következő idézetek tették rám. Először azt a néhány részt közlöm az interjúkból, amely jól szimbolizálja a mondanivalómat. Ezek voltak azok a tipikus mondatok, amelyek arra inspiráltak, hogy a traumakezelésről egy általánosan használható tudást szerezzek.

„...Anyám mindig azt mondta: előre nézni, nem hátra” (59. o.)

„A holokausz alatt átéltek következtében eleinte voltak poszttraumás tüneteim /.../ nagyon sokat szenvedtem /.../ voltak rémálmaim. Felnőttkoromra ez elmúlt, mert a politikai hovatartozás adott erőt...” (107. o.) Megfigyelhető, hogy a túlélők jelentős része tipikusan a kommunista pártnak köteleződik el, a háború után.

„A zsidóság a háború után nemigen volt téma, örültünk, hogy élünk” (209.o.)

„Apám vagy három évig volt munkaszolgálatos, de ő aztán az égvilágon semmit sem mesélt róla. Nem hiszem, hogy azért, mert szégyellte, hanem egyszerűen örült, hogy túlélte, és hazajött.”

„...ha mások ezt a témát /holokausz/ előhozták, akkor anyám általában azzal zárta, hogy mi nagyon szerencsések vagyunk, mert a kis családunk él, és mi élni akarunk. Ő nem olyan volt, mint aki állandóan azon siránkozott, hogy mi veszett el. /.../ Apa a rendőrség segítségével földérintette, hol él vidéken az a család, amelyik a mi lakásunkba került a háború alatt /.../ Úgy tekintették az ott talált bútorokat, mint a sajátjukat, és költözéskor el is vitték. /.../ jól tudták, hogy élünk, hiszen találkoztunk a háború után /.../ Apa boldogan jött haza a bíróságról, hogy kiegyeztek és a szoba-konyha bútorért cserébe hozott két és fél kiló zsírt /.../ És Apa nagyon örült annak, hogy kiegyezett.” (107.o.)

„Az, hogy én mindezt túléltem, hogy az életem nem lett kudarcos, hogy lett egy egészséges gyermekem, hogy tudtam egyedül csinálni egy karriert, azt annak köszönhetem, hogy az apám vigyázott rám.” (251.o.) „A háború után a múltról nem beszéltünk, az Anyu elfojtott magában mindent. A férjemmel sem volt téma, minthogy abban az időben nem volt téma. Egy tizenéves, aki ezt túlélte, valószínűleg el akarta temetni magában a dolgot. Nem tudom másképp magyarázni, akkor csak az volt fontos, hogy élek. Bármennyire is fáj, szörnyűséges volt, hogy az Apu nincs velem, és az anyai nagymamám, akit nagyon szerettem, szintén elpusztult, de előre akartam nézni.” (252. o.)

„Több családtag nem jött vissza a koncentrációs táborból és a munkaszolgálatból. Szüleim eleinte beszéltek róluk, fényképeket is mutattak, de azután ez a téma elhalványult.” (257.o.)

„Amikor az egész borzalmat átéltem, nyolcéves voltam. A szüleim és a rokonaim minden lehetőt megtettek, hogy felejtsek. Hosszú időbe telt, amíg nyugodtan tudtam aludni. Az utóbbi időben egyre inkább foglalkoztatott a múlt.” (264. o.)

„A háború után soha senkinek nem beszéltem a zsidóságomról, arról, ami velem történt a holokausz alatt. Nem voltam képes beszélni róla.” (272.o.)

„1945-ben azt a következtetést vontam le az eseményekből, hogy nincs Isten, ha lenne, nem engedte volna meg a holokausztot. /.../ Így teljesen nyitva állt előttem az út ahhoz, hogy ateista legyek. /.../ Boldog voltam, hogy 1945-ben senki nem kérdezi a vallást. Ugyanakkor meg kell mondjam, a zsidóüldözés beleégette az emberbe a zsidó voltot. Hiába próbálja elhíttetni magát, hogy vége van annak, hogy számít, ki milyen vallású, ez lehetetlen.” (289.o.)

„Azt hittem, ha nekem nem zsidó lesz a férjem, akkor talán megmenekülnek az utódaim attól, hogy zsidók legyenek, de nem így történt /.../” (301-302.o.) „Időskoromra a zsidó identitásom erősödött. Volt egy átmeneti állapot, azután rájöttem, hogy mégis zsidó vagyok.”

„Hármunk /apa, anya, gyerek, H.Z. / találkozása maga volt a csoda. A felszabadulás után próbáltunk visszatérni a mindennapi életbe.” (312.o.) „Mióta a férjem meghalt, talán többet foglalkozom zsidó témákkal.” (317.o.)

„A baloldaliság felülírta a zsidóságot/.../” (323.o.)

IV.1 Elemzés:

A pszichológiai szakirodalom általában megküzdési stratégiák és elhárító mechanizmusok terminológiáit használja a kutatásaiban. Békés Vera és társai (*Békés, Perry & Starrs, 2018*) kutatásaiban is a holokausztban traumatizált emberek megküzdési stratégiáit elemzik. Nagy hangsúlyt fektettek arra, hogy a holokausztban milyen megküzdési stratégiák voltak jellemzőek a túlélőkre. Komplex vizsgálatukban kvalitatív és kvantitatív elemzéseket végeztek. „A pszichológiai megküzdés olyan tudatos stratégiákat jelent, amelyeket külső stresszorok, problémák kezelésére alkalmazunk. A megküzdési stratégiák fogalma az elhárító mechanizmusokkal kapcsolatos kutatásokból emelkedett ki. /.../ Amíg az elhárító mechanizmusok nagyrészt tudattalanul, automatikusan zajlanak, a megküzdési stratégiákat jobbra tudatosan, akaratlagosan alkalmazzuk, és általában világos a számunkra, hogy mit is teszünk, hogyan reagálunk a külső ingerekre. Ugyanakkor mindkét folyamat stresszre adott reakció, amelyben igyekszünk lecsökkenteni a negatív érzelmeket: az elhárító mechanizmusok valamilyen módon módosítják azt, ahogyan a valóságot látjuk, a megküzdési stratégiák viszont magának a valóságnak a megváltoztatására irányulnak. /.../ A kétféle folyamat gyakran egyszerre, párhuzamosan jelenik meg, máskor külön-külön” (*Békés, Perry & Starrs, 2018*). A pszichológiai kutatások is általában szignifikáns elhárító működést találtak a holocaust túlélők között. Kutatási eredményeim hasonlóak, korrelálnak több tudományosan elismert pszichológiai vizsgálat eredményeivel.

Kezdetben eltávolodtak a traumájuktól. Ez a teljes traumával kapcsolatos némaságtól és felejtéstől a gyakoribb emlékezésig terjedhetett, ugyanakkor jellemzően az elfojtást, az emlékezetből való kizárást jelentette. Nem lehet a borzalmakra folyamatosan gondolni, elhárító mechanizmusokra is szükség van. A trauma definíciója, hogy nem lehet belőle kigyógyulni, azt teljesen feldolgozni képtelenség.

Megfigyelhető, hogy eltávolodtak a zsidóságtól, majd életük vége felé közelebb kerültek hozzá. Rémálmok, pánik, félelem, depressziós periódusok is megjelentek az életükben, mégis normatív életet tudtak élni, a társadalom hasznos tagjai voltak. Úgy értelmezhetők, hogy a traumájuknak a zsidóságuk az okozója, a szenvedésük a zsidóságuk miatt volt, tehát kénytelenek voltak menekülni, eltávolodni a zsidóságuktól, hogy a traumától eltávolodjanak. A trauma feldolgozása épp a trauma legérzékenyebb pontja, a túlélők által a zsidó vallás, kultúra megélésének stratégiája. Életük végén visszatérnek a traumákhoz, a zsidóságukhoz, és ehhez a politikai, társadalmi rendszer is hozzájárult, ugyanis ez a visszatérés a rendszerváltástól, az 1990-es évektől kezd erősödni. Ez éppen egybeesik egy szabadabb, nyitottabb politikai rendszer kezdetével és a 40 éves hallgatás, elfojtás változásával.

Az interjúalanyoknak feltett kérdések általában a zsidó identitásukról szólt, hogyan távolodtak, közeledtek ehhez a választott identitáshoz. Kiderült számomra, hogy a zsidó

identitás szimbolikusan az elszenvedett trauma felé közeledést, szembesülést és a traumától való távolodást is jelentette. Az interjúalanyok nagy többsége arról számol be, hogy a trauma után közvetlenül elhagyták a zsidó identitásukat, majd életük vége felé újból elkezdtek a traumájukról beszélni és ezzel együtt a zsidó identitásukat is jobban felvállalták. Az identitás ugyanis választás kérdése, ilyen a zsidó öndefiníció is. A holokauszt idején sokan nem tartották magukat zsidónak, hanem teljesen magyarnak, de ez a náci és nyilas halálos gépezetet nem érdekelte. Az volt zsidó, akit ők annak tartottak, és ezt nem az identitása, hanem a származása alapján döntötték el.

Vajon következtethetünk-e arra, hogy egy traumát általánosan egy olyan megküzdési stratégia tesz kezelhetővé, amellyel azt az egyén teljesen kizárja magából, és amelynek alkalmazása során időlegesen elfelejti a szörnyű élményeket és előre néz? Tehát amely az elhárító mechanizmusokkal él?

Mint már többször leírtam: a traumát nem lehet feldolgozni, nem lehet meggyógyítani. Együtt kell élni vele, de ezt csak a traumatikus élmények elzárásával, kizárásával érhetjük el. El kell távolodni a traumától, felejteni kell, előre nézni. Élni kell. A holokauszt túlélői nagyrészt nem jártak terápiába, nem próbálták feldolgozni a problémáikat. Élni próbáltak, olyan tartalmas, értékes életet élni, aminek van értelme. Mintha visszajöttek volna a halálból. És kaphattak még egy lehetőséget. A trauma után sem voltak jobbak a körülmények, nehéz élethelyzetekben találták magukat. Ilyen, további traumát jelentett az 56-os forradalom, de általánosan a szegénység, válás, egyéb családi problémák, munkahelyi gondok is ide sorolhatók.

A zsidóság vállalása vagy az elmenekülés előle másodlagos kérdés. Sokan választották az Izraelbe költözést, vagy ezt megelőzően Izrael államiségének kivívását a brit birodalom által elfoglalt területeken, amelynek a Palesztina nevet adták az angol gyarmatosítók. A zsidó haza és zsidó állam megteremtéséért dolgozó túlélőknél a zsidó identitás került előtérbe, ugyanakkor a trauma feldolgozása szempontjából nem a zsidó identitás, hanem egy állam építése volt a cél, ahol szabadon lehet élni, ahol lehet élni. A traumatikus élményekre az élni akarás volt a válasz, a trauma feledése, elhárítása, egy aktív élet megteremtése, a munka, a tanulás, a társadalom hasznos tagjává válás igénye. Ezek motiválták a túlélőket. Hogy az identitásuk központi részévé tették-e a zsidóságukat, vagy eltávolodtak és ateisták lettek, netán kommunisták, vallásosak vagy a liberális kapitalizmus hívei, ezek másodlagos kérdések. Az egyes emberek sorsa a saját családi indíttatásukon, szerencsésükön, a környezeti hatásokon, a véletlen körülményeken is múlhatott. A központi kérdés a túlélők számára az lehetett, hogy akarnak-e élni vagy sem. Erre igennel válaszoltak. A zsidó identitás vállalása vagy megtagadása különböző módokon a trauma és a fájó emlékek elől való menekülést képezte le. Mindkét életstratégia ugyan azt a célt szolgálta: a rossz élmények felejtését, csak az egyik a zsidóság megtagadása, a másik a felvállalása által.

Amennyiben bántalmazott, sérült emberekkel találkozunk, és a traumatizált ember el akarja temetni a fájdalmas múltat, ez a megküzdés jele. Valamiért a pszichológiai képzettség azt sugallja, hogy beszélni kell a múltról, hiszen így lehet feldolgozni azt. A súlyos traumákat, szörnyű tragédiákat azonban el kell temetni, a tudat mélyére kellett száműzni. Ezek az elhárító mechanizmusok. Valahol lerakni ezt a terhet. Ez nem sikerülhet úgy, hogy valaki teljes mértékben megszabadul a traumatikus élményektől. De ha hosszú távon tud a fájó eseményekre nem gondolni, felejteni, ez nagyon hasznos megküzdési stratégia lehet.

A felejtés nem egy negatív fogalom. A traumatizált embereknek a tudatukból ki kell zárniuk a traumatikus élményeket. Ha valaki az életet választja, akkor annak előre kell néznie és nem hátra. A szociális munkásnak egy traumatizált klienssel való kapcsolatában ezt a felejtést, a menekülési lehetőséget kell erősítenie. A pozitív megküzdési stratégia nem a sebek feltépése, hanem egy kötés elhelyezése a seben. A lelki traumák gyógyulására valószínűleg egy élet is kevés. Hetven év távlatából ez derült ki számomra a holokauszt túlélőkkel készített interjúkból. A traumát követően a felejtés tulajdonképpen egy megküzdési stratégia, később a traumáról való emlékezés is felmerülhet, amennyiben az nem kelt túl nagy szorongást és negatív érzelmeket.

Csak arról beszéljünk a klienseinkkel, amiről ők szeretnének beszélni. Szükségük van elhallgatni, elnyomni bizonyos témákat az életükben. Legitim elhárító mechanizmusokat használni. A segítség az, ha megkönnyítjük a mindennapjaikat. Egy túlélőnek már az életben maradás is egy csoda volt. Minden nap, amikor konstatálja az ember, hogy él, ez már siker. A bosszú, az önsajnálát, az állandó önmarcangolás káros. A felejtés, az elhárítás a traumák gyógyszere és kötszere. Az emlékezés fájdalmas, a sebeket feltépi. Hetven év után talán az élet vége felé, a halál közeledtével már visszatekinthet az ember a fájdalmas múltra. Ahogy a túlélők egyre többet beszélnek idős korukra a fájdalmas múltból, ezzel párhuzamosan a zsidó identitás is visszatérhet.

Egy autóbaleset szerencsés túlélése lehet katartikus, de ha az ember családjának egy része a kocsiban meghalt, ez a katarzis elmarad. Hogyan lehet tovább élni, ha valakit egy szörnyű trauma ér? A gyász munka arra ad választ, hogy miként tudunk tovább élni. Hogyan lehet a mindennapjainkban nem gondolni a tragédiákra.

Szintén volt már szó arról, hogy a traumatizált embereknél a gyász munka jellemző érzése büntudat. Gyakori önmarcangoló kérdésük: „miért én éltem túl?” Ez persze nem vezet sehova és egy rossz irány. A trauma kezelése tulajdonképpen abban áll, hogy elősegítsük a munkával, családdal, akár az élet apró dolgaival vagy akár az élet nagy kérdéseivel való foglalatosságát. A trauma elszenvedőjének felejtene kell, az utókor, a leszármazottak feladata azonban az emlékezés! Emlékezni és emlékeztetni.

Összegzés:

Általában a problémákkal való megküzdést a szociális munkások, a pszichológusok a beszélgetésben, a problémák verbális feldolgozásában látják. A klienseinkkel való beszélgetés, a problémáik feltárása alapvető, mielőtt a megoldások szóba jöhetnének. Súlyosan traumatizált emberekkel készített interjúk, a szakirodalom és a saját tapasztalataim alapján azonban azt állítom, hogy a felejtésnek is lehet pozitív szerepe a problémákkal való megküzdésben. A nagyjainkra, tragikus vagy dicsőséges történelmünkre vagy a történeteinkre való emlékezés nélkül természetesen nem létezhet emberi társadalom, kultúra, történelem, vallás. Ezért is annyira fontos számunkra, hogy emlékezzünk, feltárjuk a múltunkat, egyéni szinten a családtörténeteinket és saját gyerekkorunkat, vagy elemezzük az életünk eseményeit. Más a helyzet azonban olyankor, ha súlyosan traumatizált emberekről van szó. Azok, akik háborúk, migráció, családi abúzus, baleset és egyéb krízisek miatt sérülnek, egy gyászfolyamathoz hasonló folyamaton mennek át. Itt egyrészt nagy szerepe van az élni akarás spirituális élményének, másrészt a szörnyű emlékek felejtésének. Bizonyos szörnyű történésekre nem szabad visszanézni, ezeket le kell rakni és jó messzire el kell távolodni tőlük. Szüleink,

felmenőink traumái, amelyek lehetnek kollektívek vagy egyéniek, generációkon keresztül hatnak. A transzgenerációs és az első generációs trauma feloldhatatlan ellentétpárja egyrészt a szégyen és bűntudat elől való menekülés, másrészt pedig az emlékek feltárása, a történelmi emlékezés és a megemlékezések. Hasonlóan ellentétes dinamika figyelhető meg az egyéni, családi sorsok megismerésével szemben, a fájó események okozta sebek feltépése között. A traumatizált embereknek lehetőséget kell adni a felejtésre, az életük későbbi szakaszában, vagy csak generációkkal később következhet be a traumákra való emlékezés fázisa.

Irodalom

1. Assman, A. (2012). *Cultural Memory and Western Civilization*. Cambridge UP.
2. Békés, V. (2012). *Trauma és narratíva*. Budapest: Ad Librum.
3. Békés, V. (2004). *A Holokauszt-szindróma*.
<http://www.szombat.org/archivum/bekes-vera-anna-a-Holokauszt-szindróma-1352774066>
4. Békés, V., Christopher, J. & Starrs, C.J. (2018). Mi magyarázza a társadalmi trauma túlélőinek ellenállóképességét? In Braham, R.L. (Szerk.), *Tanulmányok a holokausztról IX*. Budapest: Múlt és Jövő Kiadó.
5. Buda, B. (1996). A trauma szociális természete. In *Elhúzódó társadalmi traumák hatásainak felismerése és gyógyítása* Konferencia, Animula.
6. Buda, B. (1998). A halál különös pszichológiája. In Kübler-Ross, E. *A halál és a hozzá vezető út* (pp. 7-21). Budapest: Gondolat.
7. Comer, R.J. (2005). *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó.
8. Erős, F. (2001). *Az identitás labirintusai*. Budapest: Janus/Osiris.
9. Erős, F. (2001). Virág Teréz: Children of Social Trauma. In: “*Mély kútba tekinték...*” Budapest: Animula.
10. Erős, F. (2007). *Trauma és történelem*. Budapest: József Attila Műhely.
11. Frankl, V.E. (2016). *Mégis monddj igent az életre! Logoterápia dióhéjban*. Budapest: Európa Könyvkiadó.
12. Heller, Á. (2006). *Trauma*. Budapest: Múlt és Jövő.
13. Herman, J. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér Kiadó.
14. Jucovy, M. E. (1994). A pszichoanalízis hozzájárulása a holokauszt tanulmányozásához. *Thalassa*, 1-2. 12-31.
15. Kestenberg, J.S. (1994). Túlélők gyermekei, gyermek túlélők. *Thalassa*, 1-2. 81-100.
16. Kovács, É. (2012). *Az emlékezet szociológiai elméletéhez*. Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet.
17. Kovács, A. & Barna, I. (2018). Zsidók és zsidóság Magyarországon 2017-ben. Egy szociológiai kutatás eredményei. *Szombat* folyóirat.
18. Krausz, É. (1995). A holocaust mint betegségforrás. In László, K. (Szerk.), *Magyar emlékműcsesek* (pp. 7-17). Budapest: SOTE Magatartástudományi Intézet.
19. Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1994). *A pszichoanalízis szótára*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
20. László, K. (1995). *Magyar emlékműcsesek*. Budapest: SOTE Magatartástudományi Intézet.
21. Ludowyk-Gyömrői, E. (1994). Egy koncentrációs tábor túlélő fiatal lány analízise. *Thalassa*, 1-2. 32-52.
22. Mészáros, J. (2003). Töredékek Virág Terézről. In Bárdos, K., Erős, F., Kardos, P. (Szerk.), „...aki nyomot hagyott”. *In memoriam Virág Teréz* Budapest: Animula.
23. Nádas, P. (2017). *Világló részletek*. Budapest: Jelenkor Kiadó.
24. Nádor, É. (2017). *Csillagos életek*. Budapest: Gabbiano Print.

25. Pető, K. (1999). Identitás és történelem. In *Társadalmi traumatizáció hatásai és pszichoterápiájának tapasztalatai* (pp. 75-89). KÚT Konferencia 1998. Budapest: Animula.
26. Popper, P. (1999). *Fáj-e meghalni?* Budapest: Saxum.
27. Primo, L. (1990). *Akik odavesztek és akik megmenekültek*. Budapest: Európa Kiadó.
28. Ritter, A. (2003). A túlélési szindróma és a transzgenerációs fantom elmélete. (Virág Teréz és Ábrahám Miklós elméletének összehasonlítása). In Bárdos, K., Erős, F. & Kardos, P. (Szerk.), „...aki nyomot hagyott”. *In memoriam Virág Teréz* Budapest: Animula.
29. Rothberg, M. (2009). *Multidirectional Memory Remembering the Holocaust in the Age of Decolonization* Stanford University Press, Stanford California.
30. Szilágyi, J. (1994). Néhány gondolat egy zsidó származású paciens analízise kapcsán. *Thalassa*, 1-2. 160-168.
31. Varga, K. (2011). A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(3), 507–532.
32. Virág, T. (1987). A holocaust szindróma megjelenése a pszichoterápiás gyakorlatban. *Thalassa*, 1-2.
33. Virág, T. (1995). A holocaust szindróma megjelenése a pszichoterápiás gyakorlatban. In László, K. (szerk.): *Magyar emlékmécsesek*. Budapest: SOTE Magatartástudományi Intézet.
34. Virág, T. (1996). *Emlékezés egy szederfára*. Budapest: Animula-KÚT.
35. Virág, T. (1996). *Örökbe fogadott...* Budapest: Animula.
36. Virág, T. (1997). *Elhúzódó társadalmi traumák hatásának felismerése és gyógyítása*. Budapest: Animula.
37. Virág, T. (2001). *Mély kútba tekinték...Válogatott tanulmányok*. Budapest: Animula.
38. Wardi, D. (1995). *Emlékmécsesek*. Budapest: Ex Libris.
39. White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W. W. Norton.

A logoterápia és a szociális munka kapcsolata

Az Életcél kérdőív alkalmazhatósága a szociális munka egyéni esetkezelésében

„Hanókh rabbi mondotta: Izrael voltaképpen számuizetése Egyiptomban az volt, hogy megtanulta elviselni azt.”¹²⁶ Ezért, ahogy a bölcsek megfogalmazták a zsidó hitvilágban: „minden egyes nemzedékben (és minden nap) kötelességünk Egyiptomból kivonulni” (Talmud, Pszáchim 116b).¹²⁷

Viktor Emil Frankl (1905–1997) a harmadik bécsi pszichoterápiás iskola megalapítója ezt mondja: „... maga az élet tesz fel kérdéseket az embernek. Nem neki kell kérdeznie, sokkal inkább ő az élet által megkérdézett, ő az, aki az életnek felelettel tartozik – akinek felelnie kell az életéért. A válaszok azonban, amelyeket az ember adhat, csak konkrét élethelyzetekre adott konkrét válaszok lehetnek. A léttel szemben vállalt felelősség tartalmazza ezeket a válaszokat, az ember önnön egzisztenciájával válaszol a saját kérdéseire.”¹²⁸

A hajléktalanságnak számtalan definíciója ismert. Ezt a súlyos és komplex társadalmi problémát szociológiai, pszichológiai és szociálpolitikai szempontból is meg tudjuk közelíteni. Ezek által megkísérrelhetjük értelmezni, hogy mely társadalmi anomáliák járulhatnak hozzá a hajléktalanság kialakulásához.

A hajléktalanság léthelyzetéből kiutat találni nem könnyű, de nem is lehetetlen. Ebben az írásban arra teszek kísérletet, hogy megmutassam, miképpen könnyíti vagy könnyítheti meg ezt a *logoterápia* és az *egzisztenciaanalízis* emberképével kiegészített szociális munka, és miképpen adhat ez a szemlélet egy más minőséget a szociális munkának – nemcsak a hajléktalannal végzett segítő munkában.

A *logoterápia* fogalmát a feljebb már említett Viktor Emil Frankl alkotta meg, aki 1942 őszétől – 1945 áprilisáig koncentrációs táborokban volt. Ő arra vezette vissza a pszichikailag sikeres túlélését, hogy a legtragikusabb események közepette is képes volt folyamatosan értelmezni a maga körül tapasztalt dolgok értelmét, jelentését. Frankl abból indult ki, hogy a lét értelmének megfogalmazása minden ember természetes törekvése: *"Az ember jelentést keres"*. És mivel a súlyos krízishelyzetek az emberek teljes egzisztenciáját is megrengetik, s ezen keresztül a létezés értelmét általában is megkérdőjelezzik, okkal gondolta, hogy a krízisek feldolgozásában a tudatos értelemkeresés és a saját egzisztencia elemzése terápiás hatású lehet.

A szociális munka globális definícióját¹²⁹ is nézve látható, hogy annak céljai hasonlóak a logoterápiáéhoz. Gyakorló szociális munkásként azonban mégis felmerül bennem a kérdés, hogy vajon a mai kor segítője milyen mértékben foglalkozik a logoterápia központi

¹²⁶ Buber, M., *Haszid történetek* (2006). 819.p

¹²⁷ <http://zsido.com/fejzetek/a-merfoldko-ne-valjon-sirkove-masze/>

¹²⁸ Frankl, V. E., *Orvosi Lelkigondozás* (2015) Jel Kiadó 100.o.

¹²⁹ „A szociális munka olyan gyakorlat alapú szakma és tudományág, amely elősegíti a társadalmi változást és fejlődést, a társadalmi összetartozást, valamint az emberek hatalommal való felruházását és felszabadítását. A társadalmi igazságosság, az emberi jogok, a közös felelősségvállalás és a különbözőségek tiszteletének elvei központi helyet foglalnak el a szociális munkában. A humán és társadalomtudományok elméleteivel, valamint a helyi tudásokkal felvértezve a szociális munka embereket és rendszereket aktivizál, hogy választ adjon az élet kihívásaira és előmozdítsa a jóllétet. A fenti definíció egyes részei a nemzeti és/vagy helyi szinteken nagyobb jelentőségűek lehetnek.” http://www.esely.org/kiadvanyok/2014_6/2014-6_3-1_szocialis-munka_globalis_definicioja.pdf (letöltve: 2020. 11. 13.)

felvetésével, vagyis, hogy az ügyfelei mennyire látják értelmesnek az életüket Mi is az életük feladata vagy értelme? Miként is viszonyulnak ehhez a kérdéshez? Egy haszid történet ezt a kérdést a következőképpen válaszolja meg.

„Az igazi szenvedés és az igazi öröm. Amikor arról kérdezték a Berdicsevit, hogy melyik a helyes út, a szenvedésé-e vagy az örömé, ő így válaszolt: Kétféle szenvedés és kétféle öröm van. Ha valaki az őt ért szerencsétlenség miatt elkeseredik, odújában gubbaszt és nem hisz a segítségben, az a rossz bánat, amelyről azt mondják: 'A Sehina nem ott lakozik, ahol a bánat uralkodik.' A másik annak az embernek az igazi komorsága, aki tudja, minek a hiányától szenved. Ez a helyzet az örömmel is. Akinek a lényéből hiányzik, és nem érzi elfogulatlan, tiszta kedvében, és nem törődik azzal, hogy öröme teljen a dolgokban, az balga. Az igazán örvendező azonban olyan, mint akinek a háza leégett, a bajt lelkében átélte, azután azonban új ház építésébe fog és minden egyes téglának, amellyel háza magasodik, lelkében örülni tud.¹³⁰”

Vajon mire lenne szükségük azoknak az embereknek, akikért a szociális munkás dolgozik, hogy úgy tudjanak válaszolni az őket ért traumákra, mint akinek ugyan a háza leégett, de lett ereje új ház építésére is?

A fenti kérdésre Martin Buber filozófus (1878–1965) adott olyan választ, amellyel a leginkább azonosulni tudok. Ő azt írta: „[A kliensnek] nem csupán egy megbízható emberre van szüksége, akiben úgy bízhat, ahogyan egyik ember a másikban szokott, hanem inkább egy biztonságot nyújtó személyre, aki biztosítja róla, hogy létezik szilárd talaj, egzisztencia: s hogy a világ nincs pusztulásra ítélve, nem elfajzott; hogy van megváltás a világ számára, és számára is, épp mivel ez a bizalom létezik.¹³¹”

Ahogyan az egyik publikációmban¹³² is írtam már, a korunkra nagyon erősen jellemző egyfajta elmagányosodás. Kérdés, hogy ebben az elmagányosodott és elanyagiasodott világban a mennyire számíthat biztos pontnak a segítő az ügyfele életében. Vajon mivel tudja elérni, hogy azzá legyen? Meglátásom szerint a hitével. Ha a segítő hisz a munkájában, a munkája értelmében, már ezzel erőt tud adni az ügyfelének, a nehézségek ellenére is.

Martin Buber gondolatai arra a tényre is rámutatnak, amit Elisabeth Lukas (1942–) a következőképpen fogalmaz meg: „... nem utolsósorban arról kell biztosítanunk a másik felet, hogy léteznek (...) értelemlehetőségek, mégpedig minden esetben, függetlenül az illető személy múltjától és előrelátható jövőjétől.”¹³³

Épp ez a lényeg, ez az a plusz, amit a logoterápia adhat a szociális munkának, épp azért, mert a remény az, ami oly nagyon hiányzik a mai emberi érzések közül, pedig talán életet menthet.

Viktor Emil Frankl munkásságát művészetterápiái tanulmányaim során ismertem meg. Egy művészetterapeuta kollégám hívta fel rá a figyelmemet egy Goethe-idézet kapcsán: „Ha csak olyannak fogjuk fel az embereket, amilyenek [...], rosszabbá tesszük őket; ha úgy bánunk velük, mintha azok volnának, aminek lenniük kellene, akkor oda vesszük őket, ahová vinni kell.”¹³⁴

¹³⁰ Buber, M., Haszid történetek (2006) Atlantis 343-344.o.

¹³¹ Lukas, E. Értelmerkésés és életöröm (2019) Ursus Libris 14.o.

¹³² Visnyei, E., Nem csak kenyérrrel él az ember... Logoterápia és Egzisztenciaanalízis 2015 Kolozsvár: Többllet 287.o.

¹³³ Lukas, E., Értelmerkésés és életöröm (2019) Ursus Libris 15.o.

¹³⁴ Goethe, J. W. von Wilhelm Meister tanulóiévei, VIII, 4. (1983) Európa Könyvkiadó. 599.o

Életem folyamán sokkal többször találkoztam leminősítéssel, mint túlértékeléssel.¹³⁵ A hajléktalan létmódban élő embereket is sokszor a külső jegyeik alapján ítéli meg a többségi társadalom, sőt, még néha a szociális szakma is.

Ennek egyik példája az, amikor a „motiválatlan” címkével látják el a szenvedő embert. Ugyanakkor azok az ügyfelek, akikkel én eddig dolgoztam, egy olyan értékkel biztosan rendelkeztek/rendelkeznek, amellyel az őket negatívan stigmatizáló emberek nem feltétlenül.

Azzal ugyanis, hogy az őket ért súlyos traumák, bántalmazások, lakásvesztések ellenére is meg tudtak maradni embernek. Nem adták fel a küzdelmet, küzdenek az életért, a megélhetésért, napról napra. Mai kultúránkat nagyon erősen jellemzi egyfajta üres formalizmus, általánosítás, amelynek jegyében az emberek a külső jegyeik alapján ítéli meg a többieket, így a hajléktalanokat is. Fontos üzenete ennek az idézetnek egyrészt az, hogy ne tévesszenek meg minket a külsőségek, másrészt, hogy soha ne veszítsük el az emberbe vetett hitünket.

Frankl életrajzi könyvének elolvasása után – amely a „...*mégis mondj Igent az Életre!*” *Egy pszichológus megéli a koncentrációs tábort* (vagy más kiadásban: *Mégis mondj igent az életre! Logoterápia dióhéjban*) címet viseli – sorra kezdtem olvasni az általa és tanítványa, Elisabeth Lukas által írt könyveket. Az az emberkép és terápiás szemlélet, amelyet a logoterápia képvisel, nagyon megérintett, és úgy éreztem, ez az, amit keresek.

Ezért be is iratkoztam egy képzésre, ahol a logoterápia szakavatott tanáraitól mélyebben megismerhettem ezt a segítő módszert. Az ottani tanulmányaim során tudtam meg, hogy ennek a terápiás szemléletnek már kidolgozták a módszertanát a szociális munkára is.¹³⁶

Tanulmányaim befejezése után tovább foglalkoztatott a kérdés, hogy miképpen is viszonyulnak az ügyfeleim az életük értelmességéhez, valamint az is, hogy miképp lehetne ezt úgy megkérdezni, hogy véletlenül se ártsak nekik. Továbbá, hogy a logoterápia emberképével alkalmazott szociális munka hogyan és mivel tudja támogatni a szociális segítőt, konkrétan Magyarországon.

A kérdés megválaszolásában segítségemre volt a Crumbaugh és Maholick-féle *Életcél kérdőív* is. A kérdőívnek azon változatát ismertem meg először, amely az amerikai kérdőív tükörfordítása, a magyar applikációval később találkoztam.

Az *Életcél* kérdőív magyar applikációját dr. Konkoly-Thege Barna és dr. Martos Tamás dolgozta ki (2006)¹³⁷.

A cikk írói elmondják, hogy a kérdőív „megbízható és érvényes mérőeszköznek bizonyult az élet értelmességének mérésében”.¹³⁸

Már itt az elején leszögezném, hogy nem szeretnék az általánosítás hibájába esni, mert ha a kutatási területemet általános érvényűnek mondanám, akkor épp azt a hierarchiát hoznám létre, ami ellen Viktor Frankl terápiás szemlélete is küzd, hiszen a hierarchikus gondolkodás tárgyiasítja magát az embert, továbbá: „*Sohasem a technika számít, hanem a technikát kezelő ember, és az, hogy ő a technikát milyen szellemben kezeli.*”¹³⁹

¹³⁵ Bízom abban, hogy van benne egy sokkal magasabb érték, amit itt és most ugyan nem lát, de én tudom, rendelkezik vele

¹³⁶ Guttman D., *Logotherapy for the Helping Professional Meaningful Social Work* (1996) Springer Publishing Company

¹³⁷ <http://real.mtak.hu/58530/1/mental.7.2006.3.1.pdf> (letöltve: 2020. 11. 13.)

¹³⁸ <http://real.mtak.hu/58530/1/mental.7.2006.3.1.pdf> (letöltve: 2020. 11. 13.)

¹³⁹ Frankl, V. E., *Orvosi Lelkigondozás* (2015) Jel Kiadó 16.o.

„... a veszély egyáltalán nem abban van, hogy a kutatók specializálódnak, hanem abban, hogy a specializálók általánosítanak. Mindannyian ismerjük az úgynevezett – terrible simplificateur-öket [borzalmas leegyszerűsítők]. De melléjük állíthatók a – terrible généralisateur-ök [borzalmas általánosítók] is, mint ahogy őket nevezni szoktam. A – terrible simplificateur-ök mindent egy kaptafára húznak a terrible généralisateur-ök még csak meg sem maradnak a kaptafájuknál, általánosítják a kutatási eredményeiket.¹⁴⁰”

Az Életcél kérdőívet¹⁴¹ a munkahelyemen (hajléktalanok átmeneti szállása) 2014-ben, az akkori szakmai igazgatóhelyettes engedélyével kérdeztem le először. A kérdőívet olyan hajléktalan emberekkel töltöttem ki, akiket ismertem, és akikkel napi szinten kapcsolatban voltam.

Azt is fontosnak tartottam és tartom, hogy a kérdőív kitöltésénél jelen legyek. Volt olyan lakó, akinek az állapota miatt nekem kellett felolvasnom a kérdéseket.

Már akkor nagyon sok érdekes és fontos megállapítás született bennem. A megkérdezettek többsége nem tartotta nehezeknek a kérdéseket, sokkal inkább elgondolkodtatóknak találta. Volt olyan ügyfél, aki elmondta, hogy ilyen fontos kérdéseket, mint amiket ez a kérdőív feltesz, szociális munkások nem tesznek fel neki. Más is az örömét fejezte ki, hogy végre olyan kérdésekkel találkozik, amelyekről van értelme beszélni. Ehhez lehet hozzáfűzni egy művészetterápiás csoport egyik részvevőjének gondolatait is: „A csoportban, amely éppen a hajléktalanszállón működött, irodalmi témát dolgoztunk fel. Arról kérdeztem a jelenlévő embereket, hogy a saját életükre gondolva mit is adott nekik a felolvasott mű. A befejező körnél az egyik csoporttag kifakadt. Elmondta, hogy mi is bántja nagyon, a szociális szakterületen dolgozókkal kapcsolatban: Emőke, úgy érzem, a szociális munkások csak az életem történetére kíváncsiak, arra, hogy mi, hogy volt, és nem RÁM.”

Nagyon elgondolkodtatóak ezek a szavak. Meglátásom szerint a jelenlegi hajléktalanellátás sokkal többet foglalkozik a múlt életeseményeivel, mint az itt és most-tal vagy a jövővel.

Gyakorló szakemberként azt tapasztalom, hogy már egy átmeneti szállóra való jelentkezéskor, felvételi beszélgetéskor is sok életrajzi adatot kérnek el az ügyfelektől: beszéljen az életéről, kapcsolatairól, arról, hogy milyen okok következtében kéri a felvételét az adott intézménybe. A munkahelyem szakmai protokollja szerint az intézménybe való beköltözést követő 10 napon belül kell elkészülnie az első interjúnak, amit vagy a személyes szociális munkás, vagy pedig a szakmai vezető készít el. (Munkahelyemen, amikor a kutatást végeztem, az első interjút a szakmai vezető készítette el, és az első interjú után jelölte ki az ügyfelek számára a személyes szociális munkást.)

Az első interjúnál – sőt, az egész esetkezelői folyamatban¹⁴² is – az egyén élettörténetét helyezik a fókuszba.

Frankl az életút fontosságát a következőképpen látja: „Az életút végső soron nem más, mint a személy időbeli feltárulása: ebben az értelemben természetesen minden életrajzi adatnak, az élettörténet minden részletének biográfiai fontossága, ezáltal személyes kifejező értéke van – de csak bizonyos fokig s bizonyos határok között¹⁴³”.

¹⁴⁰ Frankl, V. E., Orvosi Lelkigondozás (2015) Jel Kiadó 45.o.

¹⁴¹ A munkahelyemen akkor a tükröfordításban elkészült kérdőívet kérdeztem le a lakókkal. Itt a dolgozat mellékleteként a validált kérdőívet fogjuk bemutatni.

¹⁴² Lásd Breitner P. Élettútközpontú szociális munka 30.o. <http://mek.oszk.hu/11300/11381/11381.pdf> (letöltve 2020. 11. 13.)

¹⁴³ Frankl V. E., A logoterápia alapjai (2010) Jel Kiadó 45.o.

Szakemberként többször találkoztam azzal a ténnyel, hogy a különböző esetmegbeszélő fórumokon a hangsúly túlságosan is a kliens múltjára, élettörténetére került, ami bizonyos szempontból érthető, hiszen rekonstruálni szeretnénk volna az élettörténetét, a traumáit. Ettől azonban az itt és most-tal vagy a jövőképevel, a lehetőségeivel jóval kevesebbet foglalkoztunk.

Logoterápiás szakemberként viszont úgy látom, hogy egy jövőre irányuló segítői szemléletet alkalmazva sokkal inkább ki tudjuk aknázni a jelenben rejlő értékeket, lehetőségeket. Ahogyan Wolfram Kurz¹⁴⁴ is nagyon jól megfogalmazza: egy logoterápiás szemlélettel dolgozó szakember a segítői folyamatokban nem a negatív életeseményeket fogja rekonstruálni. A fókusz sokkal inkább arra irányul, hogy az ember személyes életét miként tudja tartalmassá tenni. Hogy mi is az én feladatom itt a földön, és mi az, amiért itt és most felelősek vagyunk.

Épp ezt a szemléletet segíti az Életcél kérdőív is. A kérdőív értelmezési intervallumait a következőképpen határoztam meg ennél a célcsoportnál: 0–9 pont között számára nincs jelentése az élet értelmének; 10–15 pont között jelez egy bizonytalan értelmezést; 16–20 pont között az élet értelmének határozottan van jelentése a számára.

Számszerűsítve 2014-ben a következő eredmény jött ki:

39 kitöltő személy közül

0–9 pont között: 10 fő,

10–15 pont között: 19 fő,

16–20 pont között: 10 fő

A 2014-es eredmények függvényében alátámasztottnak látszik Viktor Frankl azon tézise, hogy az életértelem nem kapcsolható társadalmi ranghoz vagy szociális helyzethez. A kérdések az „itt és most”-ra kérdeznak rá, arra, hogy a kutatásban résztvevő személy miként értelmezi az életét, lát-e benne pozitívumokat, és nagyon erősen megvilágítja azt a tényt is, mik lehetnek a céljai.

A kérdőív meglátásom szerint az egyéni esetkezelői munkát is tudja segíteni. Ezért most bemutatok két olyan történetet, ami a fenti megállapításomat alátámaszthatja.

Az első ügyfélnek én voltam a szociális munkása, a második esetleírásban szereplő ügyfélnek pedig egy kollégám.

Első eset

Az ügyfél, Béla, a kérdőívezés előtt körülbelül egy hónappal költözött az intézménybe. Az első interjú már elkészült vele, és a közös munka is elkezdődött. Arra gondoltam, a segítői munkának irányt adhat, ha vele is lekérdezem a kérdőívet, amihez hozzá is járult.

Bélát külsőleg úgy tudnám leírni, hogy átlagos magasságú, de vékony testalkatú férfi, akit introvertált típusnak vagy olyan embernek nevezhetnénk, aki „jól elvan” egyedül is. A múltjáról, az őt ért veszteségekről nem szeretett beszélni. Pontosán ezen személyiségjegyek alapján voltak olyan kollégáim, akik úgy látták őt, mint aki nagyon rosszul van, éhez. Ezért meg akarták menteni, ami nagyon sok esetben zavarta őt. Amit felém jelezett is, hogy nagyon terhes az számára, ha indokolatlanul, túlzott mértékben szeretnének segíteni neki olyan helyzetekben is, amelyeket ő nem él meg problémának. Az ilyen szituációkat úgy élte meg,

¹⁴⁴ Hadinger B., Kurz W., Mrusek. (2013). Értelmerkésés és személyiség fejlesztés. Jel Kiadó, Budapest 24.o.

hogy megkérdőjelezi az egyéni kompetenciáját, hogy saját maga megtudja oldani a problémáit.

A kérdőív alapján azonban Béla nagyon jó állapotban volt, ami azt jelentette, hogy a jelenlegi léthelyzetében is teljes mértékben lát értelmet az életében.

Az esetkezelés kezdeti időszakában feltettem neki egy kérdést: El tudna-e képzelni egy olyan világot, amelyben ő ebből a létből kikerülve munkahellyel és lakással rendelkezik? A válasza az volt, hogy „igen”. Teljes egészében el tudja hinni, hogy fel tud állni ebből az élethelyzetből.

Béla 62 éves. Budapesten született. Édesanyja szakmunkásként, édesapja – Béla elmondása szerint – pártvonalon dolgozott. Testvére nem született. Gyermekkoráról pozitívan mesél az első interjún. Meglátása szerint a szüleitől mindent megkapott, amire szüksége volt. Az első interjú után három hónappal mesélt mélyebben is a szüleiről. Akkor derült ki az édesapjáról, hogy zsidó származása miatt koncentrációs táborban volt, amit túlélt. Édesanyja nem volt zsidó, a beszélgetésből a vallási vagy származási hovatartozása nem derült ki. Szüleiről nagyon közömbösen, rezzenéstelen arccal beszélt. Teljesen objektívan emlékezett vissza a kapcsolatukra, amely, mint itt már kiderült, nem volt jó.

Az általános iskolai tanulmányok befejezése után szakmunkásképző intézményben villanyszerelőnek tanult. Az iskola elvégzése után azonnal elkezdett dolgozni. Folyamatosan dolgozott, 43 év szolgálati idővel rendelkezik.

Béla 1980-ban megnősült, 2000-ben elvált. Házasságából két gyermeke született, akikkel a válása után teljesen megszakadt a kapcsolata. A családi problémákért teljes mértékben önmagát okolja.

A válása után a közös lakásukat két kisebbre cserélték, így nem maradt fedél nélkül. A lakása fenntartásában akkor lettek problémái, amikor munkanélkülivé vált, és alig tudta fizetni a rezsit.

Ezután egy ingatlanirodán keresztül próbálta a lakását kisebbre cserélni. Ekkor azonban egy lakásmaffia áldozatává vált, és így lett hajléktalanná. Amikor rájött, hogy nem úgy sikerült a lakáscsere, ahogyan tervezte, már késő volt. Ráadásul nagyon sok köztartozást is felhalmozott. Nem tudta, mitévő legyen.

Ekkor ajánlották neki az éjjeli menedékhelyek szolgáltatásait. Körülbelül egy hónapos éjjeli menedékhelyen való tartózkodás után jött arra a szállóra lakni, ahol dolgoztam.

Az első interjú után, amit a szakmai vezető készített el, én lettem a szociális munkása, és ekkor elindulhatott az a segítői folyamat, amely másfél évig tartott.

Az esetkezelői folyamatban azokra a problémákra helyeztem a fő hangsúlyt, amelyeket az ügyfél hozott be. A legfontosabb probléma a múltja elfogadásának a kérdése volt. Nehezen tudta feldolgozni azt a tényt, hogy elveszítette a családját és később a lakhatását is. Az önvád, saját maga hibáztatása emésztette őt, és mindez a saját elmondása szerint elsősorban abban gátolta, hogy az életben előre tudjon lépni.

Ezen probléma megoldásában segítségünkre volt a munkahelyem klinikai szakpszichológusa. Béla elkezdett hozzá terápiára járni, és több mint egy éven keresztül járt, teljesen önkéntes alapon.

Az esetkezelés kezdetén a jövedelmi helyzete sem volt kimondottan jó, ugyanakkor lehetett őt motiválni a munkavégzésre. Rendszeresen voltak alkalmi munkái, elmondása szerint a szakmájában. Később elkezdte a Fedél nélkül újság árusítását is.

Miután megszerezte a jogosultságot az öregségi nyugdíjra, a jövedelmi helyzete teljes mértékben stabilizálódott.

Az idő megteremte a maga gyümölcsét, hiszen az ügyfél az esetkezelés kezdetétől számítva körülbelül egy évre öregségi nyugdíjas lett, és a jövedelmi helyzete annyira jól alakult, hogy ki tudott menni a munkásszállóra.

Második eset

A megkérdezett ügyfélnek, Gézának nem én voltam az egyéni esetkezelő szociális munkása, de ismertem őt és sokat beszélgettünk. Alkatilag átlagos testalkatú férfi, aki nagyon erősen extravertált, barátkozó, segítőkész és szinte mindig életvidám. A kérdőív kitöltésére is azonnal vállalkozott.

A kitöltés során azonban az összes álarc lehullott róla. Egy megrendült, keserűségekkel teli ember ült előttem. A pontjai, amelyek a legutolsó intervallumban 0-9 pont között voltak, szintén ezt mutatták. Nyilvánvalóvá vált, hogy az életét egyáltalán nem látja értelmesebbnek, semmilyen értelmet nem talál benne. Kértem is az egyéni esetkezelő szociális munkását, hogy koncentráltan figyeljen rá, mert meglátásom szerint az ügyfele nagyon rossz mentális állapotban van.

A megérzésem beigazolódt, mert az ügyfél a kérdőív kitöltése után másfél évvel hirtelen elhunyt. A halál oka belgyógyászati eredetű betegség volt. A betegségről-betegségeiről a segítője azt mondta, hogy nagyon sokféle baja volt neki, amelyeket azonban egyáltalán nem volt hajlandó kezelteni.

Géza 55 éves volt, amikor elkezdtük a közös munkát. Nyírbátorban született, s a szülei szakmunkásként dolgoztak. Ketten voltak testvérek, egy bátyja volt. A testvérevel sosem volt jó a viszonya, a szülei halála óta nem is tartották a kapcsolatot. Legmagasabb iskolai végzettsége: szakközépiskola érettségivel. Asztalosnak tanult, a szakmájában 19 évet dolgozott. Gyermekkoráról keveset mesélt. Az általános iskolában jó tanuló volt. Elmondása szerint szülei alig foglalkoztak vele, az édesapja nagyon sokat dolgozott, az édesanyjával és testvérevel töltött több időt. Bátyja, miután megházasodott, egy Pest megyei településre költözött. Oda költözött le ő is a szüleivel, és itt éltek 29 éven át.

1990-ben meghalt az édesapja, 2000-ben édesanyja is, akit hosszú időn keresztül ápolt. Ezért ápolási díjat kapott. A bátyjával ekkor már annyira rossz volt a viszonyuk, hogy bár egy településen laktak, bátyja a beteg szüleit évente maximum egyszer látogatta meg. Saját családot Géza nem alapított. Felesége, de még hosszabb élettársi kapcsolata sem volt, gyermeke nem született.

A szülei halála után a családi házat, amelyben laktak, 8 millió forintért eladták és az összeget elfelezték. Neki pedig ebből a 4 millió forintból kellett kifizetnie egy másfél milliós köztartozást is. Annak érdekében, hogy a szülői örökségből méltányosabban részesedjen, nem fordult senkihez jogorvoslatért.

Budapestre jött fel, mert szeretett volna a BKV-nál buszvezetőként elhelyezkedni. Az egészségi állapota miatt azonban nem kapta meg ezt a munkát.

2010-2013 között 60 helyre is jelentkezett dolgozni, azonban sehova sem vették fel. A lakásból örökölt pénzét felélte, és 2011 nyarán a főbérelője kintette az albérletéből. Egy hónapig lakott az utcán. A sorstársai segítségével először éjjeli menedékhelyre költözött, majd 2013-ban abba az intézménybe, ahol én dolgoztam.

Itt az első interjú után, amelyet a szakmai vezetőm készített el vele, az egyik kollégámat kapta meg egyéni esetkezelő szociális munkásnak. Az esetkezelés indulásakor foglalkoztatás helyettesítő támogatásban (FHT) részesült, amely 28 000 forint.

Az esetkezelési folyamatot egyrészt a kollégám elmondása alapján, másrészt abból az írásos dokumentációból ismertem meg, amelyet ő készített. Az egyéni esetkezelés két problémacsoportra fókuszált.

Az egyik az ügyfél egészségi állapota, a másik az ügyfél jövedelmi helyzete. A dokumentációból láthatóvá válik, hogy mind a szociális munkás, mind az ügyfél számára máshol volt a fókusz. Géza számára a jövedelmi helyzete megoldása volt a fő célja, míg a szociális munkásnak Géza egészségi állapotának a javítása.

Képletesen szólva mondhatnám azt is: két hajóban eveztek. Ügyfelünk csak az esetkezelés második szakaszában kezdett lépéseket tenni az egészségi állapota megoldása érdekében. Ugyanakkor látható volt, hogy elsősorban a szociális munkás nyomására teszi meg ezeket a lépéseket. Ez azzal is összefüggött, hogy nem sikerült állandó munkahelyet találnia, alkalmi munkákból élt.

Annak tudata, hogy a saját élete iránt is felelősséggel tartozna, és ezért foglalkoznia kéne az egészségi állapotával, hiszen a munkaképességének az a legfontosabb feltétele, nála nem alakult ki. Többször is elment orvoshoz, a felírt gyógyszereket azonban nem szedte, és a kivizsgálásokra sem ment el. Ennek következtében 2015 őszén elhunyt.

A mentális állapotáról nem sok szó esett, pszichológusnál, pszichiáternél nem járt. Az egész folyamat végigolvasása után jól látható, amit a kérdőív is nagyon pontosan kimutatott: az életét értelmetlennek tartotta.

A fent leírt esetekből nagyon jól látszik, hogy mennyire fontos az ügyfeleink mélyebb megismerése, megértése. Az is jól kivehető, hogy a kérdőív két oldalról közelítette meg a szenvedő embert. Részben feltárta, hogy az ügyfél a jelenben miként viszonyul az élete értelmességéhez, és az első esetben még magának a szociális munkásnak is segítségére volt, hiszen biztosította arról, hogy az ügyfélnek nagyon komoly pozitív erőforrásai vannak az élethez.

Az esetek jó néhány anomáliát is látványosan felvetnek. Például azt, hogy mennyire lehet egy ügyfelet külső jegyek alapján megítélni, minősíteni, vagy mennyire egészséges az, ha a saját, szubjektív benyomásunkat, értékrendünket az ügyfélre vetítjük ki. Ez a paternalisztikus típusú hozzáállás biztosan nem viszi előre, vagy nem tereli jó irányba a segítő kapcsolatokat.

„Meglátásom az, ha a szociális munkás saját élményét, tapasztalatait tekinti abszolút valóságnak az ügyfél vagy a kollegiális kapcsolataiban, akkor ezzel a beállítódással (ezektől a szavaktól és információktól) nem látja magát a szenvedő embert vagy a munkatársat. Hiszen ez, ami rombolja, illetve egy másodperc alatt megszünteti a két ember közötti kapcsolatot, létrejön a kapcsolati szakadás. Ezzel nem segítjük a másikat, hogy önmagához kapcsolódjon! Sőt, véleményem szerint ez a címkézés egy másik, mélyebb aspektusára világít rá. Hiszen hierarchiát képez tudatosan vagy tudattalanul ember és ember között.”¹⁴⁵

Az első esetben is látszott, hiszen az ügyfél többször is jelezte nekem, hogy mennyire rosszul viseli azt, mikor valaki őt meg akarja „menteni”, ő az ilyen helyzetből mindig menekül.

¹⁴⁵ <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/5925> (letöltve: 2019.08.10)

A második esettanulmánynál is megfigyelhetőek ugyanezek a jelenségek. A kérdőív kitöltése közben hullt le az ügyfél álarc, amivel elfedte azt, hogy az életét nem tartja értelmesnek. Számomra ez azért volt meglepő mert már, hosszú ideje tartott a kapcsolat az esetkezelőjével és egy nyitottan kommunikáló, segítőkész, életigenlő ember benyomását kellte. Itt, ennél az esetnél láthatjuk még azt is, hogy mennyire fontos a bizalmi légkör kialakítása, illetve a mentális állapotot felmérő kérdőívek használata, mint például az Életcél kérdőív. (az esetek legnagyobb többségében nem arról van szó, hogy az ügyfeleink tudatosan tagadnák a szorongásos állapotukat vagy a lehangoltságukat, hanem a szocializációjukból kifolyólag nehézséget okoz számukra, hogy a negatív érzéseiket szavakba öntsék. Ebben is segíthetnek a tesztek, ahol direkt rákérdezés történik). Itt, ennél a pontnál emelném még be Martin Buber filozófus gondolatát az ÉN-TE és az ÉN-AZ kapcsolatok függvényében.

„A világ, mint tapasztalás az ÉN-AZ alapszóhoz tartozik. Az ÉN-TE alapszó alapítja meg a viszony világot.¹⁴⁶”

Összegzésképpen: A kérdőív használata mankóként szolgálhat, hogy a megfelelő segítői stratégiákat tudjuk alkalmazni az szenvedő emberrel való segítő munkában.

Arra is lehetőséget teremthet, hogy a segítő munka keretében kapcsolatba kerülhessünk a kliens szenvedésével, hogy közelebb jussunk élete értelmességének kérdéséhez, hogy ezek jobban láthatóvá, érzékelhetővé váljanak mind a segítő, mind pedig a kliens számára.

Hiszen soha nem a szociális szakember dönti el, hogy mi a megoldás, hanem az az ügyféllel közösen végzett segítői folyamatban válhat, válik világossá.

A kérdőívet én elsősorban az egyéni esetkezelésnél ajánlanám a szociális munkában. Fontosnak tartom még elmondani, hogy mindenféleképpen a segítői kapcsolat elején – de semmiképpen sem az első interjú elkészítésekor, hanem a második, vagy inkább harmadik találkozáskor – érdemes elővenni, amikor már kezd kialakulni a bizalmi légkör.

A kérdőívet elsősorban olyan ügyfelekkel ajánlanám kitölteni, akik értelemkeresési problémákkal küzdenek. A hajléktalan emberek közül csak átmeneti szállón élő nem pszichiátriai betegekkel vagy kezelés alatt álló pszichiátriai betegekkel. Vagy rehabilitációs intézményben élő fiatalokkal, gyógyulófélben lévő szenvedélybetegekkel, vagy idősotthonban élő, de demenciával nem küzdő emberekkel.

A kérdőívet alkalmazó szociális munkásoknak fontos hinniük Viktor Frankl terápiás iskolájának humanisztikus emberképében, hiszen „A logoterápia hozománya a jövő század számára egyrészt a negatív tartalmú sors miatti kétségbeesés legyőzését jelenti, egy olyan életfilozófia segítségével, amely a létező, csillapíthatatlan szenvedésre is kiterjed; másrészt ahhoz is hozzásegít, hogy ne feledkezzünk meg a hála érzéséről, amely feledékenységnek mindig eredendő része van abban, ha életünket értelmetlennek, sorsunkat boldogtalannak érezzük; ez a feledékenység tesz minket érzéketlenné a bennünket körülvevő, csillapítható szenvedés iránt, ami pedig enyhíthető lenne, mert a világban van elég érték valamennyiünk számára.¹⁴⁷”

Irodalom

1. Buber, M. (2006). *Haszid történetek*. Budapest: Atlantisz Kiadó.

¹⁴⁶ Buber M., ÉN és TE, 1991 Európa 8.o.

¹⁴⁷ Lukás Elisabeth, Hol találod oltalmadat? (2006) Jel Kiadó 163.0.

2. Buber, M. (1991). *ÉN és TE*. Budapest: Európa Kiadó.
3. Frankl, V.E. (2015). *Orvosi lelkipozás*. Budapest: Jel Kiadó.
4. Frankl, V-E. (2010). Az egzisztenciaanalízis és logoterápia alapjai. In Sárkány, P. & Zsók, O. (Szerk.), *A logoterápia alapjai* Budapest: Jel Kiadó.
5. Hadinger B., Kurz W. & Mrusek. (2013). *Értelemkeresés és személyiség fejlesztés*. Budapest: Jel Kiadó.
6. Konkoy-Thege B. & Martos, T. (2006). *Az életcél kérdőív magyar változatának jellemzői* <http://real.mtak.hu/58530/1/mental.7.2006.3.1.pdf> letöltve: 2019.08.04
7. Lukas, E. (2006). *Hol találsz oltalmadat?* Budapest: Jel Kiadó.
8. Lukas, E. (2019). *Értelemkeresés és életöröm*. Budapest: Ursus Libris.
9. Visnyei, E. (2017). Értékközpontú művészetterápia... a szociális munka margójára. *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 4(1).
<https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/5925> (letöltve: 2019.08.10.)
10. Visnyei, E. (2015). Nem csak kenyérrrel él az ember... *Logoterápia és Egzisztenciaanalízis*, 2015. Kolozsvár: Többlet.
<http://www.logoterapia.hu/files/evonyv15.pdf> (letöltve: 2020. 11. 18.)

VI. FEJEZET: MÉLTÓSÁGGAL ÉLNI. IDŐSELLÁTÁS, EGÉSZSÉGÜGYI SZOCIÁLIS MUNKA, FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK ELLÁTÁSA

Mátics Katalin

Az Oroszlányban élő, hatvan év feletti lakosok szociális viszonyainak felmérése és perspektívák keresése

„A hosszú élet komoly siker, de egyúttal ijesztő kilátás is.”

(Rudi Westendorp)

A társadalmi kihívások kérdéseire csak a valóság megismerésére alapozva lehet megfelelő válaszokat adni. Ennek alapvető lépései az információgyűjtés, elemzés, értelmezés és a koncepciókészítés. Minden szakma, amely a döntéshozatali kompetenciával rendelkező szereplőkkel együttműködésben képes változtatást és fejlődést elérni, a maga sajátos kérdéseit veti fel és azokra keresi a válaszokat. Ez a szociális szakmában is így van.

Annak érdekében, hogy Oroszlányban a szociális ellátásfejlesztés megfeleljen az idősök szükségletinek és elvárásainak, a város képviselő-testülete egy olyan kutatás elkészítése mellett döntött (ennek részleteit ld. lejjebb), amely a 60 év feletti lakosság igényeinek felméréseivel elősegíti a szociális szakmai kompetencia és a szubszidiaritás elvének érvényesülését. A kutatás kidolgozására és végrehajtására az önkormányzat szociális szakembereket kért fel.

A kérdőíves adatfelvétel során 1010 fő 60 év feletti lakost kérdeztek meg. Az eredmények megerősítették, hogy az időskorú lakosság egyre növekvő aránya komoly kihívás elé állítja a város vezetését.

A kutatás legfontosabb konzekvenciái a következők voltak:

- Az országos viszonyokhoz hasonlóan magas az egy fős háztartásban élők aránya, továbbá magas azok aránya, akik szociális segítő-támogató háttere hiányos, miközben ők az ellátórendszer látókörében sem jelennek meg, az ellátórendszer nem éri el őket.
- Az idősök az anyagi helyzetüket a környezetükhöz hasonlóan érzékelik, ugyanakkor csak minden második fő képes tartalék képzésére, és csak minden második család tudja anyagilag támogatni az idős személyt.
- Magas azok aránya, akiknek nincs elképzelésük, stratégiájuk arra a későbbi időszakra nézve, amelyben esetleg már szociális vagy egészségügyi nehézségekkel kell szembenézniük. Közülük többen egyáltalán nem is foglalkoznak az idősödés kérdésével.
- Az idős embereknek a szociális nehézségeiken túl gyakran betegségekkel is meg kell küzdeniük.

A kutatás jellemzői

Mint már említettem, az írásom középpontjában álló kutatást Oroszlány településen, a 60 év feletti körében végeztük el. A kutatás eredményei az elméletek és politikák megfelelő kontextusába helyezve alkotnak koherens egységet. Egyes szakmák – jelen esetben a szociális munka – a saját kérdéseikre igyekeznek válaszokat adni, és ennek folyamatában értelemszerűen

nagyon fontos, hogy a szociális területen dolgozó szakemberek képesek legyenek a megfelelő kérdéseket feltenni, célirányos kutatásokat végezni, az eredmények tükrében adekvát következtetéseket levonni, javaslatokat megfogalmazni és mindezt hatékonyan közvetíteni a társadalom és a döntéshozók számára.

Az előregedő társadalom jelensége Magyarországot is különleges és újszerű kihívásokkal állítja szembe. Az ellátási szükséglettel rendelkező emberekhez legközelebb álló, cselekvési kompetenciával rendelkező szint ma Magyarországon a település, amely egyben kötelezettségvállalási felelősséggel is bír.

A kutatási összefoglaló során a demográfiai jellemzők felvázolását követően bemutatom a válaszadók gazdasági helyzetére, egészségi állapotára, a szociális támogató közegére, valamint a szociális ellátások ismertségére és a jövőbeni szükségletekre, elképzelésekre vonatkozó adatokat.

A záró fejezetében javaslatok fogalmazódnak meg, illetve ismertetem a kutatás utóéletét, egészen a képviselő-testület által elfogadott cselekvési tervig.

Ennek az írásnak az a célja, hogy szemléltesse, hogyan lehetséges a szociális szakma kérdéseiből kiindulva, a kutatás eszközeivel eljutni a megoldások keresésén, a közös gondolkodáson keresztül egészen a cselekvésig. Meggyőződésem, hogy ez az eset jól példázza a szakemberek, intézmények és a döntéshozók kapcsolódásának és szinergiája kiaknázásának lehetséges útját, valamint a szereplők egymásba vetett bizalmát. Mindezzel bátorítom a szociális területen dolgozó kollégáimat, hogy keressék a lehetőségeket, bátran vessenek fel kérdéseket és osszák meg eredményeiket, amelyek tágabb-szűkebb lokációban egyaránt hasznosak lehetnek, így a szociális ellátórendszer fejlesztésében érintett szakemberek számára ötleteket adhatnak.

Röviden a társadalmi környezetről és idősödésről

Az elmúlt közel ötven évben a társadalmak előregedésének kérdésköre egyre inkább a közgondolkodás és a politika középpontjába került. Az élettartam növekedése okán az idősök száma és a népességen belüli aránya egyaránt növekszik. Az előregedés demográfiai folyamatát tovább súlyosbítja a születések számának csökkenése, amely a világ sok országában – Európát és Magyarországot is beleértve – az egyszerű reprodukciós szint alá vitte a termékenységet. Ez a drasztikus változás követeli és egyben ösztönzi azt, hogy az idősödés problematikájával minél több platformon foglalkozzanak – egészen a helyi szintektől a világpolitika színteréig.

Az újszerű jelenséget Schirrmacher a következőképpen foglalta össze: „Minden kultúra ismeri az ifjúságot, hiszen minden ember volt fiatal, de csak kevesen ismerték az öregedést.” (Schirrmacher, 2007: 31). Az idősödés témájával mindössze a 19-dik század végétől kezdtek társadalmi jelenségként foglalkozni. Az idősödés egyrészt egyéni, másrészt társadalmi kérdés. (Kállai, 2007: 10).

Mi lehet a válaszuk arra, hogy „ki az idős”, vagy hogy „mikor kezdődik az időskor”? „Az öregedés és az időskor definíciói nemcsak tudományterületenként, szervezetenként térnek el jelentősen egymástól, de adott területen belül is változik a fogalom. Ezt az ambivalens képet bonyolítja a hivatalos dokumentumokban található sokszínű megközelítés, amelyek eltérően határozzák meg az idősebb, az idős, az agg fogalmát” (Széman, 2008).

Történeti perspektíváját tekintve, az öregedés diszciplínája, a gerontológia több tudományág: a pszichológia, filozófia és orvostudomány alapjaira épült fel. Az idősödés definiálására a szakirodalom többnyire a következő négyes felosztást alkalmazza: 1. naptári vagy kronologikus időskor, 2. biológiai időskor, 3. pszichológiai időskor, 4. szociális időskor. Ezt a négyes meghatározást széles körben alkalmazzák a szakemberek, és ez meg is teremti a definíciók alapját a közös gondolkodásnak.

A demográfiai öregedés értelmezése szintén változik. A WHO az „öregkort” az életciklus késői időszakára vonatkoztatja, így a 45-59 éves embereket középkorúnak, a 60-74 éveseket öregedőnek, a 75-90 éveseket öregeknek és a 90 év felettieket aggodnák nevezi. A demográfiai változás új definíciók születését is eredményezte, úgymint a „harmadik kor”, vagy a „legidősebb idősök”. Az új kifejezések formálódása rámutat arra, hogy az idős kor egyre inkább tagolódik, és hogy az egyes szakaszai más-más jellemzőkkel, szükségletekkel írhatók le.

De valójában mi jellemzi az idősödést? Biológiai szempontból szemmel látható változások következnek be. A szellemi teljesítmény is csökkenthet, ugyanakkor ez nem szükségszerűen jár együtt az öregedéssel és nem is válik feltétlenül totálissá. Egyes részfunkciók érintetlenek maradhatnak, miközben a memória és a tanulási képességek viszont meggyengülnek. Pszichológiai szempontból fontos tényező lehet pl. az addigi domináns szerep elvesztése, a nemzedékváltás konfliktusa, vagy a hasznosság tudat gyengülése. Szociális szempontból az élettér beszűkülése (térben és időben), az anyagi lehetőségek szűkülése és a társas kapcsolatok elvesztése jelent kardinális problémát (*Rajna, 2005: 9-16*).

Kutatási összefoglaló

Előzmények

Az alábbiakban ismertetett kutatás gondolata akkor körvonalazódott, amikor Oroszlány város jegyzője 2018. májusában szakmai megbeszélést hívott össze, annak tisztázására, hogy a szakemberek álláspontja szerint milyen feladatai vannak a városnak a 60 év feletti idős korúak szociális ellátásának terén. A városvezetés érzekelte, hogy a lakosok igénylik a város szociális ellátórendszerének fejlesztését, az ezekhez kapcsolódó szolgáltatások bővítését, illetve az egyéni problémák kezelését, ugyanakkor még nem került sor ezek meghatározására. A szakemberek egyetértettek abban, hogy a fejlesztési elképzeléseket célszerű egy kutatással megalapozni. Ennek nyomán hozta meg Oroszlány önkormányzatának képviselőtestülete 2018 nyarán, a 105/2018 (VI.26.) Kt. határozat alapján azt a döntést, hogy készüljön felmérés a településen élő, 60 év feletti nyugdíjas lakosság körében.

A kutatás végigvitele természetesen hosszú és kitartó tanulási munkát, együttműködést kívánt a résztvevőktől. A szociális szakemberek hosszú évekre visszatekintő kutatásokat végeztek, különböző témakörökben, amelyek eredményeit megosztották a város vezetőivel. A vezetők egyre gyakrabban érzékelték a kutatási eredmények hasznosságát és fontosságát a munkájukban. A szociális szakemberek szintén sok tapasztalatot gyűjtöttek arra vonatkozóan, hogy a városi döntéshozókat mely kérdések érdeklik és melyek azok, amelyeket hasznosítani tudnak. A harmonikus együttműködést sok-sok munka, egyeztetés és vita előzte meg.

Az oroszlányi önkormányzat képviselőtestülete a szociális ellátásokat a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően és azon túlmutató módon szervezte meg. A szociális alapszolgáltatások keretein belül étkeztetés, népkonyha, házi segítségnyújtás, idősök nappali

ellátása és nappali melegedő működött, míg a szakosított ellátási formák között idős gondozóháza és hajléktalanok éjjeli menedékhelye áll rendelkezésre.

A kutatás célja

A kutatás célja az volt, hogy megismerjük a városban élő idős emberek szociális, egészségügyi, anyagi helyzetét, felhívjuk a figyelmet az esetleges anomáliákra, és lehetőséget nyújtunk az igények feltárására. Másodlagos, de nem elhanyagolható célja volt a felmérésnek az is, hogy a válaszadók számára tájékoztatást nyújtunk a város által biztosított szociális ellátásokról, lehetőségekről.

A kutatás módszerei

A kutatást kérdőíves adatfelvételi módszerrel végeztük. A kérdőív kérdéseit a városvezetés és a szociális szakemberek egyeztetett javaslatai alapján fogalmaztuk meg. A mintát a háziorvosi körzetek figyelembevételével¹⁴⁸ jelöltük ki, és kvótás mintavétellel dolgoztunk. A minta összeállítása során nem törekedtünk reprezentativitásra. A kérdőívvel az Önkormányzati Szociális Szolgálat szakemberei, a SZETA oroszlányi szervezetének tagjai, a Polgármesteri Hivatal munkatársai és további, a szakterülethez kapcsolódó szakemberek dolgoztak. A kérdőívek felvételét megelőzően a kérdezők felkészítésen vettek részt.

A lekérdezés eredményeként 1010 sikeres kérdőív készült el, amely a városban élő 60 év feletti lakosság 23 százalékának véleményét tükrözi. A kérdőívek feldolgozását SPSS statisztikai program segítségével végeztük.

A válaszadók bemutatása, demográfiai adatok

Oroszlány lakosságszáma a 2018. januári adatok szerint 18 171 fő (KSH), amelyből a 60 év felettiak száma 4363 fő, azaz az összlakosság 24 százaléka. A város történeti-fejlődési előzményeinek köszönhetően itt az országos átlaghoz képest (26,8%, KSH 2018) valamelyest alacsonyabb a 60 év feletti lakosság belüli aránya.

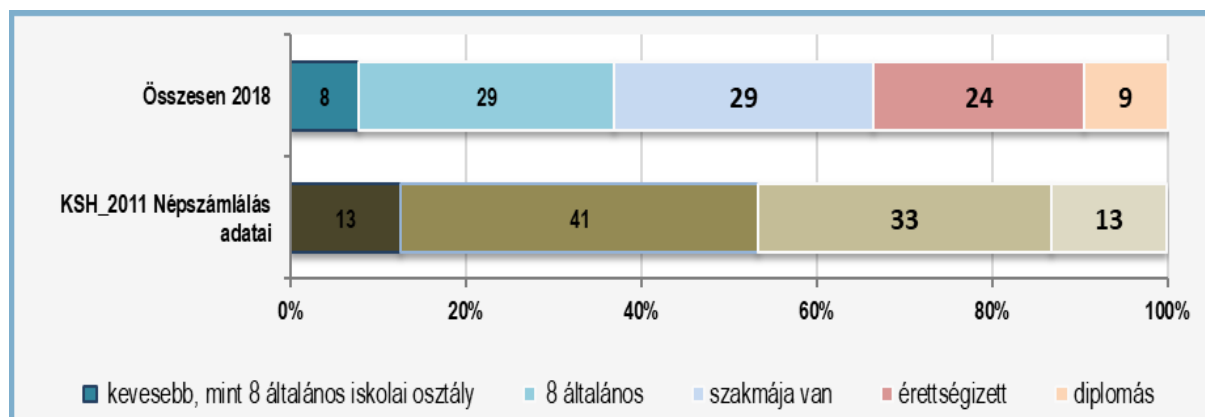
A kutatásunkban 1010 fő megkérdezésére került sor, akiknek 66 százaléka nő, míg 34 százaléka férfi. A válaszadók nemi eloszlása nem képezi le teljes mértékben a társadalmi mintázatot, mivel a vizsgált népességben belül a férfiak és nők aránya 40-60 százalékban oszlik meg (KSH). A körzetek tekintetében nincs jelentős eltérés a nemek megoszlásában.

A legfiatalabb válaszadó 60 éves, a legidősebb betöltötte a 96-dik életévét. A válaszadók átlagéletkora 73 év volt. Válaszadóink körében 9 százalékkal alacsonyabb a 60-64 év közöttiek aránya, mint a magyarországi korcsoportos populáció reprezentációja, ugyanakkor a 75 év feletti aránya 13 százalékkal magasabb. Mivel a válaszadók kiválasztása során nem törekedtünk reprezentativitásra, a kutatás szempontjából ez az arányeltolódás inkább előnyös, hiszen a tapasztalatok azt mutatják, hogy az életkor előrehaladtával nő a segítségnyújtás iránti igény.

A válaszadók iskolai végzettségét összevetve a 2011-es KSH Népszámlálás adatainak mintázatával, azt tapasztaljuk, hogy kissé alacsonyabb a 8 általános iskolai osztállyal sem rendelkezők aránya, viszont az érettségivel rendelkezők és a diplomások aránya is alacsonyabb az országos átlagnál (1. ábra).

¹⁴⁸ Habár az adatgyűjtés háziorvosi körzetenként történt, az adatok elemzését teljes részletességgel nem közlöm.

1. ábra: Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

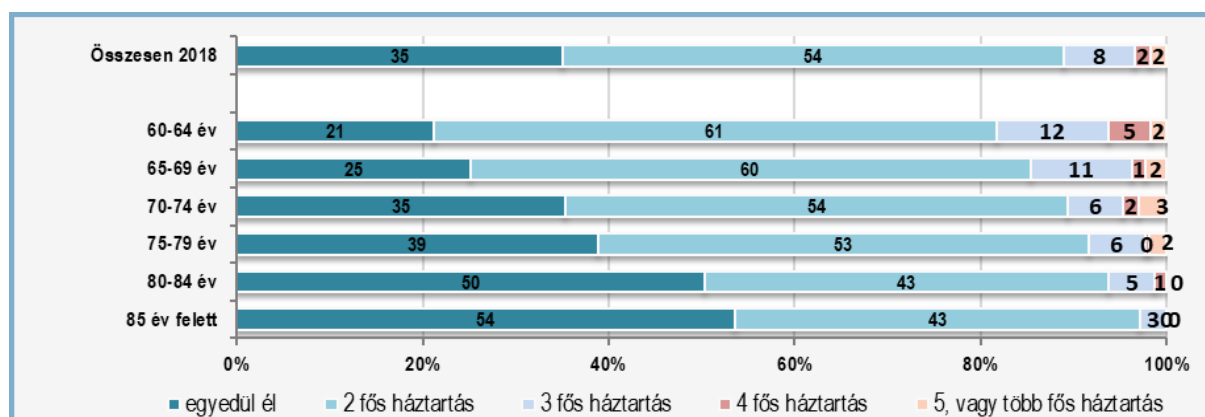


Forrás: A népesség gyarapodó rétege – Az időskorúak jellemzői, KSH 2014. N=1010 fő

A válaszadók 25 százaléka él saját tulajdonú házában, 68 százaléka saját tulajdonú lakásában és 7 százaléka egyéb, más konstrukciójú lakhatással rendelkezik. A válaszadók átlagos háztartásmérete 1,8 fő. A legkisebb háztartás 1 fős, a legnagyobb 7 főt számlál. A jelenlegi kutatásunk megkérdezettjeinek átlagosan 35 százaléka él egyszemélyes háztartásban, amely a KSH 2011-es népszámlálási adataihoz képest ez 5 százalékkal magasabb (30%). Ez felhívja a figyelmet arra, hogy egyre nagyobb figyelmet kell fordítani az egyedül élőkre, és ebben a lakókörnyezetben élők, közös képviselők vagy a házi orvosok lehetnek partnerek.

A korcsoportok és a nemek vonatkozásában a háztartásméret szignifikáns összefüggést mutat. Ahogyan a válaszadók kora emelkedik, úgy emelkedik az egyszemélyes háztartásban élők aránya is (2. ábra). A megkérdezett 60 év feletti férfiaknak 16,5 százaléka él egyszemélyes háztartásban, a nőknek 44,4 százaléka. A férfiak az idősebb korcsoportokban kisebb arányban élnek egyszemélyes háztartásokban, mint a nők. Ez egyebek közt azt jelentheti, hogy a nők helyzete egyrészt sokkal sérülékenyebb (szakkifejezéssel élve nagyobb lehet náluk a vulnerabilitás), másrészt a helyzetük folytán sokkal erősebb az elszigetelődés, a kiszolgáltatottság veszélye is.

2. ábra: Háztartásméret a korcsoportok vonatkozásában



N=1010 fő

A megkérdezettek 65 százaléka két vagy több főt számláló háztartásban él (656 fő), a rájuk jellemző átlagos háztartásméret 2,26 fő.

Megvizsgáltuk az együttélések mintázatát is, vagyis, hogy kikkel élnek együtt a válaszadók. Leggyakrabban (69%) házastársukkal vagy élettársukkal, 11 százalék csak a gyermekével, 8 százalék a házastársával /élettársával és gyermekével, 3 százalék a gyermekével és unokájával él együtt, míg a válaszadók 9 százaléka egyéb más mintázatú háztartásban tölti mindennapjait (3. ábra). A válaszadók körében gazdag kombinációban találkoztunk a szülővel, unokával, testvérrel, más rokonnal való együttéléssel. Volt példa a többgenerációs együttélési mintázatra, de a legkiterjedtebb együttélési formát annak a válaszadónak a családja mutatta, aki a szülőjével, házastársával/élettársával, testvérével, gyermekével és unokájával élt együtt.

Az együttélés mintázatát a későbbiekben értelmezzük, amikor a segítő-támogató közeg elemzését végezzük.

3. ábra Kivel/kikkel él Ön egy háztartásban?



N=656 fő, akik együtt élnek valakivel/valakikkel

A gazdasági helyzet

A KSH (Magyarország 2017 kiadványa) adatai szerint 2017-ben a nyugdíjak átlagos összege 123 725 Ft volt Magyarországon. Területi megoszlás szerint – ami jelen esetben Oroszlányt érinti – a Közép-dunántúli régióban 126 388 Ft, amely Budapest (147 108 Ft) és Pest megye (127 730 Ft) után a harmadik legmagasabb átlagérték. Kutatásunkban a megkérdezettek átlagos nyugdíja 125 052 Ft volt, ami ugyan az országos átlagot meghaladja, de nem éri el a régiós átlagot. Amennyiben tekintetbe vesszük azokat a régiókat is, amelyekben a nyugdíjak átlaga a legalacsonyabb, az Észak-alföldi régió 113 625 Ft-tal és Dél-alföldi régió 112 569 Ft-tal, akkor azt mondhatjuk, hogy nyugdíjasaink kifejezetten előnyös helyzetben vannak. A viszonylagosan magasabb színvonalú nyugdíjak a bányák korábbi kiemelt kereseteinek tudható be. Ahogyan az a demográfiai részből is kiderül, Oroszlány lakosai között elmarad a magasabb (érettségi, diploma) végzettségűek aránya az országos átlaghoz képest, amely a magasabb jövedelemre, majd magasabb nyugdíjra jogosíthat. Városunkban – más iparvárosokhoz hasonlóan – az alacsonyabb végzettséget igénylő, de nehéz, egészségkárosító fizikai munkát magas fizetéssel és magas korkedvezményes nyugdíjjal honorálták.

A nyugdíjak összegei a vizsgálatunkban 28 500 Ft (nyugdíjminimum) és 400 000 Ft között mozogtak.

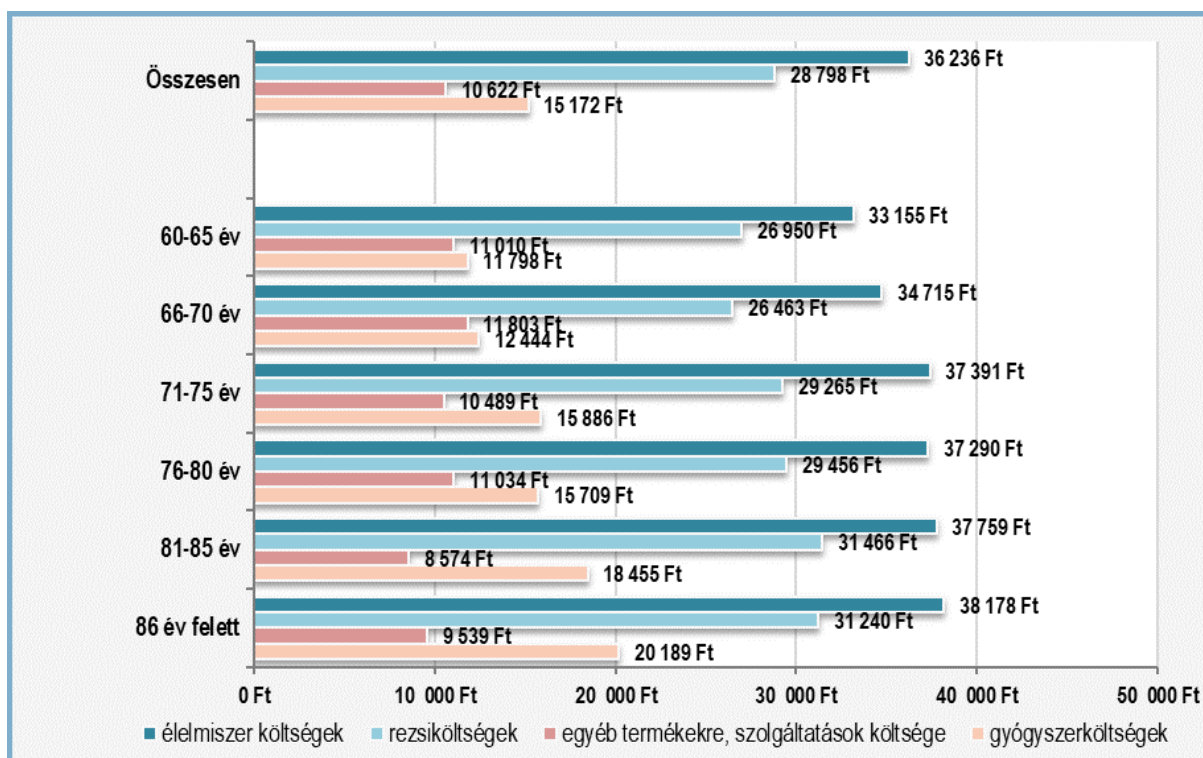
A háztartások összbevétele és az életkori eltérések között szignifikáns összefüggés mutatható ki: a háztartások átlagos összbevétele csökken a válaszadók korának előre haladtával.

Kutatásunkban megkérdeztük, hogy átlagosan mennyi pénzt költenek havonta a válaszadók élelmiszerre, a rezsiköltségek kiegyenlítésére, egyéb termékekre, szolgáltatásokra, valamint gyógyszerre. A válaszadók háztartásában az egy főre jutó élelmiszerköltség átlagosan 36 236 Ft, a rezsiköltség 28 798 Ft, az egyéb termékek, szolgáltatások költsége 10 622 Ft, a gyógyszerköltség 15 172 Ft. A kiadások között az egy főre jutó élelmiszerköltség a legmagasabb a háztartásokban, amit a rezsiköltség követ. A gyógyszerköltségek mértéke megelőzi az egyéb termékekre, szolgáltatásokra fordított összeg mértékét.

Az életkori megoszlások és az egy főre jutó költségek szintén szignifikáns összefüggést mutatnak. Az élelmiszerköltségek és a rezsiköltség a kor előrehaladtával enyhe emelkedést mutatnak, míg az egyéb termékekre, szolgáltatásokra költött összeg inkább csökken. A gyógyszerekre költött átlagos pénzüsszeg az alsó korcsoporthoz képest és legfelső korcsoportban szinte megduplázódik (4. ábra).

Az egyéb termékekre és szolgáltatásra költött összegek csökkenése felhívhatja a figyelmet egyrészt a pénzeszközök kimerülésére, de emellett közvetve az érdeklődés beszűkülésére, az aktivitás csökkenésére is, azaz az életmód és aktivitás megváltozására. Az idősödéssel együtt jár a gyógyszerköltségek növekedése és az egészségügyi állapot romlása, ami szintén befolyásolhatja a szociális-mentális állapot negatív irányú változását, amely az ellátórendszer számára is kihívásokat jelent.

4. ábra: A főbb kiadási tételek egy főre jutó havi átlagos alakulása a korcsoportok megoszlásában



N=változó az egyes kérdésekre adott válaszok szerint

A pénzügyi adatok mellett a válaszadók szubjektív véleményére is kíváncsiak voltunk, ezért megkérdeztük, hogyan ítélik meg az anyagi helyzetüket a közvetlen környezetükhöz képest. A válaszok alapján 5 százalékuk érzi úgy, hogy jobban él, mint a környezete, 80 százalékuk válaszolta, hogy hasonló színvonalon él, míg 15 százalékuk érzi úgy, hogy rosszabbul él, mint a környezete.

Az anyagi helyzet szubjektív megítélése sem a korral, sem a nemmel nem mutat összefüggést. A tartalékok képzése minden család esetében központi kérdés, hiszen bármikor adódhatnak olyan helyzetek, amikor váratlan kiadások jelentkeznek, esetleg nagyobb pénzösszegre van szükség. A KSH adatai szerint a bruttó háztartási megtakarítás a háztartások bruttó bevételének 6,87 százaléka volt 2010-ben, amely 2017-re 11 százalék fölé emelkedett. Ez dicséretes eredmény nemzetgazdasági szinten, ugyanakkor válaszadóink 48 százaléka úgy nyilatkozott, hogy nem tud váratlan helyzetekre tartalékolni, ami azt jelenti, hogy ezek a családok financiálisan instabilak.

A tartalékolás képességére adott válaszok a nemekkel mutattak szignifikáns összefüggést: a nők kevésbé tudnak tartalékolni (49%), mint a férfiak (59%). A különbség a férfi és nő keresetekből és nyugdíjából származó különbségek következménye – feltehetően.

További fontos összefüggés, hogy azok, akik egyedül élnek, még kevésbé tudnak tartalékolni, mint azok, akik nem. Az egyedül élők 47 százaléka, míg a nem egyedül élőknek 55 százaléka tud tartalékot képezni.

Feltettük válaszadóinknak azt a kérdést, hogy ha anyagilag támogatásra szorulnak, számíthatnak-e segítségre a családtagjaiktól. Az anyagilag (is) támogató családi környezet a válaszadóink 50 százalékánál van jelen, míg az 50 százalékánál nincsen.

A fenti, figyelemfelkeltő adatok az idősök anyagilag (is) kiszolgáltatott helyzetére utalnak. Mindenképpen lesújtó eredménynek kell tekintenünk azt, hogy minden második 60 év feletti személynek nincs tartaléka, és nem rendelkezik olyan támogató családi háttérrel, amelytől szükség esetén segítséget várhat. Az anyagi problémák fokozott jelenléte tapasztalható továbbá az egyedül élők és a nők esetében.

Az egészségi állapot

A születéskor várható élettartam jelentős növekedést mutatott az elmúlt, megközelítőleg 70 évben. Míg egy 1949-ben született férfi 59,3 évre és egy ugyanekkor született nő 63,4 évre számíthatott, 2014-re ez az érték 72,1 évre és 79,4 évre növekedett, azaz a férfiak esetében a növekedés 12,8 év, a nők esetében 16 év. A magyarországi adatok ugyan elmaradnak az Európai Unió átlagától, ami a férfiaknál 78,1 év és a nőknél 83,6 év, (KSH) mégis jelentős tényező, hogy a 65 év feletti aránya az elmúlt közel hetven évben a két és félszeresére nőtt. Az öregedési index, amely az előregedés folyamatának legfontosabb indikátora, 2018-ban: 130,2 százalék. Az előregedés gyorsul, ugyanakkor a hosszabb élettartam nem jár együtt az egészségben töltött évekkal. 2014-ben az Európai Unióban egy férfi 61,4 év, egy nő 61,8 év egészségben töltött életévre számíthatott, azaz a teljes élettartamának 79, illetve 74 százalékát tölthette betegségek nélküli, korlátozásmentesen. Magyarországon a 65 év feletti egészségben töltött éveinek átlagos értéke a nők esetében 6,1 év, míg a férfiak esetében 6,0 év. Az Európai Unió átlagértéke 8,6 év (KSH).

Az Európai Parlament és Tanács 2008-ban elfogadott keretrendelete előírja a tagállamok számára az egészségfelmérések ötévenkénti felvételét. A 2014-es felmérés betegségekre vonatkozó adatai ugyan teljes mértékben nem feleltethetők meg a jelenlegi kutatásunkban alkalmazott betegség kategóriáknak, ugyanakkor jó támpontot nyújthatnak abban, hogy a kapott eredményeinket valamelyest viszonyítani tudjuk, és ezzel segíti az értelmezést. Az alábbi, összevető táblázat (1. táblázat) teljes mértékben orientáló jellegű. Az ELEF2014 adatsora (KSH) mellett bemutatjuk a kutatás eredményeit, a 60 és a 65 év felettiekre egyaránt

szűrve. Figyelemfelkeltő, hogy a magas vérnyomásra és a cukorbetegségre vonatkozó adatok az oroszlanói lakosság körében lényegesen magasabbak, mint az országos átlag, viszont a csontritkulás adatai lényegesen kedvezőbbek. A mozgásszervi jellegű megbetegedések aránya hasonló, a szív- és érrendszeri, valamint a légzőszervrendszeri betegségek megjelenési aránya magasabb. Azt nem tudhatjuk, hogy az eltérések miből fakadnak. Lehetséges, hogy olyan ok-okozati összefüggések vannak jelen, amelyek pillanatnyilag nem tárhatók fel, de az is lehet, hogy a diagnózisok felállításának különbségeiről van szó, ami inkább az egészségügyi ellátórendszerrel nyújt információkat.

1. táblázat: *ELEF2014 vs. Oroszlány 2018*

ELEF2014	(%)	%	Oroszlány 2018	%	%
Betegség	Összesen (65+)	Összevont kategóriák (65+)	Betegség	Összesen (60+)	Összesen (65+)
magas vérnyomás					
magas vérnyomás	66,9	66,9	magas vérnyomás	69	70,8
cukorbetegség					
cukorbetegség	18,6	18,6	cukorbetegség	26	26,5
csontritkulás					
csontritkulás	21,1	21,1	csontritkulás	15	15,5
„mozgásszervi jellegű” megbetegedések					
derék- és hátfájás	51,4	51,4	reumatikus megbetegedés	49	52,8
arthrosis	46,8	46,8	mozgásszervi megbetegedés	44	45,9
„szív- és érrendszeri jellegű” megbetegedések					
szívritmuszavar	23,4	51,9	szív és érrendszeri	55,1	58,5
angina	14,8				
szívinfarktus	7,1				
stroke	6,6				
„légzőszervrendszeri jellegű” megbetegedések					
Krónikus bronchitis	7,5	14,3	légzőszervi megbetegedés	18	18
Asztma	6,8				
gyomorfekély	6	nem hasonlítható	emésztőrendszeri megbetegedés	17	16,5
depresszió	8,1	nem hasonlítható	idegrendszeri megbetegedés	17	16,4

ELEF2014 KSH, saját szerkesztés

A 60 év feletti válaszadó nyugdíjasok túlnyomó többsége, 93 százaléka szenved valamilyen betegségben. A legtöbb esetben többféle betegség halmozódása tapasztalható. Egy válaszadóra átlagosan 3,4 betegség jut. A kor előrehaladtával egyre magasabb a betegségekben szenvedők

aránya. Az adatok azt mutatják, hogy a nők magasabb arányban betegek, mint a férfiak, és átlagosan többféle betegséggel küzdenek. Az egészségügyi állapot és a szociális helyzet egymással szorosan összefügg, sok esetben érvényesül a megszokott modell: a szociális jól lét az egészségi állapot függvénye. Látjuk, hogy minél idősebbek az emberek, annál kevésbé rendelkeznek forrásokkal (külső és belső), illetve annál betegebbek. Ennek a megállapításnak a fényében fogalmazható meg az, hogy az egyéneknek az egyéni problémájuknak megfelelő, komplex szolgáltatásokat kell nyújtani annak érdekében, hogy az erőfeszítések eredményességéről is beszámolhassunk a későbbiekben.

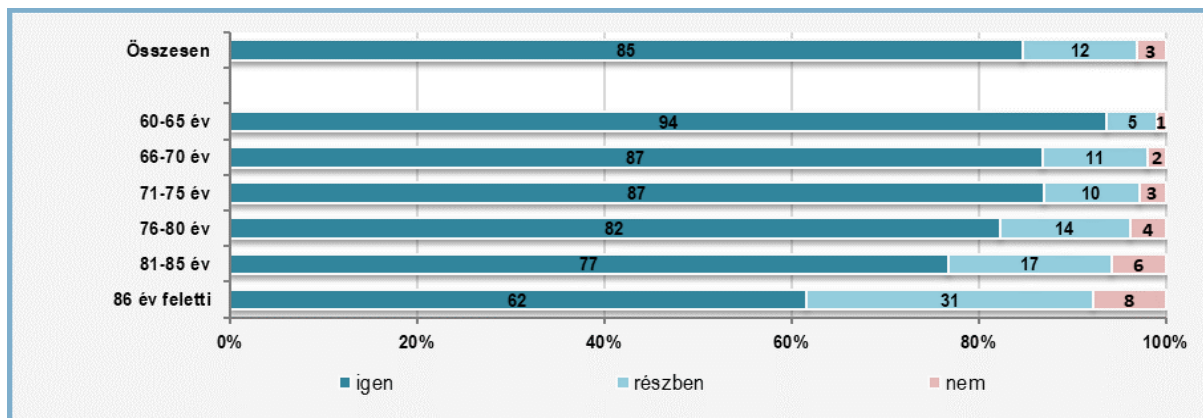
Önellátás, segítő-támogató háttér

Ahhoz, hogy meghatározhassuk, a lakosok számára milyen jellegű és mértékű szolgáltatásokat szükséges biztosítani, több tényező együttes vizsgálata szükséges.

Az egyik fontos dimenzió az önellátás képessége. A válaszadók 85 százaléka teljes mértékben önellátónak tartotta magát, 12 százaléka válaszolta azt, hogy részben képes önmaga ellátására, és 3 százalék jelezte, hogy nem képes az önellátásra. Szignifikáns összefüggés a korcsoportok vonatkozásában látható, a nemek viszonylatában viszont nincs statisztikai összefüggés.

A korcsoportok tekintetében jól körvonalazódik az a tendencia, miszerint minél idősebb korcsoporthoz tartoznak a válaszadók, annál magasabb arányban vannak önellátási problémáik. Addig, amíg a 60-65 éves korcsoportban az önellátási problémákkal küzdők aránya 6 százalék, addig a 76-80 évesek körében 23, és a 86 év felettiak esetében már 39, azaz hat és félszeresére nő azok aránya, akik az önellátás területén segítségre szorulnak (5. ábra).

5. ábra: El tudja látni önmagát a saját megítélése szerint? (a korcsoportok megoszlásában)

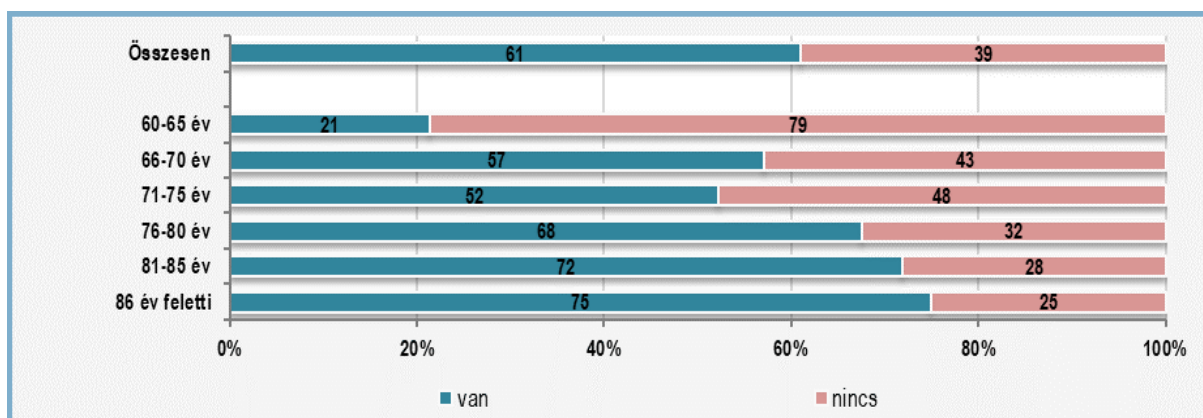


N=1010 fő

Az önellátás képességének kérdése után megkérdeztük azoktól, akik az önellátásuk területén hiányt szenvednek (önellátásra részben képesek, vagy nem képesek), hogy van-e körülöttük olyan személy, aki segítséget nyújt a számára. Erre a kérdésre a válaszadók 61 százaléka válaszolta azt, hogy van segítsége, 39 százaléka, hogy nincsen. Az összes válaszadónk között a segítség nélküli önellátásra nem, vagy csak részben képes személyek aránya 3 százalék.

A korcsoportok vizsgálatában azt tapasztaljuk, hogy a kor előrehaladtával egyre inkább kapcsolódnak segítők a megkérdezettekhez – feltehetően a szükségletek egyre hangsúlyosabb változása miatt. Ugyanakkor érdekes, hogy a 60-65 éves korosztályban 79 százalék azok aránya, akiknek annak ellenére nincs segítőjük, hogy a szükségleteik fennállnak (6. ábra).

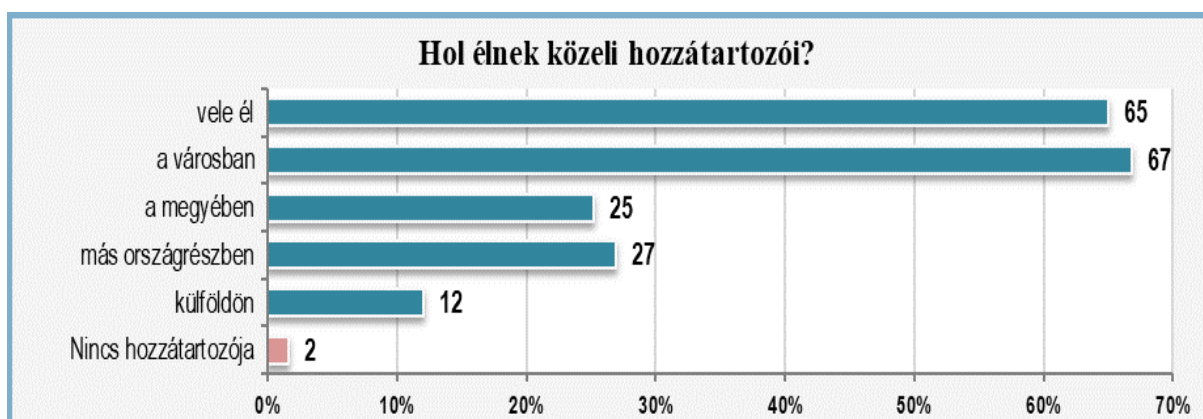
6. ábra: Ha nem tudja, vagy részben tudja ellátni magát, akkor van-e segítsége? (a korcsoportok megoszlásában)



N=154 fő, akik nem, vagy részben nem képesek önmaguk ellátására

A közeli hozzátartozók térbeli közelsége jelezheti a segítő-támogató közeg meglétét és erősségét. A válaszadók 65 százaléka él együtt hozzátartozójával, és/vagy 67 százalékanak élnek rokonai a városban. 25 százalékanak közeli hozzátartozói élnek a megyében, 27 százalék esetében más országrészben és 12 százalék esetében külföldön. A válaszadók 2 százalékanak egyáltalán nincs hozzátartozója (7. ábra).

7. ábra: Hol élnek közeli hozzátartozói?



N=1010 fő

A segítő-támogató közeg tekintetében tovább elemezzük a válaszokat, azt tapasztaljuk, hogy a család nem feltétlenül képes minden esetben a szükségleteket megfelelően kielégíteni. A válaszadók 35 százaléka egyedül él, illetve 15 százaléka él együtt olyan személlyel/személlyekkel egy háztartásban, ahol potenciális segítségre szorulók lehetnek. A potenciálisan segítségre szorulók közé soroltuk a szülőket, testvéreket és a házastársakat, vagyis mindazokat, akik feltehetően idősebbek vagy hasonló korúak, mint a válaszadók. Ezekben a háztartásokban nem él együtt a válaszadóval fiatalabb személy (gyermek, unoka), akik potenciális segítők lehetnének. Természetesen ők ettől még nem feltétlenül veszélyeztetettek, hiszen a városban élhetnek olyan hozzátartozóik, segítőik, akik támaszt nyújthatnak.

Veszélyeztetettnek tekintettük azokat, akik egyedül élnek, vagy olyan személlyel élnek együtt, aki maguk is potenciálisan segítségre szorulnak, és akiknek a városban nem lakik rokonuk (10%).

A veszélyeztetett csoporton túl fokozottan veszélyeztetettek azok, aki egyedül, vagy potenciális segítettéllel élnek együtt és egyáltalán nincsen más rokonuk (2%).

A válaszadók 27 százalékát teszik ki azok, akiknek lehetnek segítő hozzátartozójuk. Ők azok, akik egyedül élnek, vagy potenciális segítettéllel és akiknek van a városban közeli hozzátartozójuk. (Bár arra vonatkozóan nincs adatunk, hogy ők kik lehetnek szülő/testvér/leszármazott.)

Az adataink alapján a válaszadók 61 százalékának van segítő hozzátartozója, azaz nála fiatalabb családtaggal él együtt.

Össességében a válaszadóknak 12 százaléka az, akiknek életében a család szinte biztosan nem képes betölteni a segítő-támogató háttér szerepét (8. ábra).

8. ábra: A hozzátartozók közelsége és a segítői potenciál megjelenése

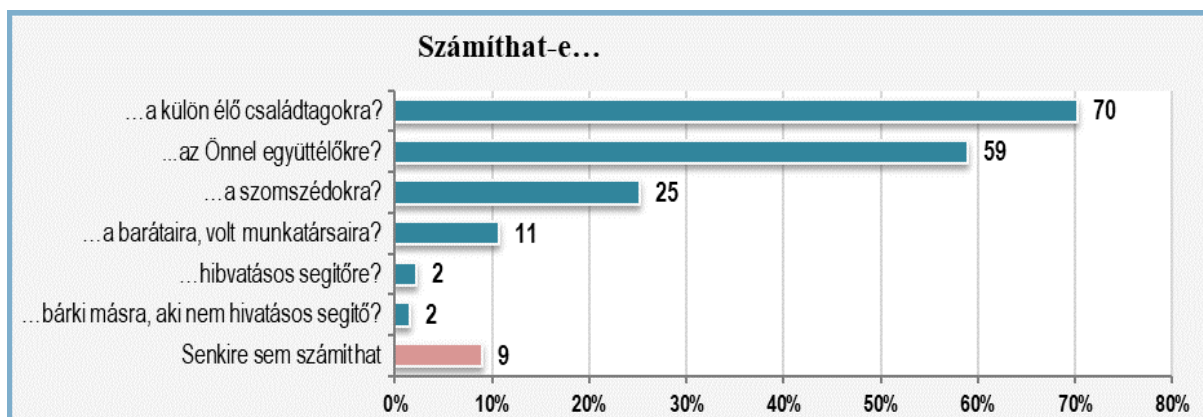


N=1010 fő

A válaszadóktól megkérdeztük, hogy kikre számíthatnak, ha szükségük van a segítségre. A 70 százalékuk számíthat a külön élő családtagjaira, illetve 59 százalékuk a velük élő családtagjaikra. Itt jegyezzük meg, hogy a válaszadók 65 százaléka él együtt a családtagjával, ami azt jelenti, hogy 6 százalék nem számíthat a vele együtt élő családtagjának segítségére. Ez az eredmény óvatosságra int bennünket, és felhívja arra a figyelmet, hogy az együttélés mindenképpen előnyöket jelent, ugyanakkor nem jelent automatikusan segítő-támogató közeget, mint ahogyan arra már az előzőekben rávilágítottunk.

A szomszédok és barátok 36 százalékában vannak jelen a segítőik között. A hivatásos segítőik aránya alacsony, mindössze 2 százalék. Figyelemfelhívó, hogy a válaszadók 9 százaléka semmilyen segítőt nem jelölt meg, akire szükség esetén számíthatna (9. ábra).

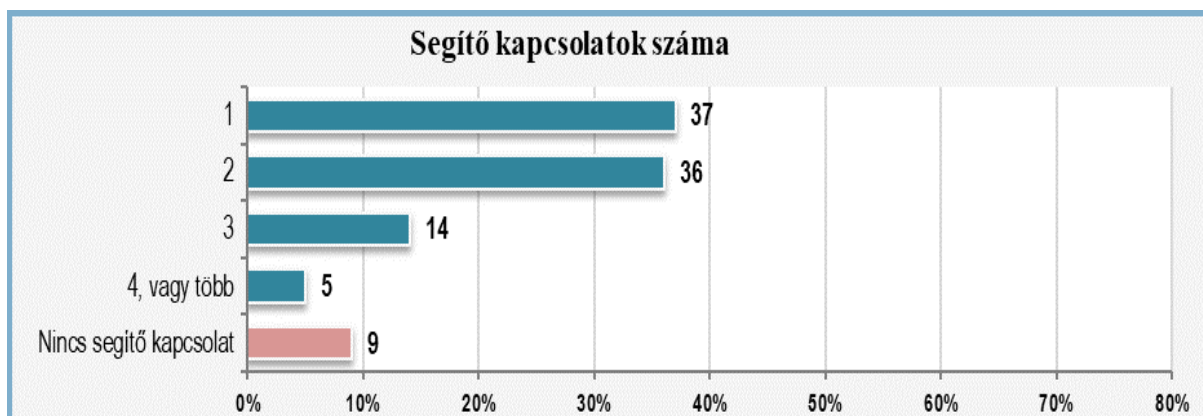
9. ábra: Ha valamilyen segítségre van szüksége, akkor számíthat-e az alábbiak valamelyikére?



N=1010 fő

A segítő-támogató közeg stabilitására utal, ha nem csupán egy „típusú” kapcsolatból tevődik össze. A válaszadóink 37 százaléka „egy típusú” segítővel rendelkezik, azaz az előzőekben felsoroltak valamelyikének egyikével (vele, vagy külön élő családtag, szomszéd, barát/munkatárs, hivatásos segítő, bárki más). Kétféle segítővel a válaszadók 36 százaléka rendelkezik, míg 19 százalékuk három-, vagy többféle irányból érkező segítségre számíthat (10. ábra).

10. ábra: Hányféle segítőre számíthat?



N=1010 fő

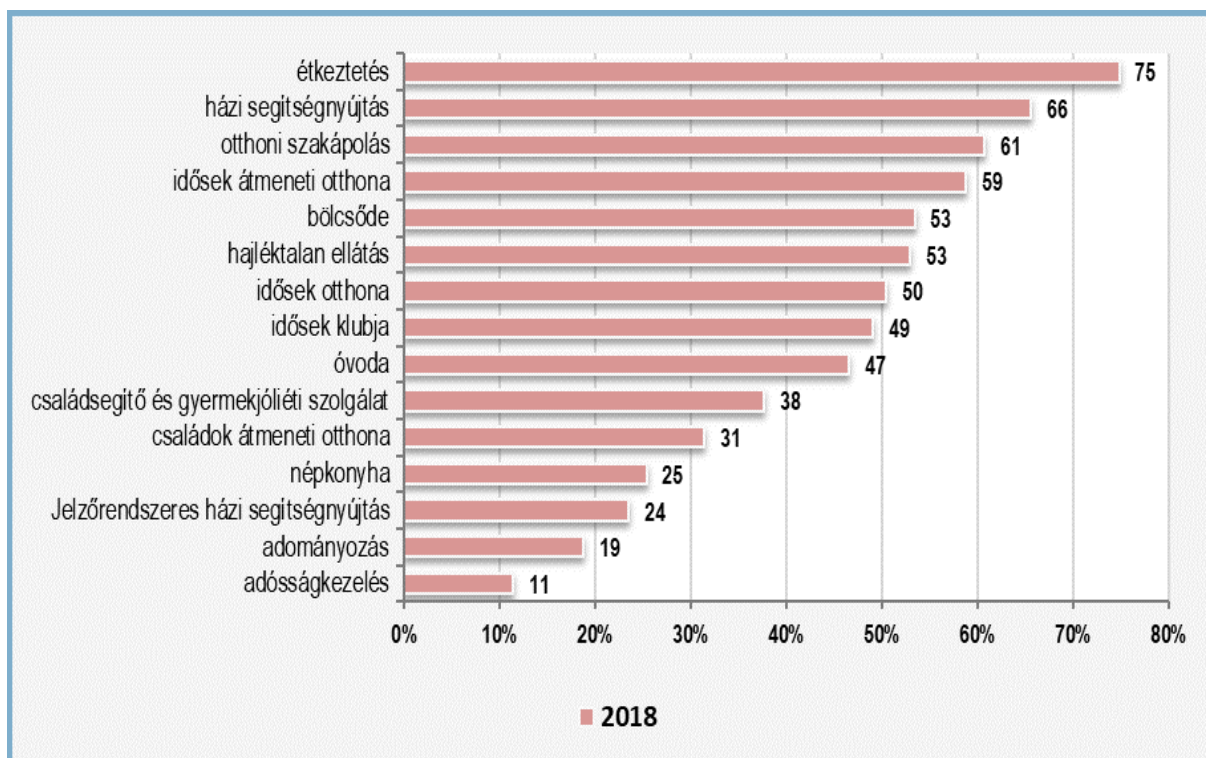
A család nem feltétlenül tudja minden esetben teljes mértékben betölteni a segítő-támogató szerepét – a korábbi megállapításunk szerint, ugyanakkor az adataink alapján a hivatásos segítőknél mindössze 3 százaléka tud kompenzálni. Ezek az adatok arra mutatnak rá, hogy a szociális ellátásnak sokkal hatékonyabb elérési módokat kell kiépítenie, mind a direkt, mind az indirekt eszközökkel. Fontos a területeken a szakemberek személyes jelenléte. További lehetőség a kapcsolódó szakmák megfelelő és intenzív tájékoztatása a szociális szolgáltatásokról annak érdekében, hogy a szolgáltatások felajánlása és igénybevétele ne csupán „esetlegesség”, hanem egy – akár helyi szinten megfogalmazott – eljárásrend, része legyen.

Ismeretek, információk, kapcsolat – szociális ellátás

A Szociális Szolgáltatásnál igénybe vehető szolgáltatásokat a válaszadók felénél valamivel többen ismerik. A Szociális Szolgálat tevékenységének ismertségén túl tétélesen is rákérdeztünk az egyes szolgáltatások ismertségére. Ebben az esetben a válaszadók igen magas arányban tudtak választ adni. Egy válaszadó átlagosan 4,8 szolgáltatásról jelezte, hogy ismeri azt. Volt olyan válaszadó, aki 11 szolgáltatás ismeretéről is beszámolt. A legmagasabb arányban ismert szolgáltatások az étkeztetés, házi segítségnyújtás, otthoni szakápolás, idősek átmeneti otthona, bölcsőde és a hajléktalan-ellátás (11. ábra).

A betegségekkel küzdők magasabb arányban tájékozottak, mint azok, akik nem számoltak be betegségről.

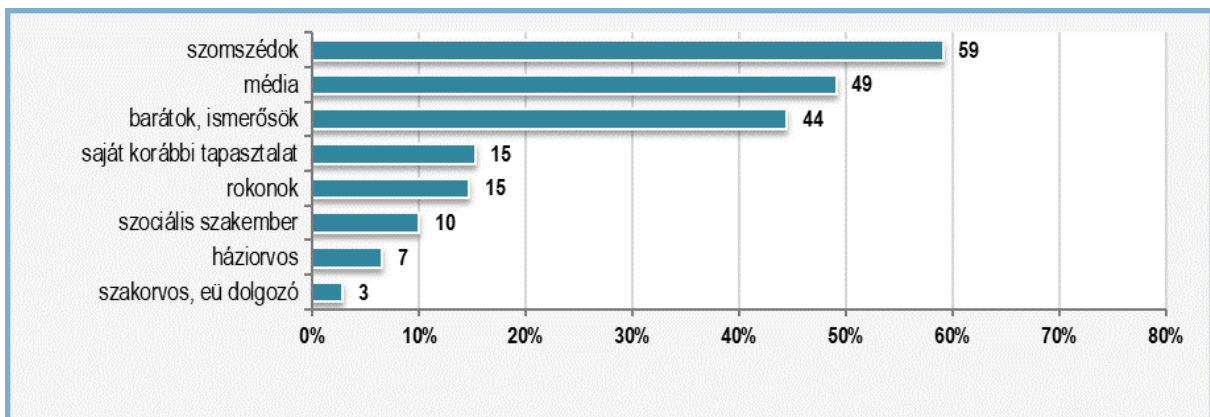
11. ábra: Melyek azok a szolgáltatások, amelyekről Ön már hallott valaha?



N=1010 fő

A válaszadók az információikat a szolgáltatásokra vonatkozóan átlagosan 1,8 csatornán keresztül szerzik be. A megkérdezettek 2/3 része egy vagy két csatornán keresztül tájékozódik. 15 százalékban találoztunk olyan válaszadóval, akik nem tájékozódnak semmilyen csatornán keresztül sem. Fő informátorok a szomszédok (59%), a média (49%) és a barátok, ismerősök (44%) (12. ábra).

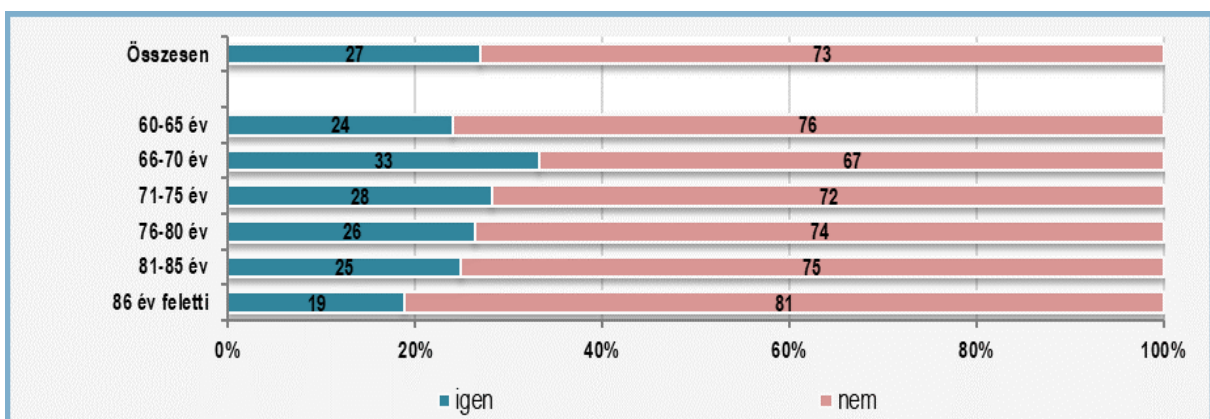
12. ábra: Honnan informálódott a szolgáltatásokról?



N=1010 fő

A megkérdezetteknek összesen 27 százaléka szeretne több információhoz jutni a Szociális Szolgáltatásra vonatkozóan. Az információkra vonatkozó igények a korcsoportokkal mutatnak szignifikáns összefüggést, s eszerint az egyre idősebbek kevésbé nyitottak az új információkra (13. ábra).

13. ábra Ön személy szerint szeretne-e többet megtudni a Szociális Szolgálat nyújtotta lehetőségekről, szolgáltatásokról?



N=1010 fő

Az eredményeinkből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a tájékozódás terén az informális csatornák és a média vezetnek, míg a szakmai formális csatornák ehhez képest rendkívül gyengék. Emellett a tájékozódási csatornák számát is meglehetősen szegényesnek tekinthetjük, ahogyan az idősek érdeklődése is inkább csekély. Mindennek legalább három súlyos következménye lehet: egyrészt sérül az idősek érdekérvényesítési lehetősége, másrészt esetleges az információk áramlása, harmadrészt előfordulhat, hogy az esetlegesen megszerzett információk pontossága és teljessége megkérdőjelezhető.

Feltettük azt a kérdést is, hogy milyen szolgáltatásra tartanának igényt olyankor, amikor csökken az önellátási képességük és/vagy szociális problémákkal kell megküzdeniük. A kérdésre az összes válaszadó 2/3 része (67%) válaszolt. Egy válaszadó több választ is adhatott, így összességében a kutatás során 780 értékelhető választ kaptunk. Ezen belül 420 fő, a válaszadók 41 százaléka adott konkrét választ, vagyis összesen 522 választ kaptunk, megnevezett szolgáltatásokról. Kiemelt helyen említik a megkérdezettek a házi segítségnyújtást

(25%), az étkeztetést (18%) és a tartós ellátást nyújtó intézményt (16%) (14. ábra). Többen említettek olyan szolgáltatásokat, amelyek a jelenlegi szolgáltatási palettán nem szerepelnek, mint például a szállítási szolgáltatás, a gyógytorna, vagy kifejezetten a lakás tisztán tartására irányuló háztartási munka.

14. ábra: Leggyakoribb említések aránya



N=420 konkrét választ adó (522 db konkrét válasza)

A konkrét válaszokból adódó konzekvenciákon túl azt tapasztaljuk, hogy a válaszadók 12 százalékban jelzi: bár a jövőben szeretnének valamilyen szolgáltatást igénybe venni, de még nem tudják, hogy mi volna az. A választott szolgáltatást/szolgáltatásokat a jövőbeni aktuális állapotukhoz képest kívánják meghatározni. A megkérdezettek 8 százaléka esetében csak a család segítése jöhet számításba, más intézményesített segítségre nem szeretnének támaszkodni. A válaszadók 4 százaléka úgy nyilatkozott, hogy nem gondolnak a jövőbeli problémákra. A válaszadóink 30 százaléka nem válaszolt a kérdésre, de valamilyen szolgáltatást jelenleg is igénybe vesz, míg 2%-uk teljesen elzárkózik bármilyen szolgáltatás igénybevételétől (15. ábra).

15. ábra: Jövőbeni segítség igénybevétele



N=1010 fő

Ezek az eredmények azt jelzik, hogy az öntudatos és előrelátó, tervező válaszadók (53%) mellett figyelmet kell szentelni azokra is, akik elzárkóznak, vagy nem gondolnak a jövőre (6%). Ennél a kérdésnél magas a nem válaszolók aránya (30%). A tapasztalatok azt mutatják, hogy a válaszmegtagadás egyes esetekben egyben a háritás, elutasítás jele is lehet. Ha ebből a

hipotézisből indulunk ki, akkor arra a következtetésre juthatunk, hogy a jövővel hadilábon álló idősök aránya lényegesen magasabb, mint az első ránézésre tűnhet (36%).

A városban több olyan civil szervezet működik, amelynek célkitűzése az Oroszlányon élők életének segítése, a saját eszközrendszerükkel. Sok esetben olyan szolgáltatásokat nyújtanak, amelyeket az állami ellátórendszer nem tud vállalni, de amellyel valós szükségleteket elégítenek ki és a hiányosságokat kompenzálják – kapacitásuk erejéig.

A válaszadók 43 százaléka ismer valamilyen civil szervezetet, az említés szintjén. A legmagasabb arányban a Vöröskeresztet említik, de a SZETA, a szakszervezet és a Karitasz is megjelenik.

Megvizsgáltuk, hogy a civil szervezetektől elfogadnának-e segítséget a megkérdezettek, és ha igen, akkor miben. A válaszadók 20 százaléka válaszolta, hogy szívesen elfogadna segítséget a civil szervezetektől. 11 százalékuk még nem tudja, hogy elfogadna-e segítséget, ők a bizonytalanok, míg 69, százalékban elutasító válaszokat kaptunk. Feltételezhetjük, hogy a nagy számú elutasítás az információk hiányával magyarázható.

Azok, akik szívesen fogadnának el segítséget, az alábbiakat említették:

2. táblázat Miben fogadná el civilek segítségét?

A megemlített tevékenységek	Tevékenységcsoportok
élelmiszer adomány ruha adomány	ADOMÁNY
házi segítségnyújtás	SZEMÉLYES FIZIKAI TÁMOGATÁS
hivatalos ügy intézése iratrendezés jogi segítség	ÜGYEK INTÉZÉSÉBEN VALÓ SEGÍTSÉG
kerti munka takarítás, vásárlás, háztartási munka télen hó eltakarítása vásárlás	HÁZI- ÉS HÁZ KÖRÜLI MUNKA
lelki segítségnyújtás őszinte közösséget szeretne	MENTÁLHIGIÉNÉS VÉDELEM
meridián torna	FIZIKAI AKTIVITÁS
számítógépes tanfolyam	TUDÁSBŐVÍTÉS
színházlátogatás	KULTÚRA

Összegzés

A kutatás során körvonalazódott, hogy az Oroszlány városban élő 60 év feletti korosztály meglehetősen heterogén, az életkoron túl a szociális státusza, az anyagi helyzete, az egészségi állapota és a segítői lehetőségei szempontjából egyaránt. Ez pedig az igényeiket, az elvárásaikat is differenciáltabbá teszi.

A legfontosabb eredmények röviden összefoglalva:

- Az egyre idősebb emberek között egyre magasabb az egyedül élők aránya, a „legidősebb” idősök két és félszer magasabb arányban élnek egyedül, mint az „fiatalabb” korcsoportba tartozó idősök.

- A háztartások összebevétele a kor előrehaladtával csökken. Az egy személyre jutó élelmiszerköltségek és a rezsiköltség enyhén emelkednek, az egyéb termékekre, szolgáltatásokra költött pénz jelentősen csökken, míg a gyógyszerköltségek a „legidősebb idősök” esetében megduplázódnak a „fiatalabb” idősökhöz képest.
- A betegségek közül a vérnyomásproblémák, a szív- és érrendszeri, mozgásszervi és reumatikus megbetegedések mutatnak összefüggést az idősödéssel.
- Minél idősebbek az emberek, annál többféle betegségben szenvednek.
- Az egyre idősödő emberek egyre kevésbé nyitottak az őket érintő szociális ellátásokra vonatkozó új információkra.

Javaslatok

Az eredmények tükrében arra következtethetünk, hogy Oroszlány város vezetése komoly kihívás előtt áll az egyre növekvő arányú időskorú lakosság kapcsán.

- Az egyfős háztartások aránya magas, és egyre növekvő tendenciát mutat. Továbbá magas azok aránya, akik szociális segítő-támogató háttérrel valamilyen okból hiányos. Célszerű a szomszédügyi, közösségi együttműködés ösztönzése, esetleg szenior önkéntes program megszervezése, amelynek koordinálása és megszervezése a szociális szakemberek feladata lehetne. A szociális szakemberek számára gyakran problémát jelent a potenciális ellátottak elérése. Ennek megoldásában kulcsszerepet játszhatnak a szakorvosok, a házi orvosok és asszisztenseik, vagy a közös képviselők. Ilyenkor szükséges az együttműködő partnerek folyamatos és tudatos tájékoztatása, vagy akár egy közös eljárásrend kidolgozása. Továbbá érdemes felülvizsgálni a jelenlegi városi ellátórendszer szerkezetét és kapacitását, illetve a lehetséges hiátusokra terveket készíteni (tartós ellátást nyújtó intézmény, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás).
- Az időseknek csak a fele képes tartalék képzésére, és hasonló arányban vannak azok, akiket a családjuk anyagi nehézségek esetén támogatni tud. Az egyedül élő időseknél a leggyengébb az anyagi tartalékképzés képessége. Fontosnak tűnik egy olyan önkormányzati támogató rendszer kialakítása, amely segítséget nyújt az olyan 60 év feletti emberek számára, akik romló egészségügyi vagy szociális szükségleteik miatt anyagi krízisbe kerülnek. Célszerű volna a települési támogatások körének kiszélesítése, amelyhez az időskorúak segítésére elkülönített költségvetési tétel tartozna. A jogosultság feltételeinek megfogalmazása során az egyszemélyes háztartásokban élőkre kiemelt figyelmet szükséges fordítani.
- A kor előrehaladtával a megbetegedések aránya is növekszik. Az egyre idősebb emberek szükségletei egyre inkább igénylik a szociális és egészségügyi ellátás szoros együttműködését. Törekedni kell az ellátórendszerek együttműködésének erősítésére. Célként tűzhető ki, hogy a két rendszer szervesen összekapcsolódó egész részét képezzék a városban. Kutatásunk eredményeit célszerű lehet ismertetni az egészségügyi ellátás szakembereivel annak érdekében, hogy betegek problémáit tágabb, szociális összefüggéseiben is megismerhessék. További lehetőség az ápolási intézetben, az idősek gondozóházában, otthoni szakápolás területén és a házi segítségnyújtás területén dolgozó szakemberek számára a közös szakmai műhelymunka (sorozat) megszervezése, ahol a tudásmegosztáson túl új együttműködési felületek is tervezhetők lennének.
- Figyelemre méltó, hogy a 60 év feletti emberek körében azok aránya is magas, akik nem rendelkeznek stratégiával a későbbi szociális vagy egészségügyi nehézségek megjelenésének

esetére, vagy egyáltalán nem is foglalkoznak az idősödés kérdésével. Célszerű lehet olyan színes és sokrétű 60+ rendezvények rendszerét létrehozni, ahol lehetőség nyílik a saját idősödésre való felkészülésre. Ezt akár a Művelődési Ház és a Szociális Szolgálat közös feladataként is meg lehetne nevezni.

- A harmadik korban lévő idősök számára az aktív idősödést erősítő, fenntartó városi programok szervezésére is érdemes figyelmet fordítani, esetleg az Idősek Akadémiája tematikájára is alapozó programokkal kiegészítve. További lehetőségek: szenior tánc, sport, színjátszás, kirándulócsoporthoz, városszépítő, önkéntesek, előadások, klubok stb.
- Az idősödéssel az ellátórendszereknek (egészségügyi és szociális) fel kell készülnie az extra terhelésre. A folyamat mérsékléséhez egyrészt a prevenció tevékenység erősítésére van szükség, másrészt a már rendszerben lévők, vagy a rendszerbe éppen bekerülők számára hatékony és komplex egészségügyi és szociális ellátási csomagot kell biztosítani.
- Szükséges a lakosságot, az idős személyeket szélesebb körben és aktívabban tájékoztatni az önkormányzat szociális irányú tevékenységéről és a Szociális Szolgálat által nyújtott lehetőségekről. A helyi médiában heti, és/vagy havi rendszerességgel érdemes hírt adni a szociális ellátásokról, tudatos tervezéssel, és nem csupán az egyes eseményekhez kötödvé. Az információk átadását felerősíti a társszakmák képviselőinek és a stakeholderok ellátása ismeretekkel, szóróanyagokkal. Valószínűleg lenne kereslet egy „szenior krónika” jellegű kiadványra, amely kifejezetten a célcsoportot célozza, és hasznos információkkal látná el őket a legkülönbözőbb témakörökben (egészség, programok, lélektan, életmód tanácsok stb.).
- Az egyre idősödő emberek egyre kevésbé nyitottak az őket érintő szociális ellátások új információira, ezért érdeklődésüket talán a „fiatalabb” idősök saját élményei alapján (tapasztalati szakértő), vagy az ő javaslatukra lehetne felkelteni. Ezen a területen a szenior önkénteseknek vagy a szomszédsági segítőknek komoly szerep juthatna. További lehetőség a védőnői hálózat mintájára egy időseket monitorozó rendszer felállítása.

A kutatás utóélete

2019. január 17-én a kutatásról részletesen tájékoztattuk az oroszlányi önkormányzat Egészségügyi és Szociális Bizottságát, amely azt a 6/2019. (I.17.) ESZB határozatba rögzítve elfogadta. A beszámolót aktív érdeklődés kísérte, majd termékeny beszélgetés is követte. Az anyag megfelelő alapot nyújtott ahhoz, hogy a város döntéshozatali pozícióban lévő képviselői a témához kapcsolódni tudjanak, és megkezdődjön az együttgondolkodás. A kutatásról az oroszlányi elektronikus média folyamatosan tájékoztatta a lakosokat. 2019. március 11-én a város jegyzője lakossági fórumot hirdetett meg, ahol széles körben is ismertettük a felmérést. A rendezvényen körülbelül 80 helyi lakos vett részt. Az ismertetőt követően – ebben az esetben is – aktív beszélgetés és vita alakult ki.

A javaslatokba mind a bizottság, mind a lakossági fórum eredményeit beépítettük.

Oroszlány önkormányzata 2019 folyamán szeretné elkészíteni az idősügyi stratégiáját, amelyhez felhasználja a kutatás eredményeit, továbbá jelenleg folyik a helyi esélyegyenlőségi program felülvizsgálata, amelynek időseket érintő részéhez szintén felhasználják a kutatásunk eredményeit.

2019 nyarának első felében konkrét cselekvési terv készült, az alábbiakban összefoglaltak szerint:

INTÉZKEDÉSI TERV

AZ OROSZLÁNYBAN ÉLŐ 60 ÉV FELETTI LAKOSSÁG KÖRÉBEN VÉGZETT FELMÉRÉS MEGÁLLAPÍTÁSAIRA

Intézkedés sorszáma	Az intézkedés címe, megnevezése	Probléma megnevezése	Az intézkedéssel elérni kívánt cél	Az intézkedés tartalma	Az intézkedés felelőse	Az intézkedés megvalósításának határideje
1.	Az idősek esélyegyenlőségének fenntartása érdekében programszervezés, programbővítés	Elmagányosodás, egyre többen élnek egyedül	Magány felszámolása, idősek életminőségének javítása	Aktivitást megőrző, szabadidős, ismeretterjesztő programok folyamatos szervezése, lebonyolítása	OKSZIK, Civil szervezetek	folyamatos
2.	Szociális ellátó rendszer felülvizsgálata	A városban sok idős él nehéz anyagi körülmények között, megélhetési gondokkal küzdenek	Az önkormányzat a szociális támogatások, ellátások terén előnyben részesíti azokat az idős embereket, akik egyedül élnek	A szociális rendelet módosításával az idősek nagyobb hányada jut szociális ellátásokhoz	Képviselő-testület, Hatósági osztály	2019.12.31.
3.	Az időseket ellátó szociális ellátások kapacitásának és az elérés sikerességének felülvizsgálata	Nem biztos, hogy a Szociális Szolgálat szolgáltatásai elérik azokat, akik arra rászorulók, vagy jogosultjai lennének.	A Szociális Szolgálat által biztosított szolgáltatások – főként a házi segítségnyújtás és az idősek nappali ellátása elérje a potenciális igénybevevőket, illetve a potenciális igénybevevők elérhessék a szolgáltatásokat	Az ellátotti kör és a potenciális ellátotti kör megkeresése – első lépésben azoké, akik a kutatás során megadták az elérhetőségüket és további információkat kértek. A Szociális Szolgálat végezzen erre a tárgykörre vonatkozóan vizsgálatot és készítsen szakmai koncepciót.	Szociális Szolgálat	2019.12.31.

4.	Idősek helyzetét monitorozó „jelzőrendszer” kialakítására vonatkozó lehetőségek megvizsgálása, koncepció kialakítása	Az idősek helyzetének figyelemmel kísérése fontos a segítségnyújtás időben történő megkezdéséhez.	Az idősek helyzetére való rálatás, a szükséges segítségnyújtásnak a szükségletekhez való hozzárendelése.	Munkacsoport létrehozása annak érdekében, hogy a lehetséges irányok megfogalmazhatók legyenek.	Szociális Szolgálat Hatósági Osztály	2019.12.31.
5.	Szenior önkéntesség (kortárs segítség) kialakítására vonatkozó lehetőségek megvizsgálása, koncepció kialakítása	A szociális szolgáltatók nem minden igényt tudnak kielégíteni. Ennek feloldására az önkéntesekkel való együttműködés megoldást jelenthet.	Az idős embereket önkéntesek látogatják és meghatározott, szervezett formában laikusok által végezhető feladatokat látnak el (pl. beszélgetés, felolvasás, séta stb.)	Munkacsoport létrehozása annak érdekében, hogy az önkéntesség meghonosítása és beágyazásának megtervezése megtörténjen.	Civil szervezetek Szociális Szolgálat	2019. 12.31.
6.	Időskorúak tartós bentlakásos ellátása	Idősödő városunkban nincs tartós elhelyezést biztosító idősotthon	Tartós bentlakásos férőhelyek kialakításával az idősek a városban maradnak, nem szakadnak el a családjuktól	Meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező idősek ellátása, gondozása	Képviselő-testület, Önkormányzati Szociális Szolgálat	2023.12.31.
7.	Prevenció, rendszeres egészségügyi szűrés az egészség megőrzése érdekében	Az idősek egészségügyi mutatói rosszak	Szűrések, előadások szervezésével, különböző tájékoztatók készítésével az idős emberek egészségügyi állapota javul	Rendszeres egészségügyi szűrések, tájékoztatók szervezése, az oltási program folytatása	Képviselő-testület, Házi orvosok, Oroszlányi Szakorvosi- és Ápolási Intézet	folyamatos

8.	Multiprofessionális team létrehozása és működtetése az egészségügyben és a szociális ellátásban dolgozó szakemberekből	Az idősök és az egyre idősebbek egyre magasabb arányban szorulnak egészségügyi és szociális ellátásra párhuzamosan	Az egészségügyi és szociális ellátást végző szakemberek együttműködésével valósuljon meg az idősekre irányuló eü és szociális szolgáltatások nyújtása.	Az eü és szoc ellátórendszer kapcsolódási pontjainak meghatározása, az együttműködés tartalmi elemeinek megfogalmazása, eljárásrend kidolgozása	Képviselő-testület, Házi orvosok, Oroszlányi Szakorvosi- és Ápolási Intézet Szociális Szolgálat	2023.12.31.
9.	Kommunikációs lehetőségek fejlesztése	Információ hiány	Az idős személyeket minél szélesebb körben tájékoztatni az Önkormányzat és a Szociális Szolgálat által nyújtott lehetőségekről	A kommunikációs kapcsolatok fejlesztésével több idős ember jut információhoz az elérhető programokról, szociális ellátásokról, egészségügyi szűrésekről	Képviselő-testület, Médiacentrum	folyamatos

Záró gondolatok

Bár a szakmai közgondolkodás fontosnak tekinti a megalapozó kutatások elkészítését a szociális ellátások tervezésében, fejlesztésében, mégis csak ritkán vágjuk ilyen nagy fába a fejszénket. A szociális szakma képviselői sok esetben azt gondolhatják, hogy egy másik szakma kompetenciája kutatást végezni, vagy hogy a szociális feladatellátás területén nem elvárható hasonló tevékenység. Úgy gondolom, hogy mindkét érvre jó ellenpéldát jelenthet ez az írás, és talán bátorításként szolgál minden elkötelezett szociális szakembernek, hogy ezzel az eszközzel is segítséget nyújtson.

Irodalom

1. Bangó, J. (1999). *Szociológia a szociális munkában*. Esztergom: VJRKTF.
2. Dobossy, I., S. Molnár, E. & Virágh E. (2003). *Öregedés és társadalmi környezet. Műhelytanulmányok (2002-2008)*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
3. Iván, L. (2013). Gondolatok az idősödés szemléletű szociálpolitikáról Magyarországon. *Kapocs*, 12(1), 10-17.
4. Kapitány, B. (szerk.) (2015). *Demográfiai fogalomtár*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
5. Kállai, E. & Törzsök, E. (2007). *Cigánynak lenni Magyarországon*. Budapest: Európai Összehasonlító Kisebbségkutatások Közalapítvány.
6. Rajna, P. (2005). *Az elme öregedése*. Press Publica Kiadó.
7. Schirmacher, F. (2007). *A matuzsálem összeesküvés*. Budapest: Scolar Kiadó.
8. Széman, Zs. (2008). Ki az idős? – Az öregedés különböző szempontjai. *Esély*, 2008/3. 3-15.
9. Zárol, E. (2013). Az idősek helyzete, idősügy Magyarországon 1. *Kapocs*, 2013. 12(3) 2-12.
10. 1.1.7 *A népesség iskolai végzettség és korcsoport szerint*
http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag letöltve: 2018.11.10.
11. 1.1.9 *A férfiak iskolai végzettség és korcsoport szerint*
http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag letöltve: 2018.11.12.
12. 1.1.11 *A nők iskolai végzettség és korcsoport szerint*
http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag letöltve: 2018.10.30.
13. 2.1.41. *A teljes munkaidőben alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete a nemzetgazdaságban (2000–)*
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli012b.html letöltve: 2018.10.22.
14. 3.6.1. *A fogasztóiár-index (1985–)*
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qsf001.html letöltve: 2018.11.12.
15. 6.1.7. *Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor (2001–)*
http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html letöltve: 2018.11.12.
16. *Országos népesség-előreszámítás 2013-2060*
<http://demografia.hu/hu/tudastar/nepesseg-eloreszamitas> letöltve: 2018.10.23.
17. *2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS 3. Területi adatok 3.12. Komárom-Esztergom megye*. KSH, Veszprém 2013.
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_03_12_2011.pdf letöltve: 2018.11.12.
18. *A korfa tetején-Az idősek helyzete Magyarországon*. KSH, Budapest 2000/3.
[file:///C:/Users/User/Downloads/428-182-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/428-182-1-PB%20(1).pdf) letöltve: 2018.11.10.
19. *A népesség gyarapodó rétege – Az időskorúak jellemzői*. KSH, Budapest 2014.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/nepesseg_gyarapodo.pdf letöltve: 2018.11.12.
20. Boros, J (2017): *Egészség időskorban, in: Ezüstkor: Korosodás és társadalom*. KSH, Budapest 2017.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/korosodas.pdf> letöltve: 2018.11.12.
21. *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014*. KSH, Budapest 2014.
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> letöltve: 2018.11.12.

Hogyan érhető tetten az önkormányzati időspolitika? A helyi esélyegyenlőségi programok tartalomelemzése¹⁴⁹

A népesség elöregedése, az idősök helyzete egyre fontosabb eleme a társadalmi és a politikai vitáknak (*Bernard & Phillips, 2000*). A fejlett államok demográfiai változásai az idősök arányának további növekedését prognosztizálják (vö. *Hablicsek és Pákozdi 2004; Kinsella & Phillips, 2005; Spéder, 2011*), és a várható hatások következtében – a világ számos pontján – az idősödéssel, idősekkel kapcsolatos közpolitikai gondolkodás átalakult és folyamatosan formálódik (*Farkas, Gyarmati & Molnár, 2009*).

A közpolitikai diskurzusok fordulópontjának tekinthető a 2002-es év, amikor a WHO nyilvánosságra hozta a „Az aktív idősödés - közpolitikai keretrendszer” (Active Ageing – Policy Framework) című dokumentumát. A gerontológia területén már korábban az 1950-es években is találkozhatunk az aktivitás elmélettel (*Knight & Ricciardelli, 2003*), azonban az időskori aktivitás holisztikus és rendszerszemléletű megközelítése a WHO dokumentumában teljesebben ki.

Az aktív időskor koncepciója magában foglalja a munkaerőpiaci aktivitást is, de a foglalkoztatásnál jóval tágabban értelmezi az időskori aktivitást. A WHO elgondolása szerint a tevékeny időskor csak abban az esetben valósítható meg, ha a nemzetközi szervezetek, a kormányzatok, és a civil társadalom közös erőfeszítéseket tesznek a változás érdekében. Az aktív idősödés politikája – és a hozzá kapcsolódó programok – az idősödő/idős emberek egészségének javítását, társadalmi részvételének kiszélesítését, valamint biztonságának növelését valósítja meg (*WHO, 2002*). Az időspolitika kulcsfogalmává az időskori aktivitás vált, melynek meghatározásában – a WHO értelmezésében – első helyen az egészség szerepel, azonban a dokumentumok a társadalmi részvétel, a független és önálló életvitel, valamint a társadalmi integráció megvalósítását is kiemelten kezeli.

A nemzetközi időspolitikai szemléletváltozásának jelei a hazai időspolitikában is megjelentek, európai idősügyi diskurzusokat meghatározó fogalmak használatában, mint a függetlenség, a társadalmi részvétel, a biztonság és az egészség.

A 2013 nyarán végzett vizsgálat a helyi esélyegyenlőségi programokat¹⁵⁰ (továbbiakban HEP) elemzését célozta, mert a programok elkészítésének részletes szabályairól alkotott rendelkezésben [2/2012. (VI. 5.) EMMI rendelet] a települési önkormányzatok időspolitikáját befolyásoló elvárások voltak azonosíthatók. A korábbi jogszabály¹⁵¹ nem sorolta a kiemelten hátrányos helyzetű csoportok közé az időseket, a 2/2012. (VI. 5.) EMMI rendelet intézkedései nyomán terjedt ki a korcsoportra is a szabályozás.

A rendelet az idősök esélyegyenlőségét meghatározó indikátorok esetében az institutionális

¹⁴⁹ A szerző Ph.D. disszertációja szövegének felhasználásával. (2014, Pécsi Tudományegyetem, Interdiszciplináris Doktori Iskola)

¹⁵⁰ Sem a 81/2009. (X.2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról, sem a Cselekvési Terv 1087/2010. (IV. 9.) Korm. határozat (az Idősügyi Nemzeti Stratégia I. Cselekvési Terv 2010–2012) nem teszi kötelezővé az önkormányzatok számára a helyi szintű idősügyi programok létrehozását, ennek megfelelően a települések igen kis hányada készítette el saját idősügyi dokumentumát, mely egy igen kis mintás vizsgálatot tett volna lehetővé, ezért döntöttünk a helyi esélyegyenlőségi programok elemzése mellett. (szerző)

¹⁵¹ 120/2010. (IV. 16.) Korm. rendelet a helyi esélyegyenlőségi program elkészítésének szempontjairól, a rendelet 2012. 03.01. óta nem hatályos.

elemekre összpontosított, de ezek túlmutatnak az önkormányzatok jogszabályi kötelezettségein. Az aktív időskor megfogalmazódik a rendeletben, ezen belül az élethosszig tartó tanulás, az info-kommunikációs technológiai jártasság, a kulturális életben való részvétel, továbbá az időskorosztály speciális igényeit kielégítő programok meglétét is elvárja a jogalkotó. A rendelet a helyhatóságok programjaitól megkívánta az idősödő/idős korcsoport problémáinak azonosítását és a jövőbeni időspolitikai célok megfogalmazását is.

Az esélyegyenlőségi programok esetében a 2003. évi CXXV. törvény, a 321/2011. (XII. 27.) Kormány rendelet, valamint a 2/2012. (VI. 5.) EMMI rendelet együttesen határozták meg a helyi esélyegyenlőségi programok elkészítését. Az EMMI rendelet igen részletes szabályozása következtében a programok szerkezetében nem találhatók lényegi strukturális eltérések, a részletes szabályozásnak köszönhetően érdemi eltérés a szövegek megfogalmazásaiban, valamint a terjedelemben érhető tetten. A tartalomelemző vizsgálat célja, hogy a dokumentum segítségével képet kapjunk a települések időspolitikájáról.

A helyi esélyegyenlőségi programok vizsgálata során az alábbi kutatói kérdésre kerestük a választ: A nemzetközi időspolitikában paradigmaváltást eredményező és a hazai időspolitikában szemléletváltozást kezdeményező aktív időskor eszménye megjelenik-e a helyi esélyegyenlőségi programokban?

A kutatás megvalósítása

A minta

A mintavétel logikájában a nem valószínűségi mintavételi eljárások közül az „egyszerűen elérhető alanyokra hagyatkozó mintavételt” (*Babbie, 2003:245*) választottuk. A 2013. július 15-22 között az interneten elérhető és megnyitható helyi esélyegyenlőségi programok kerültek a mintába. Az így kapott minta elemszáma 159, mely 159 település és budapesti kerület esélyegyenlőségi programját tartalmazza, a szövegterjedelme txt fájlban 1.127.768 sor.

A kutatás módszere

Az empirikus kutatás választott módszere a tartalomelemzés, amely a társadalomtudományok – a pszichológia, a szociológia, a nyelvészet, a politika- és a közgazdaságtudomány – területén gyakran használt elemzési eljárás. A tartalomelemzés a sorok között olvasva a szövegek látns tartalmait tárja fel (*Ehmann, 2002*).

A tartalomelemző módszerek közül a kvalitatív és kvantitatív eljárások kombinációját választottuk, ahol a kvalitatív irány egyfelől a kódok megalkotását, másfelől a kapott eredmények értelmezését segíti. A számítógéppel támogatott tartalomelemzés erősebb érvényességet ad, mert nagy terjedelmű minta sokszempontú vizsgálatát teszi lehetővé, és ugyanakkor magas megbízhatóságot is eredményez, hiszen a keresés számos lépése automatizált. A nyelv természetéből adódóan egyes automatikus lekérdezések – különösen agglutináló nyelvek esetében – valamelyest pontatlanságot eredményeznek, ez azonban elhanyagolható a módszer előnyeire képest (*B. Erdős, 2006*).

A dokumentumok tartalomelemzését az Atlas.ti 4.2 tartalomelemző program segítségével végeztük el. A program nem a tartalmak elemzését, hanem a rendszerezését végzi automatikusan, a kódok meghatározása, a szövegrészek analízise a vizsgálatot végző feladata. A számítógépes program használata egyszerűvé teszi az adott kódokhoz tartozó idézetek kezelhetőségét, segítve az elemző, értelmező tevékenységet.

A vizsgálat első lépésében az esélyegyenlőségi terveket összesítettük és ebből, mint elsődleges dokumentumból az idős/nyugdíj kulcskifejezések segítségével létrehoztunk egy 11.077 mondatból (idézetből, quotation) álló származtatott szöveget, amely a keresett információkat sűrítve tartalmazta, és már célzottan, a kutatás szempontjai szerint vizsgálható. Ezt a származtatott szöveget tematikus tartalomelemzésnek vetettük alá, ahol a kódok kialakításánál az elméletvezérelt és az adatvezérelt megközelítés is szerepet játszott: az előbbi a szakirodalmi ismeretekre támaszkodva, az utóbbit pedig az ún. szógyakorisági lista (Word Frequencies) alapján juttattuk érvényre. Így a következő kódokat alkalmaztuk az elemzés során:

1. számú táblázat: A generált kódok előfordulása a származtatott szövegben (db)

Kód	Előfordulás	Kód	Előfordulás
akadálymentes	127	igényfelmérés	23
aktív	567	internet	150
alapellátás	97	klub	773
áldozat	121	közszolg	113
betegség	313	média	30
biztonság	134	munka	208
civil	508	nyugdíj	2701
család	618	önkéntes	95
demencia	56	önkormányzat	916
egészség	729	pályázat	176
egyedül	414	rászorul	1566
egyház	117	segít	856
Európai Unió	37	szépkorú	21
élelminőség	80	szociális	953
fogyatékos	623	szolidaritás	27
gondoz	489	összesen	12944

Forrás: vizsgálat adatai

Majd ezt követően a kódokat csoportosítottuk és a szakirodalmi szempontok, valamint a származtatott szövegek áttekintését követően az azonos jelenségekhez kapcsolható kódokat összevontuk, és a továbbiakban a származtatott szöveg elemzése során együtt kezeltük azokat.

Az időspolitikaival és az idősödéssel foglalkozó szakirodalmak tükrében a fogalmak további csoportosítását adó következő lépésként a megalapozott elmélet (grounded theory) logikáját követtük. Strauss és Glaser által kidolgozott elmélet arra világít rá, hogy „hogyan lehet eljutni az adatok szintjéről az elméletalkotásig” (Gelencsér, 2003:143). Az elmélet a kvalitatív kutatásokhoz nyújt egyfajta megközelítésmódot. Az elmélet megalapozottsága a „szisztematikusan gyűjtött és elemzett adatokban gyökerezik” (Gelencsér, 2003:146).

A kódolás során az axiális kódolás módszerét követtük, hogy a megfogalmazott kutatói kérdésre, és az egyes kategóriák közötti, valamint az azokon belüli kapcsolatot feltárjuk.

Három fő téma köré rendeztük a kódokat (az aktivitás, a biztonság és a részvétel)¹⁵², melyek ismereteink alapján az idősödés kapcsán a leggyakrabban vizsgált kérdések, egyúttal pedig az idősödés szemléletében bekövetkezett változást is szimbolizálják.

2. számú táblázat: Az összevont kódok

Összevont kódok		
aktivitás	részvétel	biztonság
akadálymentes	civil	alapszolgáltatás
aktivitás	Európai Unió	áldozat
hozzákapcsolva:	önkéntes	biztonság
vélemény	család	demen
tapasztalat	klub	egyedül
egészség	igényfelmérés	egyház
életminőség	közszolgáltatás	gondoz
internet	média	pályázat
munka	önkormányzat	rászorul
nyugdíj	program	segítés
szépkorúak		szolidaritás
		szociális

Forrás: vizsgálat adatai

A vizsgálat értékelése¹⁵³

Az aktivitás fogalmához rendelt kódok elemzése

- Az „akadálymentes” kód

Amennyiben az akadálymentesítés szó előfordulásának számát (127 említés) vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy elfogadásra került olyan program, amely az idősödés kontextusában nem jeleníti meg a témakört. Az akadálymentesítés a jogszabályi kötelezettség ellenére sem megoldott még minden településen, holott a közintézmények akadálymentes elérésének lehetőséget 2012. december 31-ig minden településen meg kellett volna oldani.

P 1: idősszärm.txt - 1:234 (61278:61284)¹⁵⁴

¹⁵² A kódok rendszerezésénél az Európai Innovációs Partnerség az Aktív és Egészséges Idősödésért program keretében elkészült stratégiai terv (vö. Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing 2011) befolyásolta, amely hasonló elgondolást követ.

¹⁵³ Terjedelmi korlátok miatt a vizsgálat csak részlegesen kerül bemutatásra.

¹⁵⁴ A dőlt betűs szövegrészek az esélyegyenlőségi programokból szó szerint kiemelt szövegrészek, melyek esetében az eredeti formátumot őriztük meg, az idézetek esetében sem a nyelvtani, sem a nyelvhelyességi hibákat nem javítottuk. (a szerző)

Codes: [akadálymentes] [egyház] [fogyatékos] [klub] [közösség] [nehézség] [önkorm] [segít]
Az önkormányzat tulajdonában lévő épületek, a közösségi élet színterei (faluház, könyvtár, idősek klubja, templom) nem akadálymentesítettek, megközelítésük a mozgásszervi fogyatékosokkal rendelkezők számára nehézséget okozhat, azonban az ott elérhető szolgáltatások igénybevételéhez minden esetben segítséget kapnak.

A fenti idézet is alátámasztja az akadálymentesítés hiányosságait, emellett érdekes a terv készítőinek azon megállapítása, hogy a felsorolt épületben a fogyatékosokkal élőket segítik a szolgáltatások igénybe vételében, azonban a mozgáskorlátozottak – így az idősödők, idősek döntő többsége – nem tudnak bejutni az intézményekbe.

Az akadálymentesítés alatt leggyakrabban a fizikai környezet akadálymentesítést értjük, holott ugyanilyen jelentőséggel bír az önálló életvitel megvalósításában a látás- és a hallássérültek számára is az akadálymentesítés. Az alábbi idézet szerint a HEP elkészítése során már figyelmet fordítottak a siketek és a látás problémával küzdők igényeinek felmérésére is.

P 1: idősszárm.txt - 1:314 (77482:77531)

Codes: [akadálymentes] [fogyatékos] [önkorm] [rászoruló] [segít]
A településen élő siketektől, némákról, vakokról és gyengén látókról nincsenek adatok - adatgyűjtés, kapcsolatfelvétel - jeltolmács foglalkoztatása a Polgármesteri Hivatalban, aki segítené a rászorulókat az ügyintézésben

Az akadálymentesítés hiánya nemcsak a szolgáltatások igénybevételében jelent hátrányt, hanem a generációk közötti kapcsolat kialakításában, valamint javításában. Amennyiben nincs közös tér, ahol a generációk találkozhatnak és közös programokat szervezhetnek, akkor nehezebben valósítható meg a találkozás, a személyes kapcsolatfelvétel, mely elengedhetetlen feltétele a fiatalok idősekkel kapcsolatos attitűdformálásának.

P 1: idősszárm.txt - 1:227 (58453:58456)

Codes: [akadálymentes] [közösség] [probléma]
Többcélú közösségi tér létrehozása. Feltárt probléma: A településen nincsen a fiataloknak, időskorúaknak, megfelelő színvonalú akadálymentesített közösségi élet rendszeres gyakorlására alkalmas tere.

Az akadálymentesítés vizsgálata során megállapíthattuk, hogy a jogi szabályozás ellenére sem megoldott minden településen a közintézmények elérése a fogyatékosokkal élők számára. Továbbá az is, hogy az akadálymentesítés szélesebb körű értelmezésében elengedhetetlen a fejlődés, a látás- és hallás sérültek esélyét is szükséges javítani a szolgáltatások elérésében. Az idézetek között nem talákoztunk az e-ügyintézés akadálymentesítésének kérdésével, mely további hátrányos helyzetű csoportok számára teremtené meg az önálló ügyintézés lehetőségét.

- Az 'aktivitás' kód

Az aktivitás 517-szer fordul elő a származtatott szövegben, mely 11. a gyakorisági sorban. A gyakori előfordulás igen változatos szövegek környezetben fordult elő az esélyegyenlőségi programokban. Az aktivitást a terv készítői többnyire a programok szervezésével azonosították, az időskor igényeihez igazodó kulturális és sport rendezvények a leginkább aktivizáló jellegű elfoglaltságok.

P 1: idősszárm.txt - 1:1233 (74763:74766)

Codes: [aktív] [nyugdíj] [nyugdíjszerű] [probléma] [program] [rászorul]

Szabadidős programok szervezése, aktivitást megőrző programok A nyugdíjban, nyugdíjszerű ellátásban részesülők megbetegedésekkel, üzleti problémákkal küzdő idős.

P 1: idősszárm.txt - 1:1091 (64811:64811)

Codes: [aktív] [program]

Idősek számára aktivitást megőrző programok szervezése.

Az esélyegyenlőségi programok szerint az aktivitás megvalósításának másik kiemelt területe a korosztály helyi közösségi életébe történő bevonása. A közösségi részvétel során a résztvevők formálják a környezetükben zajló folyamatokat (Reisinger, 2009), mely jóval kiterjedtebb bevonódást jelent, mint részt venni a programokon. A közösség életében betöltött aktív szerep maga után vonja a részvételt, melynek során az idősök tapasztalatai és véleményei segíthetik a közös gondolkodást, az együttműködést.

Összevetve a részvétel, a vélemény és a tapasztalat kódokkal a származtatott szövegben igen kevés helyen találtunk átfedést az aktivitás kóddal. A részvétel kód 102-szer fordul elő a származtatott szövegben, azonban olyan kontextusban, mely az idősök társadalmi részvételére utalna, összesen egyszer.

P 1: idősszárm.txt - 1:7124 (31988:31990)

Codes: [részvétel] 102

Feladata a kerületben élő idős lakosság érdekeinek védelme, képvisellete, az őket érintő döntések meghozatalában való részvétel, bevonásuk a helyi közéletbe.

A „vélemény” kód, mely 30 alkalommal fordul elő a szövegben, mindössze egyszer tartalmaz utalást arra vonatkozóan, hogy az idősök figyelemmel kísérhetik az őket érintő önkormányzati tevékenységet.

P 1: idősszárm.txt - 1:7481 (89233:89238)

Codes: [vélemény]

Az idősöket közvetlenül érintő jogszabályok, képviselő-testületi határozatok, koncepciók és egyéb, a kerület időseit érintő szabályozók, javaslatok véleményezése, javaslatok készítése, az idősöket érintő helyi jogszabályok és határozatok végrehajtásának figyelemmel kísérése.

A „tapasztalat” kód 162 alkalommal fedezhető fel a származtatott szövegben, de mindösszesen egy szövegkörnyezeti utalás olvasható a közösség életébe történő bevonással kapcsolatban.

P 1: idősszárm.txt - 1:172 (44710:44712)

Codes: [tapasztalat] [közösség] [önkorm] [tagja] 161

Az idősekre, mint egy-egy közösség tagjaira és mint tapasztalatokkal rendelkező magánszemélyekre egyaránt számít az önkormányzat.

A szövegek alapján megállapíthatjuk, hogy az idősök bevonását a helyi közösség életébe lényegesnek tekintik az önkormányzatok, azonban a részvétel tartalmát a programokban nem, vagy nem annak eredeti jelentése szerint rögzítették.

Az aktivitás kérdését a programok írói igen gyakran az izolációval kapcsolják össze.

P 1: idősszárm.txt - 1:7616 (11273:11274)

Codes: [aktív]

Az idősök a társadalmi, kulturális, civil életben aktívan részt vesznek. Csökken az

elmagányosodás.

A tevékeny idősödés és időskor – ebben a kontextusban a programokon való részvétel – segít mérsékelni a magányosságot. A településeken megvalósuló rendezvények a találkozások helyszínéül szolgálnak, de feltételezhető, hogy nem tekinthető rendszeresnek a programok megvalósulása, így az izoláció mérséklésében betöltött szerepe jóval kisebb, mint azt a helyi esélyegyenlőségi programok feltételezik.

Az aktivitás fogalmát, valamint a hozzá kapcsolódó tevékenységrendszereket az esélyegyenlőségi programok széles körben értelmezik. A szöveggörnyezet a legtöbb esetben a korosztálynak szervezett programokra utal és nem az idősök támogatását, aktív állampolgári részvételének elősegítését helyezik előtérbe, hogy képesek legyenek saját elképzeléseik megvalósítására.

Az idősök szerepe a helyi önkormányzatok által megvalósított programokban inkább passzívnak, mint tevőlegesnek tekinthető. A szövegek tanulsága szerint a paternalisztikus attitűd jelei még mindig fellelhetők a helyi közösségek gondolkodásmódjában, mely köthető a szemléletváltozás késlekedéséhez. A deficit modell által közvetített időskép erőteljesen érezteti hatását, a veszteségek és a képességek csökkenése okán az idősekről gondoskodni kell, ennek következtében a kieső funkciókat szükséges kompenzálni. Az idősök véleménye, nézetei, igényei még nem elsődlegesek az aktivitás megőrzésében.

- A „szépkorúak” kód

A társadalom az ország legidősebb tagjai felé irányuló megbecsülését azzal is kifejezi, hogy a születésnapjukon köszönti az öregeket [255/2008. (X.21.) kormányrendelet a szépkorúak jubileumi köszöntéséről], melynek értelmében a 90 év feletiek kerültek ebbe az életkori csoportba, így a 90. és a 95. valamint a 100. születésnapjukat ünneplőket köszöntik.

Feltételezhető, hogy az esélyegyenlőségi programok készítői figyelmen kívül hagyták a rendelet kormeghatározásra vonatkozó részét.

P 1: idősszárm.txt - 1:2139 (24341:24352)

Codes: [nyugdíj] [szépkorú]

„Szépkorúak Sport-játszópark” megépítése

P 1: idősszárm.txt - 1:5852 (24076:24083)

Codes: [önkorm] [szépkorú]

növelni a szépkorúak kirándulási, túrázási és turisztikai mozgalmát (Szépkorúak Centruma)

P 1: idősszárm.txt - 1:6048 (27059:27062)

Codes: [önkorm] [szépkorú]

Szépkorúak csináld magad barkács műhely és Szépkorúak Diszkont Szolgáltató Központ

Valóban nincs teljes konszenzus abban, hogy mikor kezdődik az időskor, azonban a hazai és nemzetközi szakirodalom iránymutatást nyújt a kérdés megválaszolásában, ezen túlmenően a jogszabály egyértelműen rögzíti, kiket tekint szépkorúnak.

A hazai 90 éves és idősebb korosztály fizikai és mentális egészségi állapotát figyelembe véve némi túlzásnak tekinthető a szépkorúak aktivitásának ilyen mértékű kiterjesztése foglalkoztatásra és a turisztikai mozgalmak megszervezésére, azonban nem zárható ki jövőbeni létjogosultságuk.

A részvétel fogalmához rendelt kódok tartalomelemzése

- Az „önkéntes” kód

A magyarországi önkéntesség fejlesztési stratégiája 2007–2017 közötti időszakra célként jelölte meg az idősök nagyobb arányú bevonását az önkéntes munkába, amely nem hozott kellő eredményt (a vizsgálat időpontjáig), miután a helyi esélyegyenlőségi tervek az idős önkéntesek alacsony számát jelzik. Az önkormányzatok nem nagy számban – összesen öten – szükségesnek ítélik meg az önkéntes munka népszerűsítését, valamint megszervezését. Az önkéntes munkát végző idősökre/idősekre leginkább a rendezvények, programok lebonyolításában számítanak a helyhatóságok. Hathatós segítséget tudnak nyújtani a magányos, vagy a mozgásukban korlátozott kortársaiknak (lásd alábbi szövegrészletet).

P 1: idösszárm.txt - 1:2504 (82340:82343)

Codes: [egészség] [egyedül] [nyugdíj] [önkéntes]

A mentális egészség megőrzését segíti a „Beszélgető Hálózat”, amelyben segítő beszélgetésre felkészítő képzés után önkéntes nyugdíjasok látogatják magányos, egyedül élő kortársaikat.

A fenti példa több fontos tényezőre világít rá, egyrészt az idősök körében megvalósulhat a „kortárs segítség”, másrészt az önkéntes munka nélkülözhetetlen eleme a feladatokra való felkészítés, valamint az események megbeszélése, továbbá szükség van egy szervezetre, amely összefogja, koordinálja tevékenységüket.

P 1: idösszárm.txt - 1:2593 (1796:1797)

Codes: [nyugdíj] [önkéntes]

Jelenleg nincs a városban egyetlen olyan szervezet sem, ami összefogná és koordinálná a nyugdíjas korú önkénteseket.

A fenti idézetet egy esélyegyenlőségi tervben olvasva, felvetődik a kérdés: miért kell külön szervezetet létrehozni az idősöknek? A generációk minél gyakoribb interakciója hozzájárul a fiatal és az idős korosztály közötti szakadék csökkentéséhez, és a közös szervezetben megvalósuló kooperatív tanulás támogatja a kölcsönös tisztelet és megbecsülés kialakulását.

- A „család” kód

A kód igen magas előfordulási gyakorisága arra ösztönzött bennünket, hogy tovább szűkítsük a származtatott szöveget, ennek következtében azokat a szövegrészeket nem vontuk be a vizsgálatba, amelyek a családsegítő szolgálat, családgondozás, családi jövedelem szavakat tartalmazták, így a tematikus tartalomelemzéshez 118 idézetet használtunk fel.

A családszerkezet átalakulása, a fiatalok fokozódó belső- és külső migrációja az idősök életét sem hagyta érintetlenül.

P 1: idösszárm.txt - 1:253 (64064:64067)

Codes: [család] [egyedül] [közösség] [veszély]

Sok idős ember egyedül él, nő az elmagányosodás veszélye, mert már nehezen mozdulnak ki otthonról, nem járnak közösségbe, a családtagok messze laknak, sokáig dolgoznak

Ennek következtében az idősök sokkal több időt töltenek egyedül, a családtagok elfoglaltsága, illetve fizikai távolsága következtében gyakrabban veszik igénybe a szociális szolgáltatásokat. A születéskor várható átlagéletkor emelkedése előrevetíti a szolgáltatások iránti igények növekedését is, melyet az alábbi idézet is megfogalmaz.

P 1: idősszárm.txt - 1:348 (86876:86879)

Codes: [család] [közösség] [rászorul] [szociális] [támogat]

Kérdés az, hogy az egyes szociális ellátó rendszerek mennyire készültek fel a növekvő igények ellátására, mennyi terhet bír el a család, milyen megtartó és támogató közösségekre támaszkodhatnak az idősek.

A fenti szövegrészlet arra a kérdésre világít rá, hogy kinek a feladata lesz a növekvő számú idős generáció ellátása, és ebben a folyamatban milyen szerep és kötelezettség hárul az egyénekre, a családokra (amit az Alaptörvényben rögzített is a jogalkotó), a civil szervezetekre valamint az államra?

P 1: idősszárm.txt - 1:380 (3615:3618)

Codes: [család] [program]

Ezért az idősek életmódját javító társadalmi programok, civil szervezetek tevékenységét ...az intenzív családi kapcsolatokból kirekesztődő idős emberek aktivitásának erősítésére célszerű kiterjeszteni.

Az esélyegyenlőségi programokban egy lehetséges alternatíva bontakozik ki, ahol a család gondoskodó szerepét a civil szerveződések próbálják meg pótolni illetve kiegészíteni. A jó fizikai valamint mentális állapotban lévő idősek hosszabb távon képesek az önálló és független életet fenntartani, amely nagyobb valószínűséggel valósul meg, amennyiben már fiatal korban felkészülünk az időskorra.

P 1: idősszárm.txt - 1:2014 (2845:2849)

Codes: [család] [egészség] [nyugdíj] [probléma]

A nyugdíj előtt állók felkészítése a nyugdíjas évekre feltárt probléma. A nyugdíj előtt álló célcsoport munkaerő piaci, családi, egészségi helyzetét nehezíti az aktív életből az inaktivitásba való átlépés mentális súlya.

Mindösszesen egy esélyegyenlőségi program tesz említést az aktív életszakaszt követő időszakra való felkészülésről, mely egy nagyon lényeges momentuma az idősödéssel kapcsolatos attitűdváltozásnak. A felkészülés sokkal hatékonyabb, amennyiben már az aktív életkor elején gondolunk a nyugdíjas éveinkre, és nemcsak az öngondoskodás, hanem a testi-lelki egészség megőrzés területén is.

Az alábbi szövegrészlet összefoglalja azt az ideálisnak tekinthető állapotot, amely feltehetően az egyén, a család és a közösség közös érdeke.

- Az „igényfelmérés” kód

Az igények és a szükségletek felmérésének célja, hogy feltárjon egy adott helyzetet, a meglévő adatok birtokában elemzés készüljön és ezt követően a lehetőségeket, a jogszabályi-, a társadalmi és gazdasági környezetet figyelembe véve készüljön el az adott terv. Azzal az előfeltételezéssel élünk, hogy a helyi esélyegyenlőségi programok kialakítását is megelőzte a szükségletfelmérés a településeken. A program elkészítését szabályozó rendelet szövege szerint „a statisztikai mutatók a helyi esélyegyenlőségi program elkészítéséhez” [2/2012. (VI. 5.) EMMI rendelet 1. melléklet] rendelkezésre állnak, továbbá a jogalkotó meg is nevezi az

adatforrásokat¹⁵⁵. Ebből következik, hogy a helyi önkormányzatok motivációja a szükségletek felmérésében igen alacsony, és az esélyegyenlőségi programokban sem említik gyakran, összesen 23 alkalommal találkozhatunk a már megvalósított, illetve a jövőben tervezett igényfelméréssel. Azok a települések, amelyek az idősök körében végeztek vagy tervezik a szükségletek felmérését, gyakran a programokat helyezik az érdeklődésük középpontjába.

P 1: idősszárm.txt - 1:499 (14867:14868)

Codes: [igényfelmérés] [nyugdíj] [program]

A nyugdíjasok körében szórólapos igényfelmérést tervezünk, hogy milyen programokat szeretnének.

A fenti szövegrész szerint az önkormányzat anyagi forrásokat is áldozott az idősök megkérdezésére, amely ugyanakkor nem teljes mértékben igazodott a korosztály megszólításának javasolt módjához. A korcsoport körében a személyes megkeresés, vagy a fókuszcsoportos interjú megszervezése sokkal eredményesebb lehet, mint például a szórólapos felmérés (Babbie, 2003).

A programok iránti igények feltérképezésén túli igényekről két esetben számolnak be a helyi hatóságok, ahol a mindennapi életvitel segítésére, támogatására, valamint a hosszú távú tervezés előkészítéseként készül a felmérés.

P 1: idősszárm.txt - 1:1057 (61407:61409)

Codes: [igényfelmérés] [program]

Igényfelmérés az idősök körben a nappali ellátás megszervezése előtt (kinek, milyen ellátásra, segítségre, programra lenne szüksége, igénye).

P 1: idősszárm.txt - 1:2506 (82580:82582)

- Az „önkormányzat” kód

Az elemzés talán egyik legizgalmasabb részének tekinthető a származtatott szövegben az önkormányzat kódhoz tartozó idézetek kontextusának vizsgálata. A helyhatóságok eltérő módon jelenítették meg önmagukat az esélyegyenlőségi tervekben. Leggyakrabban a jogszabályokban meghatározott feladatok ellátása kapcsán utalnak saját szerepükre (lásd alábbi idézetet).

P 1: idősszárm.txt - 1:5976 (14465:14468)

Codes: [önkorm]

Az önkormányzat eleget tesz minden kötelező feladatának

A feladatellátást, különösen az önként vállalt feladatok körét az önkormányzatok anyagi helyzete jelentős mértékben befolyásolja, az esélyegyenlőségi programokban megjelenik a helyben felmerülő igényekre adandó válaszok szükségessége (lásd alábbi idézetet). Az önként vállalt feladatok széles spektrumot ölelnek fel, amelyeknek nemcsak kedvezményezettjei lehetnek az idősök (például a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása), hanem részesei is (például az önkormányzat által biztosított időszakos gyermekfelügyeletet az idősök az önkéntes munka keretén belül is elláthatják). A születéskor várható átlagéletkor emelkedéséhez

¹⁵⁵ A jogszabály a KSH, a Nemzeti Munkaügyi Hivatal, és az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer adatbázisait jelöli meg, az önkormányzatok saját adatbázisukat csak a közoktatást érintő kérdések esetében használhatták.

társuló ellátási igények növekedését problémaként értelmezik az önkormányzatok. Több esélyegyenlőségi programban az önkormányzatok saját maguk számára is feladatot fogalmaztak meg, például:

P 1: idősszárm.txt - 1:214 (55661:55665)

Codes: [közösség] [önkorm]

A településen élő 65 év feletti emberek körében az idős kortárs közösséghez tartozás lehetőségét a következő két évben az önkormányzat a rendelkezésére álló eszközökkel támogatni fogja és kommunikációs eszközök igénybe vételével népszerűsíteni fogja.

P 1: idősszárm.txt - 1:215 (55753:55756)

A feladatok az idősek életminőségében több ponton hozhatnak pozitív irányú változást. A médiumokban való megjelenés, valamint a korosztály életéről szóló beszámolók hozzájárulnak a szemléletváltáshoz a helyi közösségben, egyúttal az időseket további aktivitások kifejtésére sarkallják.

P 1: idősszárm.txt - 1:390 (4263:4269)

Codes: [önkorm] [program]

...májusában fogadta el önkormányzatunk az Idősügyi koncepciót

Az időskorosztály iránti elköteleződést tanúsítja, hogy az önkormányzat megalkotta a helyi idősügyi stratégiáját, melyre a jogszabály nem kötelezi, de ennek ellenére elkészült az idősödés kérdéseivel foglalkozó hosszú távú terv.

P 1: idősszárm.txt - 1:6200 (70715:70721)

Codes: [önkorm]

A hazai és nemzetközi jó példák megismerése érdekében ... Önkormányzata nyitott a kapcsolatfelvételre más hazai vagy európai városokkal,

Az adott önkormányzat tudatosan kívánja fejleszteni az idősek ellátását az időspolitika transzfere révén, melynek során a helyben felmerülő problémákra kíván választ adni a már bevált módszerek, eljárások átvételével.

A biztonság főtémájához rendelt kódok tartalomelemzése

- Az „alapszolgáltatás” kód

A származtatott szövegben az alapellátást és az alapszolgáltatást összevont kódként értelmeztük. A szövegben 97 alkalommal fordul elő, amely kevesebb, mint az elemzésbe bevont dokumentumok száma. A tartalomelemzés során az esélyegyenlőségi programokat a kezelhetőség érdekében egyetlen elsődleges dokumentumként (óriásfájlként) kezeltük, ennek következtében nem lehet automatikusan megállapítani, hogy egy adott helyi esélyegyenlőségi programban hányszor fordul elő a vizsgált kód, a 97-szeri előfordulás nem azonosítható egyértelműen 97 települési programmal, ennél kevesebb programban is előfordulhat.

A helyi önkormányzatoknak jogszabályi kötelezettsége az alapellátások biztosítása [2011. CLXXXIX. évi tv. 13§ (1)], a származtatott szöveg alapján feltételezhető, ez nem mindenütt felel meg a jogszabályban megfogalmazottaknak.

P 1: idősszárm.txt - 1:183 (48261:48265)

Codes: [alapellátásslolg] [egészség] [közösség] [közszolg] [szociális]

Az idősök egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférése, ha az alapellátást tekintjük, elfogadható.

Az egészségügy és a szociális alapellátások a halmozottan hátrányos helyzetű települések estében mutatnak jelentősebb hiányosságot (Babusik, 2005). A lakókörnyezetben nyújtott jó minőségű, individuális szolgáltatások segíthetik a leghatékonyabban az idősök életminőségének megőrzését, a mindennapi életvitel biztonságát. A településeken elérhető szolgáltatások egyrészt előnyösek az idősök számára, mert támogatják az „otthon megöregedni” koncepciót, másrészt az önkormányzatok költségvetésére is jótékony hatást gyakorolnak, miután csökken a szakellátások szolgáltatásai iránti igény.

- A „biztonság” kód

Az időskori biztonság kialakításával kapcsolatosan a hazai és a nemzetközi dokumentumok sok hasonlóságot mutatnak, a jog- és a jövedelembiztonság kérdésköre is megjelenik, többek között az Európai Unió Szociális Menetrendjében, valamint találunk erre való utalást a Nemzeti Idősügyi Stratégiában is, azonban esélyegyenlőségi programokban, nem olvashattunk erről. Az anyagbiztonság tetten érhető a szövegben az önkormányzatok által nyújtott pénzügyi támogatások felsorolásaiban, csak hogy ezek a juttatások jövedelemvizsgálathoz kötöttek, így nem érinti a települések teljes idősödő/idős populációját.

A korosztály biztonságérzetét növelik a településen elérhető szolgáltatások, melyek a mindennapi életvitelben segítik az időseket. Lényegi kérdés az idősök tájékoztatása az alapszolgáltatások igénybevételi lehetőségeiről, ugyanis az idősotthoni elhelyezést kérvényezők körében végzett előgondozás során gyakori tapasztalás, hogy nem ismerik a településeken kötelezően nyújtandó alapszolgáltatásokat. Gyakran a kérelmezők el is tekintenek az intézményi elhelyezéstől, miután értesülnek az otthon-közeli ellátások rendszeréről.

- A „betegség” kód

A betegség fogalma szinte összefonódik az idősödéssel és az időskorral, egészségi állapotában bekövetkező változások befolyásolják az aktivitást és a közösségi életben való részvételt is. Az esélyegyenlőségi programokban megjelenik a megbetegedések rendszerszemléletű megközelítése, az egyedüllét, az elmagányosodás hatásainak megbetegedést, valamint állapotrosszabbodást kiváltó hatása.

P 1: idösszarm.txt - 1:251 (64028:64036)

Codes: [aktív] [betegség] [egészség] [közösség] [program] [szociális] [támogat]

a lakóhelyi szegregáció felszámolása (hatásainak mérséklése) és az időskorú népesség társadalmi izolációjának, elmagányosodásának megszüntetése, aktivitásuk fenntartása, ... (a szociális izoláció korrelál a betegségek kialakulásával, a magasabb halálozással),

Az idősök egészségfejlesztésnek szükségességéhez ma már nem férhet kétség, mert az életmód területén bekövetkező pozitív irányú változások következtében a további életkilátások növekedhetnek, csökkenhet az ellátások iránti igény. A preventív szemlélet (lásd lenti idézet) a paradigmaváltás részeként értelmezhető, mely elmozdulást jelent a deficitmodell kontextusától.

P 1: idösszarm.txt - 1:397 (4586:4590)

Codes: [betegség] [egészség] [program] [segít]

Az időseket, az életkorral járó sajátos igények kielégítését célzó programok a településen Kiemelt terület az egészségügy, a község a helyben biztosított szűrővizsgálatokkal segíti az idős emberek egészségmegőrzését a betegségek korai felismerését.

- A „gondozás kód

A származtatott szövegben a gondozás és a család, a gondozás és az önkormányzat, gondozás és civil, valamint a gondozás és a vállalkozás együttes előfordulását vizsgáltuk. Az idézetek segítségével a jóléti pluralizmus modelljének megjelenését monitoroztuk, mely négy – az állami-, a piaci-, a nonprofit és az informális – szektort foglalja magában (Szöllősi, 2005). A modell – a jólét kialakításában – informális szektorként azonosítja a családokat, a szomszédsági, baráti és a rokoni kapcsolatokat (Czike & Bartal, 2004).

A család szó előfordulása során csak azokat az idézeteket vizsgáltuk, ahol a családra, mint közösségre utaló tartalmakat találtunk, ennek megfelelően mindösszesen 25-ször fordult elő család kód. Az idézetek döntő többsége a családsegítés, a családgondozás, a családi jövedelem, a családi állapot szavakat tartalmazta.

P 1: idősszárm.txt - 1:557 (19422:19429)

Codes: [család] [gondoz]

A család fokozottabb szerepe - A család fokozottabb szerepe (gyermekek, unokák nagyobb rész vállalása az idősebb családtagok gondozásában)

Az idézet arra utal, hogy az aktív korú családtagoknak sokkal több feladatot kell ellátnia a családtagok ápolásában és gondozásában. Mindemellett felfedezhető az az elvárás is, mely szerint a felnőtt gyermekeknek a saját gyermekeik mellett a szülők ellátásáról is gondoskodni kell.

P 1: idősszárm.txt - 1:5300 (67346:67348)

Codes: [gondoz]

21. században senki nem adhatja fel munkahelyét, biztos megélhetését, azért, hogy idős családtagjait ápolja, gondozza.

A fenti mondat egy konfliktus helyzetet vetít elénk, mely a munkavállalás „kényszerét” és a szülők iránti kötelezettséget foglalja magában, a probléma feloldása rendkívül bonyolult folyamat. Az egyik lehetséges megoldás, hogy az idős családtag(ok) ellátása a településen elérhető szolgáltatások igénybevételével a munkaidő tartamára megoldódik. Egy másik potenciális út lehet a szülők, nagyszülők intézményi elhelyezése.

Az informális szektor által nyújtott ellátások, támogatások esetében a szomszédság jelentősége felértékelődik. Különösen abban az esetben, amikor az idősek már mozgásukban korlátozottá válnak, és nehezen vagy egyáltalán nem tudják elhagyni otthonukat, illetve lakókörnyezetüket. A szomszédok jelenthetik a társas támogatást a közvetlen környezetben, valamint a kapcsolatot a tágabb környezettel.

P 1: idősszárm.txt - 1:5821 (70799:70803)

Codes: [segít] [szomszéd]

szomszédsegítő-hálózatot is tudtak kialakítani az idősebb polgárokból.

P 1: idősszárm.txt - 1:7288 (79969:79971)

Codes: [segít] [szomszéd]

Ezen segíthet a szomszédsági kapcsolatok ápolása, különösen azoknál az időseknél, akik nehezebben mozognak, így nem hagyhatják el otthonukat.

Az esélyegyenlőségi programokban igen alacsony számban, összesen 13 alkalommal kerül említésre a szomszédság, és még ennél is kevesebbszer (8-szor) jelenik meg az idézetekben a szomszédság, mint erőforrás. Mindösszesen egy programban került említésre a szomszédsági hálózatok fejlesztése (lásd következő idézetet), amely nem feltétlenül önmagától működő támogató rendszer, a kapcsolatok építésében/újraépítésében az önkormányzat vállalhat szerepet.

P 1: idősszárm.txt - 1:153 (39816:39823)

Codes: [közösség] [szomszéd]

A szomszédi közösségek felélesztésével az elmagányosodás megakadályozása.

A szomszédsági kapcsolatok egy önkéntes segítői hálózatként is működhetnek, támogatva az időseket mindennapi életvitelükben. Amennyiben önkéntes tevékenységként működik, akkor a siker zálogaként jelölhető meg az önkéntesek felkészítése és a közös megbeszélések megvalósítása (Brettner & Mucsi, 2013), és ebben a folyamatban az önkormányzati intézményekben dolgozó szakemberek is szerepet vállalhatnak.

A civil szervezetekről korábban már esett szó, itt csak a gondozás kóddal való együttes előfordulást vizsgáltuk.

P 1: idősszárm.txt - 1:5141 (8505:8507)

Codes: [gondoz]

Az idősek gondozását a házi segítségnyújtás keretén belül egy önkormányzati fenntartású intézmény, egy egyházi fenntartású, valamint 3 civil szervezet látja el.

A kódhoz tartozó szövegekben mindösszesen egyszer jelent meg a civil szervezet, mint a szolgáltatás kivitelezője, holott a civil szervezetek és az egyházak egyre nagyobb részt vállalnak az ellátások biztosításában.

P 1: idősszárm.txt - 1:5356 (89288:89293)

Codes: [gondoz]

Bemutatja az önkormányzat időseket érintő kötelezően és önként vállalt feladatait, valamint a civil szervezetek lehetőségeit az idős személyek szociális gondozásában, ellátásában, esélyegyenlőségük előmozdításában

A fenti idézet az önkormányzat korábban megjelent kiadványának tartalmát ismerteti, majd az esélyegyenlőségi program további szakaszában fejlesztési célként jelenik meg „*A társadalmi, valamint civil és intézményi összefogás erősítése: a folyamatos gondozásra szorulóknak ellátása érdekében.*” A szövegrészletekből arra következtethetünk, hogy a civil szervezetek bekapcsolódtak az idősek ellátásába, és az önkormányzat a jövőben is számít tevékenységükre. A jóléti pluralizmus modelljének harmadik elemét, a piaci szereplőket a gondozás kérdéskörében összesen egyszer említik meg az esélyegyenlőségi programok.

P 1: idősszárm.txt - 1:5325 (76131:76133)

Codes: [gondoz]

Közvetlen környezetünkben az idősek bentlakásos gondozása is megoldott az Idősek Otthonában és a vállalkozás keretében működtetett a Gesztenyés Idősek Otthonában.

Feltételezhetően a fizetőképes kereslet hiánya következtében alacsony az üzleti szervezetek jelenléte az idősellátásban.

A modell következő eleme az állam, mely az idézetekben egyetlen egy esetben köthető az ellátásokhoz, a falugondnoki szolgálat esetében, mint finanszírozó jelenik meg.

P 1: idösszarm.txt - 1:2350 (58411:58427)

Codes: [gondoz]

Falugondnoki rendszer állami támogatása esetén fenntartható.

A következő szövegrészlet egy aktuális kérdésre, az informális gondozók segítségére ad választ.

P 1: idösszarm.txt - 1:4821 (79903:79907) Codes: [gondoz]

Képzéseket szervez azoknak a családoknak, családtagoknak, akik idős emberekkel élnek, vagy időseket gondoznak otthonukban (ágyban fekvők ápolása, lelki gondozása, rehabilitáció, tornáztatás, étkezési, életviteli tanácsadás).

A családtagok támogatása az idősek ápolásában kiemelt feladat, hiszen nem mindenki szakképzett ápoló. A mindennapos betegápolás kivitelezését, valamint a gondozás fizikai és lelki terheinek feldolgozását támogató csoportmunka elengedhetetlen az idősek otthoni környezetben történő hosszú távú otthoni gondozása érdekében.

A fogyatékos kód az igen gyakori előfordulás ellenére nem volt értelmezhető az idősekhez kapcsolódó szövegrészekben. Az idős és a fogyatékos kódok egy idézetben belüli előfordulásából arra lehet következtetni, hogy az idősödőket/időseket és a fogyatékosokkal élőket két külön csoportként kezelik az esélyegyenlőségi programok, mintha nem lenne átfedés közöttük. Az idősek körében előforduló fogyatékoságok köre igen kiterjedt. A látás különböző mértékű csökkenésétől a mozgásképeség teljes elvesztéséig. Véleményünk szerint az idősödők/idősek körében a fogyatékoságok eltérő intenzitású megjelenése, progressziója az ellátórendszer és a közösségi programok folyamatos változtatásának igényét vonja maga után, amennyiben a települési önkormányzatok az aktív idősödés lehetőségének megvalósulását minden lakos esetében támogatni kívánják. A származtatott szövegben a közösségi programok kapcsán találhatunk erre történő utalást, mely szerint „*a rendezvényeken való részvételt az idősödés előrehaladtával a mozgáskorlátozottság fokozódása akadályozza*”.

Az Európai Unió a másik kód, amelynek esetében elgondolásunk és a származtatott szövegben megjelenő tartalmak eltértek egymástól. Az idősödés folyamatához, az esélyegyenlőséghez, és a koralapú diszkriminációhoz kapcsolódó tartalmak megjelenését vártuk a kódhoz kapcsolódó idézetek többségében. Azonban az Európai Unió említési aránya a programokban igen alacsonynak tekinthető, összesen 37-szer fordul elő, és az idézetek egyharmadában az uniós pályázatokhoz, valamint forrásokhoz kapcsolódik. A helyi önkormányzatok megemlítik a már elnyert pályázatokat és a jövőbeni forrás szerzésre irányuló terveiket, amelyek az idősek esélyegyenlőségének megteremtését, valamint életminőségük megőrzését támogatják. A fennmaradó szövegrészletekben történik utalás az időspolitikai dokumentumokra is, azonban mindösszesen két program ismerteti részletesen az időseket érintő nemzetközi dokumentumokban megfogalmazott elgondolásokat. Az európai időspolitika kiemelkedő jelentőségű szemléletváltására, valamint az európai időspolitika összehangolásának szükségességére történő utalást egyetlen egy esetben azonosítottuk a szövegekben.

A tartalomelemzés összegzése

A nemzetközi dokumentumokban az aktivitás értelmezése az élet minden szegmensére kiterjed, magában foglalja a szűkebb és a tágabb közösség életében való részvételt, az önkifejezés megvalósítását, az ismeretek bővítését, a gazdasági aktivitás meghosszabbítását, továbbá minden olyan tevékenységet, amely az idősokban rejlő képességek tükrében kivitelezhető. Az aktív kifejezés a társadalmi, a gazdasági, a kulturális, a szellemi életben és a közügyekben való folyamatos jelenlétre utal, következésképpen nem csak a fizikai aktivitás, illetve a munkaerőpiaci részvétel esetében értelmezhető.

Az aktív idősödés célja az egészségben eltöltött életevek számának növelése, a lehető legjobb életminőség elérése az időskorcsoportok minden tagja számára, akkor is, ha fogyatékossgal él vagy már ellátásra szorul. Az aktív idősödés a korosztály tagjaiban rejlő lehetőséget helyezi előtérbe a vesztségekkel szemben (*WHO, 2002*).

Az aktív időskor tartalmát összevetve a helyi esélyegyenlőségi programok származtatott szövegeinek tovább kódolása nyomán azt mondhatjuk, hogy az aktív időskort leíró fogalmak mindegyike megjelenik a programokban.

A tartalomelemzés eredményeinek összesítését követően az egyik leglényegesebb különbség az igények és szükségletek felmérésben jelenik meg. A nemzetközi dokumentumok az időspolitika tervezésében a szükségletek és az igények figyelembevételével történő tervezési folyamatot támogatják, amelyek következtében a korosztály igényeihez igazodó válaszok jöhetnek létre. A feladatok koordinálásához, a megalapozott döntés előkészítéshez széleskörű ismeretekre, valós adatokra, jól adaptálható elemzési módszerekre van szükség (*WHO, 2002, 2007; 2012(COM)83*).

A helyi esélyegyenlőségi programok tartalmaiban nem jelenik meg a szükségletfelmérés, és annak jelentősége az idősök aktivitását elősegítő tervezésben. Ehhez kapcsolható a korosztály véleményének figyelembevételének mellőzése is, amit az esélyegyenlőségi programokban egyetlen önkormányzat sem tartott fontosnak megjeleníteni. Az idősöket érintő döntéseket „figyelemmel kísérését” egyetlen egy program említi csak meg. A „figyelemmel kísérés” sem tekinthető a véleményezési jogkörrel azonos súlyú részvételnek. A nemzetközi dokumentumok az idősök véleményének figyelembevételére és társadalmi részvételének kiterjesztésére sokkal nagyobb hangsúlyt fektetnek (*WHO, 2012*).

A hazai esélyegyenlőségi dokumentumokban az idősödőkre/idősökre összpontosító szabadidős programok esetében válik nyilvánvalóvá a róluk való gondoskodás szemlélete, melyet még nem váltott fel teljes mértékben az együtt gondolkodás szemlélete. Egyetlen egy program tesz említést az idősök „kiskorúsításáról”, továbbá az időskort „második gyermekkorként” nevesítéséről, mint nem kívánatos magatartásról. Azonban a programok tartalma mégis ehhez a szemléletmódhoz áll közelebb, mert nem jelenik meg az idősök véleménynyilvánítási vagy javaslattevési jogköre a dokumentumokban. Az idősök észrevételeinek figyelmen kívül hagyása nem teszi lehetővé, hogy érdekeiket érvényesíteni tudják, továbbá a szimmetrikus partneri kapcsolat sem valósulhat meg a helyi hatalom és az idősök és/vagy képviselőik között.

A programok szervezésében nem az idősök elgondolásai az elsődlegesek, azonban a lebonyolítás során az önkormányzatok számítanak a korosztály tagjainak közreműködésére. Az idősök egészségi állapota rendkívül nagy a változatosságot mutat, amely befolyásolja

részvételüket a társadalmi cselekvés különböző színterein, így az önkéntes tevékenységben is.

A nemzetközi szakirodalomban visszatérő motívum az idősök önkéntes tevékenységének erősítése, támogatása (*Cravens, 2006*), ami hozzájárul a testi és szellemi egészség és az aktivitás megőrzéséhez. Az európai szakirodalom megkülönbözteti a formális és az informális önkéntes tevékenységet, egyúttal a családtagok körében végzett munkát az informális önkéntes tevékenységek közé sorolja (*Wilson & Musick 1997*), ezzel szemben az Idősügyi Nemzeti Stratégia a családban végzett tevékenységet nem sorolja az önkéntes munkák csoportjába.

A hazai önkéntesek körében a „legjobb” önkénteseknek a 60-64 év közötti, az idősödő korosztályhoz tartozókat tekintik. A részvétel a nyugdíjazás körüli időszakban felerősödik (*KSH, 2012*), segítve az aktív és az inaktív életszakasz közötti új egyensúly megtalálását, továbbá a munkaráfordítás következtében jelentős gazdasági hasznon is keletkezik (vö. 2006/C 325/13; *Czike & Kuti, 2006*).

Az idősödők/idősök életében a biztonság kiemelt jelentőségű, és felöleli a nyugdíjas generáció életének minden szegmensét. A hazai és a külföldi szakirodalom a biztonságot leginkább a jövedelembiztonság és a szociális biztonság kontextusában említi (*Augusztinovics, 2005; Busemeyer; Goerres & Weschle, 2008*), sőt a legtöbbször szinonimaként használják a szerzők a fogalmakat, továbbá a jogbiztonság említése is jellemző. Kevesebb figyelem irányul az egészséget veszélyeztető kockázatokra, többek között a táplálkozás biztonságára. A biztonság érinti a személy és vagyon-, a közlekedés-, a lakókörnyezet-, az ellátáshoz való hozzáférés biztonságát, hogy a leggyakrabban érintett területeket említsük. A hazai esélyegyenlőségi programokban nem található utalás az élelmiszerbiztonság- és a környezetbiztonság kérdésköreire, valamint a környezetbiztonság kapcsán sem a fizikai, sem a természeti környezet kifejezések nem találhatók meg a szövegekben.

A helyi esélyegyenlőségi programokban megtalálhatók azok a kulcsfogalmak, amelyek az aktív időskorhoz köthetők, így megjelenik az aktivitás, a függetlenség, az egészség és az életminőség.

A programokban az aktivitás jelentéstartalma igen változatos, a civil szervezetekben végzett munkától a kulturális és sport rendezvényeken való részvételen át a munkaerőpiaci részvétel meghosszabbításáig terjed. A WHO dokumentuma is hasonlóképpen konstruálta meg az aktivitás fogalmának tartalmát, de egy lényeges elem hiányolható a hazai dokumentumokból, mégpedig a részvétel. Az aktivitás a közösségi életben való tevékeny részvételt is magában foglalja, míg az esélyegyenlőségi programokban inkább a passzív részvétel jelenik meg.

A függetlenség mindösszesen 12 alkalommal jelenik meg a 159 önkormányzat dokumentumából származó idézetekben, ami arra utal, hogy az önkormányzatok gondolkodásában nem kap kellő figyelmet az önálló életvitel megőrzése. Hasonlóan, az autonómia egyetlenegyszer sem jelenik meg a helyi esélyegyenlőségi programok származtatott szövegében. A WHO (2002) értelmezésében az autonómia a mindennapi élet feletti kontroll megőrzését jelenti, mely szorosan kapcsolódik az aktivitáshoz. A vizsgált programok még nem távolodtak el teljes mértékben a paternalisztikus szemléletmódtól, gyakorta döntenek az önkormányzatok az idősök nélkül a korcsoportot érintő kérdésekben.

A hazai programokban az egészség fogalma már nemcsak a testi egészséghez kapcsolódik, hanem a mentális egészséghez is. A születéskor várható életkor és az idősök számának növekedésével a gerontopszichiátria megbetegedések – például az időskori demencia – előfordulása is gyakoribbá vált (*Kovács, 2013*). A lelki egészség megőrzésének jelentőségére,

és a mentális megbetegedések számának várható emelkedésére a WHO dokumentuma is felhívja a figyelmet.

A helyi esélyegyenlőségi programokban az életminőség értelmezésében a szociális vonatkozások és a szubjektív teljes mértékben hiányzik. A szubjektív életminőség meghatározásában lényeges elem az értelmes élet, az ehhez kapcsolódó tevékenységek örömforrásként jelennek meg, az önbecsülés és az újabb célok megfogalmazása során (*Hamvai & Pikó, 2009*). Az önkormányzatok életminőséggel kapcsolatos interpretációi a szubjektív életminőség vizsgálatok korai, egészség centrikus megközelítésmódjához állnak közelebb, ahol a fizikai egészséggel való elégedettség mértékét tekintették meghatározónak (*Hegedűs, 2001*).

Az aktív időskor eszménye – a dokumentumok tartalma alapján – még nem teljes mértékben kristályosodott ki a helyi szinteken. Az aktív időskort leíró fogalmak jelentéstartalmával kapcsolatban az önkormányzatok még nem rendelkeznek teljes körű információval, megfelelő attitűdökkel, ennek következtében az elgondolás mindennapi gyakorlatba történő átültetése sem valósulhatott meg maradéktalanul.

A helyi időspolitika európai uniós harmonizációja tehát a verbalitás szintjén, azaz a programok, stratégiák, koncepciók szintjén megtörtént, de az elemzésbe bevont települések legtöbbször csak papírra vetett szó maradt.

Irodalom

1. Augusztinovics, M. (2005). Népeség, foglalkoztatottság, nyugdíj. *Közgazdasági Szemle*, 52(5), 429–447.
2. Babbie, E. (2003). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassi Kiadó.
3. Babusik, F. (2005). *Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
4. Bernard, M. & Phillips, J. (2000). The challenge of ageing in tomorrow's Britain. *Ageing & Society*, 20(1), 33-54.
http://repository.keele.ac.uk:8080/intralibrary/open_virtual_file_path/i05n678249t/BernardM2.pdf Letöltés időpontja: 2012.08.11.
5. Brettner, Zs. & Mucsi, G. (2013). A szociális munka szerepe az idősorúak fizikai, szellemi és szociális aktivitásának megőrzésében. In Kállai, J.; Kaszás, B. & Tiringner, I. (Szerk.), *Az idősorúak egészségpszichológiája* (pp.119-136). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
6. Busemeyer, M. R., Goerres, A. & Weschle, S. (2008). *Demands for Redistributive Policies in an Era of Demographic Aging. The Rival Pressures from Age and Class in 15 OECD Countries*. MPIfG Discussion Paper 3. Max-Planck-Institute for the Study of Societies, Germany <http://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/36530/1/572160283.pdf> Letöltés időpontja: 2012.11.20.
7. Czike, K. & Bartal, A. (2004). *Nonprofit szervezetek és önkéntesek - új szervezeti típusok és az önkéntes tevékenységet végzők motivációi*. Piliscsaba: Pázmány Péter Katolikus Egyetem.
8. Cravnens, J. (2006). Involving International Volunteers: Factors for Success, Organizational Benefits, and New Views of Community. *The International Journal of Volunteer Administration*, 24(1), 15-23.
http://www.ijova.org/PDF/VOL24_NO1/IJOVA_VOL24_NO1_Intl_Online_Vols_Jayne_Cravens.pdf Letöltés időpontja: 2011.07.16
9. Ehmann, B. (2002). *A szöveg mélyén - A pszichológiai tartalomelemzés*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
10. B. Erdős, M. (2006): *A nyelvében élő kapcsolat*. Budapest: Typotex.
11. Farkas G., Gyarmati, A. & Molnár, Sz. (2009). Az idősödő társadalom gazdasági és társadalmi kihívásai Magyarországon. *Információs társadalom*, 9(4), 7-31.
http://epa.oszk.hu/01900/01963/00031/pdf/infotars_2009_09_04_007-031.pdf Letöltés időpontja: 2010.11.14.
12. Gelencsér, K. (2003). Grounded Theory. *Szociológiai Szemle*, 12(1), 143-154.
13. Hamvai, Cs. & Pikó, B. (2009). Serdülők szubjektív jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új pedagógiai szemle*, 59(4), 30-42.
14. Hegedűs, R. (2001). Szubjektív társadalmi indikátorok - szelektív áttekintés a téma irodalmából. *Szociológia Szemle*, 10(2), 58-72.
Kinsella, K. & Phillips, D. R. (2005). Global Ageing: The Challenge of Success. *Population Bulletin*, 60(1), 5-42. <http://user.demogr.mpg.de/JWV/pdf/PUB-1998-009.pdf> Letöltés időpontja: 2013.06.05.

15. Knight, T. & Ricciardelli, L. A. (2003). Successful ageing: Perceptions of Adults Aged between 70 and 101 Years. *INE'L.J. Ageing and Human Development*, 56(3), 223-245
<http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30002001/knight-successfulaging-2003.pdf> Letöltés időpontja: 2013. 08. 14.
16. Kovács, A. (2013). Mentális betegségek időskorban. In Kállai, J., Kaszás, B., & Tiringier, I. (Szerk.), *Az időskorúak egészségpszichológiája* (pp.195-212). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
17. KSH (2008). *Statisztikai Tükör 139*. Nyugdíjasok, nyugdíjak.
http://www.info-csere.hu/e107_files/downloads/nyugdijstatisztikak.pdf Letöltés időpontja: 2009. december 10.
18. KSH (2012). *Önkéntes munka Magyarországon*. (A Munkaerő-felmérés, 2011. III. negyedévi kiegészítő felvétele).
19. Murinkó, L. (2007). Életkor és szubjektív életminőség. In Utasi, Á. (Szerk.), *Az életminőség feltételei* (pp. 47-71). Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete.
20. Reisinger, A. (2009). Részvételi demokrácia és társadalmi részvétel – elméleti megközelítések. *Civil Szemle*, 6(4), 5-23.
21. Spéder, Zs. (szerk.) (2011): *Demográfiai jövőkép. Magyarország demográfiai jövőjét meghatározó tényezők alakulásának áttekintése és értékelése a fenntarthatóság szempontjából*. Nemzeti Fenntartható Fejlődési Tanács.
http://www.nfft.hu/dynamic/NFFT_muhelytanulmanyok_1_KSH_NKI_demografia_2011.pdf
Letöltés időpontja: 2012. 08. 12.
22. Szöllösi, G. (2005). A szociális jogok érvényesülésének egyéni és kollektív jogi garanciái. *Esély*, 16(1), 57-87.
23. Habcsek, L. & Pákozdi I. (2004). Az előregedő társadalmak szociális kihívásai. *Esély*, 15(3), 87-119.
24. WHO (2002). *Active Again a policy framework*. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, 8-12 April 2002 Madrid, Spain
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf Letöltés időpontja: 2010. 12. 15.
25. WHO (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. World Health Organization, France
http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
Letöltés időpontja: 2012.09.25.
26. WHO (2012). *Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> Letöltés időpontja: 2012.11.25.
27. Wilson, J. & Musick, M. (1997). Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer Work. *American Sociological Review*, 62(5), 694–713.
<http://cfd153.cfdynamics.com/images/members/docs/pdf/featured/wilson.pdf> Letöltés időpontja: 2011.07.16.

Felhasznált jogszabályok jegyzéke:

1. COM (2012) 83 A Bizottság Közleménye az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak az aktív és egészséges időskor témájával kapcsolatos európai innovációs partnerség stratégiai végrehajtási tervének előreviteléről. Brüsszel, 2012. 02. 29.
2. 2006/C 325/13Európai Gazdasági és Szociális Bizottság vélemény – Tárgy: „Az önkéntes tevékenység: szerepe az európai társadalomban és kihatásai”
3. 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális szolgáltatásokról
4. 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
5. 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
6. 81/2009 (X.2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról
7. 255/2008. (X.21.) kormányrendelet a szépkorúak jubileumi köszöntéséről
8. 321/2011. (XII. 27.) Korm. rendelet a helyi esélyegyenlőségi programok elkészítésének szabályairól és az esélyegyenlőségi mentorokról
9. 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet az egészségbiztosítási szervekről
10. 2/2012. (VI. 5.) EMMI rendelet a helyi esélyegyenlőségi program elkészítésének részletes szabályairól

Az idősök nappali ellátása Magyarországon

Lehetőségek és új megközelítések az ellátás újragondolásához egy kvantitatív kutatás tükrében

1. A téma indokoltsága

Az idősödés a világ legnagyobb részén olyan méreteket öltő folyamattá nőtte ki magát, melyre korábban nem volt példa. A társadalmak elöregedésének folyamata megkérdőjelezhetetlen tényé vált. A folyamat globális voltát mutatja többek között, hogy míg az elöregedést egy alapvetően nyugati, fejlett berendezkedésű társadalmakat érintő folyamatként sztereotipizálják legtöbbször, addig a valóságban már koránt sem egyszerűsíthető le ennyire a folyamat. A fejlődő országokat legalább olyan mértékben, ha nem erőteljesebben érintő változás figyelhető meg. Míg a fejlett országoknak több, mint 100 év állt a rendelkezésre, hogy fokozatosan ugyan, de folyamatosan idősödő népességük által generált megoldásra váró helyzetekre választ találjanak, addig a fejlődő, általában magas népességszámmal rendelkező országoknak csupán 20-30 év maradt, hogy hasonló kérdésekre választ találjanak (WHO, 2017). 2050-re a várakozások alapján az idősök 80%-a alacsony vagy közepes bevételek felett diszponáló országokban fog élni (WHO, 2018). Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) előrejelzései alapján 2015 és 2050 között a világ népességén belül 12%-ról 22%-ra emelkedik a 60 éves vagy idősebb személyek aránya (WHO, 2018). Mindez azt is jelenti, hogy 2020-ra előreláthatóan a 60 éves vagy idősebb népesség a világon meghaladja az 5 éves vagy fiatalabb gyermekek számát (WHO, 2018). Európai viszonylatban az Eurostat hosszú távú statisztikai előrejelzései alapján 2016 és 2050 között a 65 éves és idősebb népesség aránya 19,3%-ról 28,5%-ra emelkedik a vizsgált társadalmakon belül. A 80 éves népesség aránya pedig 5,4%-ról 11,2%-re változik, mely egy erőteljes növekedés az idősök csoportján belül is (Eurostat, 2018). Magyarország tekintetében az előrejelzések azt mutatják, hogy a 2016-ban mért 18,5%-ról 28,2%-ra emelkedik a 65 éves és idősebbek aránya a teljes magyar társadalmon belül (Eurostat, 2018). Fontos megjegyezni, hogy az idősök aktuális vagy várható számának bemutatásával még nem feltétlen látható átfogó idősödésre vonatkozó kép. Ez az egyetlen szám: az idősök társadalmon belüli létszáma túlságosan homogén, egynemű csoportként kezeli az idősödést. Az elmúlt évek, sőt évtizedek során több olyan alternatív mérő/mutatószám került kialakításra, melyek jóval érzékenyebbek az idősök csoportján belüli különbözőségekre, az idősödés sebességére, az idősök társadalmi részvételére és képesek az idősödést több spektrumon keresztül szemlélni (Vargha, 2017). Ilyen mutatószámok és mérőeszközök például:

- Várható élettartam/Egészségben eltöltött évek száma
- Függőségi hányados az akadályozottságot figyelembe véve, az egészséges és nem egészséges idős népességre vonatkozóan (Sanderson & Scherbov, 2010, Muszyńska & Rau 2012)
- Társadalmi tudat: Társadalmi és társas, illetve szubjektív megítélés alapján történő mérés (Bálint & Spéder, 2012)
- Aktív idősödés index (Zaidi és mtsi, 2012): Különböző dimenziók mentén közelít az idősödéshez és alakít ki egy indexszámot, mely elsősorban országok közötti

összehasonlításra alkalmas, bizonyos változtatásokat követően kisebb területi egységek mérését is lehetővé teszi (*Karpinska & Dykstra, 2015*).

Egyre világosabbá válik, hogy az idősök számára biztosított ellátórendszerek jelen állapotukban már nem csak hosszú távon eredményeznek fenntarthatatlanságot. Az igénybe vevők számának rapid növekedése olyan mértékű nyomás alá helyezi őket, melyet kizárólag a rendszerek komoly megreformálásával lehet orvosolni. Erre nézve több törekvés is mutatkozott az elmúlt időszakban. Míg nyugatabbra nagy hangsúlyt fektetnek a különböző, akár uniós forrásból finanszírozott társadalomtudományi kutatásokra, jó gyakorlatok gyűjtésére, addig Magyarországon ilyen irányú kezdeményezések kevésbé jelentek meg, holott a társadalom idősödésének üteme megegyezik az európai trendekkel. Az idősödés kérdése pedig az egyértelmű statisztikai előrejelzések mellett azért is prioritás, mert ahol tartani kell a társadalom tagjainak az idősödéstől és annak velejáró vonzataitól (elesettség, rászorultság, kiszolgáltatottság, bizonytalanság stb.) ott a társadalom még nem idős tagjai sem érzik jól magukat, életminőségük, elégedettségük nem pozitív irányba fejlődik, ott egyszerűen nem jó élni (*Krémer, 2015*). A hazai szociálpolitika fókuszában a családvédelmi programok és a termékenység emelkedését célzó intézkedések kerültek, melyek hosszútávon, azaz néhány évtized múlva éreztetik hatásukat, addig is amennyiben nem történik sürgős beavatkozás, mely a rendszer stabilitását biztosítaná, ma ismert formájában az idősök számára biztosított szociális ellátások rövidtávon fenntarthatatlanná válnak. Emellett az egészségügyi ellátórendszer és a gazdasági rendszer működése is megkérdőjeleződik. A várható igénynövekedés finanszírozásbeli átgondolásokat, átcsoportosításokat, illetve szemléletbeli változtatásokat egyaránt kíván. A 2013 óta a költségvetési törvények alapján összeállított és stagnáló szociális alapszolgáltatásokat érintő normatíva mellett (*Gyarmati, 2019*), a fenntartói-ellátotti oldalon is komoly szemléletváltásra lenne szükség az idősök ellátásában (*Szabó, 2013*).

Jelen kutatás befejezett kvantitatív adatfelvételében az elsődleges cél a magyarországi régiós központokban idősök nappali ellátásában megjelenő ellátotti kör elérése és felmérése volt tekintettel az aktív idősödés elképzeléséhez kapcsolódó területek érintésére.

2. A jelenlegi adatfelvételben érintett ellátás: az idősök nappali ellátása Magyarországon

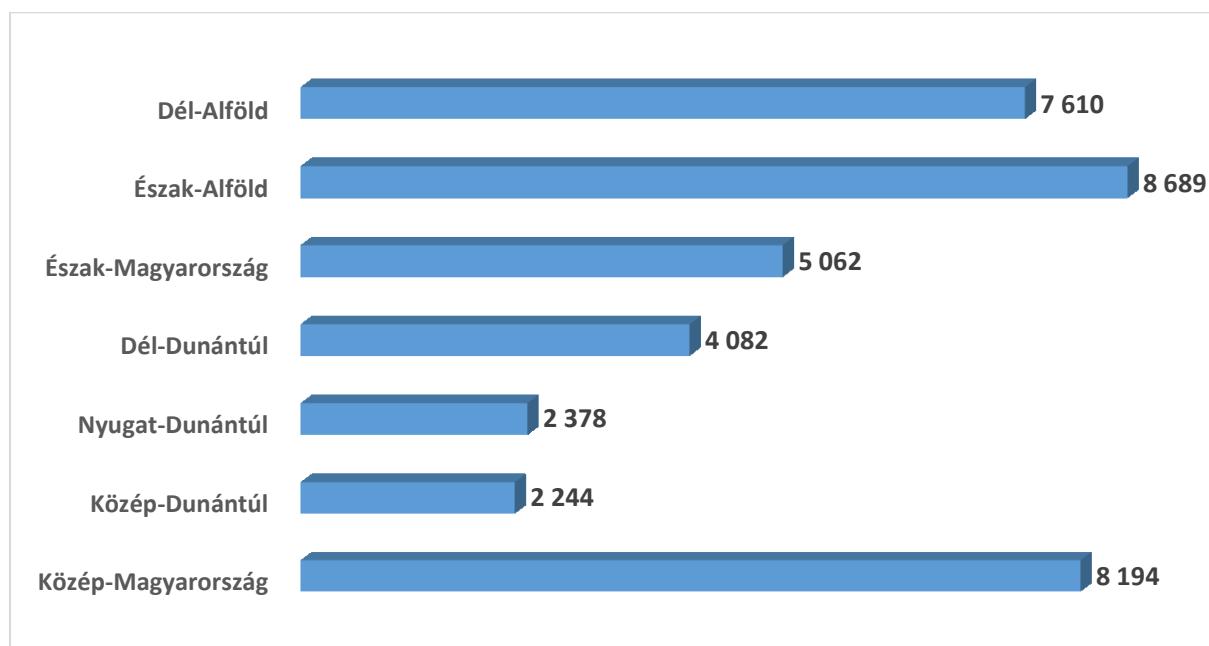
Az idősök ellátásával elsősorban az 1993. évi III törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (röviden Szt.) rendelkezik.

1. táblázat: Szociális alapszolgáltatások és szakosított ellátások köre

Szociális alapszolgáltatások*	Szakosított ellátások* ¹⁵⁶
falu-, és tanyagondnoki szolgáltatás	ápolást gondozást nyújtó intézmény (idősek otthona)
étkeztetés	rehabilitációs intézmény
családsegítés	
házi segítségnyújtás	lakóotthon
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	átmeneti elhelyezést nyújtó intézmény
közösségi ellátások	támogatott lakhatás
támogató szolgáltatás	
utcai szociális munka	
nappali ellátások	

A kutatás tekintetében kiemelt helyet foglal el az idősek nappali ellátása (ismertebb nevén: idősek klubja). Ezen ellátás során megszervezik az ellátottak napközbeni segítségét olyan 18. életévüket betöltött személyek számára, akik elsősorban saját otthonukban élnek, egészségi-mentális állapotuk és/vagy idős koruk indokolja ezen típusú segítség igénybevételét. A 2018-as KSH adatok alapján az idősek nappali ellátásában részesülők száma országosan 38 259 fő (KSH, 2018).

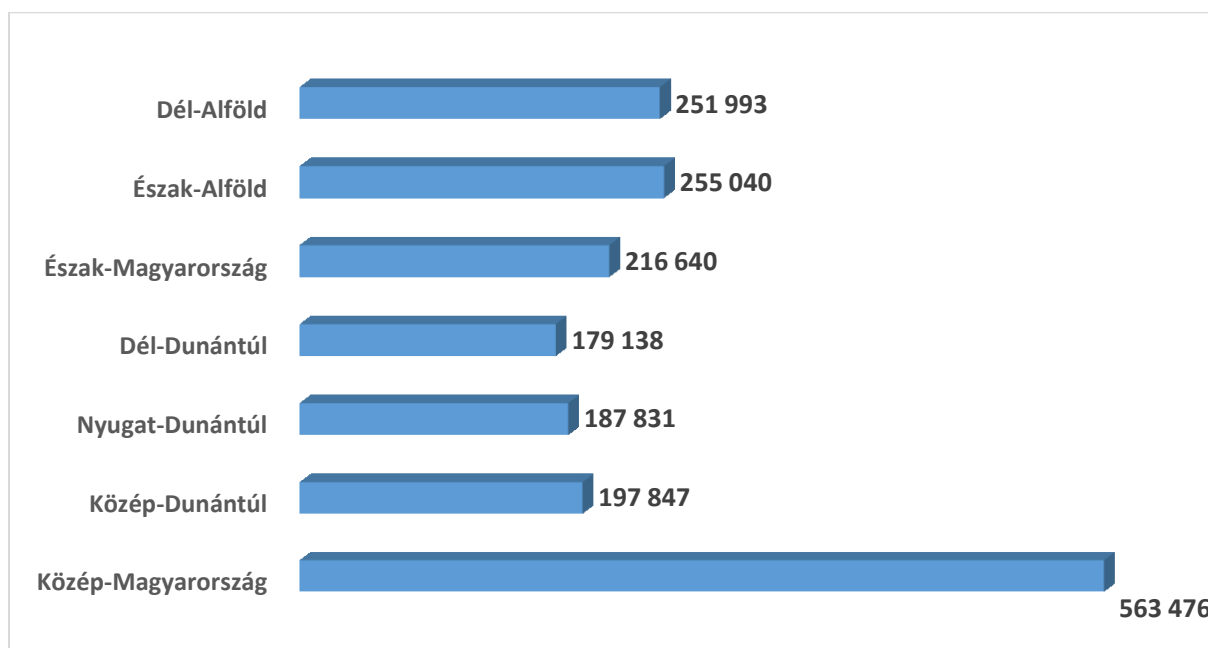
1. ábra: Idősek nappali ellátását igénybevevők megoszlása régiós bontásban 2018-ban (fő) N= 38 259 (KSH,2019)



A régiók területi kiterjedtsége és az ellátás igénybe vevőinek száma között nem található összefüggés. Míg Dél-Alföld a legnagyobb területű régió addig az ellátottak számát tekintve csupán a harmadik helyen áll, Közép-Magyarország pedig, ami a legkisebb területű régió rendelkezik a második legtöbb ellátottal ebben az ellátási formában. Utóbbi esetében érvényesül az itt elhelyezkedő főváros hatása is.

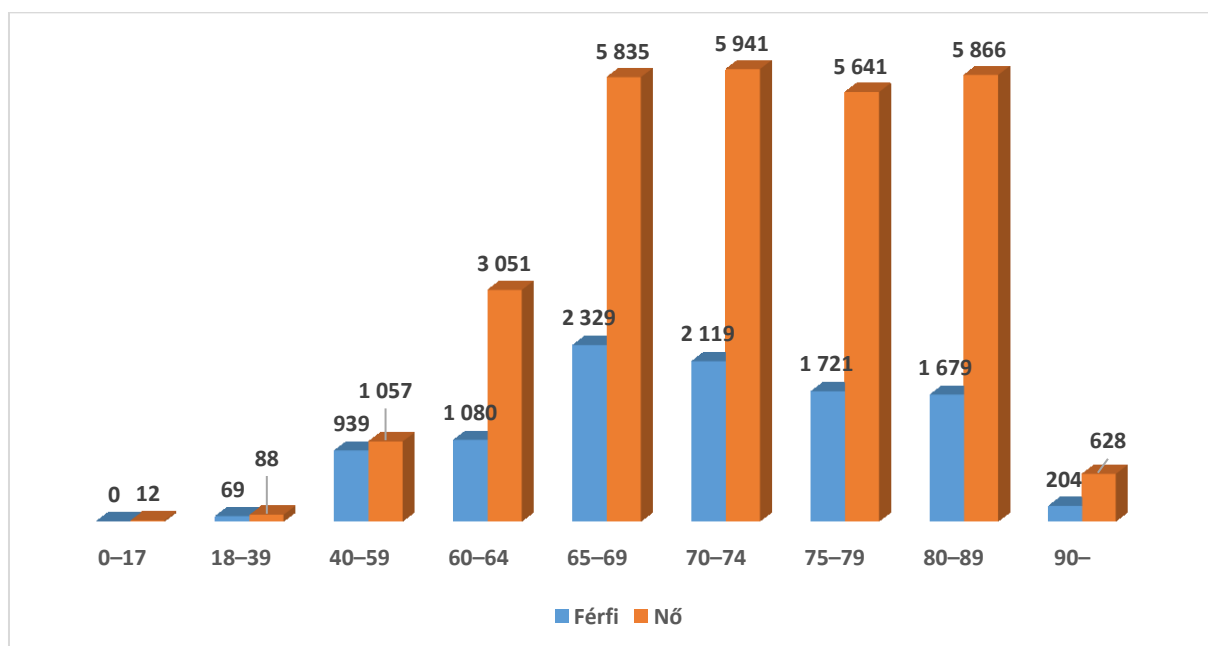
¹⁵⁴ Az említett ellátások közül vastag betűvel szedettek igénybevétele lehetséges és jellemző az idős személyek esetében.

2. ábra: 65+ lakónépesség megoszlása régiós bontásban 2018-ban (fő) N= 1 851 965 (KSH,2018)



Sokkal valószínűbb tehát, hogy az ellátottak régiós számát a népsűrűség, illetve az adott régióban élő potenciális 65 éves vagy idősebb ellátottak száma befolyásolja (2. ábra). Az adatokat az általában speciális helyzetben található Közép-Magyarország, illetve Dél-Dunántúl árnyalják. Míg a legtöbb potenciális ellátott (65 éves vagy idősebb lakos) Közép-Magyarországon él, addig az idősök nappali ellátását igénybe vevők számának rangsorában csupán a második helyen áll. Dél-Dunántúlon él a 65+-os népesség legkisebb csoportja, mégis a nappali ellátás irányába ennél jelentősebb igény mutatkozik, hiszen az ellátottak létszámát tekintve ötödik a sorban.

3. ábra: Idősök nappali ellátását igénybevevők megoszlása nem ill. korcsoport szerint 2018-ban (fő) N= 38 259 (KSH,2019)



Ahogy a legtöbb szociális ellátásban, úgy itt is erőteljes női dominancia figyelhető meg. A korcsoportos bontás alapján leginkább a 65-74 évesek képviseltetik magukat, de jelentős a 80-89 évesek száma is. Utóbbi érdekes kérdésként veti fel, hogy mi jellemezheti azokat a 80-89 éves ellátottakat, akik számára elegendő a nappali ellátás, és még nem szükséges a szakosított ellátások nyújtotta teljes körű támogatás?

3. Idősek nappali ellátását vizsgáló kvantitatív kutatás a magyar régiós központokban

3.1. A kutatás célja

A kutatás első, kvantitatív adatfelvételi időszakában cél volt felmérni a 7 magyarországi régióban, a régiók központjaiként funkcionáló legnépesebb városokban a helyben nyújtott szociális alapszolgáltatások közül az idősek számára biztosított nappali ellátásban résztvevő ellátottak minél szélesebb körét. A szolgáltatás általános jellemzőin túl, elsődleges szempontként jelent meg magát a szolgáltatást meghatározó ellátotti kör aktív idősödés mentén történő differenciált szempontú vizsgálata. A bevont minta tagjai a nappali ellátásba bekerülve hozzájutnak bizonyos alapszolgáltatásokhoz, azonban életük nagyobb részében ezeknek az ellátásoknak a segítségével saját otthonukban maradva folytathatják megszokott életüket. Ennek előnyeiről és esetleges hátrányairól megoszlanak a vélemények. Tény azonban, hogy a fenntartók számára olcsóbb támogatást jelent az időseket nappali ellátás keretében segíteni, emellett az ellátottak számára is kedvezőbb, ha saját megszokott környezetükben élhetnek addig, míg tevékenységeiket és életüket biztonsággal képesek a szakosított ellátás által nyújtott támogatás nélkül is vezetni. A külföldi előremutató jó példák esetében is szembevetendő az alapszolgáltatások (day care vagy community based social services) megerősítése akár fejlett új technológiai megoldások segítségével pl.: telecare (*Barlow és mtsi, 2007*). Egy kanadai tanulmány problémafelvetéseként is megjelenik, hogy az idős ellátottak túlzóan a szakosított ellátások (long-term care) felé fordultak, indokolatlan terhet jelentve ezzel a rendszer számára. Ennek kiküszöbölésére, egy komplett szociális szolgáltatások között átvezető modell kidolgozását vázolták fel (*Liu és mtsi, 2017*).

Jelen kutatás másik fontos adatfelvételi pillére a rendszerben dolgozók véleményének kihangosítása az aktív idősödés koncepciójának idősek nappali ellátásában való megjelenésével, átültetésével kapcsolatban. A 2020 év elején megjelenő COVID-19 járványhelyzet tovább erősítette az aktív idősödésben is preferált online szolgáltatások és új infokommunikációs technikák, platformok alkalmazásának fontosságát. A bemutatásra kerülő kérdőíves kutatás folytatásaként jelenleg is kvalitatív adatfelvételek zajlanak az idősek nappali ellátásában dolgozók körében. A félig strukturált interjúk és fókuszcsoportos interjúk eredményei a kutatás záró tanulmányaként is szolgáló disszertációs munkában kerülnek bemutatásra.

3.2. A kvantitatív kutatás módszertana

3.2.1. A kutatás helyszínei

A kutatási kapacitások átgondolását követően egy minden régiót felölelő vizsgálat körvonalazódott, melynek során Magyarország hét régiójában:

- Nyugat-Dunántúl, régiós központ: Győr
- Közép-Dunántúl, régiós központ Székesfehérvár (Veszprémi adatgyűjtéssel kiegészítve)

- Dél-Dunántúl, régiós központ: Pécs
- Közép-Magyarország, régiós központ: Budapest
- Észak-Magyarország, régiós központ: Miskolc
- Észak- Alföld, régiós központ: Debrecen
- Dél-Alföld, régiós központ: Szeged

azok régiós központjaiként funkcionáló nagyvárosokban történt az adatfelvétel. Budapest a közép-magyarországi régió (NUTS2) központjaként szerepel, ezen besorolás alapján nem különül el önálló egységgé. Szerepe és helyzete azonban így is erősen egyedi és speciális, mely az adatfeldolgozás során több alkalommal is megjelenik.

3.2.2. A kvantitatív adatgyűjtéshez használt eszköz és annak alapjai

Az adatgyűjtéshez egy 35 kérdésből álló, anonim önkitöltős kérdőív szolgált alapul. A kérdőív összeállításánál a legnagyobb hangsúly az aktív idősödés index (active ageing index) által is alkalmazott kérdőívre került, melyet Zaidi és munkatársai 2012-ben fejlesztettek ki az aktív idősödés mérőeszközéül. Az aktív idősödés fogalma és lehetősége már a WHO által 1999-ben meghirdetett idősök éve során (*WHO, 2011*) is szembeötlő volt, mindez csak fokozódott az aktív idősödésben rejlő lehetőségek további feltérképezésével. Az aktív idősödés, mint fogalom alatt több meghatározás is érthető, mégis a legszélesebb körben elfogadott ezek közül talán a WHO 2002-ben megalkotott definíciója: „Az aktív idősödés egy olyan folyamat mely optimalizálja a lehetőségeket az egészség, a részvétel és biztonság (pl.: társadalmi) területein, hogy fokozza az idősödő emberek életminőségét. Az aktivitás szó itt a folyamatos társadalmi, gazdasági, kulturális, vallási és közösségi ügyekben való aktív részvételre utal, nem csak a munkaerőpiacon való további részvételre vagy a fizikai aktivitás megőrzésére” (*WHO, 2002*). 2012-re, ami a generációk közötti szolidaritás éveként került meghirdetésre Európában, sürgetővé vált az igény egy hatékony, jól kommunikálható mérőeszközre, mely képes mérni és prezentálni az aktív idősödés folyamatát elsősorban nemzetállami szinteken. Így született meg az aktív idősödés index (*Zaidi és mtsi, 2012*). Az index egyetlen 0-100 terjedő számmá generálta egy-egy ország aktív idősödésének mutatóit. A mérőeszköz természetesen alkalmazható a folyamatos monitorozásra, a szociálpolitikai hatások okozta változások kimutatására, ezzel pedig az ún. evidence based döntéshozás támogatására. Az egyéni szinteken történő mérés egyelőre kevésbé bevett gyakorlat, bár történtek kísérletek ilyen irányba (*Piñeiro Vázquez és mtsi, 2018*). A Zaidi és kutatócsoportja által megalkotott index 4 fő pillér mentén próbálja meg keretbe foglalni az aktív idősödést:

- Foglalkoztatás
- Társadalmi részvétel
- Önálló egészséges és biztonságos élet
- Támogató és képessé tevő környezet az aktív idősödéshez

A 4 pilléren belül korábbi, lehetőleg rendszeres adatfelvételekkel dolgozó nagyobb európai kutatások kérdőíveiből állítottak össze kérdésblokkokat. A nagy felmérések rendszeres lekérdezése szavatolja, hogy az index minden alkalommal frissíthető, a változások nyomon követhetőek, az adatok pedig nagymintás, sok esetben reprezentatív kutatásokból származnak. Az elmúlt évek során megjelent kritikus hangok pontosan ezt az előre meghatározott szerkezetet emelték ki gyenge pontként, hogy nem kellőképpen rugalmas, nem kalkulál fontos változókkal,

mint például a spiritualitás/vallásosság kérdése, illetve, hogy a több nagy európai kérdőívől származó adatokat aggregálja úgy, hogy ezek nagy eséllyel teljesen más személyektől kerültek lekérdezésre. Ezentúl megjegyzik, hogy a 4 fő pillérhez rendelt változók fixált súlyozása nincsen tekintettel az eltérő kulturális, gazdasági, szociálpolitikai háttérrel rendelkező országok közötti eltérésekre. Megfogalmazásra kerül, hogy regionális szinten igen nehéz bizonyos mikro adatokhoz a hozzáférés (*São Jose és mtsi, 2016; Atkinson & Marlier, 2012; Perek-Bialas & Mysinska, 2013*). Az évek során kritikaként felmerült szempontok ellenére az aktív idősödés index egy komplex, az idősödés sok aspektusát lefedő eszközként maradt használatban, azonban olyan egyéni irányok kidolgozását is elindította, mint az ún. Selfie Ageing Index koncepció. A Selfie Ageing Index az országos központi statisztikai adatokat kihagyva az egyén önbevallására alapozó szubjektív mérőeszköz, mely megteremti a lehetőségét, hogy az ellátottak önmagukat mérve kapjanak képet idősödésük folyamatáról (*Gonçalves és mtsai., 2017*).

Jelen kutatás kérdőívének kidolgozása során az aktív idősödés index kérdőíve került javarészt átvételre. Az index négy fő pillérének struktúráját megtartva készült el az átfogó 35 kérdést tartalmazó kérdőív, melyet az idősök nappali ellátásában ellátottak töltöttek ki a régiós központokban. Átalakításra és új kérdések beemelésére a magyar minta sajátosságai, illetve az index kialakítása óta publikált a mérőeszközt tesztelő kutatásokban jelzett hiányosságok miatt volt szükség. Az újonnan beemelt kérdések esetében is szempont volt, hogy azok már korábban használt nagy európai szintű kérdőívekből kerüljenek átvételre, illetve amennyiben a kérdőívnek volt validált magyar fordítása abban az esetben a kérdés abból kerüljön beépítésre. Így az adott 4 pilléren és azok indikátor kérdéscsoportjain túl felmérésre kerültek a válaszadók által lakott ingatlan akadálymentesítéshez köthető sajátosságai, a válaszadók vallásossága, szubjektív egészsége és boldogsága továbbá az infokommunikációs lehetőségeken belül az internethez fűződő gyakorlatuk.

A szükséges részek átalakításával és meghatározott kérdések bevonásával tehát az aktív idősödés index megközelítését és tematikáját megtartva, azonban nem a kifejezett index készítését célul kitűzve, egy a kitöltők komplex több életterületet felölelő felmérésére, illetve az ebből fakadó lehetőségeik vizsgálatára nyílt mód.

3.3. A minta

A kutatás során kvantitatív eljárás segítségével, a kényelmi mintavétel elvét követve történt az adatgyűjtés, így azon ellátottak bevonása valósult meg, akik erre nézve önként beleegyezésüket adták és saját kezűleg kitöltötték a kérdőívet. A vizsgált minta nem reprezentatív, ez nem volt cél a kutatás tervezésekor a kapacitások szűkössége miatt. Minden régiós központban működő érintett intézmény belegyezett a részvételbe miután lehetőségük volt betekinteni a mérőeszközbe, illetve a rövid kutatási tervbe. Az adatgyűjtés során a mérőeszközök eljuttatása személyes, postai vagy online módon történt, függően az intézmény igényeitől. A cél a vizsgálat megkezdésekor az volt, hogy adott időszakon belül a lehető legnagyobb számú kérdőív érkezzen vissza elemzésre. A kutatásba bevont szolgáltatások köre relatíve szűk, az idősök nappali ellátásában részesülő ellátottakra korlátozódik. Ennek oka, hogy hipotetikusan feltételezhető, hogy az aktív idősödés megközelítése, az általa összesített változók, úgy mint a társadalmi részvétel, a foglalkoztatás, az egészséges és biztonságos élet, leginkább a még nappali ellátás kereteiben megjelenő személyeknél mérhető és mutatható ki. Emellett

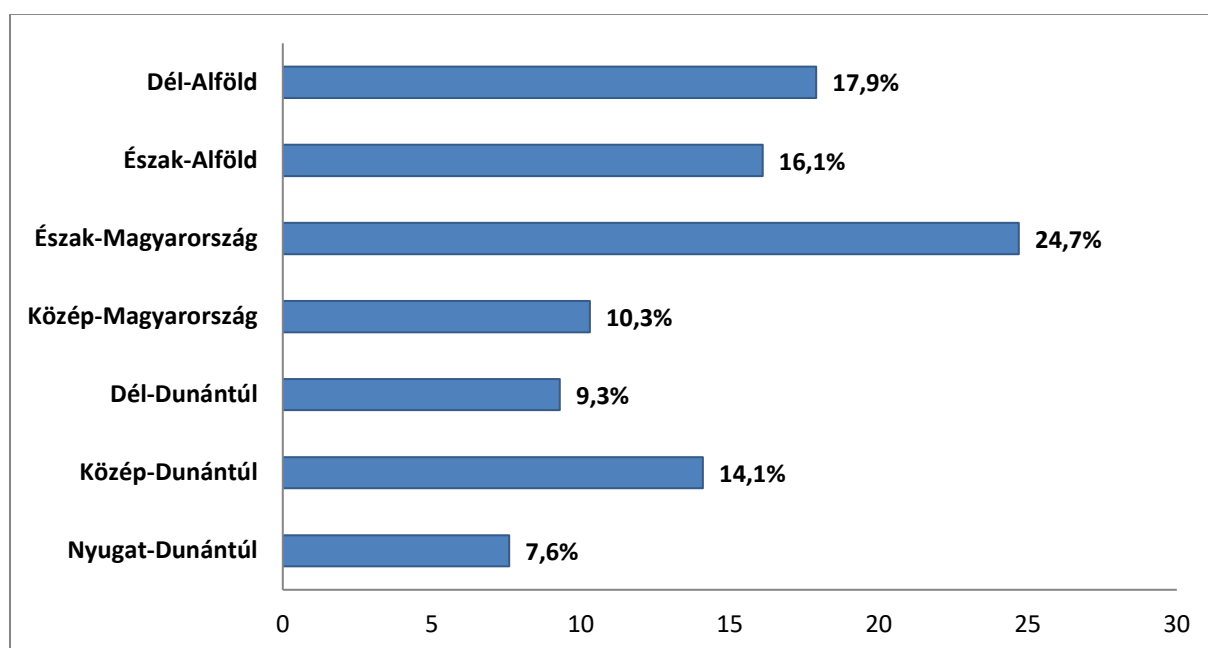
természetesen szükséges hangsúlyozni, hogy az aktív idősödés és koncepciója más alapszolgáltatásokba is átültethető, sőt a szakosított ellátásokban is feltétlen helye van.

A kérdőívet 397 fő töltötte ki 2016 év vége és 2017 első feléve során, a mintavételi helyszíneket jelentő 7 magyarországi régióban, a régiós központokban működő idősek nappali ellátását biztosító intézményekben.

3.3.1. Kitöltés helyszínére vonatkozó adatok

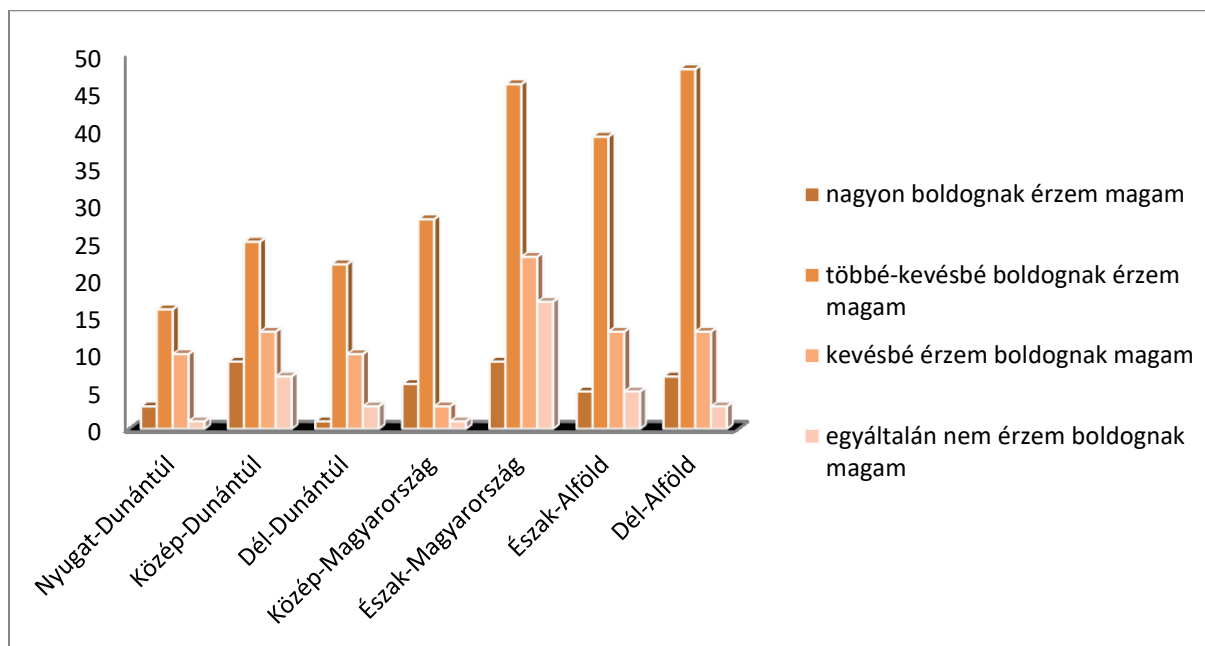
A legtöbb kitöltő régiós szempontból az észak-magyarországi területen él, ők adják a teljes minta 24,7%-át. Ezt követi Dél-Alföld 17,9%-al, majd Észak-Alföld 16,1%-al (4. ábra)

4. ábra: Válaszadók százalékos megoszlása a kitöltés régiója alapján, N=397



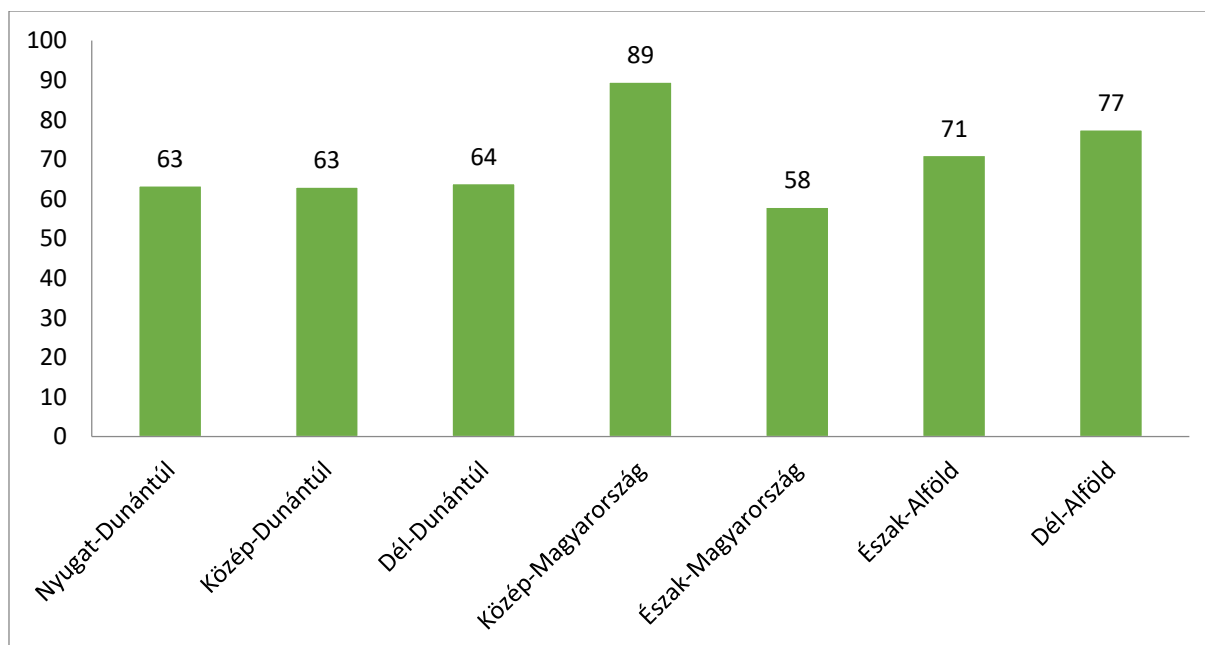
Mind az idősek nappali ellátását igénybe vevők száma tekintetében, mind pedig a 65 éves vagy idősebb lakónépesség számát figyelembe véve látható, hogy a keleti régiók a lista elején helyezkednek el, ahogy itt a kérdőív kitöltésében is. Egyedül Közép-Magyarország mutat az első négy hely vonatkozásában más eredményt, hiszen a kérdőívet kitöltők alapján a negyedik helyre került, annak ellenére, hogy mind idős lakónépesség mind pedig a nappali ellátást igénybe vevők szempontjából első helyen szerepel az országos statisztikában. A régiós hovatartozása a kitöltőknek korrelációt mutat más változókkal pl.: a kitöltő háztartásának jövedelmi helyzete ($r=0,097$), vagy a számítógéppel való ellátottság ($r=0,097$). A kitöltők szubjektív boldogságával nem korrelál a változó, azonban az elmondható, hogy a kitöltők közül a legtöbb (224 fő) többé-kevésbé boldognak érzi magát. A második helyen pedig a kitöltők a „kevésbé érzem magamat boldognak” válaszkategóriát jelölték meg (5. ábra).

5. ábra Kitöltők szubjektív boldogságérzete (fő) N=386



Egy-egy adott régió válaszadóinak összesített számához arányosítva a közép-magyarországi régió válaszadói vallották magukat a leginkább boldognak¹⁵⁷ (6. ábra). Őket követték az alföldi régiókban élők, majd a dunántúli régiók válaszadói következtek (64-63-63%-al) végül a legkevésbé az észak-magyarországi válaszadók érezték boldognak magukat, ahol ezt 58%-uk jelezte.

6. ábra Önmagukat boldognak definiáló kitöltők százalékos aránya a régiós összkitöltéshez



¹⁵⁷ A régióként önmagukat boldognak definiálók csoportjának (boldognak érzi magát, illetve többé-kevésbé boldognak érzi magát változókból kialakításra kerülők csoportja) aránya az adott régió összes kitöltőjéhez képest.

3.3.2. Nemek szerinti megoszlás

A minta nemek szerinti megoszlása egyértelmű női túlsúlyt mutat, a kitöltők 73,5%-a nő, 26,5%-a pedig férfi. Ez az arány megfelel az idősök nappali ellátását országosan igénybe vevő klienskör nemi megoszlásának (összes idősök nappali ellátását igénybe vevő: 38 284 fő, ennek 73 %-a nő és 27%-a férfi; KSH, 2017). A megoszlás jól példázza a hazai szociális alapszolgáltatások igénybe vevőinek ilyen szempontú eltérését. A legtöbb szociális alapszolgáltatásban (az idős személyeket közvetlenül érintőkében egyértelműen) felül reprezentáltak a nők olyan mértékben mely már nem magyarázható csupán a magasabb várható élettartammal. Nem ritka az idősök nappali ellátásának esetén is tapasztalt majd háromszoros különbség. Általában azokban az alapszolgáltatásokban kiegyenlítettebb az arány, amelyeket nem kifejezetten idősebb ellátottak számára nyújtottak pl.: pszichiátriai betegek-, fogyatékos személyek nappali ellátása. Valószínűbb, hogy a nők magasabb hajlandóságot mutatnak az ellátások igénybevételére, nyitottabbak ilyen irányba és könnyebben kérnek segítséget, míg ezt férfi társaik kevésbé teszik meg. Az ellátás (nem csupán a nappali ellátás) átalakítása estében meggondolandó, hogy programok, lehetőségek megváltoztatásával a potenciális férfi ellátottakat is megpróbálják azokba bevonni.

3.3.3. Családi állapot szerinti bontás

A válaszadók több mint fele, 54,6%-a özvegynek jelölte magát. Emellett 8,1% hajadon vagy nőtlen, 1,5% házasságban él, azonban nem egy háztartásban párjával; 19,8% pedig elvált. Összességében tehát a kitöltők 84%-nak nincsen házastársa vagy élettársa. Ez a feltett kérdés alapján nem jelenti egyértelműen azt, hogy ők egyedül élnek, egyszemélyes háztartásban, az azonban tény, hogy aktuális európai adatokat nézve is, a népesség egyik legnagyobb csoportja (33,4%-a) egyszemélyes háztartásokban él. Az is tény, hogy az egyszemélyes háztartások száma emelkedett a legjelentősebb mértékben a 2005-2015-ös időszakban (*Liotta és mtsi, 2018*). Megalapozottan feltételezhető, hogy a kitöltők szignifikáns csoportja egyszemélyes háztartásban élt már a kitöltéskor, a jövőre nézve ehhez a számhoz kapcsolódóan pedig további emelkedés prognosztizálható. A rendelkezésre álló minta alapján megállapítható, hogy a kitöltők körében az idősök nappali ellátása elsősorban a házastárs és pár nélkül élőket érte el. Amennyiben cél a jövőre nézve, hogy minél több ellátottat vonzzon be az idősök nappali ellátása és az ellátás preventív jellege nagyobb hangsúlyt kapjon, érdemes átgondolni, hogy a még párral élő potenciális ellátottakat miként lehet aktivizálni.

3.3.4. A minta korcsoportos bontása

A vizsgált minta esetében a korcsoportos bontás tekintetében a könnyebb átláthatóság érdekében 4 nagyobb életkori csoport kialakítása történt (2. táblázat).

2. táblázat: Kitöltők korcsoport szerinti %-os megoszlása (N=390)

Korcsoportok	%-os megoszlás
64 éves vagy fiatalabb	14 %
65-74 év közöttiek (korai öregkor)	38 %
75-89 év közöttiek (késői öregkor)	44 %
90 éves vagy idősebb (aggkor)	4 %

Elsősorban a késői öregkorhoz kapcsolható 75-89 éves korosztály képviseltette magát a mintában (1. tábla), mely érdekes kérdést vet fel: Vajon mik azok a változók, melyek lehetővé teszik ennek a rétegnek az önállóságát, azt, hogy egy alapszolgáltatás típusú ellátás által nyújtott támogatás elegendő és lefedi a korról megjelenő igényeiket. Ezen kérdés későbbi kvalitatív adatfelvételhez kapcsolódó körül járása indokolt, hiszen több helytálló válasz is elképzelhető például a náluk fiatalabb idősök korcsoportja még fizikálisan is van annyira aktív, hogy részt vegyen gyermekei/unokái mindennapjaiban és tényleges jelenlétével segítse azt, így nem marad szabad kapacitás az alapellátásba való becsatlakozásra. Lehetséges, hogy egy elhúzódo elhelyezés miatt kényszerül valaki átmenetileg az alapszolgáltatások valamelyikében. Elképzelhető, hogy a korábban családi állapotra adott kérdésnél felfedezett eltérés húzódik meg a háttérben, azaz az idősök 75-89 éves korokra nagyobb számban élnek özvegyen és ez az időszak, amikor társas igényeik kielégítésére az idősök nappali ellátásának keretein belül találnak megoldást. A lehetséges magyarázatok mellett azt is fontos vizsgálni, hogy amennyiben fizikálisan/mentálisan is megfelelő állapot jellemzi az idősöket és esetleg párkapcsolatban élnek, úgy mik azok a jellegzetes változók, melyek megléte vagy erős támogatása segíti őket abban, hogy elegendő segítséget találjanak ebben a nappali ellátásban.

3.3.5. Iskolázottság

A legmagasabb iskolai végzettség a kitöltők iskolai éveik alatt jellemző iskolatípusokra tekintettel került lekérdezésre. 25,4%-al az általános iskola 5-8. osztályát jelölték meg legmagasabb iskolai végzettségnek, mely az akkori rendszerben, mint polgári iskola szerepelt. Ezt követte a szakiskola (20,8%) majd a gimnáziumi érettségi (20%). 15,9%-al a szakközépiskola zárta a középiskolai végzettségek sorát. A kitöltők 14,7%-a jelölt valamilyen felsőoktatásban szerzett végzettséget. Csupán 3,2% jelzett elemi iskolai végzettséget, mint az elért legmagasabb iskolai végzettség. Az iskolai végzettség folyamatos növekedése az ellátottak körében a népszámlálási statisztikák alapján erőteljesen megmutatkozik. Ebben a változóban a jövőre nézve is emelkedés várható, hiszen a fiatalabb generációk között is folyamatosan növekszik a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma (KSH, 2011). A szolgáltatásszervezésnél, a preventív szemlélet és a lehető legtöbb ellátott bevonásánál minderre érdemes hangsúlyt fektetni.

3.4. Eredmények

3.4.1. Akadálymentesítés

Az akadálymentesítés kérdése alapvetően az aktív idősödés index koncepciójának és az azt érő kritikai megközelítéseknek az átgondolásakor jelent meg, mint potenciális kérdésblokk. Az ENABLE-AGE (Enabling Autonomy, Participation, and Well-Being in Old Age: The Home Environment as a Determinant for Healthy Ageing) Projekt, mely 2002-2004 között zajlott több európai országban, köztük Magyarországon is, egy kvalitatív technikákat alkalmazó, nagyon alapos és átfogó eredményeket biztosító tanulmányosorozat. A kutatás fő fókuszában az otthoni környezet és az egészséges idősödés (healthy ageing) kapcsolata húzódik. Az egészséges idősödés és az ezredforduló után igazán elterjedt aktív idősödés között tartalommal kapcsolat és összefonódás figyelhető meg. Az aktív és elsősorban független idősödéshez nagy segítséget nyújthat az idős személyek mindennapi lakókörnyezetében eszközölt megszokott és általános tevékenységeket segítő átalakítások. Az egyszerű fizikai változtatások pl.: extra kapaszkodók

felszerelése, küszöbök eltávolítása mellett említést érdemelnek a folyamatos fejlődést produkáló technikai eszközök pl.: okoseszközök, beszélő eszközök. Utóbbiak részben akadálymentesítési funkciókat látnak el, de emellett segítik az időseket a tágabb környezetükkel való kapcsolatok fenntartásában, a mindennapi rutin megőrzésében azzal, hogy például figyelmeztetnek mikor milyen megszokott teendők következnek a nap során. Az akadálymentesítés ténye mellett, annak helyszíne került felmérésre. A válaszadók csupán 25,2%-nak háztartásában volt valamilyen jellegű akadálymentesítés. A számításba jöhető egyéb változók közül az akadálymentesítés korrelált a csoportosított életkorokkal (4.3.4). Az akadálymentesítés hatással van az akadályozottság érzésére (ANOVA $p=0,04$). Az általános szubjektíven bevallott egészségi állapottal és a boldogsággal nem mutatott összefüggést.

Az akadálymentesítés helyszínét illetően több választós kérdésben az első három helyen a fürdőszoba/mellékhelyiség (20,7%), az ingatlan belső szobái (8,9%) és az ingatlan konyhája szerepeltek (6,3%). Legkevésbé az ingatlan külső részeinek (3,9%) pl.: kert, illetve egyéb belső helyiségeinek (0,8%) pl.: kamra akadálymentesítését végezték el.

3.4.2. Vallásosság

A vallásosság és spiritualitás témakörei komolyan kapcsolódnak a WHO által 2002-ben megfogalmazott aktív idősödés koncepciójához: „...Az aktivitás szó itt a folyamatos társadalmi, gazdasági, kulturális, vallási és közösségi ügyekben való aktív részvételre utal...” Az idősödés folyamatában a valláshoz kapcsolódó fogalmaknak a jelentősége sok esetben felértékelődik (Kavas, 2016). Kifejezetten vallásosságra, spiritualításra vonatkozó kérdés nem került az aktív idősödés index változói közé, a mérőeszköz kidolgozása óta azonban készült olyan kutatás, mely kifejezetten alátámasztotta a vallásosság/spiritualitás és hit pozitív hozadékait az aktív és pozitív idősödés folyamatában (Malone & Dadswell, 2018). Azokban az európai kérdőívekben melyekből az index dolgozik megjelennek vallásosságra vonatkozó kérdések, így jelen kutatás kérdőívébe 3 darab, a European Social Survey illetve a European Quality of Life Survey-ből átvett témához kapcsolódó kérdés került beépítésre, melynek célja röviden felmérni, hogy a kitöltők hogyan viszonyulnak a témához, illetve van-e bármilyen összefüggés más aktivitást és önállóságot befolyásoló változókkal.

A vallásosságra, spiritualításra vonatkozó kérdésekre többen nem válaszoltak, mely valószínűleg a kérdések érzékenységből adódott. A szenzitivitás miatt lehetőség volt a válaszmegtagadásra is, de több kitöltő ezt sem vállalta fel. A három ide vonatkozó kérdés esetében elmondható, hogy kérdésenként a válaszadók 15-17% nem válaszolt rájuk. A vallásosságra vonatkozó kérdések elsősorban a nemmel és az életkorral mutattak gyenge összefüggést (vallási szertartáson való részvétel-nem $r=-0,209$), illetve egymással korreláltak szorosabban. Míg a kitöltők 73,3%-a vallotta magát valamilyen valláshoz tartozónak, addig a gyakorlatban csupán 27,9%-uk jár legalább havi szinten valamilyen vallási szertartásra, mint résztvevő. A minta tehát az eddigi elemzések alapján a vártnál kevésbé tekinthető vallásosnak, ezek a változók kevésbé korrelálnak más életminőséghez-aktivitáshoz kapcsolódó, vagy szociodemográfiai változókkal.

3.4.3. Mentális jóllét

Főkomponens elemzés segítségével öt korábbi változó alapján készült egy új ún. mentális jóllét változó. Ennek lényege, hogy egy a korábbiakat jól magyarázó, más szubjektív életminőséget

és önállóságot befolyásoló változókkal jól együtt mozgó érték jöjjön létre. Az öt korábbi változó, melyek felhasználásra kerültek:

Kérem, mondja el a következő öt állításról, hogy melyik áll a legközelebb ahhoz, ahogy az elmúlt két hétben Ön érezte magát:

- *Jókedvűnek és derűsnek éreztem magam*
- *Nyugodtnak és kipihentnek éreztem magam*
- *Tevékenynek és életerősnek éreztem magam*
- *Frissen és kipihenten ébredtem*
- *A mindennapi életemet olyan dolgok töltötték be, amelyek érdekelnek engem*

A kérdésekre ordinális skálák segítségével adták meg a válaszokat. Az új mentális jóllét változó 60%-ban magyarázza a régi változókat, tehát jól használható. Közép-Magyarország, Dél-Alföld és a nyugati régiók közül Nyugat-Dunántúl régióiban a legmagasabb a mentális jóllét értéke, komoly összefüggés az új változó és a régiós hovatartozás között azonban nem volt kimutatható. A mentális jóllét és a kitöltő háztartásának jövedelmi helyzete ($p=0,045$) illetve a kitöltők családi állapota ($p=0,00$) között jelent meg kapcsolat. A mentális jóllétre hatással volt a kitöltő akadályozottsága ($p=0,034$), amennyiben valamilyen tartós betegség vagy rokkantság, mentális probléma jelen volt úgy az hatással bírt a vizsgált változó értékére is, ahogy ez a kapcsolat elmondható volt a kitöltő szubjektív egészségi állapotával kapcsolatban is ($p=0,022$). A kitöltők életkora és a mentális jóllét azonban nem mutat összefüggést, továbbá a nemi hovatartozás sem jelentett befolyásoló tényezőt.

3.4.4. Foglalkoztatás

A foglalkoztatásra vonatkozó kérdés esetében az országos szinten rendelkezésre álló statisztikai adatok használata helyett, a helyi minta felmérése okán két a munkavállalásra vonatkozó kérdés került beépítésre a használt kérdőívbe. Az egyik kérdés az elmúlt héten végzett jövedelmet biztosító munkára vonatkozott, míg a másik a jövedelmet nem biztosító munkára. Utóbbi kérdés a magyar minta feltételezett sajátossága, azaz a háztáji gazdálkodás, otthoni kerti termelőmunka vizsgálata miatt került beépítésre. A 65 éven felüliek foglalkoztatása alacsony számokat mutat a Központi Statisztikai Hivatal idősoros 1998-2018 közötti adatokat tartalmazó kimutatásában (KSH, 2018). Alapvetően az 1998-2018-ig terjedő időszakban mind a 65-69 mind pedig a 70-74 évesek korcsoportjában lassú emelkedés figyelhető meg. Minden vizsgált évben jelentős visszaesés figyelhető meg a nyugdíjkorhatár betöltésével a foglalkoztatási adatokban. A több mint 4,5 millió foglalkoztatotthoz képest a 65-75 évesek korcsoportjából csupán 58 ezer fő foglalkoztatása valósult meg. Ez a szám az idősbarát munkahelyek kialakításának támogatásával, illetve a munkáltatók érdekelté tételével vélhetően emelhető lenne. A vizsgált minta esetében a válaszadók csupán 8%-a végzett jövedelmet biztosító munkát a kérdezést megelőző héten, a jövedelmet nem biztosító munkák esetében ez a szám 23% volt. A kitöltők nagyon alacsony számban voltak jelen a munkaerőpiacon, annak a feltételezésnek a dacára, hogy a nappali ellátásban megjelenő ellátottak aktivitása, fizikai és mentális állapota vélhetően pozitívabb eredményeket mutat a komolyabb segítséget igénylőkhöz képest. Felmerülhet, hogy a munkaerőpiacon megjelenő 65 éves és idősebb ellátottak nem kerülnek a nappali ellátás rendszerébe pont a foglalkoztatásban való részvételük és a korlátozott időkapacitásuk miatt, ez azonban nem állítható teljes bizonyossággal, hiszen a nappali ellátásba az ellátottak nem

vesznek részt kötelezően minden nap, részmunkaidős foglalkoztatás mellé is jól beépíthetőnek kellene lennie. A korrelációs elemzés gyengébb, de szignifikáns kapcsolatot mutatott a kitöltők életkori csoportosítása és a végzett jövedelmet biztosító ($r=0,185$), illetve jövedelmet nem biztosító ($r=0,178$) munka között. Az életkor előrehaladtával csökken a mintában a foglalkoztatottak száma. Némileg szorosabb kapcsolat állapítható meg a jövedelmet biztosító és jövedelmet nem biztosító munkát végzők között ($r=0,278$).

3.4.5. Önkéntesség

Az önkéntesség kérdése az aktív idősödés index „Társadalmi részvétel” pillérének fontos eleme, szorosan hozzájárul az aktivitás, függetlenség, a hasznosság érzésének erősítéséhez, mindemellett pedig a meglévő kapcsolatokat erősíti, illetve újak kialakításában is segíthet, összességében tehát szorosan hat az életminőségre. Az idősök önkéntes programokba való bevonása, ezek lehetőségének a biztosítás Magyarországon még kevés ellátásban valósul meg, bár néhány helyszín már felismerte ennek a jelentőségét (pl.: Újbudai önkormányzat programja - Idősbarát Újbuda). A vizsgált mintában ezzel szemben a kitöltők 68%-a egyáltalán nem vett részt semmilyen formában önkéntes munkában a kitöltést megelőző 12 hónapban. 10,5% jelezte, hogy heti vagy minimum havi szinten bekapcsolódik ilyen jellegű tevékenységbe, 22,9 pedig ugyan vett részt önkéntes munkában a kitöltést megelőző 12 hónapban, de ritkábban tette ezt, mint 1 hónap. Az önkéntes munka nem mutatott semmilyen összefüggést a kitöltő korával, iskolai végzettségével azonban igen ($r=-0,214$).

3.4.6. Infokommunikációs lehetőségek

A vizsgálat során külön hangsúllyal helyet kaptak az infokommunikációs lehetőségek, elsősorban a számítógép/laptop/tablet-ek használatára, illetve az internet használatára vonatkozó kérdések. Ezen tevékenységek megléte, gyakorisága, illetve célja is felmérésre került. Az aktív számítógép és internet használat már az aktív idősödés koncepciójában is visszaköszön. Ugyan az idősök infokommunikációs ismereteire és ezek használata iránt mutatott hajlandóságukra vonatkozóan komoly negatív sztereotípiák jelentek meg társadalmi oldalról, a kutatók érdeklődését már a 2000-es évektől kezdődően felkeltette az infokommunikációs lehetőségek és az idős generációk kapcsolata. Kutatások és adatfelvételek csak részben igazolták, hogy az életkor és az eszközök használata iránti nyitottság és érdeklődés között negatív összefüggés van (*van Lieshout, 2001*). A válaszadók 35,6%-nak háztartásában található számítógép/laptop. Az arány az internet elérés vonatkozásában is hasonló 35,7%-uk háztartása rendelkezik internet hozzáféréssel. Azoknak a válaszadóknak az esetében, akiknél nincsen számítógép és/vagy internet 20% körül mozog azon alcsoporthoz tartozók aránya, akik anyagi okokból nem engedhetik ezt meg maguknak. Mivel az aktív idősödés szempontjából a kapcsolattartás, a magány oldása miatt is fontos eszközökről van szó, így nem meglepő, hogy az eszközök ezen funkciója az adatfelvételben is visszaköszönt. Azon válaszadók, akik háztartásában megtalálható az internetkapcsolat, az információszerzés mellett leginkább kommunikációs célokra használják fel azt. Az internethez való hozzáférés lehetősége és a bizalmas kapcsolatok száma között az adatok alapján közepes erősségű kapcsolat mutatkozott ($p=0,011$, Cramer V: 0,280).

4. Konklúziók, tervezett továbblépés

Az aktív idősödés lehetősége, a prevenció és a fiatalabb idősök, illetve a nyugdíj előtt állók csoportjának felkészítése elengedhetetlen lenne a rendszer megreformálásának szempontjából. Fenntarthatóság és költséghatékonyság megőrzésének tekintetében ez mutatkozik az egyik járható útnak, melyben az aktív idősödés megközelítése komoly pozitív kilátásokkal alkalmazható. A hazai idősök nappali ellátását vizsgálva látható, hogy a szolgáltatás elsősorban a nőket, illetve a pár nélkül élőket éri el. A férfiak, illetve a házastárssal/élettárssal élők bevonása fontos lépés lehetne. Minél több idős érhető el a nappali ellátás segítségével, annál inkább válik nyomon követhetővé állapotuk és az abban bekövetkező változások, így az adekvát segítséget is korábban megkaphatnák az ellátottak. Ezzel lehetőség nyílna a szakosított ellátási formák igénybevételének elhalasztására, mely kiadások szempontjából a fenntartók számára hatékony megoldás, másrészt az ellátottak számára is komoly segítség, hiszen későbbi időpontra tolódik (amennyiben szükséges) megszokott környezetük, otthonuk elhagyása. Utóbbi az életminőség szempontjából pozitívan hat az idősök fizikális és mentális állapotára is (*Johnson és mtsai., 2010; Lee és mtsai., 2013*). Az önállóság lehetőségének a megteremtése szintén kulcsfontosságú lehet annak szempontjából, hogy az idős ellátottak számára mikor válik szükségessé megszokott környezetük elhagyása. Az akadálymentesítés lehetőségének megteremtése, az erre vonatkozó támogatási rendszer átgondolása szakpolitikai feladat. Az akadálymentesítés fizikális oldala mellett mindenképpen említést érdemel annak virtuális oldala is, azaz az idős generáció infokommunikációs ismeretekhez, eszközökhöz való hozzásegítése. Az infokommunikációhoz való hozzáférés pozitív hatással lehet az ellátott kapcsolataira, aktív társadalmi részvételének elősegítésére, illetve nagyon fontos összekötő lehet olyan speciális helyzetekben, mint a jelenlegi COVID-19 járvány. Csupán a nappali ellátások személyes látogatásának járványhelyzet miatti szüneteltetésére gondolva a folyamatban lévő kvalitatív adatfelvételek során is számtalan alkalommal jelzésre került a dolgozók részéről, hogy az idősöket virtuális úton, a közösségi médiát felhasználva érték el. Akkor, amikor az érintett ellátotti csoport számára ez a kapcsolat jelenti az egyetlen napi meghatározó személyes ingert a külvilággal, érthető, hogy fontos a szolgáltatás folyamatos biztosítása különleges helyzetekben is. Az akadálymentesítés lehetőségének szakpolitikai szintű „megnyitásán” túl érdemes tehát az infokommunikációs eszközökhöz való hozzájutás támogatásán és az ezen eszközök használatához szükséges tudás korcsoport specifikus elsajátításának támogatásán is elgondolkodni.

Irodalom

1. Atkinson, B. & Anthony - Marlier, E. (2012). *Income and Living Conditions in Europe*. Eurostat, Luxembourg. (Letöltve 2019. 08. 25)
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5722557/KS-31-10-555-EN.PDF>
2. Barlow, J., Singh, D., Bayer, S. & Curry, R. (2007). What are the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions? A systematic review of the evidence. *Journal of Telemedicine and Telecare*, (13), 172-179.
3. Bálint, L. & Spéder, Zs. (2012). Öregedés. In Óri, P. & Spéder, Zs. (Szerk.), *Demográfiai portré, 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről* (pp. 89-102). Budapest: KSH Népeségstudományi Kutatóintézet.
4. ENABLE-AGE Project 2002-2004, (Letöltve 2019.09.01)
<https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/apa/research/enable.html>
5. Gonçalves, J., Gomes, M. I., Fonseca, M., Teodoro, T., Barros, P. P., & Botelho, M. A. (2017). Selfie Aging Index: An Index for the Self-assessment of Healthy and Active Aging. *Frontiers in medicine*, 4, 236.
6. Gyarmati, A. (2019). *Idősödés, idősellátás Magyarországon-Helyzetkép és problémák*. Friedrich-Ebert Stiftung Budapest, 7-10., (Letöltve 2019.08.10)
<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/budapest/15410.pdf>
7. Johnson, R., Popejoy, L.L. & Radina, M.E. (2010). 'Older adults participation in nursing home placement decisions'. *Clinical Nursing Research*, 19 (4), 358-375.
8. Karpinska, & Kasia-Dykstra, P. (2015). *The active ageing index and its extension to the regional level. Synthesis report*. Erasmus University Rotterdam. Brussels: European Commission Directorate-General for Employment, Social affairs and inclusion (Letöltve 2019.08.15)
file:///C:/Users/kvajda/Downloads/PL-2014_synthesis%20report_EN.pdf
9. Kavas, E. (2016). *Spiritual support during the Active Ageing*. Conference paper. Letöltve (2019.09.02)
https://www.researchgate.net/publication/301694126_SPIRITUAL_SUPPORT_DURING_THE_ACTIVE_AGING
10. Központi Statisztikai Hivatal (2017). Lakónépesség korcsoport szerint 2017-ben (STADAT) (Letöltve 2019.08.19)
https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd004c.html
11. Központi Statisztikai Hivatal (2018). Szociális Statisztikai Évkönyv 2017
12. Központi Statisztikai Hivatal (2011). Iskolázottsági adatok, Népesség iskolai végzettség és korcsoportok szerint 1920-2011, (Letöltve 2019.09.01)
http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag
13. Központi Statisztikai Hivatal (2018). Foglalkoztatottak száma (ezer fő) korcsoportok szerint 1998-2018 (STADAT), (Letöltve 2019.09.03)
https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf006.html
14. Krémer, B. (2015). *Mi is a kétségbeesés abban, hogy tovább élünk? Avagy az idősödési válság és a halál egyenlőtlenségei*. Budapest: Napvilág Kiadó.

15. Lee, V.S.P., Simpson, J. & Froggatt, K. (2013). 'A narrative exploration of older people's transitions into residential care'. *Aging & Mental Health*, 17(1), 48-56.
16. Liotta, G., Canhao, H., Cenko, F., Cutini, R., Vellone, E., Illario, M., Kardas, P., Poscia, A., Sousa, RD., Palombi, L. & Marazzi, M. C. (2018). Active Ageing in Europe: Adding Healthy Life to Years. *Frontiers in medicine*, 5, 123.
17. Liu, Kwong Yuen; Wong, Bonnie H. Y.; Chu, Maria; Leung, & William Y. W. (2017). The Continuum of Care: A Case Study of a Senior Service Centre for Geriatric Care in Toronto, Canada. In Fong, B. Artie, NG. & Yuen, P. (szerk): *Sustainable Health and Long-term care solutions for an aging population*. (pp. 71-91). Hersey PA, United States.
18. Malone J. & Dadswell, A. (2018). *The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults*, *Geriatrics* (Basel) 3(2), 28 (Letöltve 2019.09.02) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6319229/>
19. Muszyńska, M. M. & Rau, R. (2012). The old-age healthy dependency ratio in Europe. *Journal of Population Ageing*, 5(3), 151–162.
20. Perek-Białas, J. & Mysinska, E. (2014). *Regional Active Ageing Index for Poland*. (Letöltve 2019.08.25) : http://senior.gov.pl/source/PL_Regional_AAI.pdf
21. Piñeiro Vázquez, C., Méndez Magán, J.M., Marsillas Rascado, S., Rial Boubeta, A., Braña Tobío T. & Varela Mallou, J. (2018). Study on Active Ageing at Individual Level Based on Active Ageing Index. In Zaidi A., Harper S., Howse K., Lamura G. & Perek-Białas J. (Szerk.), *Building Evidence for Active Ageing Policies 2018-Active Ageing Index and its Potential* (pp. 343-361). Singapore: Palgrave Macmillan.
22. Sanderson, W. C. & Scherbov, S. (2010): Remeasuring aging. *Science*, 329(5997), 1287–1288.
23. São José, J. M., Santos, S. P. & Amado, C. A. (2016). Measuring active ageing: A Data Envelopment Analysis Approach. *European Journal of Operational Research*, 255(1), 207-23.
24. Szabó, L. (2013). Idősellátás kérdőjelekkel. *Esély*, 2013(4).
25. van Lieshout, M. (2001). The Exclusive Society—Elderly People and ICT. In Rasmussen et al. (Szerk.), *Computers and networks in the age of globalization* (pp. 3-21). Springer, Boston, MA.
26. Vargha, L. (2017). Hogyan mérjük a társadalmi öregedést. In Giczi, J. (Szerk.), *Ezüstkor: Korosodás és társadalom* (pp. 5-18). Budapest: KSH.
27. Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher-Holzhaecker, M. Lelkes, O., Zólyomi, E., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A. & Vanhuysen, P. (2013). *Active Ageing Index 2012, Concept, Methodology and Final Results*. (Letöltve 2019.08.15) https://www.researchgate.net/publication/256008735_Project_'Active_Ageing_Index_AAI'_Active_Ageing_Index_2012_Concept_Methodology_and_Final_Results
28. WHO (2011). Active Ageing makes the difference, (Letöltve 2019.08.26) https://www.who.int/ageing/publications/alc_embrace2001_en.pdf?ua=1

29. WHO (2012). Active Ageing a Policy Framework, 12, (Letöltve: 2019.08.26)
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=B3D849B318F789E4A213AF69B8FE1598?sequence=1
30. WHO (2017). 10 facts on ageing and health 1/10 (Letöltve 2019.08.15)
<https://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>
31. WHO (2018). Ageing and health – Key facts, (Letöltve 2019.08.15)
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
32. Eurostat (2018). Ageing Report 2018 (Letöltve 2019.08.15)
https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf
33. Idősbarát Újbuda, (Letöltve 2019.09.02)
<https://idosbarat.ujbuda.hu/60-szolgalatasok/beindultak-a-senior-onkentesek>

Koudela Pál

Új kutatási területek és módszerek a szociális ellátásokban, „okos” technológiák kapcsán. A japán egészségügy és idősellátás tanulságai

*„Asimov törvényeire úgy kell tekinteni,
mint amelyek a robotok tervezőire,
termelőire és üzemeltetőire irányulnak.”*

(Európai Parlament 2017)

Automatizálás, munkaerőpiac, történelem.

Az ipar fejlődésével az automatizálás elsősorban a nehéz fizikai munkát kiváltó, a kevésbé produktív munkaerő felszabadulásával járó folyamat volt, így a potenciális munkaerő-piaci kínálatnövekedés az ágazati struktúra átalakulásával és a képzési szintek növekedésével jelentős gazdasági előnyökhöz vezetett. Magyarán, a gyári munkások helyett végzett gépi munka a szolgáltatási spektrum és a munkaerőpiac háttérének növekedését váltotta ki. A napjainkban zajló automatizálás a kreatív/nem kreatív dimenzióban változtatja meg a munkaerőpiacot, ami lényegesen nagyobb lemorzsolódást, bizonyos területeken feszültséget idézhet elő, amennyiben ilyen humán tartalékok nincsenek a legfejlettebb gazdaságok munkaerőpiacán sem.

Optimistább elemzések szerint (*Autor, 2015*) a felszabaduló munkaerő-többlet, meglévő keresleti oldal nélkül, éppen a társadalom kreatív bázisát adja majd. A munkaerő-piaci nyomás létrehoz majd olyan területeket, amik most még nem is léteznek: ezt tekinthetjük a haladás legfontosabb mozgatórugójának, ami a kreativitás legfőbb ösztönzője –erre sokszor láttunk példát a történelem során. A gazdasági oldalról közelítve nagyjából ezeken a területeken zajlik a kutatás élvonala.

Demográfiai háttér

A foglalkoztatási struktúra átalakulása mellett meghatározó tényező a posztmodern társadalmak előregedő korszerkezete. Az idősök száma 2050-re várhatóan kétszeresére nő világszerte. Magát az automatizálást sem csupán gazdasági okok, kiadáscsökkentés stb. váltja ki, a belépő korosztályok csökkenő száma (és érdeklődése) ugyancsak meghatározó tényező. Az előregedés ma még elsősorban a világ fejlett országainak problémája, különösen Európáé, ám a jelenség globális, ugyanakkor az egyes régiókon belül is jelentős különbségek lelhetők fel. Franciaország volt az első, ahol a jelenséget kimutatták, s a tíz legöregebb országból kilenc most is Európában található, habár mára Japán vette át a „listavezető” helyet közöttük az ENSZ öregedési indexe alapján: a 60 éves és idősebb korosztálynak a népességen belüli aránya ott a legnagyobb, és a medián életkor is Japánban a legmagasabb.

Az idősök aránya Japánban 33,1%, ezt követi Olaszország 28,6%-kal, míg Magyarországon 24,9% ez az arány. A medián életkor 2015-ben Japánban 46,5 év volt (Ugandában ugyanekkor csupán 15,9 év volt). Ma jól látszik azonban, hogy a társadalom előregedése nem csupán a fejlett vagy a nyugati társadalmak sajátja; a demográfiai fordulat jól érzékelhető az elmúlt évtizedekben Ázsia országaiban is, s az ezredfordulót követően a termékenység zuhanása és az életszínvonal emelkedésével együtt járó életkornövekedés már a sokáig kivételnek tűnő közel-

keleti országokban is megindult. A számát tekintve természetesen Kínában él a legtöbb idős (60+) ember, 209 millió fő, ami csupán 15,2%-a az ország népességének. Kínát követően Indiában (117m), az Egyesült Államokban (67m), Japánban (42m) és Oroszországban (29m) él a legtöbb idős ember – a világ idős népességének 51%-a – míg Európában a világ idős népességének a 20%-a él (UN, 2015).

Japánban a második legmagasabb a születéskor várható élettartam: 2018-ban 85,5 év volt, amit csupán Monaco előzött meg; s a csecsemőhalandóság is csak két ezrelék, ebben is csupán Monaco és Szlovénia áll kedvezőbb helyen. A teljes termékenységi együttható 1,42 volt ekkor (házánkban 1,45), s a korszerkezet sem ígér további nagyszámú a termékeny korba belépő korcsoportokat: a 15-24 évesek aránya a népességben csupán 9,63 százalék volt 2018-ban (CIA, 2018).

Japán népessége 2008 óta kezdett csökkenni, a termékenység azonban már a hetvenes években is csak közepes volt, s a nyolcvanas években tovább zuhant, az átlagosan 1,4 körüli értéket 1995-ben érte el először. A háttérben meghúzódó okok a huszadik század utolsó és a huszonegyedik első évtizedeiben a megszokottak: a házasságok számának csökkenése, az anya életkorának növekedése az első gyermek születésekor, s külön kiemelendő, hogy a női szerepek megváltozása mindebben kiemelkedő szerepet játszik Japánban (Atoh, 2001). A népesség ennek megfelelően tovább fog csökkenni, a japán Nemzeti Népesedéstudományi Intézet 2012-es előrejelzése szerint 2060-ra a népesség 86,74 millió lesz, 2110-re pedig 42,86 millióra csökken majd a jelenlegi 126 millióról, az idősek aránya 50% felett lesz már a század közepére. A fogyó és elöregedő népesség értelemszerűen változó népesedés- és gazdaságpolitikát is kíván, hiszen a munkaképes korcsoportok hanyatlásával az eltartóképeség is, és ennél fogva a gazdaság teljesítőképesége is gyengül. Az eltartottsági arány Japánban 2010-ben 56,7 százalék volt, s a közepes népesedés-előrejelzésnek megfelelően 2037-re eléri a 80 százalékot, 2060-ra pedig 96,3 százalék lesz (Population Projections, 2012). A változások legelső elszennedői a nyugdíjrendszer és az egészségügy lesznek (Muramatsu & Akiyama, 2011), ezen egyszerű következtetéseket a kormány már több mint két évtizede belátta (Ministry of Foreign Affairs of Japan, 1997).

A technológia lehetőségei

A technológia fejlődése és az automatizálással kapcsolatos munkaerő-piaci problémákat itt az idősellátás és egészségügy kapcsán tárgyaljuk, de természetesen a gazdaság más területein is jelen van, a vendéglátástól az otthoni munkát segítő gépekig. Nem törekszünk a technológiák és a területek teljességének bemutatására sem, egyfelől mert olyan gyorsan fejlődik az előbbi, s terjed ki egyre több területre, hogy ez lehetetlen is, másfelől célunk is inkább a rendszerezés, az áttekinthetőség segítése, semmint egyfajta katalógus létrehozása. Az idős- és betegellátásban az ápolói feladatokat nem csak szakképzett emberek tudják elvégezni, hanem egyre inkább robotok is képesek rá. Japán népesedési problémái, az elöregedés, az eltartóképeség csökkenése, a női foglalkoztatás növekedése és a hagyományos női társadalmi szerepek erodálása hiányszakmákat hoz létre: ilyen a gondozó is, mely továbbra is alulfizetett és főként nem kielégítő perspektíva a japán fiatalok számára, így közülük egyre kevesebben vállalják, hogy ezt a hivatást válasszák pályaként (Vogt, 2008). Az utánpótlás azonban megoldható a bevándorlás fokozása nélkül is, ha képes a technológia lépést tartani a társadalmi változásokkal. Márpedig képes, hiszen a robotika fejlődése igen gyors. Az idős- és betegellátásban két nagy

területen is jelentős áttörést sikerült máris elérni, s mind ebben Japán az élen jár. Az egyik a házi gondozást kiváltó vagy segítő technológia, vagyis azok a technikai megoldások, amik képesek a beteg, idős, de akár egy átlagos család saját otthonában, környezetében az alapfunkciókat részben vagy egészen ellátni. A második csoportba azokat a robotokat sorolhatjuk, amik a rehabilitációban segítenek, s már szerte a világon használatosak mind fizikai, mind pszichés problémák, pl. a demenciás betegek kezelésében.

Ne úgy tekintsünk a robotra, mint ahogy a kifejezés (a munka szóból) eredeti megalkotója, Karel Čapek, vagy a robotika szó bevezetője Isaac Asimov használta. Robotok nem csupán funkcionálisan teljességre törekvő humanoidok lehetnek. Az automatizálás az eszközhasználat fejlődésének csupán egy magasabb foka, amelyben az első ugrás az önműködő gépek megjelenése volt. Ez tulajdonképpen az első ókori vízórakkal már megtörtént (*Guarnieri, 2010*), míg a mechatronika az ipari forradalom során kifejlesztett gabonamalmok, kemencék, kazánok és gőzgépek megjelenésével hozta el a következő lépést, a kombinált, mechanikus és elektromos szerkezetek elterjedését. A robotika olyan technológiákat, gépek fejlesztését, használatát jelenti, amelyek helyettesíthetik az embereket, ill. utánozzák az emberi cselekvéseket (*Arreguin, 2008*).

A robotok ettől még mindig nem azonosak Čapek *Rossumovi Univerzální Roboti*-jával, vagy Asimov *R. Daneel Olivaw*-jával. A robotika fejlődése az egészségügyben rohamos: legyen szó sebészeti rendszerekről, vagy laparoszko-pos műtéthez használt kerekes robotokról, de használati területként említhetjük a robotok által segített rehabilitációt, a gondozók és betegek robot asszisztenseit, a fogászati alkalmazást, vagy az automataprotéziseket. Általánosabb társadalmi hatásuk miatt itt elsősorban a kommunikációt is befolyásoló, fél vagy teljesen automata robotokat vesszük figyelembe, ám ez csupán a jéghegy csúcsa. Meg kell említeni, hogy a csoportosítás lehetséges más megközelítésből is, így a humanoid robotok jellemző tulajdonságai, fő funkciói szerint is. Ekképpen lehetséges a vizuális rendszerek, manipulációs feladatok, az érzékelési típusok, a mobil platformok elkülönítése. Ugyancsak megfontolást érdemel a felhasználási területek szerinti csoportosítás is: a telekommunikációs egészségügyi rendszerek, a fájdalomcsillapítás, enyhítés és kezelés vagy az időskori problémák kezelése és segítésének elválasztása egymástól (*Joseph, Christian, Abiodun & Oyawale, 2018*).

1. A házi gondozást kiváltó vagy segítő technológia

A növekvő számú idős népesség növekvő ellátási igényt is jelent. Az idősgondozás és az egészségügy számtalan területen szenved máris hiányt, amit a technológia fejlődése részben pótolni tud. A gondozást segítő technológiák a legegyszerűbbektől az összetett, egész funkciókat, vagy problémákat lefedő eszközökig terjednek. Az egyedül, vagy az orvosi, szociális szolgáltatásoktól távol élők számára ugyancsak fontos lehet, hogy a távolság és az ellátás hiányának vagy késleltetett hozzáféréseinek áthidalásában a műszaki fejlődés segítsen, kiváltva ezzel az ember által végzett házi szolgáltatások egy részét. Japánban 2014-ben 3,94 millió ember élt valamilyen testi fogyatékossgal, vagy olyan problémával, aminek a megoldásában, kezelésében vagy ellátásában segítségre szorult. (Annual Report) Ez azt jelenti, hogy minden 32-dik ember rászorul valamilyen támogató segítségre Japánban, de míg a 70-74 éves korosztályban csupán 6,3 százalék az, akinek szüksége van ápolásra, addig ez az arány a 80-84 éveseknél már 26,9 százalék, a 90 év felettiekénél pedig közel 70 százalék. (Next 10 years)

a) A gondozás teljességre törekvő megoldásai

Vannak olyan területek, ahol nem egy specifikus technológiai fejlesztés vagy funkció-kiváltás az, amit érdemes figyelembe venni a szakma automatizálásának mérlegelésekor, hanem egy egész életszakasz vagy élettér egységes átalakítása lehet az elemzés fókuszában. Ilyenek az idősellátásban egyre gyakoribb alternatív megoldás – különösen városi környezetben – az ún. *kisegítő lakóegységek*, vagy más néven *időskunyhók*. Ezek gyárilag épített, önálló, energiatakarékos és esztétikailag vonzó, jellemzően 75 négyzetméteres lakások, melyeket kifejezetten idősebb felnőtteknek és fogyatékkal élők számára terveztek. A moduláris házak könnyen átalakíthatók, bővíthetők és a leggyakrabban egy rokon telkén építik fel őket, így a személyes segítség is közel van, ugyanakkor a magánszféra is nagyobb biztonsággal őrizhető meg. Legfejlettebb változatában teljes biometrikus és kommunikációs felszereléssel készülnek –időnként már-már egy hordozható kórházi szobára hasonlítva. Ilyen termék pl. az amerikai *MedCottage* (2019).

A gyakorlatilag egyben felállított, gyárilag készített lakások tehát, a hétköznapi élet apró részleteitől az általánosabb tervezési vezérelveig, az idősek életkörülményeire koncentrálnak. A hűtőszekrény ajtajába automatikus gyógyszeradagoló és emlékeztető van beépítve, a vécé megméri a testsúlyt, hőmérsékletet és a vizelet összetételét. (Meg kell jegyezni, hogy ezen a téren is élen járnak Japánban. Elég, ha a Washlet, vagy más néven Woshuretto-ra gondolunk, ami egy Japánban 2016-ban már igen elterjedt komplex higiéniai és egészségügyi szolgáltatást nyújtó WC volt. Ennek fejlesztése lehetőséget kínál a vérnyomásméréstől és a vércukorszint méréstől a vizeletmintáig, s az interneten keresztül az adatokat az orvoshoz továbbítva folyamatos ellenőrzést biztosít. (TOTO)

A moduláris otthonok kiválóan alkalmazhatók a föld hatékony felhasználására a lakásállomány bővítésére is. A „granny pod” pl. a *MedCottage* egy high-tech ház, amely a legújabb biometrikus és kommunikációs technológiával van felszerelve és formatervezése is univerzális. Nem véletlen, hogy első helyre került listánkban, hiszen ezen a szolgáltatási területen rengeteg hasonló termékkel találkozunk. Az egymást érintő lehetőségek sora, így az életközösségek, a niche közösségek vagy az otthonmegosztás gyakorlata jelentős részben kiváltják az időskunyhó nyújtotta szolgáltatási elemeket. Az otthonmegosztás gyakorlata mára már az egyedülálló szülőktől a hajléktalanokig számtalan szociális helyzetben használt megoldássá vált. (Ez lényegében egy albérlet, aminek kulcstényezője az érdekek találkozása. Ha ez nem tökéletes, akkor inkább hátrány, kényelmetlenség, mintsem konstruktív kooperáció, de ha sikerül az alkalmazkodást jól egybehangolni, akkor igen takarékos forma válhat belőle).

Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy fent csupán az idősellátás lakhatásának alternatív megoldásairól beszélhetünk, nagyjából máig az élhető és az idősbárát közösségek jelentik azt a fizikai környezetet, ahol a szolgáltatások, az épületek és a közlekedés is alkalmazkodik az időskor nyújtotta követelményekhez. Az ilyen közösségek anyagi és szervezési támogatása engedi, hogy a klienseknek alapvető beleszólásuk legyen saját ügyeikbe, ill. a döntéshozatalba (*Gray, Harrell & Sykes 2010, Salomon, 2010*). Tágabb kontextusban a szolgáltatások a természetesen előforduló idős közösségekhez vagy a tervezett nyugdíjas lakhatáshoz alkalmazkodnak – az Egyesült Államokban már vannak olyan, az 1950-es években létrejött kertvárosok, ahol az akkor homogén fiatal lakosság egyszerre vált időssé, s került szembe a

hely és a megváltozott életfeltételek okozta nehézségekkel (Cohen, Mansfield, Dakheel, Ali & Frank, 2010).

Mégis fontos látni, hogy az olyan termékek, mint a *MedCottage*, már „virtuális társsal” vannak felszerelve: a lakóteret behálózó érzékelők és monitorok nem csak arra figyelmeztetnek, hogy ideje bevenni a gyógyszert, hanem zenét, televízióműsorokat játszanak le, vagy játékokat kínálnak a lakónak. A beépített kamerarendszer bokamagasságban monitorozza az étletteret, így meghagyja a magánélet zártságát, de minden kockázatos eseményt figyel. A zárt szellőztetőrendszer képes karantént biztosítani, ha a lakó fertőző beteg, immunbetegség esetén pedig a külső levegőt szűri meg. A plafonba egy függőszék kapcsolódik, ami képes a mozgásképtelen lakót az ágyból a fürdőbe vagy más helységekbe vinni, megkímélve a szociális munkást a nehéz test emelésétől. Az ilyen és hasonló fejlesztések tehát együtt alakítják ki a közvetlen környezetet, így, habár önmagukban is fontosak, nem az egyes technikai részletek, hanem az élettér együttese az, amit robotikai fejlesztésként értelmezhetünk.

Hasonló, ám nem szakmaspecifikus szolgáltatásokat láthatunk az un. okosvárosokban is. Az olyan fejlesztések, mint Songdo Dél-Koreában vagy Masdar Abu Dhabiban lehetővé teszik a városi és közösségi infrastruktúra monitorozását és a közvetlen beavatkozást. Fokozzák az életminőséget, teljesítményt, és a szolgáltatások interaktivitása is nő, miközben csökkenti a költségeket és a fogyasztást. Miközben a szenzorok és az automatikus feldolgozás az újonnan épített vagy átalakított települések, településrészek egészét átszövik – pl. az idősek lakásaiban nyomásérzékelő padló található, ami, ha elesik a lakó, azonnal segítséget hív – az új életformát létrehozó környezetet sok kritika éri. Nem kompatibilis az informalitással, ami pedig a városi lét alapja, s a központilag feldolgozott információból könnyen lesz irányítás a dialógus helyett (Sassen, 2012). Hasonlóképpen, egy olyan összetett szolgáltatási rendszer, mint az időskunyhó, csökkentheti a társas érintkezéseket, a külvilággal való kapcsolatot, így akár izolációhoz is vezethet.

b) Specifikus feladatokat segítő eszközök

Ebben a csoportban beszélhetünk az ellátást segítő, egészen egyszerű feladatokra kidolgozott robotokról, mint pl. a *RIBA* (RIBA), ami csupán felemeli a fekvő beteget, s áthelyezi máshová. Nem állítható, hogy a gondozás teljes és összetett feladatát kiváltja, de nagy segítség, főleg olyan esetben, ha az ellátást végző fizikai ereje nem elégséges. A *RIBA* erős ember-szerű karjainak mozgáskoordinációját tapintáson alapuló irányítási módszerekkel kombinálja, amelyek nagy pontosságú érzékelőket használnak, így egészen finom motoros mozgásokra képes. A robotot a RIKEN vezérlési, érzékelő- és információfeldolgozási, valamint a TRI vállalatok anyag- és szerkezeti tervezési technológiáinak integrálásával fejlesztették ki, s már egy évtizede piacon van.

Az olyan robotok, mint a *RIBA*, komoly segítséget jelentenek, ha figyelembe vesszük, hogy a kórházakban és szociális létesítményekben naponta hányszor kell felemelni a betegeket. Nem csoda, hogy sok gondozó küzd fájós háttal, sérüléssel és kimerültséggel, nem is beszélve azokról a betegekről, akik a rosszul végrehajtott mozdulatoktól szenvednek. Vannak olyan betegek, akiket nem lehet elég gyakran mozgatni, s az ápolószemélyzet száma és lehetősége korlátozott.

A robot érzékeli és reagál az egyszerűbb hangutasításokra, mint a helló, vedd fel, tedd le, és alapja kerekeken nyugszik. A karcsú karok és a csuklószerkezet merev, ugyanakkor nagy

nyomatékkal rendelkezik, míg a két kamera és két mikrofon lehetővé teszi, hogy vizuális és hangjelzések segítségével kövesse az üzemeltetőt (<https://newatlas.com/riba-robot-nurse/12693/>).

Ha a kezelő a látóterén belül van, a *RIBA* felismeri a helyzetét (irányt és távolságot), és követi a kezelőt, de a hangforrás irányát is érzékeli, s természetesen manuálisan is irányítható az érzékelők megérintésével. Ez egy intuitív vezérlési módszer, mert az érintés helye és a kifejtett erő iránya egybeesik a kívánt mozgással. Mintafeldolgozás esetén a *RIBA* az operátor érintését még akkor is képes észlelni, ha az éppen felemel egy páciens. A robot testét puha anyagok borítják, a könyök és a derékrészek izoláltak, így biztonságos és kényelmes a használata. A mackó-forma is szándékos: így a betegekre barátságos benyomást gyakorol. Az ilyen robotok alkalmazása a gondozókat érő fizikai és mentális stresszt csökkenti, kellemesebb munkakörnyezetet teremt.

A robotizálás nem mindig olyan szembeötlő, mint a fenti japán példa esetén. A „SeRoDi” projekt részeként (Service Robotics for Personal Services) a német Fraunhofer IPA, Európa legnagyobb alkalmazott kutatóintézete, új robotikai megoldásokat dolgozott ki az ápolási szektor számára: ezek az „*intelligens kórházi szekrény*” és a „*szolgáltatási asszisztens robot*”, melyeket már kórházban és idősök otthonában is kipróbáltak. Az előbbi lényegében okostelefonnal irányítható és „rendelhető” a szükséges terembe, ahová az utasítás után, előre meghatározott, rögzített útvonalak mentén, magától eltalál. (Sőt képes váratlan akadályokat is kikerülni.) A 3D érzékelő az objektumfelismerő szoftverrel együtt lehetővé teszi, hogy a kórházi szekrény vagy kocsik automatikusan regisztrálja a fogyasztást. A moduláris kialakításnak köszönhetően pedig a különböző alkalmazási forgatókönyvekhez és gyakorlati követelményekhez igazítható. Jelenleg még korlátozza a mozgását, ha nincs elkülönített útvonala, de a jövőben várhatóan még rugalmasabb lesz (Fraunhofer IPA).

A fenti projekt másik fejlesztése lényegében üdítőitalokat szolgál fel az otthon vagy ápolási intézmény lakóinak, valójában nem más, mint egy önműködő, mozgó italautomata. Habár ezek és a hasonló segítő berendezések az ápolói, gondozói és egyéb szociális szakmák munkaerőhiányát pótolják, a kiváltásuknak továbbgyűrűző következményei lehetnek. Ha költségeik az emberi erőforrás alá mennek, az növelheti keresletüket, ez a munkabérek csökkenését, s a szociális szakma iránti érdeklődés további csökkenését válthatja ki. Így további problémát, s a fejlesztésekre szánt energiát indukál majd, ami végső soron kérdéssé teszi a gondozói és szociális munkás szakma jelenlegi formájában történő tovább élését is (Brynjolfsson – McAfee, 2014). Az elmúlt két évszázadban az automatizálás és a technológia fejlődése nem tette szükségtelessé az emberi munkát, csupán átalakította a munkaerőpiacot. Jelen esetben az ápolói szakma egyre inkább fordul a gyógyászati technológia, és magasabban képzett egészségügy felé. A növekvő függőség és a robotokra ruházott egyre több feladtból fakadó kockázattöbblet mellett kiemelendő még a személyes interakciók számának csökkenése, ami pedig az életminőség romlásához vezet.

c) Összetett segítő eszközök:

A gondozás technológiájának számbavételekor a legmagasabb szintet az összetett humanoid rendszerek jelentik. Ezek között talán a legismertebb *ASIMO*, a japán Honda cég által kifejlesztett robot, de ide sorolható a Toyota *Ember Segítő Robot* (Human Support Robot – HSR) elnevezésű fejlesztése is. A Honda 1986 óta dolgozik a járnival képes humanoid

robottechnológián, annak első, egészében sikeres bemutatója 2000-ben zajlott le, s eredeti célja is kifejezetten a mozgásban korlátozott személyek támogatása volt. *ASIMO* képes emberszerűen mozogni, futni, mozgó tárgyakat, pózokat és gesztusokat, akár csak hangokat és arcokat felismerni, egyszóval reagál a környezetre, kommunikál azzal. Miután nemcsak különbséget tud tenni a mozdulatok és hangok között, hanem a távolságot és a sebességet is érzékeli, ezért követni tudja az embert és utasításainak azonnal engedelmessé válik. Jelenleg tíz arckifejezést ismer fel, amikre reagálni is tud, így az emberrel való kapcsolata rendkívül interaktív (*ASIMO*).

ASIMO (Advanced Step in Innovative Mobility) lépésszabályozó ellenőrző technológiája képes a talaj egyenetlenségeit, változását érzékelni és ehhez igazítani a lépéshez szükséges mozgás irányát és erejét, így akár egyenetlen vagy lejtős talajon is jár. A csúszást korlátozó eszköze olyan dinamikus stabilitást ad, hogy a robot futni is tud. A feladatok teljesítése, a fizikai képességek és a külső környezet felismerése különböző fajtájú érzékelőkkel szerzett adatok összevonásával történik, a robot több egyszerűnek tűnő, valójában igen összetett mozgáskoordinációt és visszacsatolást igénylő feladatot is elvégez, mint például egy tálca átadása, egy kocsi tolása vagy egy ital pohárba öntése. A hang- és képfelismerő technológiák és a fizikai kifejezések bőséges repertoárja lehetővé tette, hogy a robot természetes vagy természetesnek tűnő módon lépjen kölcsönhatásba az emberekkel.

Annak érdekében, hogy megfelelően viselkedjen a folyamatosan változó valós környezetben, autonóm viselkedésgeneráló technológiát fejlesztettek ki, ehhez pedig egy intelligens hurok nevű rendszert alkottak a fejlesztők. A robot két kísérletben is bemutatta az autonóm viselkedési képességét, a tokiói Miraikan tudományos múzeumban, ahol jelenleg is kiállítási tárgy, s ahol a robot önálló válaszokat ad a látogatóknak. Habár vélhetően *ASIMO* a legismertebb mind között, a humanoid robotkutatás során létrehozott robotikai technológia alkalmazásaként olyan feladatok ellátására is alkalmas eszközöket fejlesztettek ki, mint a Fukushima Daiichi Atomerőműhöz küldött *High-Access Survey Robot (Shigemi, 2019)*.

A Georgia Institute of Technology-ban létrehozott *Cody* egy robot-nővér, aki fogyatékkal élő személyeknek nyújt segítséget. Úgy tervezték, hogy támogassa az ember-robot interakció kutatását, kiemelve az egészségügyi ellátással kapcsolatos feladatokat (*Cody*). Ez utóbbi robot képes önállóan megmosni a kliens lábát vagy kezét. A robot statikus ugyan, de két antropomorf karja a MEKA robotics és a Sedgeway fejlesztésében omnidirekcionális (minden irányba mozgatható) és alacsony merevségű tapintást és tartást tesz lehetővé (*Chen, King, Thomaz & Kemp, 2014*).

A robotika ilyen sokirányú fejlesztése érezhetően nagy nyomás a gyártói-fejlesztői oldalon: a Toyota támogató robotok mellett innovációs, szociális és rehabilitációs robotokat is fejleszt. Személyi segítő robotjai pedig már kifejezetten az egészségügyi ellátáshoz, ill. ápolói feladatokra készültek, s habár olyan háztartási feladatokra is képesek, mint a takarítás, azok csupán másodlagos lehetőségek a felhasználásuk területén (*Partner Robot Family*). Az emberi munkát támogató robotok széles körű segítséget nyújtanak az ápolásban, és a mindennapi élethez szükséges függetlenség megőrzésében. A Toyota arra törekszik, hogy ezeknek a robotoknak a képességei az alaptámogatástól kezdve (tárgyak felvétele és szállítása), olyan területekre is kiterjedjen, mint a megelőző ellátás és az egészségügy. Ezeket a robotokat folyamatosan tesztelik idősgondozási létesítményekben és a fogyatékkal élők otthonában (*Human Support Robot*).

2. Rehabilitációt segítő technológiák

A gyógyítást segítő automatizált eszközök mellett a gondozást is magában foglaló rehabilitáció jelenti a technológiai fejlesztések egyik kiemelt célterületét. Habár itt az idős népességet érintő mentális és fizikai problémák kezelésére összpontosítunk, a lehetőségek és a felhasználási területek jóval szélesebbek.

a) Pszichiátriai és terápiás eszközök

Az elmagányosodás az időskor egyik legnagyobb mentális kihívása. Habár jelentős területi különbségeket látunk még Európán belül is, mindenütt igaz, hogy a magányosságérzet valószínűsége életkorral nő. A 60 év feletti népesség között a magányosok aránya a volt kommunista országokban a legmagasabb (Magyarországon 21% felett), míg az Egyesült Királyságban az egyik legalacsonyabb. Ott a 60 év feletti népességben a magányérzet csupán a népesség 7,4%-t érinti (*Yang & Victor, 2011*), ám 80 év felett ez az arány már a szigetországban is 29,2% (*Thomas, 2015*). Ugyancsak alapvető mentális probléma a demencia, a kezelésére fejlesztett robotok segítségével máris igen komoly eredményeket értek le.

A magányosság és a demencia kezelésére szolgálnak a következő robotok. *AIBO*, egy fémből készült, beszélni nem tudó, kutyaszerű robot, mely lát, gyalogol és számtalan utasításnak engedelmeskedik. *AIBO* képes tanulni, öregedni és az érzelmi megnyilvánulásokra reakciókat adni. *Bandit* egy kerekeken guruló humanoid robot, tud beszélni, gesztikulálni és rendelkezik mimikával is. *CuDDler* egy „plüssmackó” mozgó nyakkal, karokkal és szemmel – megfelelően reagál az érintés mintázatára és típusára. *Jack* és *Sophie* pedig kommunikációs robotok: arcfelismerő és érzelmi kifejezéseket azonosító algoritmussal rendelkeznek, hangokat, gesztusokat, érzelmi kifejezéseket adnak ki, énekelnek és táncolnak is. *JustoCat* egy macskaszerű (méretű és súlyú is), nem beszélő robot, cserélhető szőrzettel. Lélegzik, dorombol és nyávog, arra tervezték, hogy a páciens lábán feküdjön, és a simogatásra reagáljon. *NeCoRo*, aki ugyancsak macska, viszont már úgy mozog, mint egy igazi állat, érzékeli, feldolgozza környezetét és mozgását ahhoz igazítja, érzelmeket szintén kifejez. *Mero* csupán egy alapra szerelt emberi fej, ami mozog, arckifejezéseket tud, és beszél. *NAO* egy 58 cm magas, sétáló, táncoló, beszélő és gesztikuláló humanoid. Nemcsak, hogy képes emberi interakciókra, de tanul is belőlük, így válik egyre inkább személyre szabottá. *Nodding Kabochan* egy gyerekméretű mackó: beszél, énekel és bólogat – alapvetően kommunikációs robot, képes a felhasználóval sport és éneklős játékokat játszani. *Silbot* pingvin, arcfelismerő és kommunikációs rendszerrel van felszerelve, terápiás eszköztára az egyszerű gyógyszerelési emlékeztetőtől a beszélgetésig terjed (*Abdi, Al-Hindawi, & Vizcaychipi, 2018*). Ezek a robotok képesek fejleszteni a játékterápiában a reakcióidőt (*Bandit*) és az interakciós képességeket (*AIBO*).

A legtöbb terápiás robot azonban erősen specializált: affektív terápiás, kognitív tréning feladatokra vagy a társas kapcsolatok fejlesztésére készült, néhány pedig csupán társaságul szolgál, esetleg fizioterápiás eszközként is használható, s ami a legfontosabb: többségük kísérleti szakaszban van. Mind között a legismertebb és legfejlettebb azonban *PARO*, a beszélni nem tudó robot foka, 2005 óta Japánban, s 2009 óta Európában és Amerikában is kereskedelmi forgalomban van. Ellentétben a fenti eszközökkel, melyek csupán 1-2 funkcióra képesek (*AIMO* négyre), *PARO* tizenhét különböző terápiás igényt is kielégít. Hosszú fehér, antibakteriális szőre van, a japán AIST fejlesztése, s elsősorban az állatterápiás lehetőségek kiszélesítését jelenti ott, ahol az élő állat tartása megoldhatatlan (*PARO*). A pozitív érzelmek

és az emberi melegség természetesen előfeltétele a segítő szakmának, s *PARO* egyik alapfunkciója éppen az, hogy pozitív érzelmeket keltsen annak használójában (*Pfadenhauer – Dukat, 2015*). Csak a fejét és a farkát képes mozgatni, pislog és hangokat hallat, érzékeli a fényt, hangot, hőmérsékletet, testtartást és tapintást. Reagál arra, hogyan tartják vagy simogatják, s megtanul a nevére is hallgatni; saját életritmusa van: néha élénk és játékos, máskor meg álmos és inaktív.

Egy japán kutatás *PARO* neuropszichológiai hatását vizsgálta interaktív csoportokban, elektroencefalogram (EEG) felvételek elemzésével: hét résztvevőnél nőtt a kortikális neuronális aktivitás, különösen azokban a résztvevőkben, akik kedvelték *PARO-t* (*Wada, K., Shibata T., Musha T. & S. Kimura, 2008*). *PARO-t* használó robotterápiát több országban végeztek már, főként gyermekgyógyászati osztályokon és idősekkel foglalkozó intézményekben. Az eredmények azt mutatták, hogy a *PARO*-val való kölcsönhatás javította a betegek és idős emberek hangulatát, aktívabbá és kommunikatívabbá tette őket, mind egymással, mind gondozóikkal. A vizeletvizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy a *PARO*-val való kölcsönhatás csökkentette a stresszt az idősek körében. Emellett a *PARO* és az idősek közötti hosszú távú kölcsönhatásokat vizsgálva kiderült, hogy a *Paró*val való kölcsönhatás hatása több mint egy évig tart (*Wada, Shibata, Musha & Kimura, 2008*).

b) Fizioerápiás eszközök

Az önálló mobilitás fenntartása az idősek életének kulcsfontosságú eleme. A fizioterápiában régóta használnak gépeket, így az ortopédia 18. századi fejlődésével már megjelent a *Gymnasticon*, a szobakerékpár egyfajta korai elődje (*Bakewell, 1997*), mára pedig az elektroterápia számos fejlett eszközzel segíti a kezeléseket. A robot- és szenzor-technológiák sok lehetőséget kínálhatnak, és jelentős változást hoznak az idős emberek életében és a segítségnyújtó hivatásban. A mozgásképeség csökkenése a legáltalánosabb velejárója az öregedésnek, s hat az autonómia elvesztésére, az életminőség romlására, az esés kockázatának növekedésére, ismétlődő hospitalizáció is kialakulhat a következtében, sőt fontos tényező az idő előtti halálozásban is (*Rosso AL, Studenski SA, Chen WG, Aiznstein HJ, Alexander NB, Bennet DA, et al. 2013*).

Az emberi mobilitás felismerésében és elemzésében három különböző módszert ismerünk: képfeldolgozás, padlóérzékelők és a testre helyezett érzékelők. Az új technológiák fejlődése lehetővé teszi az objektív értékelést, a mérések hatékonyabbá tételét, valamint a szakemberek számára megbízható információkat biztosítanak. A mobilitás tanulmányozására használt eszközöket két csoportba lehet sorolni: ezek a nem hordozható és a hordható érzékelők. A hibrid rendszerek harmadik csoportot hoznak létre, ide tartoznak azok a készülékek, amelyek mindkét módszert kombinálják. Bármely olyan robot, amely valamilyen módon képes beágyazni egy vagy több, a fent említett szenzor-technológiát, felhasználható az emberi mobilitás értékelésére, bár e technológiák némelyikét nem lehet robottechnológiával megvalósítani. Ide sorolhatók a humanoid, az eszköz jellegű, a szolgáltatási, a külső csontváz, a rehabilitációs és a társ robotok is, ebből a szempontból tehát az itt vázolt szinte teljes spektrum értelmezhető mozgássegítő vagy funkcionális helyettesítő eszközként.

Jelenleg számos motoros exoskeleton áll rendelkezésre a klinikai alkalmazásban. Az ilyen, ún. kiborg jellegű megoldások tehát ugyancsak fontos szerepeket váltanak ki a gondozás, ápolás területén. Bizonyítékok vannak arra, hogy segítenek a stroke és más szerzett agyi sérülések

rehabilitációjában (*Esquenazi A, Talaty M, & Jayaraman A, 2017*). Habár sokféle korlátja van még alkalmazhatóságuknak, rengeteg különböző műszaki koncepció, forma, kontroll mechanizmus és teljesítmény látható közöttük, elsősorban mind az izmok munkáját segíti, fáradásukat enyhíti: ilyenek a *ReWalk*, a *Vanderbilt exoskeleton*, a *Superflex* és a *Hybrid Assistive Limb (HAL)*. Az első két eszköz a lábához csatlakoztatható mozgássegítő szerkezet, míg a *Superflex* valójában egy ruhába beépíthető protézis, ami a bűváruha és az ízületi rögzítőszalag kombinációjára hasonlít. A ruházat érzékeli a mozgás legapróbb kinetikus jelét, és azonnal rásegít a beépített motorokkal, legyen szó a székről felállásról, a kar felemeléséről vagy egyéb mozgásokról.

A *Hibrid Segítő Végtag (Hybrid Assistive Limb – HAL)* fiziológiai szempontból azonban messze túlmutat mindezeneken. *HAL* egy külső csontvázként csatlakozik az emberi testhez, s az agyhullámokat érzékeli, a mechanikus szerkezet így képes az izmokat helyettesíteni. Ezzel az eszközzel részlegesen vagy teljesen mozgáskorlátozott emberek is képesek lehetnek újra járni és mozogni (What's HAL). Egyúttal olyan feladatspecifikus motoros tréninget is nyújtanak, ami a stroke-ból való felépülésben nyújt segítséget: javítja a testtartást, segít a futópados edzésekben. Biztonságosnak bizonyult a fekvőbetegek terápiájában is (*Penteridis L, D'Onofrio G, Sancarlo D, Giuliani F, Ricciardi F, et.al. 2017*).

HAL a Tsukuba Egyetem és a Cyberdyne cég közös fejlesztése, s két alapvető típusa van: a *HAL 3* lábszár protézisként, míg a *HAL 5* a teljes test külső csontvázaként funkcionál, a karok, lábak és a törzs mozgását egyaránt segítve. 2012-ben már 130 japán egészségügyi intézményben használták, s egy évre rá, ezen a területen elsőként kapta meg a globális biztonsági (ISO 13485 – Medical Device) és európai szabványról (CE 0197) szóló tanúsítványt (First approval). Egészségügyi felhasználása mellett építkezéseken és a katasztrófaelhárításban is használják.

c) A társas és intellektuális környezet fejlesztése:

A legegyszerűbb kategória ezen a területen a kommunikációt segítő, fejlesztő mesterséges környezet. Már egy egyszerű kommunikációt segítő robot, mint a *PaPeRo* a NEC-től, vagy akár a hobbirobotnak szánt *Palro* a Fujisofttól (What is Palro?) is megoldás lehet számtalan felmerülő gondozási helyzetre. A legtöbb kommunikációs robot nem csupán információátvitelre vagy annak könnyítésére törekszik. Ez megoldható egy mobiltelefonnal is. A személyek közötti kapcsolat gépi segítése a beszédet, mozgást és gesztikulációt kombinálja, valódi célja az érzések közvetítése és a kölcsönös megértés elmélyítése (Ishiguro). A legtöbb humanoid kommunikációs robot mobiltelefonnal irányítható, de az autonómia fejlesztése ezen a területen elengedhetetlen, különösen olyan felhasználók számára, akiknek nehézség a PC vagy a mobil használata. Az otthoni használat ugyanakkor feltételezi a hálózati kapcsolódást, egyrészt adatgyűjtés és szolgáltatás céljából, másrészt a fejlesztések központosítása végett.

Nem célunk sem a technikai felszerelés részletes bemutatása (egyrészt részben egybeesik a korábban bemutatott eszközök jellemzőivel, másrészt folyamatosan bővül), sem a felhasználási területek felsorolása. Elég megemlíteni, hogy *PaPeRo* volt az első bábisitter robot a világon. A hang- és arcfelismerés, valamint más érzékelő rendszereken túl, itt inkább magának a feldolgozási folyamatnak és reakciós ciklusnak a fejlődésére szeretnénk kitérni. A mesterséges intelligencia két fő összetevője az önálló döntéshozatal és az autonóm fejlődési képesség. A gondozói feladatoknál a kommunikáció emberi vonása pontosan ugyanannyira fontos, mint

bárhon másutt: a felhasználó nem mechanikus válaszokra kíváncsi, hanem beszélgetni szeretne. A beszélgetés (információfeldolgozós alkalmazkodás) növeli a robot személyre szabott jellegét és kötődést alakít ki a felhasználóban. *Palro* elsődlegesen hasznos információkat szolgáltat, beszél a használóhoz, játékos mozgásokat végez (pl. táncol), válaszai 0,4 másodpercre vannak időzítve (az általában ideális interperszonális válaszigidő), így alakítja ki a kapcsolathoz szükséges bizalmat. Beszédstílusa közvetlen és kötetlen, tele van a hétköznapi élet apró, de fontos elemeivel.

A beszélgetés olyan kifinomult képesség, amire csak az emberek képesek. Nemcsak a másik személy meghallgatásáról és a kapott válaszokról van szó: új témákat kell felvetniük, reagálniuk kell, ami időhöz és helyhez kötött, pl. a másik személy kifejezései, érzései és a hangulata segít megjósolni, hogy mit fog mondani, így előkészítheti az adekvát hallgatói testtartást. E felkészülés nélkül ugyanis nem lehet megérteni a valós helyzetet, megfelelően reagálni, vagy megérteni a mondottak teljes jelentését, tehát a beszélgetés nem lesz zökkenőmentes. A beszélgetéshez szükséges készségek egyik aspektusa az, hogy a partner pontosabban tudja elvégezni ezt a felkészülést. *Palro* eszköze mindehhez a Dear Talk Engine, amely a felkészülést a beszélgetéshez igazítja, és az emberekkel azonos logikával folytatja le a párbeszédet (What is *Palro*?).

A jó robot önként is beszél arról, amiről azt feltételezi, hogy a felhasználónak szüksége van rá, mint például az időjárás-előrejelzés, a legfrissebb hírek, vagy az interneten található egyéb információk. Már a kapcsolatfelvételnél azzal a felütéssel kezdeményez, hogy: „Rég láttalak!”, ami személyessé teszi a soron következő beszélgetést. *Palro* kommunikációs műveletei esetében a PPA generátor (PALRO Prime Action Generator) utasításokat ad minden egyes testrésznél a Dear Talk Engine által konfigurált információkkal kapcsolatban, és ezáltal számos kifejezést ér el. *Palronak* számos elkülönült ismeretelem van, afféle sejtek, amelyek a helyzetnek megfelelően működnek, mint a hangkörnyezet, a személy távolsága és a beszéd értelmének feldolgozása. Mindez úgy működik, mint az ember központi idegrendszere, kölcsönhatásba lép, a sejtek működését azonnal integrálja, és a helyzetnek megfelelő döntéseket hoz. Az integrációt végrehajtó mesterséges intelligencia maga a PPA Generátor.

Az utóbbi években rengeteg android robotot látunk a médiában, ám nagyrésztük nem autonóm, mások vezérlik máshonnan, önálló kommunikációra alig vagy egyáltalán nem képesek. A leginkább távolba mutató kutatások is részfeladatokkal foglalkoznak: beszéd- és gesztusfelismeréssel, vagy a megjelenés pszichológiai mechanizmusával. *Furhat* mozgatható feje rengeteg arckifejezést tud, *Leonardo*, *Pepper*, *Robovie*, *Simon* mind mechanikus kommunikációs robotok. Android robotokból is akad jó pár: *PKD*, *BINA48*, *Han*, *Jules*, *Otonaroidand* és *Kodomoroid* komoly mesterséges intelligenciával rendelkeznek, arckifejezéseik is egyre fejlettebbek, némelyik emberi testet is kapott, s *Nadinemég* multimodális beszélgetésre is képes (*Yumak Z, Ren J, Thalmann NM, & Yuan J 2014*), ám továbbra is igen robotszerűek (*Glas, D.F., Minato, T., Ishi, C.T., Kawahara, T. & Ishiguro, H, 2016*). Jelenleg mind között a legfejlettebb, leginkább emberszerű és talán a legismertebb is *ERICA* (ERATO Intelligent Conversational Android). Isiguro Hirosi az ATR a Kiotói és az Oszakai egyetemek együttműködésében fejleszti azzal a céllal, hogy egy teljesen autonóm robotot hozzon létre. Mindhárom intézményben van egy-egy példány a robotból. *ERICA*, habár egyelőre csak a teste és az arca mozog, külső megjelenésében is egyesíti számtalan tudományterület eredményét. Arcát a kozmetikai sebészet szépségről szerzett ismeretei alapján

tervezték, ám a legkiemelkedőbb mégis kommunikációs képessége és a mögötte rejtőző mesterséges intelligencia.

A legtöbb *ERICA* által használt mondat alapértelmezett elrendezése egyenletes, melyet a nyelvtani szabályok által meghatározott intonációval egészít ki. Emellett a hangmagasság, a sebesség és az intenzitás manuális szabályozására is van lehetőség. Ahhoz, hogy a természetes beszéd legapróbb árnyalatait is szintetizálni tudják, több mint 500 speciális, jelölőcímkékkel ellátott modul alkalmaznak, amelyek olyan para-lingvisztikai és érzelmi információk kifejezésére szolgálnak, mint a megállapodás, csodálat, érdeklődés, meglepetés, szimpátia hiánya, elégedetlenség, zavartság, vagy egy olyan arckifejezés, aminek láttán úgy érezzük, hogy a robotot sikerült meggyőznünk. A beszédszintetizátor által generált hangok visszajutnak a robothoz, így jön létre a száj-, testritmus- és viselkedés szinkronizálás. *ERICA* képes vegyes kezdeményezésű párbeszédre, melyhez robusztus válaszleíró, dinamikus válasz-vizontválasz és proaktív beszélgetés-kezdeményező rendszereket használ, ez különbözteti meg a mobiltelefonokon alkalmazott hangasszisztensektől.

A legfejlettebb humanoidok (*ERICA*, *Sophia* vagy a kínai televíziós bemondó, *Hszin Hsziaomeng*) nem szakmaspecifikus robotok, leginkább kísérleti állapotban látjuk őket, s inkább a médiában vagy a vendéglátásban tervezik felhasználásukat (*ERICA* eredetileg recepciós lenne) vagy dolgoznak máris. Bemutatásuk mégis elengedhetetlen volt, hiszen az ember-robot kommunikáció és a mesterséges környezet olyan meghatározó problémakör, mely nem fogja elkerülni a szociális szakmát sem.

Etikai és társadalmi dilemmák

A robotikai kutatás elsősorban a műszaki és gazdasági területekre összpontosít (robottechnológia, munkaerőpiac), s a demográfiai kérdések is gyakran szóba kerülnek. A segítő szakma automatizálása ugyanakkor etikai problémákat is felvet, ennek is megvan a maga szakmai kutatási területe (*Tamburrini, 2015, Wynsberghe, 2016*). A jelenség számtalan társadalmi következményei között a társas interakciókra gyakorolt hatását emelném ki, azon belül is a kommunikációra és a szociálpszichológiai jelenségekre összpontosítok. A gép-ember viszony ugyanis alapvetően megváltoztathatja az ember-ember viszony általános normáit, jellemzőit és olyan szociális problémákat vet fel, amikkel Japánban máris találkozhatunk. Ilyen a társadalmi izoláció szélsőséges formájaként ismert hikikomori, illetve az általában tradicionális okokra visszavezetett kommunikációs probléma, amit összefoglaló névvel amae-nak kategorizál a japán nyelv (*Doi, 1973, Maynard, 1997*).

A fenti problémakör kutatása az adott kontextusban összetett módszertani feladat: Japánban a kommunikációs problémák mögött történetileg kialakult csoporttudat és ahhoz illeszkedő nyelvi rendszer húzódik meg (*Johnson, 1993*). A robotokhoz való viszony is eltér a nyugatitól. Nem tekinthetünk el tehát a történeti-kulturális sajátosságok figyelembevételétől, ugyanakkor maguk a patológiás jelenségek (gép-függőség, szociális izoláció) a nyugati világban is jelen vannak.

Feltehető tehát, hogy általános szociálpszichológiai mintákat találhatunk mindezek mögött, melyek a robotika alkalmazását a szociális területen inkább a hétköznapi életben való alkalmazásukból eredő problémákkal hozzák szorosabb viszonyba. Az idősgondozás és az egészségügy egy újabb terület, ahol a kapcsolatok átalakulása hatással lehet a valóság percepciójának alapjaira, így közvetve a társadalom szövetének átalakulására is.

A társas viszonyok és a robotika pszicho-szociális elemzése azonban viszonylag kevés eredményt mutatott fel ezidáig (Robertson 2007, 2010). A segítő hivatás sajátos szerepe, különösen kiszolgáltatott (beteg, idős) csoportok esetén különösen érzékeny terület, hiszen nem csupán erkölcsi kérdés, hogy az alapvető emberi értéket kiváltó gépi stimulusok hogyan értékelik le/át azt, hanem példát is mutat arra, hogy a kevésbé érzékeny és kiszolgáltatott csoportok esetében hasonló változások ugyancsak bekövetkezhetnek, s ekképp a jelenség általános társadalmi problémaként is megjelenik majd.

Ahogy Japánban médiaszereplőként elfogadottá vált a robot-ember viszony, kialakult a pozitív robot kép, az a személyes környezet elemeként is hétköznapivá, sőt igényelt társává vált, úgy lehet a segítő szerepkörben már elfogadott szereplőként a nyugati társadalmakban is mintaadó ez a viszony. Az erre irányuló újabb kutatásoknak tehát arra kell fókuszálniuk, hogy a társas viszonyok mely elemei vezetnek patológiás jelenségekhez, és mely formában működhet a jelenlegi érzelmi fejlettség és kommunikációs képességek megtartásához.

Irodalom

1. Abdi, J., A. Al-Hindawi, T. Ng & M. P. Vizcaychipi (2018). Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care. *BMJ Open*, 2018 (8), 1-20.
2. Annual Report on Government Measures for Persons with Disabilities. (2014). (Summary) Chapter 3 Situation of Persons with Disabilities (According to Basic Surveys) 1 Number of Persons with Disabilities (Summary of Three Categories) (1) Overall Situation. Tokyo: Government of Japan.
3. Arreguin, J. (2008). *Automation and Robotics*. Vienna: I-Tech and Publishing.
4. ASIMO The World's most Advanced Humanoid Robot. *Honda*. <http://asimo.honda.com/default.aspx> Letöltve: 2019. június 03.
5. Atoh, M. (2001). Very Low Fertility in Japan and Value Change Hypotheses. *Review of Population and Social Policy*, 10. 1–21.
6. Autor, D. (2015). Why Are There Still So Many Jobs? The History and Future of Workplace Automation. *Journal of Economic Perspectives*, 29(3), 3–30.
7. Bakewell S. (1997). Illustrations from the Wellcome Institute Library: Medical Gymnastics and the Cyriax Collection. *Medical History*, 41(4), 487–495.
8. Brynjolfsson, E. & McAfee, A. (2014). *The Second Machine Age: Work, Progress, and Prosperity in a Time of Brilliant Technologies*. New York and London: W.W. Norton & Company.
9. Chen, T. L., C.-H. A. King, A. L. Thomaz, & C. C. Kemp, (2014). An investigation of responses to robot-initiated touch in a nursing context. *Int. Journal of Social Robotics*, 6(1), 141–161.
10. CIA (2018). World Factbook, Japan. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ja.html> Letöltve: 2019. május 28.
11. Cody. *Robots. Your Guide to the World of Robotics*. <https://robots.ieee.org/robots/cody/> Letöltve: 2019. június 03.

12. Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., & Frank, J. K. (2010). The impact of a naturally occurring retirement communities service program in MD, USA. *Health Promotion International*, 25, 210–220.
13. Doi T. (1973). *The Anatomy of Dependence*. Tokyo: Kodansha.
14. Esquenazi, A., Talaty, M. & Jayaraman, A. (2017). Powered exoskeletons for walking assistance in persons with central nervous system injuries: A narrative review. *PM&R The journal of injury, function and rehabilitation*, 9(1), 46–62.
15. Európai Parlament (2017). European Parliament resolution of 16 February 2017 with recommendations to the Commission on Civil Law Rules on Robotics (2015/2103(INL)) http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0051_EN.html#def_1_3
Letöltve: 2019. június 13.
16. First approval of a robotic suit as a medical device by the MHLW: HAL® for Medical Use (Lower Limb Type) by Cyberdyne, Inc. EU-Japan Centre for Industrial Cooperation. Tokyo, 24 November 2015.
https://www.eubusinessinjapan.eu/sites/default/files/robotic_suit.pdf Letöltve: 2019. június
17. Fraunhofer IPA. Two new robots for the nursing sector.
<https://robohub.org/two-new-robots-for-the-nursing-sector/> Letöltve: 2019. június 03.
18. Glas, D.F., Minato, T., Ishi, C.T., Kawahara, T. & Ishiguro, H. (2016). ERICA: The ERATO Intelligent Conversational Android. *2016 25th IEEE International Symposium on Robot and Human Interactive Communication (RO-MAN)* 22–29.
19. Gray, R., Harrell, R., & Sykes, K. (2010). The built environment: Planning healthy communities for all ages: Community design, neighborhood change and impact on older adults. *Public Policy & Aging Report*, 20, 22–26.
20. Guarnieri, M. (2010). The Roots of Automation Before Mechatronics. *IEEE Ind. Electron. M.* 4 (2): 42–43.
21. Human Support Robot. *Toyota*.
https://www.toyota-global.com/innovation/partner_robot/robot/ Letöltve: 2019. június 03.
22. Ishiguro, S. (s.d.). It feels just like spending time with a family member. NEC,
http://www.nec.com/en/global/innovators/s_ishiguro/01.html Letöltve: 2019. június 13.
23. Johnson, F. A. (1993). *Dependency and Japanese Socialization: Psychoanalytic and Anthropological Investigations into Amae*. New York, NY: New York University Press.
24. Joseph, A., B. Christian, A. A. Abiodun & F. Oyawale (2018). A review on humanoid robotics in healthcare. *MATEC Web of Conferences* 153 (02004): 1–5.
25. Manyika, J. (2017). *What's now and next in analytics, AI, and automation*. San Francisco: McKinsey Global Institute.
26. Maynard, S. K. (1997). *Japanese Communication: Language and Thought in Context*. Honolulu, HI: University of Hawaii Press.
27. MedCottage (2019). <http://www.medcottage.com> Letöltve: 2019. június 03.
28. Ministry of Foreign Affairs of Japan (1997). *General Principles Concerning Measures for the Aging Society*. Ministry of Foreign Affairs of Japan.
http://www.mofa.go.jp/j_info/japan/socsec/aging.html Letöltve: 2018. május 28.

29. Muramatsu, N. & Akiyama H. (2011). Japan: Super-Aging Society Preparing. *The Gerontologist*, 51(4), 425–432.
30. Next 10 years crucial for Japan's nursing-care robot industry, *Nikkei Asian Review*, November 5, 2014. <http://asia.nikkei.com/Politics-Economy/Economy/Next-10-years-crucial-for-Japan-s-nursing-care-robot-industry> Letöltve: 2019. június 13.
31. PARO Therapeutic Robot. *PARO Robots*. <http://www.parorobots.com/> Letöltve: 2019. június 07.
32. Partner Robot Family. *Toyota Motor Corporation*. https://www.toyota-global.com/innovation/partner_robot/robot/ Letöltve: 2019. június 03.
33. Penteridis, L., D'Onofrio, G., Sancarolo, D., Giuliani, F., Ricciardi, F., Cavallo, F., Greco, A., Trochidis, I., & Gkiokas, A. (2017). Robotic and Sensor Technologies for Mobility in Older People. *Rejuvenation Research*, 20(5), 401-410.
34. Pfadenhauer, M. & Dukat, C. (2015). Robot Caregiver or Robot-Supported Caregiving? The Performative Deployment of the Social Robot PARO in Dementia Care. *International Journal of Social Robotics*, 7(3), 393–406.
35. Population Projections for Japan (January 2012). 2011 to 2060. National Institute of Population and Social Security Research, January 2012.
36. RIBA. World's first robot that can lift up a human in its arms. *RIKEN-TRI* <http://rtc.nagoya.riken.jp/RIBA/index-e.html> Letöltve: 2019. április 12.
37. Robertson, J. (2007). Robo sapiens japonicus: Humanoid robots and the posthuman family. *Critical Asian Studies*, 39, 369-398.
38. Robertson, J. (2010). Gendering humanoid robots: robo-sexism in Japan. *Body & Society*, 16, 1-36.
39. Rosso, AL., Studenski, SA., Chen, WG., Aizenstein, HJ., Alexander, NB., Bennett, DA., Black, SE., Camicioli, R., Carlson, MC., Ferrucci, L., Guralnik, JM., Hausdorff, JM., Kaye, J., Launer, LJ., Lipsitz, LA., Verghese, J., & Rosano, C. (2013). Aging, the central nervous system, and mobility. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 68(11), 1379–1386.
40. Salomon, E. (2010). *Fact sheet: Housing policies to support aging in place*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
41. Sassen, S. (2012). Urbanizing technology, *LSECities*. <http://lsecities.net/media/objects/articles/urbanising-technology/en-gb/> Letöltve: 2016. április 12.
42. Shigemi, S. (2019). ASIMO and Humanoid Robot Research at Honda. In Goswami, A. & Vadakkepat, P. (Eds.), *Humanoid Robotics: A Reference* (pp. 55-90). Springer.
43. Tamburrini, G. (2015). On the ethical framing of research programs in robotics. *AI & Society*, 31(4), 463–471.
44. Thomas, J. (2015). Insights into Loneliness, Older People and Well-being, 2015. *Office for National Statistics*. 1–10. <https://backup.ons.gov.uk/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/Insights-into-Loneliness-Older-People-and-Well-being-2015.pdf> Letöltve: 2019. június 07.
45. TOTO Washlets. <http://www.totousa.com/products/washlets> Letöltve: 2018. június 03.

46. United Nations (UN) (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. New York: United Nations.
47. Vogt, G. (2008). Talking politics: demographic variables and policy measures in Japan. In Kohlbacher, F. & Herstatt, C. (Szerk.), *The Silver Market Phenomenon. Business Opportunities in an Era of Demographic Change* (pp. 17-31). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
48. Wada, K., Shibata T., Musha T. & S. Kimura (2008). Robot Therapy for Elders Affected by Dementia. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 27 (4), 53–60.
49. What is Palro? <https://palro.jp/en/feature> Letöltve: 2019. június 13.
50. What's HAL? The World's First Cyborg-type robot "HAL". *CYBERDYNE* <http://www.cyberdyne.jp/english/products/HAL/> Letöltve: 2019. június 11.
51. Wynsberghe, A. van (2016). Service robots, care ethics, and design. *Ethics and Information Technology*, 18 (4), 311–321.
52. Yang, K. & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1-21.
53. Yumak, Z., Ren, J., Thalmann, NM. & Yuan, J. (2014). Modelling multi-party interactions among virtual characters, robots, and humans. *Presence*, 23(2), 172–190.

Az egészségügyben végzett szociális munka és a terület kutatásának sajátosságai

Bevezető

Az egészségügyben végzett, szociális munkával kapcsolatos kutatások sajátosságait két tényező határozza meg: egyrészt maga az egészségügy rendszere, amelyben a szociális munkás dolgozik és amelynek terében a kutatások zajlanak, másrészt az egészségügyben végzett szociális munka sajátos jellege, amely megkülönbözteti azt a más területeken végzett szociális munkáktól.

Az egészségügyben végzett szociális munka nem korlátozódik feltétlenül a kórházakra, hiszen ez az alapellátásban, a területi szakellátásban is nagyon sokat segíthet, pl. a házi orvos mellett vagy pszichiátriai szakgondozóban. Mégis nagyon ritka, hogy ezekben a járóbetegeket fogadó alap- és szakellátási intézményekben szociális szakembert alkalmazzanak. Inkább a kórházak fenntartásában, kórházi épületben működő ambulanciák esetében fordul elő, hogy a kórház szociális munkásától kérnek segítséget egy-egy ügy kapcsán. Kisebb településeken kevésbé okoz gondot ez a helyzet, mert a személyes kapcsolatok miatt hamarabb eljut az információ a szociális ellátórendszerhez. Például egy kis faluban hamarabb tudomást szerez a szociális ellátórendszer arról a tényről, hogy valaki súlyos betegség után került haza, és most és nem tudja megoldani a bevásárlást, étkezést, mint egy nagyvárosban. De a nagyobb településeken, ahol személytelenebbek a kapcsolatok és lazább a kapcsolati háló, már több nehézséget okoz, ha nincs jelen ez a típusú szociális munka, amely pedig számos további szociális és egészségügyi problémát is megelőzhetne. Gyakori eset, hogy a helyi szociális ellátórendszer a kórházban dolgozó szociális munkástól értesül a kórházat megjárt ember helyben megoldandó, szociális jellegű problémájáról.

A jelenlegi törvényi szabályozások alapján kétféle rendszer működik Magyarországon:

1. Egészségügyi intézmény alkalmazottjaként végzett szociális munka
2. Gyermekjóléti intézmény alkalmazottjaként végzett kórházi szociális munka.

Előnyök, hátrányok, sajátosságok

Az 1997. évi XXXI. tv. a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 40/A § (2) ac) bekezdése a család és gyermekjóléti központok számára kötelezően írja elő kórházi szociális munkás feladatkör létrehozását „ha a helyi viszonyok azt indokolják”. A gyakorlatban ez nem önálló munkakört jelent. A kórházi szociális munkával megbízott családgyógyászok a munkájuk mellett általában nehezen tudják ezeket a további feladatokat ellátni. Mivel nincsenek jelen a kórházban, csak akkor értesülnek a problémákról, ha onnan valaki felveszi velük a kapcsolatot. Kevésbé szoros a viszonyuk a kórházi dolgozókkal, a kórház információs és adatkezelési rendszerébe, a betegek dokumentációiba való betekintés is nehezebb. Nehezíti a munkájukat az a helyzet, amikor egy gyermekjóléti központ területén több kórház is található, illetve amikor a hozzájuk tartozó kórház felvevő területe meghaladja a gyermekjóléti központét. Ezekben az esetekben a gyermekjóléti központ szűkös munkaerő-kapacitásának egy részért olyan esetek menedzselésére kellene fordítania, amelyek illetékességi körén kívül esnek, csupán a kórházba kerülés ténye miatt kerülnek vele kapcsolatba. További problémát okoz a kórháznak az a sajátossága, hogy az esetek megoldására nagyon szűkös időkeret áll rendelkezésre, amely csak

nagyon aktív jelenlét mellett, napi többszöri egyeztetéssel, és intézkedések sorozatával menedzselhető. Munkájuk aktív kórházi jelenlét esetén is a szülészeti és gyermekosztályokra korlátozódik. Előnye viszont a rendszernek, hogy a szociális munkás munkájogilag nincs kiszolgáltatva a kórháznak, és a szociális munkás a gyermekjóléti központban dolgozó munkatársainak szakmai támogatását élvezheti. Ennek a típusú szociális munkának a hiányosságait úgy lehetne kiküszöbölni, ha a gyermekjóléti központ alkalmazottja teljes állásban a kórházban tevékenykedne, részévé válva a kórház mindennapjainak, és csupán a saját szakmai tevékenységét segítő továbbképzések és esetmegbeszélő és/vagy szupervíziós csoportok résztvevőjeként kapcsolódna be a gyermekjóléti központ munkájába. A gyermekjóléti központok jelenlegi leterheltsége mellett nem valószínű, hogy egy teljes státuszt úgy töltenének be, hogy közben a munkavállaló gyakorlatilag a központ napi tevékenységében nem vesz részt.

Az egészségügyi intézményben a szociális munkás elérhetőségét a 60/2003 (X.20) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről 2. és 3. melléklete írja elő. Sok kórház igényli a szociális szakemberek fizikai jelenlétét, hiszen az egészségügyben pont az a sajátossága a rendszernek, hogy gyorsan kell intézkedni, és időhatékonyan kell az eseteket menedzselni. Így, függetlenül attól, hogy van-e szerződése a kórháznak gyermekjóléti központtal, az esetek túlnyomó többségében az egészségügyi intézmények maguk is alkalmaznak szociális munkásokat. A folyamatos elérhetőség, a személyes kapcsolatok nemcsak a problémákról szóló információk gyorsabb átadását teszik lehetővé, hanem az egészségügyi dolgozók holisztikus szemléletformálását, a betegjogok érvényesítését, az ellátás fejlesztését is. A kórház alkalmazásában álló szociális munkások minden kliens számára elérhetők, beleértve a szülészeti és gyermekosztályon fekvő betegeket, egyszersmind a más osztályon megforduló pácienseket is. Nehézséget okozhat ebben a típusú munkában, hogy a szociális munkások kiszolgáltatottabbak a kórháznak, hiszen az intézmények munkavállalói. Sok erőfeszítést kell tenni ahhoz, hogy az intézmény első szociális munkásai elfogadtassák magukat, szakértelmüket, továbbképzési igényeiket az intézmény vezetésével. Szerencsére ez nagyon sok helyen már megvalósult, és az újonnan bekerülő munkatársaknak már sokkal könnyebb a dolguk. További feladat számukra, hogy mivel a szakmai fejlődés, esetmegbeszélés, szupervízió nem „pottyan az ölükbe”, saját maguknak kell kialakítani ezeket a lehetőségeket és fenntartani magukban a szakmai igényességet. Többek között ez a vágy és igény hozta létre 2010-ben az *Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesületét* is.

A gyakorlatban a kétféle típusú kórházi szociális munka úgy működhet jól, ha a kórház alkalmazásában álló szociális munkás a kórház falain belül ellátja a klienst és az esetet a gyermekjóléti központ kórházi szociális munkásának tudja átadni, vele szoros együttműködésben biztosítja a hazakerülő kliensek ellátásának folytonosságát, illetve a helyi viszonyokról és a kliens otthoni kapcsolatrendszeréről is értékes információkkal tud szolgálni, mint a területileg illetékes gyermekjóléti intézményben dolgozó kolléga.

Megemlítendő még, hogy sok szülészeti és újszülött osztályon az ott dolgozó védőnők is végeznek szociális munkát. A védőnők jelenlegi álláspontja szerint ők az ilyen típusú szociális munkában kompetensek és erre a feladatra jól fel vannak készítve. A gyakorlatban sok kórházban a szociális munkás ezt a feladatkört nem is bolygatja, hiszen enélkül is eléggé megterhelik őt a többi osztályon végzett munkák. Így a védőnők ilyen irányú tevékenysége

általában könnyebbséget jelet a kórházi szociális munkások számára. Ha azonban a kórházakban folyó szociális munka egészét szeretnénk feltérképezni, akkor nem felejtkezhetünk meg erről a szeletről sem.

Az egészségügy, mint környezet

Az egészségügyi rendszerek meghatározó és a szociális rendszerektől eltérő sajátosságait figyelembe kell venni a kutatások során.

1. A hierarchia

Az egészségügy alapvetően hierarchikus intézmény, mind orvosi vezetés, mind a szakdolgozói vezetés tekintetében. Ez érthető is, hiszen nincs helye a hosszas egyeztető vitáknak azokban a helyzetekben, amikor emberek életéről kell nagyon gyors döntéseket hozni. Természetesen szükség van a helyzetek utólagos elemzésére, a tanulságok levonására, de általánosságban elmondható, hogy a döntés hiánya, késleltetése többet árthat, mint egy kevésbé jó, de határozott döntés. Ilyen miliőben a partneri viszony kiépítése nehéz, de nem lehetetlen. Ügyes menedzsmentet, hosszú befektetett munkát és szoros személyes kapcsolatokat igényel. A hierarchia megkerülése meghiúsíthatja az egész kutatást.

Az engedélyeztetési folyamatok hosszadalmasak és szigorúan szabályozottak. Néhány intézménytípus esetében, mint pl. honvédségi kórházaknál még az átlagosnál is szigorúbb. Az intézményekben *Kutatásetikai Bizottságok* működnek. Gyakran azokat a kutatásokat is véleményezik, amelyek nem érintik közvetlenül a betegek fizikai épségét.

A kutatást engedélyező személy az orvosigazgató és/vagy az ápolási igazgató, illetve a Kutatásetikai Bizottság, mint testület. Ők olyan személyek, aki nem szociális végzettségűek, nem értenek és nem is várható el, hogy értsenek a szociális munkához. Esetleg idegenek lehetnek számukra a célok, a nyelvezet. Az engedélyeztetési folyamat során nagyon fontos a pontos fogalmazás, és az „eladható” cél. Vagyis olyan kutatási célkitűzéseket érdemes megfogalmazni, a saját fő kutatási területünket olyan szegmensekkel is jó kiegészíteni, amely az intézmény számára is fontos, és amelynek eredménye számára is használható, érdekes, de legalább is befogadható, érthető. Ugyanakkor az intézményeken belül az információáramlás nem feltétlenül gördülékeny és az igazgatókat számtalan egyéb feladat is terheli. Nagyban segítheti a munkánkat, ha felvesszük a kapcsolatot a kórházi szociális munkással vagy ennek hiányában egy olyan kórházi dolgozóval, aki belülről segíti és támogatja az engedély megszerzését és a kutatás lebonyolítását.

2. Eltérő munkamódszerek

Az egészségügyet érintő kutatások túlnyomó többsége bizonyos gyógyászati eljárások vagy gyógyszerek hatásvizsgálatára irányul. Jelenleg az alapvető paradigma a *Bizonyítékokon Alapuló Orvoslás* (Evidence Based Medicine), vagyis a mérhető, dokumentálható és megismételhető kutatási eredmények alapján létrehozott protokollok követése. A szociális munka érdeklődése gyakran „soft” paraméterek vizsgálatára irányul, még akkor is, ha a kiértékeléshez statisztikai módszereket hív segítségül. Ezért az egészségügy számára idegenül hathatnak és furcsák lehetnek a szociális munka által az adatgyűjtésben használt kérdések, módszerek. Amennyire lehetséges, törekedni kell a mérhetőségre, az objektivitásra és az egészségügy számára is érzékelhető hasznavehetőségre. Bármilyen témakörben is végzik a

kutatást, a leírása legyen nagyon igényes, és tükrözze a szociális munka tudományos méltóságát.

3. Zárt rendszer

Az egészségügyi intézmények zárt rendszert alkotnak, ezért nagy szerepe van bennük a személyes bizalomnak. Az intézményben dolgozó szociális munkás közreműködésével sokkal nagyobb sikerre számíthatunk.

4. Szenzitív adatok

Az egészségügyi adatok fokozottan szenzitívek és védendőek. Az adatnyilvántartási rendszerekhez a legtöbb intézményben csak jelszóval lehet hozzáférni, ami olykor nehézkessé is teheti a munkát. Az anonimitás biztosítására és a gyűjtendő adatok körének pontos meghatározására érdemes több gondot fordítani. Belső együttműködő személy nélkül gyakran nincs is lehetőség az adatgyűjtésre. Továbbá figyelmet kell fordítani a gyűjtött adatok védelmére és az anonimitás biztosítására.

5. Speciális nyelvezet

Az egészségügy speciális szaknyelvet, szakzsargont használ, amely sok egészségügyi végzettségű személy számára szimbóluma is az általa birtokolt tudásnak. Ezért a kutatás nyelvezetét a kutatás fókuszához kell igazítani. Ha a kutatás célcsoportja az egészségügyi személyzet, akkor a megfogalmazás szakszerűsége egyben presztízst is ad a kutatásnak.

A beteganyagok elemzése során speciális (latin és szaknyelvi) kifejezésekkel találhatjuk szembe magunkat, amelyek értelmezésében a kutatónak segítségre lehet szüksége.

6. Krízisben lévő populáció

A betegekre irányuló kutatás célcsoportja krízisben van. Ez a szociális munkaterületen végzett egyéb kutatásban előfordul, de persze nem mindegyikben. A betegség önmagában véve krízist jelent (fizikai fájdalom, önkép megrendülése, jövőkép, tervek bizonytalanná válása, további saját ill. a hozzátartozók sorsa iránti aggodalom, halálfélelem). Ezt súlyosbíthatják egyéb problémák (pl. hajléktalanság, demencia, alacsony jövedelem). A betegekre irányuló kutatásnak ezt figyelembe kell venni. Egyrészt nagyon körültekintően kell eljárni a kutatás során. A kutatónak empátikusan kell viszonyulnia a kutatásban részt vevő személyekhez, és őrizkednie kell a személyiségi jogaik vagy a személyiségük integritásának megsértésétől. Másrészt figyelembe kell venni, hogy a vizsgálat alanya esetlegesen eltérően reagál, mint betegség nélkül ugyanabban az élethelyzetben.

A kutatás fókuszai

Az egészségügy és a szociális munka közös metszetében számtalan, szerteágazó problémakört találhatunk, így a kutatásunknak többféle iránya lehetséges. A kutatás során használt eszközöket (pl. kérdőív, interjú) a kutatás fókuszához kell szabni.

A kutatásban gyűjtött adatok összehasonlíthatóságának feltétele, hogy általunk fontosnak tartott szempontok szerint a kutatás célcsoportja minél homogénebb legyen. Minél szigorúbb ez a kutatáshoz felállított szempontrendszer annál nagyobb az esély arra, hogy az értékelhető esetszám eléréséhez több intézményben kelljen adatot gyűjteni. Ez alól kivételt jelent, ha a

kutatás pl. egy adott kórház betegforgalmára és az ott megjelenő páciensekkel végzett szociális munkára irányul.

Lehetséges fókuszok:

- kliens
- a kórház, mint környezet
- a szociális ellátórendszer és az egészségügy kapcsolata
- a kórházi szociális munkás
- a kórházi szociális munka költséghatékonysága

Az egyes fókuszok sajátosságai

1. A kliens

Kliens lehet a páciens, tehát maga a beteg ember, de lehetnek a kliensek hozzátartozói is. Mint már említettük, a kliens krízisben van, ezért nagyon tapintatosan és körültekintően kell adatokat kérni tőle, nem szabad őt mintegy feláldozni a kutatás oltárán. Nagyon fontos az is, hogy ne keltsünk indokolatlanul reményeket a tőlünk várható segítséggel kapcsolatban. Nagyon nehéz szociális munkás attitűddel elválasztani a kutatást a segítségnyújtástól. Ha az adatgyűjtés során megoldandó problémákra, esetenként mentre vagy krízisintervencióra szoruló helyzetek jutnak tudomásunkra, etikailag az a helyes magatartás, ha az adatot szolgáltató klienst megpróbáljuk a megfelelő segítséghez hozzájuttatni. Ez történhet úgy is, hogy személyesen nyújtjuk ezt a fajta segítséget, amennyiben van rá lehetőségünk, de úgy is, hogy jelezzük a problémát egy megfelelő szakembernek, vagy a klienssel ismertetjük a továbblépés lehetőségét. Elképzelhető olyan helyzet is, amelynek során idő, lehetőségek, jogosultságok híján nem jutunk tovább az adatgyűjtésnél, a problémák feltárásánál. Ebben a helyzetben a kutatást végző személy számára érzelmileg megterhelő lehet segítség nélkül hagyni a rászoruló embert. Segítségül szolgálhat az a gondolat, hogy az általánosabb, rendszerszintű hibák felderítése, a kutatás eredményeinek közkinccsé tétele segít majd a hasonló helyzetek megelőzésében. Másrészt sok esetben a vizsgált személyek számára már az is jelentős segítség, ha pl. egy interjú keretében meghallgatják őket, ha elmondhatták a panaszukat. Maga a kutatási helyzet is adhat segítséget a kliensek számára. Ugyanakkor nem biztos, hogy ez a tudat elegendő. Fontos, hogy a kutató saját lelki egészségére is gondot és figyelmet fordítson.

A kutatás előtt el kell döntenie, körül kell határolni, hogy milyen szempontok alapján szeretné kiválasztani a kutatás célcsoportját:

- egy bizonyos típusú betegségben (pl. stroke, endometriózis) szenvedő klienseket
- egy bizonyos intézményben/osztályon (pl. traumatológia, szülészet) megforduló betegek teljes spektruma
- egy bizonyos problémakör mentén vizsgálódik (pl. bántalmazott személyek, 65 évnél idősebb, egyedül élő emberek)
- egyes szociológiai jellemzők alapján (pl. lakhely, életkor, családi állapot stb.)
- esetleg ezek ötvözését választja (pl. a november 1. és február 28. között megjelenő hajléktalan emberek vizsgálata)

2. Belső környezet

A WHO egészségdefiníciója szerint az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi-lelki-szociális jól-lét állapota. A kutatás célja lehet annak vizsgálata, hogy mennyiben befolyásolják a páciensek gyógyulási esélyeit az egészségügy felépítésének, működésének módjai, az adott kórházban a betegutak sajátosságai, a belső kommunikáció hiányosságai, a szakember ellátottság, az infrastrukturális feltételek. Tehát pl. kiderülhet, hogy a gyermekosztályon a túl rövid és szigorú látogatási idő károsan hat a gyermekek pszichés állapotára és ez megnehezíti a gyógyulást. Vagy pl. bizonyos osztályokon a kórházi szociális munkás az esetek többségében több nappal később értesül arról, hogy szociális problémával küzdő embert vettek fel, és hogy milyen problémákat okoz a késlekedés a kórházi rendszer és az egyének szintjén.

3. A szociális ellátórendszer és a kórház kapcsolata

Két ponton válik érdekessé és kutatásra érdemessé ez a kapcsolat: a kórházba való bekerülés és az onnan való kikerülés pontján.

A betegek bekerülésével kapcsolatban felmerül és kutatható, hogy vajon a lakhely szerint ellátórendszer megfelelő működésével megakadályozható lett volna-e a betegek bekerülése. Ha igen, mely településeken és milyen típusú ellátó intézmény jelenti a gyenge pontot. Továbbá, hogy ezen belül pontosan mi a probléma forrása.

A távoztatással kapcsolatban alapvető kérdés, hogy a kliens lakhelyén működő ellátórendszer alkalmas-e a hazakerülő beteg ember ellátásra. Ha a helyi ellátórendszer nem megfelelő vagy a kliens állapota nem teszi lehetővé a lakhelyére szervezett ellátást, akkor vajon megfelelő szakellátási intézmények rendelkezésre állnak-e ahhoz, hogy a klienseket a nagyon drága aktív kórházi ágyak helyett költséghatékonyabb rehabilitációs, krónikus/ápolási osztályokon vagy még alacsonyabb költségű (ám a kliensek szempontjából legkevésbé beavatkozó, legnagyobb autonómiát biztosító) szociális intézményekben lássák el, amennyiben már nem igénylik az aktív osztályon történő kórházi ellátást? Melyek a szociális szakellátó rendszer gyenge pontjai földrajzi elhelyezkedés, intézménytípus, egyéb szempontok szerint?

4. A szociális munkás munkaköre, szerepe, identitása, szerepkonfliktusai

Ezen a témakörön belül is több irányba lehet a kutatásnak.

Szociológiai mutatók: nemek aránya, életkor, képzettség stb.

Adottak-e a munkához szükséges tárgyi feltételek?

Megfelelnek-e a feladatai a végzettségének, munkakörének?

A kapcsolatai terén: a munkatársai és felettesei mennyire segítik vagy hátráltatják a munkáját?

Van-e lehetősége szakmai továbbképzéseken részt venni, tudományos és/vagy oktatási tevékenységet folytatni?

Van-e lehetősége szupervízióra?

Kap-e segítséget a munkája során előforduló dilemmák, szerepkonfliktusok feldolgozásához?

A kórházban betöltött helye, szerepe, megbecsültsége, mozgástere, elfogadottsága terén: teljes jogú tagja-e a teamnek, vagy csak megtúrt személyként dolgozik? Ez nem csupán a szociális munkás érzelmi jólléte és a kiegész megakadályozása miatt fontos, hanem azért is, mert ha egyenrangú fél, akkor sokkal hatékonyabban tudja segíteni a klienseket.

A kérdések tetszés szerint kiegészíthetők, bővíthetők.

5. Költséghatékonyság

A költséghatékonysági vizsgálat esetünkben tulajdonképpen a kórházi szociális munka létjogosultságának bizonyításáról szól. Miért fontos ez? A politikai döntéshozóknak az állampolgárok életminőségének javítását, testi-lelki-szociális EGÉSZ-ségének biztosítását elsősorú szempontnak kell tekinteniük. A gazdasági kényszerek nyomása alatt azonban nagyon erős érv egy javaslat elfogadása vagy elutasítása mellett az is, hogy vajon sikerül-e pénzt megtakarítani az adott megoldások kapcsán. Jelenleg az állam a kabátján lévő zsebekből külön-külön fizet. A szociális és egészségügyi államkassza elkülönített volta hátráltja azon komplex döntések meghozatalát, amelyek esetleg egyik kasszából költségkiáramlással járnak, azonban a másik kasszában a költségeknél magasabb megtakarítást eredményeznek. A kórházi szociális munka helyzeténél és speciális tudásánál fogva képes arra, hogy összekapcsolja ezt a két területet és a költséghatékonysági vizsgálatokon keresztül ki tudja mutatni, hogy az egészségügyi és szociális ellátórendszer egymásra épülése, és a kórházi szociális munkásnak, mint a változások motorjának a munkája hogyan tudja az államkasszára nehezedő terheket csökkenteni azzal, hogy a szociális terület fejlesztésével az egészségügy (és a teljes államkassza) számára megtakarításokat ér el.

A jelenleg hatályos minisztériumi irányelv különböző egészségügyi technológiák értékelésére született, azonban ennek útmutatása alapján lehetőség lenne a kórházi szociális munka jelenlétéből vagy hiányából fakadó következmények értékelésére is. Az egészség-gazdaságtani elemzések típusai közül a kórházi szociális munkát elsősorban költség-eredményességi (cost-effectiveness analysis- CEA) és költség-hatásossági (cost-efficiency analysis – CEA) vizsgálatokkal érdemes mérni. Itt a nyereségeket természetes egységekben (pl. tünetmentes napok száma, betegelégedettség, kórházi visszakerülés, szövődmények kialakulása) határozzák meg. A kórházi szociális munka eredményessége épp ezekben az egységekben mérhető, noha pl. a kórházban töltött napok száma és ezek költségvonzata, illetve megtakarítása könnyen számszerűsíthetők is.

A költséghatékonysági vizsgálatokat elméletben nagyon egyszerű megtervezni a kivitelezés azonban nehézkes és költséges. Ezért jelenleg tudomásom szerint ilyen típusú kutatások még nem születtek.

Amint a bevezetőben szó esett róla a kórházi szociális munkájának két formája van. Ezek mindegyikével elvégezhető a kutatás. Így az is összehasonlítható, hogy a kettő közül melyik a hatékonyabb.

A kutatás megtervezése és folyamata

A kutatás megtervezésének folyamatát egy konkrét kutatás példáján szeretném bemutatni, a kutatómódszertani kérdésekre fókuszálva.

Az első lépés a kutatás fókuszának meghatározása. Vajda Kinga a 2015-ben megjelent tanulmányában a kórházi szociális munka akkor helyzetének felmérését tűzte ki célul, összehasonlítva Magyar Zsófia 2014-ben publikált kutatásával. Pontosabban meghatározta azokat a kérdéseket, amelyekre választ szeretne kapni. Nevezetesen: végzettség, szakmai felettes, feladatkör, tárgyi feltételek, továbbképzés biztosítottsága. A kutatás megtervezésekor fel kellett mérni, hogy milyen típusú intézményekben mennyi adat gyűjtésére van szükség az értékelhető kutatási eredményekhez. Jelen esetben, mivel a cél a magyarországi kórházi szociális munka

felmérése volt, az ország összes kórházát meg kellett keresnie. A kutatás tervezése során fel kellett mérni a rendelkezésre álló pénzügyi, technikai, időbeli és emberi erőforrások területén jelentkező lehetőségeket és korlátokat, amelyeket figyelembe véve kialakíthatjuk a kutatás lebonyolításának kereteit. A tervezésnél nem szabad figyelmen kívül hagyni az előzetes tervezésre, próbakérdésre, kiértékelésre fordított időt sem. Az emberi erőforrás kérdéskörébe a kutató saját erőforrásai is bele tartoznak. Van-e lehetőség megbízható önkéntesek vagy fizetett közreműködők bevonására? Ha igen, biztosítható-e a megfelelő szintű képzésük, betanításuk? Hogyan biztosítható részükről a megfelelő adatkezelés és titoktartás? A *személyes megkeresés* sokkal hatékonyabb módja az adatgyűjtésnek, hiszen az alanyokkal szemben álló kérdezőt ritkán utasítják vissza. Ezenkívül további adatokat jelenthetnek azok a metakommunikatív elemek, amelyek csak a személyes kérdezés során észlelhetők. Ugyanakkor ez a mód nagyon időigényes, és további időt igényelhet a célcsoport által felvetett problémákra való segítség megtalálása, vagy a segítségnyújtás elutasítása. A személytelen formában, papíron vagy interneten elküldött kérdőívek sokkal gyorsabb és kevésbé megterhelő adatgyűjtési módot jelentenek, viszont sokkal nagyobb az esély arra, hogy a potenciális válaszadók figyelmen kívül hagyják a hozzájuk intézett kérést. A szóban forgó kutatásban Vajda Kinga internetes anonim önkitöltős kérdőív formát választott, amelyet igyekezett eljuttatni az ország összes kórházába. Az ehhez szükséges adatbázist az internetről állította össze.

2013 novemberében küldte ki a hivatalos felkérő leveleket a kórházak titkárságára és egyben a kórház szociális munkásának címezve. Az alacsony válaszadási hajlandóságot tapasztalva november végén újra kiküldte ugyanazt a levelet, de most az ápolási igazgatóknak címezve. Ez a lépés eredményt hozott: lényegesen megnövekedett a beérkezett kérdőívek száma. Ezt követően Vajda Kinga 2014. január közepén felhívta azokat az intézményeket, ahonnan nem kapott válaszokat. A legtöbb esetben a kórház ápolási igazgatójától érkezett meg az engedély, a kutatási anyag részletes átvizsgálását követően. Esetenként külön kérelem benyújtását is kérték. Fentebb már írtunk arról, hogy az orvosigazgató és/vagy ápolási igazgató kulcsfontosságú szerepet játszik mindenfajta kórházban végzett kutatás esetén.

Javaslom, hogy egyidőben keressük meg az orvosigazgatót és az ápolási igazgatót is a levelünkkel. Amennyiben úgy döntünk, hogy személyesen keressük meg a kórház vezetését, akkor először az orvosigazgatóhoz menjünk, majd utána az ápolási igazgatóhoz. Személyes találkozás esetén is készítsünk össze egy írásos anyagot a következő tartalommal:

- *Hivatalos engedélykérő levél*
 - gondosan járjunk utána a megfelelő megszólításnak, hogy ne tévesszük el a tudományos címet és/vagy beosztást (pl. főorvos, adjunktus, docens, professzor, egyetemi tanár)
 - bemutatkozás
 - a kutatás céljának, időtartamának rövid ismertetése,
 - utalás a szakmai szervezetek támogatására (ha van) vagy a kutatás megrendelőjére
 - engedélykérés a kutatásra
 - ígéret az eredmények ismertetésére
 - mellékletre való figyelemfelhívás.
- *1.melléklet:*
 - a kutatás intézményben folyó szakaszának ismertetése

- a kutatás lefolytatásához milyen segítségre van pontosan szükség az intézmény részéről: adatok, erőforrások,
- *2.melléklet:* kérdőív vagy interjúkérdések.
- *3.szakmai szervezetek ajánlása* (ha van)

Ezt az anyagot 2 példányban érdemes bevinni, hogy mind az orvosigazgatónak, mind az ápolási igazgatónak tudjunk adni egy-egy saját példányt.

Hasznos lehet, ha keresünk egy olyan szakmai szervezetet, amely formális módon, hivatalos ajánlás formájában, vagy informális módon, tagjain keresztül segítségünkre van az adatgyűjtésben. Jelen kutatás esetében az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesületének vezetősége külön felhívta a tagok figyelmét a kérdőívre és buzdította a tagokat a kitöltésre. Ugyanígy fontos lehet egy belső támogató személy megnyerése is, különösen a személyes jelenléttel végzett kutatások esetén.

A kutatás végeztével ne felejtjük el betartani az ígéretünket! Ha összefoglalót ígértünk vagy visszajelzést a kutatási eredményekről az intézmény számára, akkor ezt feltétlenül teljesítsük. Természetesen már az ígéret megadásakor gondoljuk át, hogy minek a betartására van kapacitásunk. Tehát például csak akkor ígérjük meg, hogy a saját intézményükre lebontott adatok kiértékelést fogjuk átadni, ha ennek elkészítésére valóban van lehetőségünk. Nagyon fontos, hogy az egészségügyi intézmény számára mi a szociális munka egészét képviseljük. Hiteltelenné válásunkkal a későbbiekben jelentkező szociális munkás kutatók, illetve a dolgozó szociális munkások helyzetét is megnehezítjük. Fontosnak tartom azt is, hogy a közvetlen közreműködőknek személyesen kifejezzük köszönetünket és eredményekről nekik is küldjünk tájékoztatót, ha megígértük. Elegendő tájékoztatásnak minősül, ha a kész mű erre a célra szerkesztett kivonatát vagy egy kész cikket küldünk el, amely a kutatás eredményeit ismerteti és amelyet amúgy is megírtunk volna. Bizonyos esetekben számunkra hasznos, a vezető számára pedig megtisztelő, ha még a megjelenés előtt megosztjuk vele a kutatás eredményeit. Rengeteg kiváló kutatás asztalfiókban, könyvtárak polcain végzi. Főleg szakdolgozatokkal fordul ez elő, pedig igen sok jó minőségű, igazán izgalmas, szakmailag megalapozott mű van köztük, amelyet a gyakorló szakemberek is haszonnal forgatnának. Ha már dolgozunk a kutatással, rengeteg időt, energiát beletettünk, érdekes eredményekre jutottunk, akkor legyen minél szélesebb körű publikáció, szerepeljünk szakmai fórumokon, hogy minél több szakember megismerhesse az eredményeinket. Vajda Kinga itt idézett kutatása is nagyon fontos eredményekkel szolgált.

Befejezés

A kórházi szociális munka területén végzett kutatások a jelenlegi rendszer erősségeinek, gyengeségeinek feltárásával támpontot és iránymutatást adhatnak az egészségpolitikai döntéshozatal és a szociális ellátórendszer fejlesztése terén. Természetesen az eredmények gyakorlatban való átültetéséhez a döntéshozatali mechanizmusok sikeres befolyásolása, a sikeres lobbizás és a döntéshozók nyitottsága is szükséges.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet szeretném kifejezni *Döbrönte Szilviának, Zöld Veronikának és Tötösné Szilágyi Erzsébetnek*, az Egészségügyben Dolgozó Szociális Munkások Országos Egyesülete tagjainak, a cikkhez nyújtott értékes kiegészítéseikért.

Irodalom

1. Kübler-Ross, E. (1988). *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest: Gondolat Kiadó.
2. Magyar, Zs. (2004): A magyarországi kórházi szociális munka helyzete egy országos kutatás tükrében. *Esély*, 2004/4. 44–70.
3. Mucsi, G., Kerekes, Zs. (2012). Szociális munka a hospice ellátásban. Egy online kérdőíves kutatás eredményeinek ismertetése. *Kharón-Thanatológiai Szemle*, 2012/1-2. 1-18.
https://epa.oszk.hu/02000/02002/00042/pdf/EPA02002_kharon_2012_1-2_01-18.pdf
4. Pulay, Gy. (2014). *Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába*. Budapest: Semmelweis Egyetem. <https://adoc.pub/bevezetes-az-egeszseggy-gazdasagtanaba-e-book-pulay-gyula.html>
5. Vajda, K. (2015). A magyarországi kórházi szociális munka aktuális helyzete. *Esély*, 2015/1. 95-121.
6. EMMI szakmai irányelv az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez Egészségügyi Közlöny 2013. év 3. szám
7. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészségügyi technológia értékelés módszertanáról és ennek keretében költséghatékonysági elemzések készítéséről Egészségügyi Közlöny 2017. év 3. szám

Gyurok Ernő

A közösségi életvitel és lakhatás támogatása otthonközeli szolgáltatásokkal¹⁵⁸

Bevezető gondolatok

Gyógypedagógusként, majd mesterfokozatot szerzett szociális munkásként negyedszázada dolgozom értelmi fogyatékosokat ellátó, integrált intézményben (BSZ ÉFESZI); hat évet szakmai vezetőként, húsz éve igazgatóként. Komplex szükségletfelmérő szakemberként 2013 évtől veszek részt a támogatott lakhatásba kerülő személyek támogatási igényeinek megállapításában.

Az egyénre szabott, személyes szükségletalapú szolgáltatás hiánya hívta életre az önálló lakhatás kialakítását: az önálló életvitel, az autonóm élet, életminőség kiteljesedésének segítése érdekében. Értelmi akadályozott lakóink 1995 óta veszik igénybe az átmeneti szállónk, illetve alapítványunk lakóotthonának szolgáltatásait. A tartós bentlakásos intézmények nagy része nem képes egyéni, személyes szükségletekre fókuszáló választ adni, lehetőséget nyújtani a kompetens, független, felnőtt szerepek megélésére és az önálló életvitel kialakítására.

Intézményünk lakhatási modellje 2009 májusában alakult. Hazánkban elsőként – lelkes kollégáim segítségével szakmai kihívásnak tekintve – indítottuk ezt az újszerű szolgáltatási modellt, jóval megelőzve a szociális törvényben foglalt és módszertanilag kialakított támogatott lakhatás szolgáltatást. Kezdetben két felnőtt, értelmi akadályozott kliensünk számára nyílt lehetőség, hogy városi szociális bérlakásban önállóan lakhassanak, megadva számukra a kísérést, intézményünk szolgáltatásainak fejlesztő támogatásával. E lakást Pécs városa biztosította, és biztosítja a mai napig.

Tíz év elteltével már a fenntartó által vásárolt három lakásban, teljes integrációban további 18 fő részére nyújtunk támogatott lakhatást, a jogszabályi előírás szerint.

A két működő lakhatást összehasonlítva dilemma számunkra, hogy melyiket preferáljuk a jövőben, hiszen a támogatott lakhatás intézménye – a kezdetekhez képest – „túlszabályozott”, merev, intézményesült rendszerré vált, helyenként intézeti struktúrát átörökítő tulajdonságai tűnnek szembe, főként a kitagolásoknál. Sok esetben korlátozva a társadalom nagy átlaga szerinti önálló/közösségi életvitelt; inkább a kitagolás sürgető érdekeit szolgálva.

Klienseink és hozzátartozóik otthon-közeli modellünket preferálják, mely a nappali és támogató szolgálatunkkal megoldható (a lakóink bio-pszicho-szociális státuszára való tekintettel).

Viszont ez államilag nem finanszírozott lakhatás, így a fenntartók és szolgáltatók számára „nem vonzó”, hiszen a finanszírozása csak a meglévő intézményi szociális szolgáltatásokon keresztül biztosított, plusz forrást nem jelent, szoros együttműködéseket kell kötni más szolgáltatókkal. Az is igaz, hogy rugalmassága és precízebb individuális válaszai, lehetőségei révén jól képviseli a – fejlett demokráciákban már működő – fogyatékoságtanból és diskurzusokból ismert normalizációs, empowerment filozófiát és gyakorlatot, autonómiát (Günzburg, 1977; Theunissen, 2009).

¹⁵⁸ Az írás az SZVKM, 2019 projekt munkám alapján készült, annak gyakorlat-orientált átdolgozása.

Az ellátottak köre, társadalmi helyzete és szükségletei

Intézményünk, a Baptista Szeretetszolgálat Életminőség-fejlesztő Szolgáltatások Intézménye (a továbbiakban: BSZ ÉFESZI) ellátotti köre a következő fogyatékosági tipológiába sorolható: értelmileg akadályozottak (enyhe, közép-, és súlyos értelmi fogyatékosok), halmozottan és súlyos fokban fogyatékosággal, autizmussal élők. (BSZ ÉFESZI - Szakmai program 2019)

A fogyatékosággal élők társadalmunk halmozottan hátrányos helyzetű csoportjához tartoznak, heterogén csoportot – esetenként szubkultúrát – képeznek, súlyosság és típus alapján. Számottevő az állami gondoskodásban felnövő, majd bentlakásos intézményekbe kerülő fogyatékos személyek száma (nappali részlegünkben ez a szám 2,3 %, a lakhatásban 23 %).

Jellemző, hogy a mai napig jelentős társadalmi akadályokkal kell megküzdeniük. Ennek főbb okai a következők: a fogyatékosággal élő emberek iskolai végzettsége számottevően elmarad a nem fogyatékos populációtól. A szocializációs és iskolai lemaradások a későbbi életút során a társadalmi mobilizációban, a munkaerő-piaci pozícióban, jövedelemben, az esélyegyenlőségben jelentős hátrányokat teremtenek. A fogyatékos emberek munkavállalási lehetőségeit, gazdasági aktivitásukat az alacsony iskolai végzettség, a fogyatékoság típusa, akadályozottságuk jellege determinálja. Döntő továbbá, hogy az adott országban milyen a foglalkoztatottság mértéke, a munkanélküliek aránya, a munkaerőpiac, a gazdaság felhajtó ereje. A fogyatékos személyek jelentős hányada nem keres munkát – de ennek csak részben az egészségi állapotuk az oka. Az elhelyezkedés nehézségeiben a szociális hátrány, a stigmatizált állapot vagy a szociális csapdahelyzetek is közrejátszanak (Bánfalvy, 2000).

Az intézményi háttér és a nyújtott szolgáltatások köre

„Intézményünk Pécssett és három környező járásban biztosítja a fogyatékosággal élők számára az alapszolgáltatásokat és szakosított ellátásokat. Segítjük a normalizációjuk, az esélyegyenlőségük kiteljesedését, a város által elfogadott esélyegyenlőségi koncepció alapján létrejött szolgáltatási gyűrű rendszerében. Keresztyén ellátóként valljuk: a fogyatékosággal élő ember – mint minden ember – az Örökkévaló képmására születik, és mi ezt a képmást segítjük megmutatni, kibontani ellátottaink, illetve a környezetük számára” (BSZ ÉFESZI - Szakmai program 2019).

A kísérleti modell tíz éves működésének egyik sikere a rehabilitációs centrum jelleggel működtetett szolgáltatások kialakítása, csoportosítása. Az integrált intézményben ezek a haladó szakmai tartalmakkal kialakított szolgáltatások adekvát és individuális „pedagógiai-szociális kísérést”, választ képesek adni a lakók támogatandó szükségleteire:

- 1. A nappali szolgáltatás lakhatási modellünk egyik tartópillére. Fogyatékos személyek nappali ellátása** keretében 90 fő részére, két telephelyen – igényeiknek megfelelően strukturált csoportokban és tematika szerint, fejlesztő és általános foglalkozások mentén biztosítjuk a jogszabályban meghatározott alapfeladatokat. A minőségi ellátás érdekében az alapfeladatot meghaladó terápiák, programok: gyógy-testnevelés, bazális stimuláció, zeneterápia, meseterápia; szakkörök: informatika, színjátszás, tánc, újságírás, biblia. Sport (spinning, dzsúdó, erőemelés, önvédelem, szobakerékpár, futópad, futball), egészségügyi előadássorozatok, speciális önszerveződő csoportok szülőklub támogatása, valamint a képzésekhez, szabadidős, kulturális programokhoz való hozzájutás segítése.

2. A **támogató szolgálat** esetében az alapfeladatok ellátásán túl nagy hangsúlyt fektetünk arra, hogy a közösségi szolgáltatások összehangolásával lehetővé váljon a fogyatékos személy társadalmi inklúziója, a saját lakóhelyén, közösségben élve és magas színvonalú életminőség mellett, így e szolgáltatásunk a modellünk másik tartópillére.
3. A rehabilitációs centrum jellegnek fontos eleme a **fejlesztő foglalkoztatás**, amely nem kizárólag csak jövedelmet biztosít az önálló életvitelhez, hanem a foglalkoztatásban megszerzett készségek és jártasságok, valamint a személyiség fejlesztésének (önbizalom, jólét, biztonság), önállósodásának (anyagi-fizikai jólét, biztonság), az önálló (közösségi) életvitelnek és így a támogatott lakhatásnak harmadik tartópillére. A foglalkoztatás során ajándéktárgyakat készítenek, parkot gondoznak vagy csomagolási feladatokat, takarítási munkákat végeznek az ellátottak.
4. A **fogyatékosok gondozóháza** azoknak a 18-dik életévüket betöltött fogyatékos személyeknek ad otthont, akiknek nincs biztosítva a családjukban az ellátásuk, vagy akiknél a családjuk tehermentesítése teszi indokolttá az átmeneti elhelyezést. Emellett esélyegyenlősítési szereppel is bír. Otthonos, családias légköre inkább „vendégmarasztaló”, mint az átmeneti otthonok jellemzője. A szolgáltatás 20 fő számára nyújt lakhatási lehetőséget (*BSZ ÉFESZI - Szakmai program 2018*).
5. A **támogatott lakhatás** (a továbbiakban: TL), 18 fő számára, három lakásban nyújt otthonszerű lakhatási lehetőséget, köztük hátrányos helyzetű (lakóink 23 % állami gondozott volt), értelmileg akadályozottak részére. A lakhatás során az önálló életvitelük kialakításához, fenntartásához szükséges szociális szolgáltatásokat, programokat, egyéni gondozást a támogatott döntéshozatal elvei szerint biztosítjuk. A támogatott lakhatás szoros, napi kapcsolatban áll a nappali ellátással és a támogató szolgálattal. Kiemelt cél a praktikus ismeretek fejlesztése (pl. főzés, önellátás). A lakások konszolidált városi környezetben vannak, összkomfortosak, kényelmesek, és a bennük lakók számára könnyen elérhetőek az életvitelhez szükséges szolgáltatások, közszolgáltatások, a szabadidős, kulturális, sport programok.

A szakfeladatok minőségi ellátásáról a szolgáltatásaink kooperációban gondoskodnak, és így rugalmasan tudják követni az egyén igényeinek változását.

A támogatott lakhatást, mint jó gyakorlatot generáló szakmai diskurzusok

A bevezetőben részletezett célok elérése érdekében szerettünk volna túllépni azokon a korlátokon, amelyek egy ponton lakóink autonómiáját, individuális közösségi részvételét akadályozzák a már elért fejlődésükben, és amelyek egyébként a lakóotthoni forma járulékos anomáliái lehetnek. Egyebek között: az egyéni igények alárendelődhetnek a csoport igényeinek, könnyen átörökítik az intézményi szemléletet, és függőségi helyzetek alakulhatnak ki, pl. a lakótársaktól, munkatársaktól.

Magam két évig dolgoztam a németországi *Diakonie Stetten* intézményben gyógypedagógusként, értelmi és halmozottan fogyatékos emberekkel. Az ottani, uralkodó fogyatékoságtani diskurzusoktól (*Schwarte, 1999*) és szakmai tapasztalataimtól vezérelve feszített az a szakmai igény és kihívás, hogy a vezetésem alatt álló intézmény dolgozói teammal közösen valósítsunk meg egy újszerű, individuális szükségletalapú lakhatási modellt. A

megvalósításhoz német intézményi módszertani és a megtapasztalt gyakorlati elemeket, élethelyzeteket¹⁵⁹ építtem be a kialakítás során. Így például a kötelezően előírt dokumentumok mellett a mai napig használjuk a *stetteni megfigyelési lapot*, amelyet adaptáltam az intézményünk sajátosságaihoz. (Ez az értékelő lapunk¹⁶⁰ bázisát képezi).

Továbbá szerepet játszottak az aktuális diskurzusok révén létrejött paradigmaváltások, amelyek az intézmény szolgáltatásainak szakmai igényességére, tartalmaira, missziójára hatottak. Az ÉFESZI 1981-ben ÉNO (*Értelmi Fogyatékosok Napközi Otthona*) elnevezéssel Pécs Megyei Jogú Város Városi Tanácsa közreműködésével alakult, 8 ellátottal, az államszocializmus paternalisztikus szemléletű ellátási környezetében. Önmagáért beszél, hogy a várostól egy óvoda-épületet kaptak nappali intézménynek a felnőtt fogyatékos személyek. Története során az intézmény is azt a „hosszú és rögzös” szakmai fejlődési utat járta be, amely az 1960-as évek elejétől az erősödő polgárjogi mozgalmak hatására lehetővé tette a fogyatékos emberekkel kapcsolatos társadalmi szemlélet megváltozását, a permanens paradigmaváltásokat – mindezt a jogegyenlőség eszméje alapján. A beteg vagy gyermek szerepbe kényszerített fogyatékossgal élő, másodrendű állampolgár státusza átalakulhatott a polgárjogok és empowerment által, „képessé tett”, önrendelkező, kiteljesedett életet élő állampolgár eszményévé.

Fokozatosan készülődött a társadalmi integrációt, normalizációt követelő diskurzusok (*Günzburg, 1977*) valamint a WHO 1980-as klasszifikációja (betegség-károsodás-fogyatékossg- rokkantság, *Huszár et al, 2000*) kritikájának nyomán egy következő *paradigmaváltás*. Ez elsősorban a függő helyzetben lévő fogyatékos ember szociális hátrányát hangsúlyozza, és nem a fogyatékossgát eredményező biológiai-fiziológiai hiányt, betegséget. E szociális hátrány megszüntetésével vagy preventív intézkedésekkel és a szükségleteire megfelelő válaszokat adó, a participáció elveit tekintetbe vevő szolgáltatásokkal (*Zalabay, 1997*), hatékony ellátásszervezéssel a fogyatékossga is háttérbe szorul. Elsősorban emberként tekintünk rá, és csak másodsorban fogyatékosként. Bizonyos dimenziókban a fogyatékossg „felszívódhat”. Megfelelő érdekérvényesítés esetén, az empowermentnek köszönhetően a társadalmi szerepek gyakorlásában a fogyatékossga nem kerül előtérbe, rokkantsága megszűnik, vagy ki sem alakul (*Theunissen, 2009*).

A fejlett demokráciákban képződött diskurzusok nyomán egyre több modell talált utat hazánkba is. A haladó szemléletű szakemberek indíttatására a kétezres évek elejére főként az önálló életvitelt segítő, személyközpontú szolgáltatások, az „intézménytelenítés” került a

¹⁵⁹ *(Thomas B. esete: Németországban kitagolva („normalizáltan”) az intézmény egyik apartmanjában él. Portásként dolgozik a főépületben. Mindennapjai jól példázzák a lakhatással biztosított közösségi életvitelt. Hetente egyszer találkozott lakásában az esetfelelősével – különben csak akkor, amikor ő kérte. Naponta telefonon beszéltek meg: rendben van-e minden, hogy áll a hűtő, hol ebédelt, volt-e valami rendkívüli aznap. Meghívott a lakására, borral kínált, a Pink Floydról beszélgettünk, büszkén mutatta a falán lévő koncertjegyet, amin Stuttgartban részt vett. Német kollégák kis csoportjával ellátogatott intézményünkbe, fiataljainknak mesélte el, hogy neki mit jelent az önállóság. Az ő példáját tartottam etalonnak a modellünk megvalósítása során.

¹⁶⁰ Munkánk során az autista és értelmi fogyatékossgal élők célcsoportjára fókuszáltunk. Tapasztalatainkat összegezve, olyan speciális értékelő lapot alakítottunk ki, mely akár a pszichiátriai betegségekkel élők, a szenvedélybetegek számára is lehetővé teszi – kisebb átalakítások után – szükségleteik árnyalt detektálását, és az ezekre válaszoló, autonómiájukat növelő szolgáltatások bevezetését. A megfigyeléseket összegző értékelő lap könnyen használható mindazon szakemberek számára, akik az ellátottat jól ismerik. Ezen felül koherens, jól harmonizál a PAC2-vel (a Günzburg teszt quadránsaival), valamint a későbbiek során a jogalkotó által bevezetésre került komplex szükségletfelmérő eszközzel. Ezek együttes alkalmazásával alátámaszthatók, finomíthatók az ellátottjaink életminőségének optimalizálására vonatkozó törekvéseink.

középpontba (*Schwarte, 1999; Bruckmüller, 2008; Andráczy et al, 2011*). E törekvéseket nagyban segítette a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény.

A fent bemutatott diskurzusok nyomán létrejött szakmaiság talaján alakítottuk ki a mai intézményi minőségi ellátás szakmai egységeit és fogalmaztuk meg *misszióinkat*: a fogyatékos személyek ellátása során célunk, hogy az önrendelkezésük figyelembevételével segítsük őket egy olyan, kiteljesedett és önálló életvitel kialakításában, amelyhez a képességeikhez és szükségleteikhez illeszkedő szolgáltatásoktól kapnak támogatást. Mindez számunkra azt jelenti, hogy az egyén megtanul választani, és cselekvően, az önálló döntéseire alapozva vesz részt a szűkebb, illetve tágabb környezete eseményeiben. Így az ellátottjaink az életmódjuk, önálló életvitelük feletti önrendelkezésüket is maximálisan gyakorolhatják, és ezáltal képessé válhatnak a nem fogyatékos emberekéhez hasonló, egyenértékű, autonóm életre. Ennek elérése érdekében a mindennapi munkánk során az általunk megismert leghaladóbb hazai és nemzetközi szakmai alapelveket, és módszereket alkalmazzuk, alapfeladatokon felüli szolgáltatásokat is nyújtunk és projekteket valósítunk meg.

A modell ismertetése

A normalizáció és az „intézménytelenítés” diskurzusától vezérelve, 2009 májusában alakítottunk ki két lakotthonban élőnek önálló lakhatást, a helyi mikrokörnyezeti adottságok figyelembevétele mellett. A gyakorlati megvalósítás során első lépésként Pécs város önkormányzatát kerestük meg. A szociális bizottság elnöke – szociális szakemberként – együttműködött a modell kialakításában. A szociális bérlakást mind a mai napig a város biztosítja.

Ennél még fontosabb megelőző, „nulladik” lépésre is szükség volt ahhoz, hogy a lakóinkban érjen meg az igény és motiválttá váljanak az önálló lakhatásra; valamint váljanak képessé az „ügynevezett épekhez” hasonlóan egyenértékű, független életre. Legyenek eltökéltek, vállalják mindazt a küzdelmet, amelyek együtt járnak ezekkel a döntésekkel. Vállalni a sikereket – de a megpróbáltatásokat és a meg nem értettséget is. Ez a döntés – az egyén igényein és motivációján túl – elsősorban a személyiségétől függ (személyes belső feltétel). Az önálló döntés, szabad választás lehetősége sok esetben hiányzik a csoportos kitagolásoknál.

Amikor szakértő munkatársként a kitagolt intézményeket járom, tapasztalom, hogy az intézetek, lakóotthonok nagyon sok esetben csak a nevükben változtak támogatott lakhatássá, messze nem azonosak pl. az általunk működtetett modellekkel, amelyek a közösségi önálló életvitel elvei szerint működnek. A napi rutinokban maradt az intézeti kultúra (pl. a lakó nem tudja, mennyi a jövedelme, nem tarthatja az okmányait magánál). Az intézmény botrány- és rendkívüli eseménymentes működése érdekében inkább nem engedik ki. Az étkezéseknél nincs a segítőknek kapacitása a főzés segítésére. Egyszerűbb, ha egy szolgáltató szállítja, hiszen csak egy adott költség van arra a napra betervezve, mert így jön ki a térítési díj stb. A példákából kiderül: a lakónak nincs valós választási lehetősége. Tapasztalataimmal egybevágóan az alábbi kutatás interjú-részletei és következtetései: „Az ENSZ-egyezmény szerintem nem valósul meg. A 600 emberből mondjuk 100-nak sokkal jobb lesz, és sokkal önállóbb életet tudnak majd élni, de minden intézményben még az a para, hogy ez, hogy fog működni...” (IFKKOT2). A program 2016-os lezárulta óta sajnos nem jelentek meg elemzések és értékelések a program által elért eredményekről és a működés tapasztalatairól...

Kutatási eredményeink szemléltették, hogy a kiváltási programokban is domináns emberi jogi nyelvet annak sokféle interpretációja sérülékennyé teszi a meglévő hatalmi és intézményi érdekekkel szemben. Félő, hogy a magyarországi kiváltási programok továbbra is sikeresen kooptálják majd az emberi jogi nyelvet, pusztán nyelvi fordulatként alkalmazva azt, és elfedve a mögötte álló valóságokat (pl. hogy a magyar igazgatás szerint emberi jogilag előremutató támogatott lakhatás valójában egy 25 fős intézet, vagy hogy a civilek „semmit rólunk nélkülünk” emberi jogi és politikai elve szerinti bevonása egy olyan testület, amelynek nincs hatásköre intézkedni. A kooptált emberi jogi nyelv maszkja mögött így ugyanúgy a fennálló intézményi struktúrák és hatalmi viszonyok fenntartása folytatódhat, mint a 2000-es évek többé-kevésbé nyílt intézetkorszerűsítései során (Petri et al, 2017).

A két működő lakhatást összehasonlítva súlyos dilemma, hogy melyiket preferáljuk a jövőben. Hiszen a támogatott lakhatás rendszere, a maga „túlszabályozott”, merev, intézeti struktúrát átörökítő rendszerével sok esetben korlátozza a bekapcsolódást a társadalom nagy átlaga szerinti közösségi életbe, és inkább a kitagolás sürgető érdekeit szolgálja, semmint az önrendelkezést. Klienseink és hozzátartozóik az intézményi modellünket preferálják, amelyet viszont nem finanszíroz az állam.

A helyi modell megvalósítása során – az önálló lakhatásra motiváltság, eltökéltség detektálása után – a kliensmunka első lépése a szükségletek árnyalt felderítése, és az ezekre válaszoló, autonómiát növelő intervenciók, szolgáltatások meghatározása. Mindehhez az általunk kifejlesztett intézményi értékelő lapot használjuk. Az évek során folyamatosan csiszoljuk, építünk hozzá, alakítunk át részeket a tapasztalatainknak megfelelően. Legutóbb a jogalkotó által kötelezően bevezetett *Komplex Támogatási Szükségletmérő Eszközzel (EMMI; 2017)* tettük koherensé (lásd melléklet). A PAC tesztek folyamatosan, 1993-tól használjuk ellátottjaink szociális képességeinek detektálására, az első „normalizációs lépéseinek segítésére” (Günzburg, 1977), (jóval megelőzve a jogszabályalkotót, 2000). A modellhez kontrollként, célok, támogatási szükségletek finomításra, utánkövetésre alkalmazzuk jelenleg is (Günzburg, 1997)

Mindezek együttes alkalmazásával a kollégák proaktívan reagálhatnak ellátottjaink életminőségének optimalizálására, intervenciók meghatározására, hozzárendelve a valós támogatási szükségleteket, elkerülve a túlgondozást. Minden kolléga, aki jól ismeri a személyt, ki tudja tölteni az értékelő lapot. A felvétel általában terápiás munkatárs jelenlétében történik, hacsak nem kéri a kliens, hogy bizonyos kérdésekre harmadik személy jelenléte nélkül felelhessen. Egy-egy személynél, célcsoporton belül vannak releváns és vannak hangsúlyosabb szolgáltatási elemek. Minden szolgáltatási elemet az egyén szükségletei felől közelítettük meg, számba vettük a szolgáltatást igénybe vevő saját és külső, támogató környezete erőforrásait. A kérdések több esetben egészen intim életterületeket érintenek, így az interjú felvételéhez mindig biztonságos, nyugodt környezetet biztosítottunk; csak az interjút felvevő és a kliens volt jelen, a szülő, gondnok, segítő-gondozó csupán abban az esetben, ha azt a vizsgált személy igényelte, vagy a kommunikációs nehézségei szükségessé tették. A kliens minden olyan kérdés vagy helyzet elől kitérhetett, amely a számára kellemetlen, vagy amelyre nem szeretett volna válaszolni. Miután feltártuk a szolgáltatást igénybe vevő szükségleteit, elemeztük a sarkpontokra fókuszálva (szükségletek, problémaelemzés- és kezelés). A teamben megkezdődhetett azoknak a kompetenciáknak a fejlesztése, amelyek az önálló életvitelhez szükségesek. Kialakítottuk a szolgáltatási irányokat, majd komplex individuális

szolgáltatási/támogatási tervet készítettünk, továbbá azt is jelöltük a tervben, hogy miképp kövessük nyomon a szolgáltatást igénybe vevő útját, hogyan kísérjük el az önállósága eléréséig. A fő fejlesztő tevékenységeket intézményünk nappali részlege, támogató szolgálata végzi.

A lakás felújítása részben a lakók, dolgozóink munkájából, intézményi erőforrásokból állt össze. A berendezést a lakók tervei, vágyai és a „bűdzsájuk” kapacitásai formálták ki. Fontos tényező a lakók foglalkoztatása az életvitelük fenntartásához és a társadalmi részvételükhöz. Jelenleg fejlesztő foglalkoztatásunkban dolgoznak. Ugyanilyen fontos volt a szomszédság érzékenyítése. Ebben segítségünkre volt a helyi sajtó ismert rádió riportere, az MTI tudósítója, és a városvezetés egy politikusa, nekik is köszönhető, hogy többségében befogadóvá vált a környezet.

*Az esetvitelt és az operatív szerepet a támogató szolgálat terápiai munkatársa biztosítja. Az életvitel támogatását a nappali intézmény segíti. Az individuális támogatási terv kidolgozásának folyamata során pontosan meghatároztuk a szükséges támogatás lehetőségeit/forrásait, figyelembe véve az egyéni prioritásokat. Az önálló életvitelt segítő, támogatási/szolgáltatási terv konkrétan rögzíti a támogatásra vonatkozó kérdésekre a válaszokat: *Mikor? Hol? Hogyan? Ki által?* Továbbá azt is, hogy a támogatások az életminőség mely fő területein szükségesek; jól átgondoltan, megvalósíthatóan, a kliens számára kielégítően és cselekvés-orientáltan, a prioritásokra koncentrálnak.*

Meghatároztuk továbbá az intervenciókat, a támogatási stratégiákat: szükség esetén új szolgáltatások bevezetése, érdekképviselő, képességek fejlesztése, környezeti feltételek módosítása, segítő technológiák (olyan eszközök, melyek csökkentik az össze nem illést a személy képességei és a környezet elvárásai között), személyes segítség, munkahelyi segítség, otthoni segítség, közlekedés, jogi képviselő, tanácsadás biztosítása.

A monitorozási, ellenőrzési fázisban a támogatási terv megvalósulását követjük nyomon és az egyén életminőségének alakulását, az egészség és a viselkedés változásait vizsgáljuk. A fentiek alapján detektálhatóvá váltak a kliens által felhasználható külső és belső erőforrások, a motivációk-attitűdök, vágyak; élet-, munka-, és szociális tapasztalatok, az ismeretek, képzettségek, tanulmányok, végzettségek, jártasságok köre, a napi feladatok, önellátás, önkiszolgálás, és a kommunikációs területek. Betekintést nyerünk továbbá mindazon érzelmi, családi, társas, közösségi kapcsolatokba, életminőség faktorokba, amelyek segítségével fejleszhetővé válik a kliensek további közösségi/önálló életvitele. Ha szükséges, újabb fejlesztési irányokat, tennivalókat határozhatunk meg.

Ebben a kvázi esetviteli rendszerben az individuális támogatási terv felválthatja a gondozási-fejlesztési tervet, mert alkalmas arra, hogy a kliens szükségleteit a középpontba helyezve valamennyi szolgáltatást és szolgáltatót egységesen megjelenítsen; mindezek segítségével az egyén számára kialakítsa az optimálisan önálló, autonóm életformát. Folyamatosan figyelemmel kíséri és ellenőrzi annak megvalósulását, és felismeri, ha az adott szolgáltatás nem megfelelő a kliens számára, mihamarabb megindítva a korrekciót.

A modell jelentősége

A kialakított minőségi szolgáltatások szakmai tartalmaival az egyén közösségi részvételét segítő, életminőséget megtartó valós megoldásokra, területekre fókuszálunk, összhangban a fejlett demokráciákban uralkodó diskurzusokból keletkezett paradigmákkal:

- *Személyes fejlődés, önellátás, önmeghatározás:* a személy a szükségleteinek, képességeinek, igényeinek leginkább megfelelő támogatásban részesül annak érdekében, hogy önellátásában, önmeghatározásában, személyes céljai elérésében, személyes fejlődésében, autonóm döntéshozatali képességében a lehető legmagasabb szintre jusson el.
- *Párkapcsolat, családi élet területén:* szabadon alakíthassa családi-, baráti-, és párkapcsolatát.
- *Képzés, oktatás:* az adott személy érdeklődésének és képességeinek megfelelő és szükségleteihez leginkább illeszkedő támogatással rendszeresen és folyamatosan felnőttképzésben vehet részt.
- *Szabadidő:* igényeinek leginkább megfelelő szabadidős, kulturális, sport tevékenységekhez szabadon hozzáférjen, ami az adott közösségben található.
- *(Köz)szolgáltatásokhoz való hozzáférés:* megfelelő támogatással, másokkal azonos módon, a közösségben található közszolgáltatásokat veszi igénybe.
- *Szociális kapcsolatok:* a lakó igényeinek és szükségleteinek leginkább megfelelő, az általa választott lehető legszélesebb körű kapcsolatrendszert alakít ki és tart fenn.
- *Munka, foglalkoztatás:* képességeinek megfelelő, másokkal azonos alapon végez munkát vagy vesz részt napközbeni tevékenységekben.
- *Lakhatás:* aktuális szükségleteihez, igényeihez, lehetőségeihez leginkább illeszkedő, integrált, az átlaggal megegyező lakhatási formában él.
- *Érzelmi és fizikai jóllét (pszichés, mentális, egészségi állapot):* igényeinek leginkább megfelelő támogatásban részesül annak érdekében, hogy érzelmi, fizikai és anyagi biztonságban éljen, valamint egészségi állapota, fizikai erőnléte, lehetőségeihez és aktuális állapotához mérten a lehető legmagasabb szintű legyen.

Fenntarthatóság, alkalmazhatóság

Az általunk tíz éve, valamennyi érintett megaláztatására működtetett modell folytonossága bizonyítja a modell létjogosultságát. Fenntarthatóságát a lakók elégedettsége mellett az életminőségük folyamatos fejlődése is igazolta, amelyet a megfigyelési lapunkkal évente követünk nyomon.

Tíz évvel ezelőtt, a modell bevezetésekor a lakók naponkénti gyakorlatokkal fejleszthették a képességeiket valamely területen: például a főzés, a (közös) bevásárlások, a hétvégék, ünnepek megtervezése terén. Mára csupán hetente egy alkalommal látogat a lakásba a személyi segítő, a lakók önállóan vásárolnak, főznek, oldják meg az étkezésüket, a saját vágyaik és elképzeléseik alapján (néha komoly fejtörést okozva számunkra). Eredményeink háttérben a munkatársak elkötelezettsége és szakmai igényessége mellett az évek során kialakított *esetmenedzseri rendszer* működtetése áll, amelyben a személyközpontú tervezés megvalósulhat. Van azonban egy másik fontos feltétel: a fogyatékos embernek nemcsak küzdenie kell az eddigi negatív társadalmi értékítéletekkel, sztereotípiákkal, hanem a saját maga fogyatékos szerepeibe kényszerített biztonságos énjét is fel kell adnia. Pedig nem könnyű feladni azokat az előnyöket, amelyeket a fogyatékos szerep ad számára; és ezt az olykor nagyon is kényelmes pozíciót aktivitássá fordítani, a saját megküzdési stratégiáival. Csakúgy, mint bárki más, a társadalomban fegyelmezett, tudatos életvezetést, viselkedési formát kénytelen felépíteni az önálló életvezetése során, amikor is többször szembesülnie kell saját képességei,

a lehetőségei megszabta korlátaival. Tudnia kell döntéseket hozni, és azokért felelősséget vállalni, főként, ha ezek rosszak, mert az esélyegyenlőséghez ez is hozzátartozik. Képesse kell válnia az „elég jó” kommunikációra, kapcsolatteremtésre, konfliktusmegoldásra. Képesnek kell lennie továbbá gazdálkodni, értéket teremteni, mások által elismerten hozzájárulni a közösség sikeréhez – mindezt az empowerment filozófiája alapján.

Az egyik lakónk társadalmi részvétele egyes dimenziókban a populáció nagy átlagát is meghaladja. Szabadidejében a tudásközpont könyvtárát látogatja, építészeti tartalmú szakirodalmat olvas. A székesegyházban gyakorolja a vallását. Az utolsó években a pécsi megyés püspök jó ismerősévé vált, aki így megismerhette hatalmas ismeretét a székesegyházról, és még a rajz tehetségét is. O. Gy. meghívására a püspök megtekintette intézményünket, és felajánlotta a püspökség kőtarában egy kiállítás lehetőségét.

Helyi modellünk államilag nem finanszírozott, az ellátottaknak többe kerül, de cserében kényelmes, kis létszámú, a szükségleteiknek, igényeiknek leginkább megfelelő módon, a lehető legmagasabb szinten valósul meg a közösségi életvitelük. Ellátottjaink és hozzátartozóinak jelentős hányada ezt az otthon-közeli formát választaná, és ennek érdekében hajlandók ingatlant is rendelkezésre bocsátani. Hiszen nem kell alkalmazkodni az előírt tárgyi feltételekhez, a nonszelektív jogi szabályzókhoz. Valószínűleg ezt a modellt választjuk majd a jövőben az enyhe fokban sérült fiataljaink számára – elfogadva a szülők által felkínált lakhatási lehetőségeket, mivel forrásaink nem teszik lehetővé új lakás vásárlását.

A támogatási szükségletek a szolgáltatási területen működő nappali és támogató szolgálatokkal biztosíthatók, így ez akár az egyes szervezetek közti együttműködésekkel megoldható.

A nappali intézmény és a támogató szolgálat szakmai programjában meghatározza – jogszabályi kötelezettség alapján – azokat a szolgáltatási elemeket, amelyeket nyújtani kíván az ellátási területén. A modell elterjedésének és sikeres fenntarthatóságának biztosítéka lehetne – már csak a fogyatékos embert megillető különleges jogok alapján is – az önálló lakhatást, közösségi életvitelt támogató szolgáltatási elem kiemelt finansziális támogatása az otthon közeli alapellátásokban, az erőltetett kitagolások helyett.

Az otthon-közeli alapszolgáltatások megerősítésével – pl. lakhatási szolgáltatási elem bevezetésével a nappali, támogató szolgálat esetében – ezáltal számos súlyosabb fokú rászorulóknak megadnánk az esélyt család-közeli ellátásra, ráadásul nem kellene a kormánzatnak költségesebb bentlakásos, kitagolásos formát választani. Az egyén számára magasabb fokú biztonságot jelenthet a minél több közösségi kapcsolat – ha igényeit más-más szolgáltatók, személyek elégítik ki.

Az önálló lakhatást, közösségi életvitelt támogató, életminőség fejlesztő modellünk sikerességének záloga, hogy szolgáltatásaink és az egyének, a családok, a támogató személyek és szervezetek között megfelelő az együttműködés és az összhang. A team tagjainak pedig a tervezés szakaszától kezdve együtt kell dolgozniuk, így gondoskodva arról, hogy a tervezés valóban személy-centrikus és individuális legyen, a személy jogai és választásai, döntései megmaradjanak, a szolgáltatások, a közösségi támogatások megfelelően tervezettek és biztosítottak legyenek.

A diskurzusok a közösségi életvitel és az önálló lakhatás kialakításának feltételeként az inkluzív társadalmat, a fogyatékos embert megillető különleges jogokat, valamint a

szakpolitikák által biztosított szociálpolitikai eszközöket jelölik meg; olyan programokat, lakáspolitikát, család-közeli alapszolgáltatásokat kínálnak, amelyek lehetővé teszik, hogy a fogyatékos emberek megfelelő környezetben éljenek a lakóhelyükön és biztosítva lássák az egyenlő esélyű hozzáférést. Mindezt a BSZ ÉFESZI intézményi modellje képes megadni a számukra. A fent részletezett szolgáltatások összehangolásával más szolgáltatók is képesek lehetnek alkalmazni a modellt.

Irodalom

1. Andráczy-Tóth, V., Bódy, É., Csicsely, Á. & Nyitrai, I. (2011). Az intézménytelenítés kapujában. *Esély*, 2011/4. 35-57.
2. Bánfalvy, Cs. (2000). Gyógypedagógiai alapismeretek. In Illyés, S. (Szerk.), *Fogyatékoság és szociális hátrány* Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
3. Bruckmüller, M. (2008). A függőségtől az autonómiáig. In Zászkaliczky, P. (Szerk.), *Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról* (pp. 6-11). Soros Alapítvány.
4. Günzburg, H. C. (1977). Schritte zur Normalisierung *Zur Orientierung* 2/1977.
5. Günzburg, H. C. (1997). PAC – *Padagogische Analyse und Curriculum der sozialen und persönlichen Entwicklung des geistig behinderten Menschen* (dt. Übersetzung) Stratford.
6. Huszár, I., Kullmann, L. & Tringer, L. (2000). *A rehabilitáció gyakorlata*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
7. Komplex Támogatási Szükségletmérő Eszköz EMMI; 2017.
8. Petri, G. & Kozma, Á. (2017). Közösségi életvitel és intézményi férőhelykiváltás Magyarországon. *Esély*, 2017/5. 67-91.
9. Schwarte (1999). LEWO Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung Oberste-Ufer.
10. Theunissen, G. (2009). *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit*.
11. Zalabai, P. (1997). Önálló életvitel és személyi segítség. *Esély*, (5), 56-70.

Jogszabályi hivatkozások:

- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
- 489/2013. (XII. 18.) Korm. rendelet az egyházi és nem állami fenntartású szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények és hálózatok állami támogatásáról
- 29/1993. (II. 17.) Korm. rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről
- 1295/2019. (V. 27.) Korm. határozat a fogyatékossgal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2019–2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról
- Országgyűlés 15/2015. (IV. 7.) OGY határozata az Országos Fogyatékossgüggyi Programról (2015–2025.)
- 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról

- 1257/2011. (VII. 21.) Korm. határozata a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról

Intézményi dokumentumok

- BSZ ÉFESZI - Szakmai program 2019.
- BSZ ÉFESZI – Támogatott lakhatás szakmai program – 2019.
- BSZ ÉFESZI – Értékelőlap – 2019.

Saját forrás:

- Gyurok Ernő (2019): *Projekt munka SZVKM*

Internetes források:

- <https://www.szocialisportal.hu>
- <https://www.njt.hu>
- <https://fszk.hu/>
- <http://www.kormany.hu/download/b/b5/20000/Fogyat%C3%A9koss%C3%A1g%C3%BCgyi%20Program.pdf>
- Kozma Á. (2010) Előtanulmány a támogatott életvitel – modell bevezetéséhez <http://aosz.hu/esoember/elotanulmany-a-tamogatott-életvitel-modell-bevezetesehez/>
- <http://fszk.hu/fszk/forrasok/jogszabalyi-kornyezet/Kormanyhatározat-es-Strategia-a-fogyatekos-szemelyek-szamara-apolast-gondozast-nyujto-szocialis-intezmenyi-ferohelyek-kivaltasarol.pdf>
- A fogyatékos nappali ellátásban biztosított fejlesztések, programok, tevékenységek feltáró vizsgálata 2017. TÁRKI
- http://old.tarki.hu/hu/news/2017/kitekint/20170424_nappaliellatas.pdf
- A foglalkozási rehabilitáció intézményrendszere, 2017. FSZK
- http://fszk.hu/wp-content/uploads/2017/03/A_foglalkozasi_rehabilitacio_intezmenyrendszere_v.pdf
- Fogyatékossgal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban, 2016. FSZK
- http://fszk.hu/wp-content/uploads/2016/04/TARKI_FSZK_PROGRESS_zarotanulmany.pdf
- Jó gyakorlat - A Baptista Szeretetszolgálat Életminőség-Fejlesztő Szolgáltatások Intézménye, 2017. FSZK, kiadvány a TÁRS projekt - EFOP 1.9.1 projekt keretében készült
- http://fszk.hu/wp-content/uploads/2017/10/Jo_gyakorlat_Baptista_Pecs.pdf
- Petri Gábor - Kozma Ágnes - Közösségi életvitel és intézményi férőhelykiváltás Magyarországon. Kritikai elemzés, Esély 28. évf. 5. sz. / 2017
- https://matarka.hu/klikk.php?cikkmutat=2616268&mutat=http://www.esely.org/kiadvanyok/2017_5/ATT00476.pdf

ÉRTÉKELŐLAP

(Interjú és szempontok az életminőségre vonatkozóan támogatási szükségletek megállapításához)

Dátum: **NÉV:**

<p>I. Aktuális élethelyzet</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hogyan érzi magát mostani életében? (elégedettség, szorongás, biztonság, siker) <input type="checkbox"/> Mit tart a legjobbnak, legfontosabbnak mostani életében? <input type="checkbox"/> Mi az, amin mindenképpen változtatni szeretne mostani életében? <input type="checkbox"/> Mi az, amit mindenképpen szeretne megtartani mostani életében? 	<p>a) saját helyzetmegítélése, önreflexió</p>
<p>II. Hosszútávú tervek, vágyak, célok, motiváltság, rugalmasság</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mit szeretne elérni életében? Beszéljen a terveiről! <input type="checkbox"/> Mi az akadálya a tervei megvalósításának? <input type="checkbox"/> Mit tesz azért, hogy tervei megvalósuljanak? <input type="checkbox"/> Szeretne-e valamit tanulni? (Mit?) <input type="checkbox"/> Elégedett-e jelenlegi munkájával/oktatással? <input type="checkbox"/> Milyen céljai vannak? Mit szeretne dolgozni? <input type="checkbox"/> Hol, hogyan és kivel szeretne élni? 	<p>a) rendelkezik-e jövőképpel, vagy csak rövidtávú szükséglet kielégítésre törekszik b) a változtatás lehetőségének elfogadása, c) motivációt segítő, akadályozó tényezők, d) a foglalkozáshoz való viszonyulás, szemlélet, hozzáállás, e) a munkahelyi beilleszkedést segítő vagy akadályozó tényezők. f) különböző családi és társadalmi szerepek megfelelő működése. g) probléma felismerése, elemzése, megoldása, h) a választott problémamegoldás végrehajtása, i) probléma megoldási ismeretek alkalmazása új helyzetekben, j) rugalmas alkalmazkodás a változásokhoz.</p>
<p>III. Érzelmi jólét</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Általában jókedvű vagy inkább szomorú? <input type="checkbox"/> Mi az, aminek örülni szokott? <input type="checkbox"/> Mi az, ami elszomorítja? <input type="checkbox"/> Mit szokott tenni, ha szomorú? Ha szomorú, inkább egyedül lenne, vagy szereti, ha megvigasztalják? <input type="checkbox"/> Szokott sírni? Miért? <input type="checkbox"/> Mitől szokott dühös lenni? <input type="checkbox"/> Mit csinál ilyenkor? <input type="checkbox"/> Észreveszi-e, mit tud csinálni, ha a lakótársát szomorúnak látja? <input type="checkbox"/> A lakótársai gyakran bemennek-e Önhöz a szobába beszélgetni? 	<p>a) érzelmi funkciók. b) érzelemvilág megfelelősége, szabályozottsága. c) érzelmi labilitás, érzelmi stabilitás, d) magányosság, elszigeteltség, szegregálódás, izolálódás, e) érzelmi kapcsolatok (megfelelő, kiegyensúlyozott, konfliktusos). f) konfliktuskezelés módja, agressziókezelés g) stresszkezelés</p>

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ön be szokott-e menni a lakótársaihoz beszélgetni? <input type="checkbox"/> Mit gondol, lakótársai szeretik Önt? <input type="checkbox"/> Szokott-e másokon segíteni? Hogyan? <input type="checkbox"/> Végez-e, végzett-e önkéntes munkát? 	
<p>IV. Anyagi, fizikai jólét, életminőség, egészség, biztonság</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mennyire elégedett a lakás felszerelésével, berendezésével? Mennyiben más, mint az előző lakhelye? <input type="checkbox"/> Mit változtatna? <input type="checkbox"/> Elegendő-e az étel mennyisége? <input type="checkbox"/> Megfelelő-e a minősége? <input type="checkbox"/> Gyakran beteg-e? milyen gyakran jár orvoshoz? <input type="checkbox"/> Gyakran érzi-e fáradtnak magát? <input type="checkbox"/> Van-e tv-je, számítógépe? <input type="checkbox"/> Van-e olyan tárgy, amire nagyon vágyik? <input type="checkbox"/> Van-e megtakarított pénze? <input type="checkbox"/> Fél-e a jövőtől? Aggódik-e valami miatt? Fél-e attól, hogy nem lesz ennivalója, lakása? <input type="checkbox"/> Ismeri-e a segítő telefonszámát, fel tudja-e hívni, milyen gyakran szokta hívni? Milyen ügyben? 	<ul style="list-style-type: none"> a) környezet komfortossága b) fizikai jóllét. c) fizikai, mentális biztonság
<p>V. Napirend, szabadidő, napi rutin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mondja el egy napját! (Hány órákor ébred? Délelőtt – délután – este mit szokott csinálni? Mikor fekszik le aludni?) <input type="checkbox"/> A hétvége miben változik a hétköznaptól? <input type="checkbox"/> Sportol-e valamit? <input type="checkbox"/> Van-e hobbija? 	<ul style="list-style-type: none"> a) napi feladatok tervezése, szervezése. b) szabadidő szervezés, utazás
<p>VI. Önellátás, önkiszolgálás</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tud főzni? Szokott-e főzni? Mit szokott főzni? Mi a kedvenc étele? <input type="checkbox"/> Ki vásárolja meg az alapanyagot? Meg tudná-e vásárolni egyedül? <input type="checkbox"/> Napi hányszor étkezik? <input type="checkbox"/> Kiadagolják-e az ételt, vagy önállóan választhatja meg a mennyiséget? <input type="checkbox"/> Van-e bármilyen fizikai korlát az étel elfogyasztásakor? <input type="checkbox"/> Biztosított-e a tisztálkodás lehetősége? <input type="checkbox"/> Milyen gyakran fürdik? <input type="checkbox"/> Igényel-e segítséget a tisztálkodásban? Miben? <input type="checkbox"/> Segítséget kap-e az intim tisztálkodás során? <input type="checkbox"/> Vannak-e vizelet vagy székletartási problémái? <input type="checkbox"/> Milyen gyakran cseréli a fehérneműjét, felsőruházatát, törölközőjét, ágyneműjét? <input type="checkbox"/> Önállóan mossa-e ruházatát? <input type="checkbox"/> Évszakonként elegendő ruhája van-e? Ágyneműcseréhez elegendő-e az ágynemű? 	<ul style="list-style-type: none"> a) étel elkészítése, elfogyasztása b) megfelelő táplálkozás c) testápolás, tisztálkodás d) kontinencia (gondozott-e az inkontinenciája). e) öltözködés (ruházatának megfelelősége, állapota, tisztasága, az ügyfél megjelenése-megfigyelés!). f) házi munka. g) háztartási eszközök használata

<input type="checkbox"/> Milyen házimunkát tud önállóan elvégezni?	
<p>VII. Életvezetés, önrendelkezés, önérvényesítés, autonómia, személyes fejlődés</p> <input type="checkbox"/> Ki mondja meg, mi fog történni a következő napon, héten? <input type="checkbox"/> Ki tervezi meg a programjait? <input type="checkbox"/> Mennyire ért ezekkel egyet? Szabad-e választania? <input type="checkbox"/> Ki hozza a lakóközösségben a szabályokat? Van-e olyan szabály, amin változtatna? <input type="checkbox"/> Mit szervezne másképpen? <input type="checkbox"/> Ismeri-e a jogait a gondnoksággal, jövedelem felhasználásával kapcsolatban? <input type="checkbox"/> Ismeri-e, beleszólhat-e a lakóközösség költségvetésébe? <input type="checkbox"/> Ki kezeli a jövedelmét? Tudja-e, mire, mennyit tud költeni? <input type="checkbox"/> Hogyan jön ki a havi bevételéből? <input type="checkbox"/> Magánál tarthatja-e iratait, bankkártyáját? <input type="checkbox"/> Megválaszthatja-e kivel akar együtt lakni? <input type="checkbox"/> Megválaszthatja-e a szoba berendezését, átrendezését?	<p>a) pénzbeosztás, b) a mindennapok önálló irányítása, c) önálló ügyintézés, d) önálló döntéshozatal, e) önrendelkezés,</p>
<p>VIII. Kapcsolatok</p> <input type="checkbox"/> Kik a legfontosabb emberek az életében? <input type="checkbox"/> Kivel, hogyan és hol érzi magát biztonságban <input type="checkbox"/> Milyen a családjával a kapcsolata? (gyakoriság, konfliktusok, tanácsadás) <input type="checkbox"/> Hozzá tartozói örülnek-e a lakhatásának? <input type="checkbox"/> Beleszólnak-e döntéseibe? <input type="checkbox"/> Vannak-e barátai? <input type="checkbox"/> Tartozik-e valamilyen közösséghez (vallási, sport)? <input type="checkbox"/> Nehéz helyzetben kihez tud fordulni? Érzelmait kivel tudja/akarja megbeszélni? <input type="checkbox"/> Van-e olyan szoros kapcsolata, amelyet meg is szeretne őrizni? Miért? <input type="checkbox"/> Van-e párkapcsolata? <input type="checkbox"/> Kivel szeretne együtt lakni? <input type="checkbox"/> Van-e kapcsolata a házban lakókkal?	<p>a) családi kapcsolatok működése, b) akadályozó vagy támogató családi kapcsolatok, c) a családi kötelékek erőssége, d) megoldatlan, súlyos konfliktusok a családban, e) közösségi kapcsolatok (tágabb rokonság, szabadidős, vallási közösségek) megléte vagy hiánya, f) akadályozó vagy támogató közösségi kapcsolatok, g) lakókörnyezeti kapcsolatok.</p>
<p>IX. Mobilitás</p> <input type="checkbox"/> Szokott-e utazni? Budapesten járt-e már? A településen kívül mikor járt utoljára? <input type="checkbox"/> Településen belül hogyan közlekedik? <input type="checkbox"/> Meg tudja-e tervezni, hogyan jut el ismerőseihez, településen belül, vagy más településre? <input type="checkbox"/> Ha szüksége van ehhez segítségre, kap-e segítséget? Kitől? <input type="checkbox"/> Használ-e segédeszközöket (kerekeszék, bot, gyógycipő, szemüveget)?	<p>a) helyváltoztatás akadályozottságának felmérése (állandó vagy időszakosan fennálló), b) lakás akadálymentessége, c) lakókörnyezet akadálymentessége, d) szállítóeszköz használatának szükségessége, e) támogató eszközöz való hozzájárulás, f) szükséges-e a speciális akadálymentesítés,</p>

<input type="checkbox"/> Lakáson belül van-e olyan akadály, amihez segítséget igényel? (küszöb, fürdőkád használata)	<i>g)</i> megteremthető-e a speciális akadálymentesítés, <i>h)</i> a tömegközlekedésben való részvételt akadályozó egyéb tényezők.
X. Társadalomban való részvétel <input type="checkbox"/> Tud-e arról, milyen programok vannak a településen? <input type="checkbox"/> Részt szokott-e venni programokon?: Ha nem, miért nem? <input type="checkbox"/> Egyedül vagy csoportosan vesz részt a rendezvényeken? <input type="checkbox"/> Utoljára milyen rendezvényen volt, és mikor? <input type="checkbox"/> Jár-e rendszeresen valahova? (edzés, templom, könyvtár, sport, séta, túra) <input type="checkbox"/> Rendszeresen megy-e boltba? <input type="checkbox"/> Volt-e, hogy megbántották, bárhol volt a városban	
XI. Családtagok ellátása <input type="checkbox"/> Van-e saját családja (párja, gyermeke)? <input type="checkbox"/> Gyermekeinek száma, életkora? <input type="checkbox"/> Önnel élnek-e a családtagjai? <input type="checkbox"/> Ha nem együtt élnek, milyen gyakran találkozik velük? <input type="checkbox"/> Hányan dolgoznak a családban? <input type="checkbox"/> Van-e olyan családtag, aki ápolásra szorul? Ki látja el?	<i>a)</i> családtagok száma, <i>b)</i> kiskorúak száma, <i>c)</i> a vizsgált személy családban betöltött szerepe (eltartott vagy családfenntartó), <i>d)</i> a vizsgált személy gondozására, ápolására szoruló családtag/ok.
XII. „Tündérmese”, projekciós kérdések <input type="checkbox"/> Ha most egy tündér itt lenne, és lehetne hozzá 3 kívánsága, mit kérne tőle?	
XIII. Kommunikáció: Az interjú alatti beszéd, beszédkészítés, metakommunikáció, detektálása	<i>a)</i> kommunikáció létrehozása (adekvát, vagy inadekvát verbális és nonverbális üzenetek), <i>b)</i> kommunikáció megértése (verbális, nonverbális üzenetek), <i>c)</i> helyzetnek megfelelő kommunikáció, <i>d)</i> társadalmi szerepnek megfelelő kommunikáció, <i>e)</i> beszéd érthetősége, <i>f)</i> kommunikációhoz igényelt segítség, <i>g)</i> kommunikáció segédeszközzel? Ahhoz való hozzájutás lehetősége.

VII. FEJEZET: EMBERNEK LENNI: JOGVÉDELEM ÉS ÉRDEKKÉPVISELET A HAJLÉKTALANOK KÖRÉBEN

Miletics Marcell

Hajléktalanság és méltóság

A jelen tanulmány célja, hogy a szociális munka történetébe ágyazottan vizsgálja a magyarországi hajléktalanság kezelésének folyamatait, és ezen belül is az emberi méltóság alakulását. A témakör kifejtéséhez szakirodalmak feldolgozásával, tartalomelemzéssel és néhány releváns hazai kutatási eredmény tükrében árnyalnánk a hajléktalanságról és a benne élők emberi méltóságáról alkotott képet. Terjedelmi okokra való tekintettel itt csak a hajléktalanság társadalmi környezetét vizsgáló Habitat for Humanity, Political Capital, Medián és az ELTE kutatási eredményeit, a hajléktalan emberek élethelyzetét közvetlenül vizsgáló Február Harmadika Munkacsoport megállapításait és egy nem reprezentatív mintavételen alapuló értékkutatás tapasztalatait mutatnánk be, hogy aztán rátérhessünk a Városkutatás, a Hajléktalanügyi Teendők és az Elsőként Lakhatás tapasztalataira, melyek többek között a hajléktalan létformában élők méltóságának kiteljesítésére, a hajléktalanság mind jobb kezelésére, vagy megszüntetésére hivatottak.

A fenti kutatások azért lényegesek számunkra, mert azok egyrészt az itt és most valóságot veszik nagyító alá, tudományos eszközökkel kutatják, mérik, elemzik és teszik láthatóvá a valós emberi szükségleteket, másrészt azért is lényegesek, mert e folyamatosan változó valós szükségletek jelölik ki a szociális munka beavatkozásának új és újabb irányait.

Tanulmányunk abból az alapvetésből fakad, hogy az emberi méltóság csak a biztonság mentén tud teljes valóságában kibontakozni.

Az emberi méltóság és az interdiszciplináris szociális munka

Az emberi méltóság tárgyalását Magyarország Alaptörvényével célszerű kezdeni. Nemzeti hitvallásunk és e tanulmány definíciója szerint is *“az emberi lét alapja az emberi méltóság”*¹⁶¹. Az emberi méltóság ma már mindenkit megillet, velünk született, elidegeníthetetlen, sérthetetlen, korlátozhatatlan alapjog. A méltóság a létezés rangját, módját, állapotát határozza meg, tiszteletre jogosult, egyenlő jogokat és egyenlő esélyeket biztosít, megnyilvánul a szabad önrendelkezésben, a személyiség szabad kibontásában és kifejezésében, a magánszféra sérthetlenségében, a cselekvés szabadságában, a saját döntések meghozatalában, valamint a saját sorsáért vállalt felelősségben, így valóban a létezés alapját és annak autonómiáját biztosítja. Az emberi méltósághoz feltétlen hozzá tartozik a lakhatáshoz, az anyagi és a szociális biztonsághoz való jog, az önmegvalósítás, a jobbiztonság, az egyenlő esélyek, a szabad véleményalkotás, a fejlődés és a növekedés lehetősége. A szociális munka az emberi méltóság védelmében és annak kiteljesítésében érdekelt, mely leginkább a fizikai, lelki és szociális jólét, valamint a létbiztonság állapotában tud teljes valóságában kibontakozni. A szociális munkások diplomájuk átvételekor esküt tesznek, hogy ezáltal megerősödvé szolgálják és védjék az emberi

¹⁶¹<http://www.mkab.hu/jog/alaptorveny>

méltóságot. A szociális munkás hivatása gyakorlása közben nem mondhat és nem is tehet mást, mint azt, amit értékei, szaktudása, intervenciójának bölcsessége és a saját kreativitása mellett igazságérzete diktál számára, vagyis azt mondja és azt teszi, amiben hisz.

Az emberi méltóság kibontakozása, vagyis a szociális munka hivatása csak olyan közegben, társadalomban tud teljes valóságában megnyilvánulni, mely érzékeny a szociális problémákra, azokat be-, és elfogadja. Az ilyen társadalom szolidáris, belátja, hogy mind sebezhetőek vagyunk, mind elesetté válhatunk. Nem az önhibát, az ítélkezést és a kizárást keresi, hanem kifejezett célja a bajba jutottak segítése, integrációjuk lehetővé tétele. Az állam felelőssége, illetékessége itt nyilvánvaló: az emberek alapvető létbiztonságáról és tisztességes létfeltételeiről gondoskodnia kell, hiszen az emberi méltóság csak e keretek között tud kibontakozni. Támogató állami szerepvállalás mellett a szociális munka ereje, lehetőségei megsokszorozhatóak, különösen akkor, ha az egyéni, csoportos és közösségi szociális munkát a klienscsoportok érdekvédelmével, hangjuk felerősítésével együttesen tudja alkalmazni. A szociális munka alkalmazza továbbá a külső humán- és finanszírozási erőforrás rendszereket, mint az önkéntességet, a magán, közösségi, civil, egyházi, önkormányzati, minisztériumi, szektorközi stb. erőforrásokat. A szociális munka vegyes erőforrásrendszerben, több lábon álló szakmai és közösségi térben, partnerségben, együttműködésben, alulról jövő kezdeményezésekben, társulásokban, hálózatokban tud stabil alapokon építkezni és ezek mentén tud forrásokat, lehetőségeket teremteni az emberi méltóság kibontakoztatásában, ahol minden együttműködés segíthet.

Az emberi méltóság kiteljesítésében végzett hatékony munkában nélkülözhetetlen a valóság objektív ismerete. A szociális munka az ember és környezetének relációjában a folyton változó valóságot tudományos alapon kutatja, méri, elemzi és lehetőségeihez mérten gyakorlatias eszközökkel igyekszik beavatkozni, szintézist teremteni. Ennek érdekében rendszereket kapcsol össze, azok illeszkedéseit olajozza egyéni, családi és közösségi szinteken ugyanúgy, mint az intézmények, a szektorok és a döntéshozás oldalán. Küldetése az egyéni és a közösségi erőforrások, az egyéni és a közösségi rendszerek integrációjában és az emberi méltóság kibontakoztatásában van. Az ember és környezetének megértése és az ott történő beavatkozás módja több tudományág vizsgálódási területe. A szociális munka tudástartamának specialitása abban áll, hogy e tudományágak eredményeit a maga számára alkalmazza, ezáltal új tudástartalmakat hoz létre és ezen túl gyakorlatias, kézzel fogható segítséget ad az egyes ember vagy az egyes emberekből álló közös élethelyzetben lévők számára. Mindebből talán most már jól látszik, hogy a szociális munka a jelenben egy szintetizáló, különböző tudományok téziseit, forrásrendszerét, szektorokat, értékeket és praxist az ember méltóságának kibontakoztatása érdekében összekapcsoló interdiszciplína lett. Berg-Weger és Schneider szerint *“az interdiszciplináris együttműködés olyan interperszonális folyamat, amelyen keresztül a különböző tudományok művelői egy közös célon, vagy terméken együtt dolgoznak és ennek során olyan eredmény születik, amelyet az egyes szakmák képviselői egyedül nem tudtak volna létrehozni”* (Török & Korazim-Kőrösy, 2011). A szociális munka jelene ebben az interdiszciplináris többleteredmény elérésében érdekelt, abban a pluszban, amit az emberi viselkedést kutató tudományok együtt hoznak létre, illetve abban a nyertes-nyertes pozíciók kialakításában, melyet a források és a lehetőségek önmagukban nem, hanem csak egymással való viszonyuk által tudnak megalkotni.

Az interdiszciplináris szociális munka kialakulása az elmúlt 100 év terméke. Az itt következőkben a szociális segítségnyújtás eredetét vizsgálánk azért, hogy az emberi méltóság kibontakozása és a szociális munka jelene az elmúlt idők tapasztalataival együtt váljon értelmezhetővé.

A korai szelektív szegénygondozás genealógiája

A szociális gondoskodás kezdeti időszaka abból a puritán és szelektív szociáldarwinista téziséből fakadt, hogy a szegények közül csak az érdemeseknek kell megadni a lehetőséget az életben maradásra, míg az érdemtelenekre büntetés várt. *“A szegénységet úgy tekintették, mint valamiféle alacsonyabb erkölcsi szint bizonyítékát, az érdemtelen semmittevőket és koldusokat elűzték, vagy dologházakba zárták, az érdemes szegények segítésére pedig egyre inkább megfogalmazódott az a társadalmi igény, hogy a segélyezésüket, gondozásukat egyesíteni és tudományos alapra kellene helyezni”* (Müller, 1992). E tudományos alapot először 1917-ben Mary Richmond *Szociális Diagnózis* c. könyvében foglalt tézisek alkották meg. A szociális diagnózis szerint a *baráti látogató*, vagyis a korai szociális munkás legfőbb feladata a szegények látogatása, környezettanulmányok készítése, pontos adminisztráció végzése és a segítségnyújtásra érdemes, valamint a segítségnyújtásra érdemtelen szegények közti különbség megítélése volt. Ennek megfelelően a korai, szelektív szegénygondozásban a segély és a baráti látogatók életvezetési tanácsai csak azoknak a szegényeknek jártak, akik bizonyítható módon önhibájukon kívül, vagyis nem lustaságból, nem valamilyen egyéni hiba, erkölcsi probléma vagy rossz beállítódás miatt voltak képtelenek önmagukról gondoskodni. A korai szelektív szegénygondozás az önhibát kereste, nem az egyént, hanem a közösség védelmét szolgálta, ahol a szegénység újratermelődésének megfékezése és a szegénység bizonyos formáinak büntetése volt a cél. Richmond szociális diagnózisa a szegénygondozás tudományos módszertanát ugyan megteremtette, ám e stigmatizáló tartalmat viszonylag rövid úton meghaladta és kidaszította magából a folyamatosan építkező szakmai diskurzus. A jóléti társadalmak idején e szakmai diskurzus által az érdemes és érdemtelen stigmákban való beszéd alkalmatlannak és hiábavalónak minősült a minden egyes embert egyformán megillető univerzális jogokra és az emberi méltóság kibontakoztatására egyre inkább épülő demokratikusan szerveződő társadalmakban. A morálisan minősített, kidaszított, elüldözött, büntetéssel fenyegetett személyről alkotott kép teljességgel megváltozott. A szociális bajokkal küzdő személy már méltósággal és alapvető jogokkal felruházott, szociális szolgáltatásokat igénybe vevő és autonóm személyiség lett, pont olyan, mint bárki más. Létezésének rangját adó emberi méltósága és annak védelme a jelenben is a szociális munka központi megfontolásává vált. Ma már nem a richmondi szociális diagnózison alapuló önhiba megállapítása a segítségnyújtás kiinduló pontja, hanem sokkal inkább a segítséget kérő ember jelenben zajló folyamatainak megértése, elfogadása és vele közösséget vállalva hiányai, szükségletei megteremtésén történő közös munka. A korai szegénygondozás szociális diagnózisa alapján még szelektáló, ítélkező és szankcionáló segítségnyújtás ma már egy érték-tudás-gyakorlat-kreatív és képzett személyiség alapú, probléma-megoldó, képessé tevő, legújabbán pedig lehetőség-kibontakoztató interdiszciplinává, multidiszciplináris teamekben dolgozó professzionális segítő szakmává és egyben hivatássá érett, ahol a szociális munkás *“tudását az emberi nélkülözés és szenvedés megelőzésére, enyhítésére és a kiszolgáltatottak képviselőjére fordítja*

és arra törekszik, hogy a hatalmon lévők és az egész társadalom figyelmét felhívja a társadalmi igazságtalanságokra”¹⁶².

A hajléktalan emberek és a velük foglalkozó szociális munka szerepmetamorfózisa

Magyarországon az ipari forradalommal együtt járó tömeges városba áramlás hívta életre a közterületi hajléktalanság megjelenését. Akkor menhelyek létesítésével és szociális bérlakások építésével igyekeztek orvosolni a lakhatási szegénységet. A rendszerváltás előtti évtizedekben a hajléktalanság jelensége ismeretlenné, fogalma tabuvá vált, aki dolgozott, lakást kaphatott, vagy munkásszállón helyezték el, aki pedig nem akart dolgozni közveszélyes munkakerülőként rövid úton elzárásra került. A rendszerváltás után azonban ismét megjelent a tömeges városi közterületi hajléktalanság, melyet többek között az egyre erősödő privatizáció, a munkanélküliség, a gyerekvédelem kiléptető rendszerének hiánya és a munkásszállók bezárása hívott életre. A rendszerváltás pillanatában még nyilvánvaló volt, hogy a hajléktalanság kialakulásának háttérében komoly strukturális és gazdasági okok állnak. A hajléktalanná vált emberek a rendszer áldozataiként jelentek meg, tüntetéseket szerveztek és magasba emelt plakátokkal hívták fel a figyelmet arra, hogy *“Mi is emberek vagyunk!”*. Ismert közszereplők és a bontakozó szakma beszéde által e hang felerősödött, a társadalomban élők között a segítségnyújtás nemes attitűdje kezdett kibontakozni, a politika nyilvános beszéde pedig a közös felelősségvállalásról, szociális segítségnyújtásról, társadalmi befogadásról és a lakhatási lehetőségek megteremtéséről, vagy másképp fogalmazva az emberi méltóság védelméről szólt. E beszéd szolidáris társadalmi valóságot teremtett: érezhetővé és tapinthatóvá vált a magán, a civil és a kormányzati együttműködés a hajléktalanná vált emberek segítésében. Az akkori miniszterelnök, ahogy Solt Ottilia foglalja össze *“egyszerre három tárcát, a pénzügyit, a belügyit és a népjóléti is megbízta azzal, hogy készítsen előterjesztést a hajléktalan-ellátás fejlesztéséről”* (Solt, 1998). A hajléktalanság kezelése tárcaközi szintre emelkedett, össztársadalmi érdekké, integrált társadalompolitikává vált. Ennek megfelelően a hajléktalan emberek körében végzett szociális munka szabadon képviselhette széles szakmai repertoárját és szabadon alakíthatta a közterületen élő emberek befogadására az akkor legcélszerűbbnek tartott szakmai elképzeléseit. Állami finanszírozás mellett nappali és bentlakásos intézmények, különböző segítő szolgáltatások és speciális programok jöttek létre, a jövő reményteljesnek bizonyult a hajléktalan ember, a szakma és a társadalom számára is.

Azóta a helyzet megváltozott.

A rendszerváltást követő években a hajléktalan emberek befogadására és ellátására hivatott intézményekben dolgozó szociális munkások példaértékű szakmai munkája ellenére sem sikerült megszüntetni a közterületi hajléktalanság nyomorúságos jelenségét, a hajléktalan emberek, a szakma és a közszereplők szolidaritást szorgalmazó hangja elhalkult, a politika beszéde pedig a tárcaközi egyeztetések, valamint a szolidaritás és felelősségvállalás oldaláról egyre inkább áttért az önhibát és a büntetést hangsúlyozó retorikára. Olyan fogalmak kerültek előtérbe, mint pl.: *az aluljárók megtisztítása, radikalizálódó hajléktalanok, hajléktalan invázió, hajléktalan bűnözés, kiszorítás, zéró tolerancia, rendteremtés, köztisztaság, városvédelem, szabálysértés, pénzbüntetés, előállítás, hajléktalanoktól védett, hajléktalanoktól mentes övezetek* stb.

¹⁶² Szociális munkások esküjének szövege alapján

E beszéd hatására 2011 decemberében az Országgyűlés elfogadta az új szabálysértési törvényt (2012. évi II. Törvény, 186.), mely kimondja: *“Aki a közterület belterületét rendeltetésétől eltérő módon, életvitelszerű lakhatás céljára használja, illetve életvitelszerű lakhatáshoz szükséges ingóságokat tárol, szabálysértést követ el.”*¹⁶³ A szabálysértés helyszíni bírsága 5.000 Ft-tól akár 150.000 Ft-ig is terjedhet és amennyiben a szabálysértés fél éven belül háromszor megismétlődik, akkor a személy börtönbe zárható. Az Alkotmánybíróság 2012 novemberében a frissen alkotott szabálysértési törvényt alaptörvény-ellenesnek minősítette azzal, hogy *“a hajléktalanság szociális probléma, amit az államnak a szociális igazgatás, a szociális ellátás eszközeivel és nem büntetéssel kell kezelnie...a szabálysértési tényállás a hajléktalanságot, mint állapotot, élethelyzetet kriminalizálja, ami összeegyeztethetetlen az érintett személyek alapvető jogaival, kiemelten az emberi méltósághoz való jogukkal”*.¹⁶⁴ A bírák határozata úgy lett meghatározó a politikai retorika számára, hogy 2013 márciusában az Országgyűlés módosította az Alaptörvényt és ezáltal *“a világon egyedülálló módon a hajléktalanság kriminalizációja bekerült Magyarország legmagasabb szintű jogszabályába”* (Udvarhelyi, 2014). Ellene hiába emelt szót az Alkotmánybíróság, számos hazai és nemzetközi szakmai szerveződés, az Ombudsman, a különböző pártok, egyházak, és civil kezdeményezések, hiába ítélte el élesen a Velencei Bizottság és az Európai Parlament, az Alaptörvény módosítása maradt és ennek következményeként 2013 novemberében a Fővárosi Közgyűlés döntött a fővárosi hajléktalanmentes övezetek megalkotásáról, vagyis a tiltott zónákról. Egyedül Zugló polgármestere vélekedett úgy, hogy *“a hajléktalan emberek hatósági vegzálása nemcsak embertelen, alkotmányellenes, hanem egyszerűen értelmetlen is”*,¹⁶⁵ így kerületében tiltott zónát nem határozott meg. Példáját egyetlen kerület vagy vidéki város sem követte, sőt, az Alaptörvény 2018 október 15-i újabb módosítása az ország egész területén megtiltotta az életvitelszerű közterületi tartózkodást.

Jelen társadalmi termékünk a hajléktalan emberek kriminalizációja lett, ahol a strukturális és gazdasági okokat hangsúlyozó szolidáris retorika az önhibát hangsúlyozó, büntető retorikára tért át. A hajléktalan ember szerepmetamorfózisa innen már egyértelműen látszik: a rendszerváltáskor még segítségnyújtásra érdemes közterületen élő emberből mára önhibás, segítségnyújtásra érdemtelen lett, aki saját szegénysége okán városának tiltott zónáján belül üldözött célponttá, a közteterekről elűzött, szabálysértéssel, börtönbüntetéssel fenyegetett, bűnözőkkel egyenrangú szerepbe került csak úgy, mint Richmond érdemtelennek diagnosztizált szegénye. Úgy tűnik már most, hogy jelen társadalmi valóságunkban a hajléktalanná vált emberek közül a lakáshitelük törlesztésével elmaradók lettek az érdemes szegények, hiszen tárcaközi és bankokon átívelő összefogás törekszik segíteni élethelyzetüket, az egyéb módon hajléktalanná váló emberek pedig az érdemtelenek. Az érdemtelenek számára a hajléktalan-ellátás ma már sokszor háborús állapotokra emlékeztető zsúfolt és a kilépés, vagyis az önálló lakhatás elérhetőségét biztosítani nem tudó intézményrendszere maradt, ahol a stigmatizáció, a hospitalizáció és a szegregáció negatív spiráljában, másodrangú élethelyzetben élnek emberek, mely állandósítja az egyéni kudarc és az egyéni élethelyzet reménytelenségét. Náluk is méltatlanabb lélethelyzetben vannak azok, akik nem tudják, vagy nem

¹⁶³http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200002.TV

¹⁶⁴<http://www.mkab.hu/sajto/kozlemenyek/kozlemeny-a-kozterulet-eletvitelszeru-lakhatasra-valo-hasznalat-szankcionalo-szabalysertesi-tenyallas-megsemmisiteserol?print=1>

¹⁶⁵http://index.hu/belfold/budapest/2015/05/26/hajlektalan_fovaros_rendelet_kozterulet_kriminalizalas/

kívánják igénybe venni a sokszor poloskától és csótányoktól hemzsegő, szigorú házirendet megfogalmazó intézményeket. Ők csak az utcai munkások és a krízisautók segítségével bízhatnak mindaddig, amíg szabadlábban mozoghatnak.

A közterületen történő életvitelszerű tartózkodás méltóságon aluli léthelyzet, egy humánus és demokratikus társadalomban nem e méltatlan léthelyzet büntetésével történő súlyosbítása, hanem az egyénre szabott szociális segítségnyújtás lehetőségeinek megteremtése a méltó kezelési mód, ahol a legsürgetőbb cél az, hogy kényszerűségből senki ne aludjon a közterületen. A büntetés eszközeivel a közterületen élő ember ugyan eltüntethető a közterületről, szabadulása után azonban kényszerűen oda tér vissza és minden kezdődik elölről. E nonsense procedúra külön érdekessége, hogy a közterületen élő hajléktalan ember saját léthelyzetének áldozata és károsultja egyben, „bűnössége” önmaga létéből fakad pusztán azért, mert olyannyira szegény, hogy nincs saját otthona. Ha lenne, vagy életfeltételei, létbiztonsága adott lenne, akkor minden bizonytalanság nem a számára tiltott közterületen élne.

A hajléktalanság jelen kezelésében a rendszerváltás pozitív startpozíciója után a szociális eszközök helyett a rendészeti eszközök kaptak prioritást, így a meglévő intézmények mennyiségi, minőségi fejlesztésére, új intézmények nyitására, vagy akár szociális bérlakások építésére nincs állami szándék. Ennek következményeképp a kliensek szerepmetamorfoziséval együtt a segítő szakma is komoly átalakuláson ment át: a hajléktalan emberekkel végzett szociális munka széles szakmai repertoárja a jelenben az ártalomcsökkentés szűk mezsgyéjére redukálódott, a komplex szakmai megoldásokat sürgető társadalmi és szakmai hangok elhalkultak, elérhetetlen távolságba került a hajléktalanság prevenciója, ahogy a speciális kezelési igényű, beteg, idős, vagy fogyatékkal élő emberek rehabilitációja és a hajléktalan emberek társadalmi integrációját elősegítő kiléptető rendszer megteremtése is.

A hazai hajléktalanság társadalmi környezetét vizsgáló kutatások

A Habitat for Humanity 2018-as lakhatási jelentése szerint *“Magyarországon egyre mélyül a lakhatási válság. 1,5 millióan élnek olyan lakásban, amelyekkel súlyos lakásminőségi problémák vannak; az ilyen zsúfolt, nedves, alacsony komfortfokozatú lakásokban élő embereknek a legtöbb esetben nincs pénzük felújítani a lakásukat”*¹⁶⁶.

A Political Capital 2014-es kutatási beszámolója alapján: *“A hajléktalanság kérdése közpolitikai értelemben nem választható el a lakás és a szociálpolitikától. Hosszú távú társadalompolitikai stratégiák hiányában a hajléktalanság újra fog termelődni”*¹⁶⁷.

A Habitat és a Political Capital kutatási adataiból többek között arra következtethetünk, hogy a hajléktalanság újratermelődésének megakadályozásához lakás- és jövedelempolitikára lenne szükség, vagyis a rendszerváltáskor még meglévő tárcaközi, ágazati együttműködésekre. Ennek jogszabályi feltétele és kötelezettsége adott, hiszen a 2011 évi CLXXXIX. (189) Törvény 2013 január elsejével minden helyi (települési és megyei) önkormányzat feladatává tette *“a területén hajléktalanná vált személyek ellátásának és rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítását”*¹⁶⁸. E nagyszabású, előremutató és a szociális segítségnyújtást a szubszidiaritás elvének megfelelően helyi szinten előíró törvény betartása azonban a

¹⁶⁶ <https://habitat.hu/mivel-foglalkozunk/lakhatasi-jelentesek/lakhatasi-jelentes-2018/>

¹⁶⁷ https://www.politicalcapital.hu/pc-admin/source/documents/PC_FES_HajlektalankerdésPolitikában_Tanulmány.pdf

¹⁶⁸ http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100189.TV

gyakorlatban teljességgel hiányzik, talán azért is, mert e törvényi mulasztásnak jogszabályban rögzített szankciója nincs. Pedig a törvény által szabott feladatok megvalósítása csak pozitív hozadékkal járna és nem csupán a hajléktalan léthelyzetbe került emberek, hanem minden bizonnyal a széles társadalmi és szakmai körökben is. Ezt támasztja alá a Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet 2013. március 22 és 26-a között végzett reprezentatív kutatásának eredménye is. A *“válaszadók döntő többsége egyetértett azzal, hogy segíteni kellene a hajléktalanokat is, hogy a munkájukból megéljenek, (85%) és azzal is, hogy több emberi és szociális gondoskodás kellene (80%), 69 % szerint inkább segíteni kellene a hajléktalanokat, mint büntetni. 78 % szerint hasznos lenne több hajléktalan szállót építeni, több férőhelyet kialakítani, 64 % szerint hasznos lenne kevésbé komfortos szociális bérlekásokat felajánlani a hajléktalanoknak, és 61 % szerint hasznos lenne valamilyen lakhatási támogatás a hajléktalanok részére¹⁶⁹”*.

Hasonló eredményre jutottak az ELTE kutatói is. 2014-es reprezentatív kérdőíves vizsgálatuk kimutatta, hogy *“a magyar társadalomban nincsen erős hajléktalanellenes attitűd. Sőt, a hajléktalanok alapvetően mintha az inkább empátiával kezelt csoportok közé tartoznának, amiben szerepe lehet annak is, hogy helyzetüket a válaszadók nem saját hibáiknak, hanem a társadalmi rendszer anomáliáinak tulajdonítják¹⁷⁰”*.

A Medián és az ELTE kutatásából többek között arra következtethetünk, hogy a magyar lakosság körében az önhibát, bűnösséget, kriminalizációt hangsúlyozó politikai retorika már annak bevezetésekor sem talált komoly társadalmi támogatottságra, vagyis a magyar emberek körében a hajléktalan embereket segítő szándék a rendszerváltás óta töretlen.

A hazai hajléktalanság személyes környezetét vizsgáló kutatások

Elsőként itt a Február Harmadika Munkacsoport kutatási adatait jelenítenénk meg, hiszen Európában egyedülálló módon több, mint 20 éve, minden február 3-án az ország egész területére kiterjedő felmérés készül több ezer hajléktalan ember személyes megkeresésével. Először a 2018-as, majd a 2019-es február 3-i kutatás gyorsjelentéseiből mutatnánk be néhány releváns tapasztalatot és csak ezt követően térnénk át a hajléktalan emberek körében végzett értékkutatás tapasztalatainak leírására.

2018-ban: *“A Február Harmadika munkacsoport szakértőinek becslése szerint egy téli napon legalább 14 ezer ember van hajléktalan helyzetben Magyarországon, közülük 10 ezer ember valamilyen hajléktalan szálláson, 4 ezer ember közterületen alszik. Döntő többségüknek a jelenlegitől teljesen eltérő segítségre lenne szüksége: 4000 főnek lakhatási támogatásra, 7000 főnek lakhatási és egyben szociális támogatásra lenne szüksége, s ezzel önállóan is képes lenne lakni, 700 ember ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátásra szorulna. A jelenlegi szociális szállásnyújtás valamilyen formája mintegy 2300 ember állapotának felel meg. A jelenlegi hajléktalanellátás mellett megfelelő lakhatási támogatásra, helyi mentális és szociális segítő hálózatra, az alkohol-, drogfüggőknek, pszichiátriai betegeknek rehabilitációs szolgáltatásokra, az értelmileg akadályozott, vagy testi fogyatékkal élő embereknek támogató szolgáltatásokra, a krízishelyzetbe kerülteknek kríziskezelő központokra lenne szükségük. A*

¹⁶⁹ http://foglakprojekt2.hu/dokumentumok/orszagjelentes_2013.pdf

¹⁷⁰ https://www.politicalcapital.hu/wp-content/uploads/PC_FES_HajlektalankerdésPolitikában_Tanulmány.pdf

*kutatás azt is megmutatta, a hajléktalanok 43%-a – bevallása szerint – súlyos, krónikus beteg, a hajléktalan nők közül közel minden második valamilyen lelki/pszichiátriai problémával küzd, a hajléktalanok 39%-át egy éven belül kórházban kellett kezelni*¹⁷¹.

Egy évvel később, a Munkacsoport 2019 február 3-i kérdőíves adatfelvételekor: *“a kutatók különös figyelmet fordítottak arra, hogy a legutóbbi tiltás vajon milyen konkrét hatást gyakorolt az érintettekre? A felmérés eredményei azt mutatják, hogy azok közül, akik a tavalyi tiltást megelőzően (október 15-e előtt) közterületen aludtak, minden harmadik embert figyelmeztettek ennek jogi következményeire, 46%-uk azonban még február elején is közterületen éjszakázott. A nagyobb vidéki városok egy részében (például Pécsen, Miskolcon) a közterületen kint maradtak aránya ennél jóval magasabb (70-78%) volt – a befogadó helyek szűkössége miatt. A kutatók azt is megkérdezték, hogy maguk az érintett hajléktalan emberek hogyan vélekednek a valódi megoldás módjáról. Túlnyomó többségük (79%) szerint elsősorban emberi lakhatásra és olyan munkára, bérekre lenne szükség, melyből meg is lehetne élni. Sokan (2/3-uk) válaszolták, hogy lakhatási támogatásra, több szociális-mentális segítségre, több szálláshelyre, ezek színvonalának a javítására, illetve elérhető bérű lakások felajánlására lenne szükség. Nagy többségük teljesen elutasítja a büntető jellegű helyzetmegoldást*¹⁷².

A Február Harmadika Munkacsoport kutatási adataiból kiolvasható, hogy amennyiben az országban élő összes és valamennyi hajléktalan ember egy időben, egyszerre kívánna bekerülni a meglévő szállásokra, akkor erre helyhiány miatt nem lenne lehetősége. Kutatási adataiból kirajzolódik továbbá, hogy a hajléktalan emberek jelenben mérhető szükségletei meghaladják a rendelkezésre álló intézményes kereteket és a jogalkotói szándék ellenére a közterületen történő lakhatás tilalmának bevezetése nem volt képes megakadályozni a közterületi hajléktalanság jelenségét.

Az önhibát, érdemtelenséget hangsúlyozó retorika további ellensúlya lehet az a kutatási tapasztalat, melyet Prazsák Gergővel (*Prazsák, 2015*) 2010 márciusában és 2013 októberében közösen végeztünk. Itt összesen 328 hajléktalan embert, köztük az utcán, közterületen és intézményekben élőket kérdeztünk többek között arról, hogy a bennük megbúvó alapvető értékek belső hierarchiája hogyan szerveződik, melyik és miért fontos számukra?

Mielőtt bemutatnánk érték kutatásunk eredményeit, először célszerű néhány gondolat erejéig kitérni arra, hogy mit is értünk érték alatt.

Az érték fogalmát e helyen szociálpszichológiai értelemben használjuk úgy, mint a cselekvések motivációja és célja. Csepeli György szerint az értékek a *“személyiség legmélyebben beágyazott, eligazodást szolgáló támpontjai, melyek beágyazottságuk révén szilárdságot, következetességet, biztonságot képesek nyújtani az emberek számára a társadalomban zajló életben*”. Ezek által döntjük el, hogy számunkra *“mi a jó, vagy rossz, mi a szép és a rút, mi a felemelő és a lealacsonyító, mi a kívánatos, előnyben részesítendő és mi a nem kívánatos, hátránnyal sújtható*” így *“az egyén számára belső készletési állapotot hoznak létre, mind a társadalmi, mind a személyes integráció nélkülözhetetlen alkotóelemei*” (Csepeli, 1997).

¹⁷¹https://februarharmadika.blog.hu/2018/03/29/negy_hajlektalan_kozul_harom_lakasban_elhetne_181#more13788400

¹⁷² <http://www.menhely.hu/index.php/magunkrol/rendezvenyek-esemenyek/8026-harmadszorra-sem-ez-a-megoldas-gyorsjelentese-a-2019-februari-hajlektalan-adatfelvetelrol>

Értékkutatásunk során Shalom Schwartz értéktesztjét használtuk. Ugyanazt az értéktesztet, amelyet a European Social Survey használ 2002 óta két évente (ESS). A Schwartz-féle értéktesztet nem csupán egy ország lakosságának érték, vagy értékhierarchiájának mérésére, hanem akár egy társadalmi csoport, pl. a hajléktalan emberek értékorientációjának vizsgálatára is alkalmas. Az ESS eddigi tapasztalatai (Prazsák, 2015) alapján elmondható, hogy a magyar társadalomban a biztonság (az az igény, hogy a társadalmi környezet gondoskodik a megkérdezett biztonságos életéről) képviseli a központi, elsődleges értéket, második helyen az altruizmus (a megkérdezett környezetében élő emberek segítése), harmadik helyen az univerzalizmus (az az igény, hogy mindenkinek ugyanolyan jogai és kötelességei legyenek) végül, de nem utolsó sorban az autonómia (az egyéni, szabad életvezetés igénye) jelenik meg. Ezzel szemben kutatási adataink azt támasztják alá, hogy a hajléktalan léthelyzetben élő emberek esetében az autonómia jelenti az elsődleges fontosságú motivációt, ezt követi az altruizmus és harmadik/negyedik legfontosabb értéként a biztonság és/vagy az univerzalizmus jelenik meg. A hajléktalan élethelyzetben lévő ember központi motivációja tehát nem a biztonság, nem az állandóság, nem a stabilitás és nem a valahová tartozás köré szerveződik, hanem sokkal inkább az autonómia, vagyis az egyéni szabad életvezetés köré. Ahogy a társadalomban élők átlagos értékorientációja mutatja, a magyar ember mindenek felett biztonságot akar, ez létezésének központi motivációja. Érthető ez, mert biztonság nélkül nincs semmi. A hajléktalan emberek esetében sincs ez másképp. Biztonság nélkül az ő esetükben sincs fejlődés, nincs remény, nincs illúzió, nincs ami fenntart, nincs ami a létezés alapját biztosítaná. Biztonság hiányában életformaváltás, tartós változás nem is érhető el, csak hiányállapot van, bizonytalanság, védtelenség, kiszolgáltatottság és esetlegesség, amit egyedül, magányosan elviselni ép ésszel talán nem is lehet. A közterületen történő túlélés fizikai és pszichés esélye csoportba tömörüléssel megnő, a közös sors egymásra utaltsága újfajta, törekeny biztonságot alakít ki, de még ez is jobb, mint a semmi. Kutatásai során Breitner Péter is arra a következtetésre jutott, hogy *“a bizonytalanság és az átmenetiség együtt jár a hajléktalan léttel: a Budapesten lakó hajléktalan emberek többsége (61%) nem tudja megmondani, vajon meddig lakhat/aludhat azon a helyen, ahol a megkérdezéskor volt”* (Győri, P. Vida, J.in: Breitner 2013).

Ahogy korábban láttuk, a hajléktalanná vált ember értékorientációjában az autonómia taszítja le a biztonságot és ezáltal kap központi jelentőséget. Az autonómia Bíró Judit szavaival a *“saját magunk kormányzásának legfőbb eszköze”*, így a hajléktalan ember mindennapos pszichés és fizikai túlélésének biztosítója, törvényszerű vészkijárat abból a világból, ahol már nincs semmi. Az autonómia összekapcsolható a szabadság és a függetlenség értékével, azonban e szabadságnak ára van. Saját magával az ember bármit megtehet és úgy viselkedhet, ahogy csak akar, pláne akkor, ha nincs kinek felelősséggel, vagy elszámolással tartoznia. A biztonság hiányában élő hajléktalan ember szabadsága ennél többre nem terjed ki. Lehetőségeinek szűk korlátja miatt autonómiája teher is lehet, visszahúzó erő, öngigazoló, félrevezető gondolat, a hosszú távú célok, vágyak és remények szétforgácsolója, az önös érdekek megvalósítója, a szenvedélybetegségek meleg ágya. Az autonómia e sajátos léthelyzetben felértékelődik, centrális motivációs szerepbe kerül, hiszen emberi mivoltából, méltóságából már csak ez maradt, meg az a néhány száználmas szatyor, amibe az egész élete belefér. Magántulajdona felértékelődik, az a kicsi, ami van igen fontos számára. Autonómiája méltóságának utolsó záloga és végső, sokszor kétségbeesett megnyilvánulása. Ezért van az, hogy az utcán élő ember

saját büszkeségét, önbecsülését, önállóságát, szabad akaratát nem adja fel egykönnyen. Minden mást elvehetnek tőle, minden mást elveszíthet, csak ezt az egyet nem. A valaha megélt emberi méltóságából ennyi maradt, ezért oly fontos számára. Ebbe kapaszkodik, ehhez ragaszkodik és gyakran ettől szenved. Pik Kati erről úgy vélekedik, hogy *“sok önbecsüléssel bíró ember inkább azt választja, hogy emberi méltóságát megőrizve az utcán él, minthogy egy olyan degradációs ceremóniának vesse magát alá, melynek személyes szabadsága az ára”* (Pik, 1995). A hajléktalan léthelyzetben élő ember magas autonómiája miatt hiábavaló tehát minden olyan bánásmód, ami az ő szándékával, akaratával nem egyezik és hiábavaló minden olyan segítőnek vélt kezdeményezés, mely az alapvető biztonság szükségletét nem tudja kielégíteni.

Városkutatás, Hajléktalanügyi Teendők, Elsőként Lakhatás

A hajléktalan emberek magas autonómia szükségletének megélése és az elvesztett biztonság fájdalmának gyógyítása az önálló lakhatás feltételeinek megvalósításában egyszerre tudna megoldódni. És erre úgy tűnik Magyarországon itt és most lenne is lehetőség:

Hegedűs József városkutatási tapasztalatai szerint ma *“Magyarországon a magán- és önkormányzati tulajdonú lakásokat összesítve majdnem félmillió lakás áll üresen. 32 százalékuk van községekben, ezek nagy része iránt valószínűleg nincs kereslet, például mert kevesebb munkalehetőség van a környéken. A 300 ezer városi lakás releváns összehasonlítási alap, ebből 200-230 ezerre becsülhető a lakható lakások száma”*¹⁷³. Ha a 200-230 ezer üres lakás mellett a városainkban üresen álló nagyméretű ipari ingatlanok, üresen álló nagyméretű lakóépületek és telkek arányát összehasonlítjuk a hajléktalanság 14 ezerre becsült lélekszámával, akkor viszonylag könnyen belátható, hogy pusztán a meglévő üres, kihasználatlanul álló ingatlanállomány mozgósításával nem csupán a valamennyi Magyarországon élő hajléktalan ember önálló lakhatása, hanem a lakhatási szegénységben élők egy jelentős részének léthelyzete, így akár a hajléktalanná válás prevenciója is megoldható lenne.

Úgy tűnik már most, hogy a hajléktalanság komplex problémáinak megoldásához a szükséges ingatlanállomány rendelkezésre áll és ahogy látni fogjuk, a lehetséges módszertan is:

A módszertan egyik iránya a lépcsőzetes, szolgáltatásokban egymásra épülő, a szociális munkással történő együttműködés hagyományos megoldása, melyet 2015-ben egy szakmai munkacsoport Hajléktalanügyi Teendők címen foglalt össze. Főbb célkitűzéseik: *“a közterületeken ne éljenek és ne aludjanak emberek, aki képes rá, lakjon önálló lakásban, valamint a tartós elhelyezésre szorulóknak megadják nekik megfelelő szakellátást”*¹⁷⁴.

A módszertan másik, ezzel ellentétes előjelű lehetséges új iránya az Elsőként Lakhatás modell, mely szerint nem az érdem, vagy a képesség alapján célszerű lakást biztosítani a hajléktalanná vált személyeknek, hanem alanyi jogon. *“Az Egyesült Államokban, Kanadában és Európában kutatások mutatják, hogy az Elsőként Lakhatás modell tíz emberből legalább nyolc esetében megszünteti a hajléktalanságot”* azon elképzelés mentén, hogy *“a lakhatást kiindulási pontnak, nem pedig végcélnek tekinti, így a személyközpontú szociális munka a lakáskulcs átadása után kezdődik.*

Mind a képesség alapú, mind az alanyi jogon járó módszer sikeres lehet, hiszen a vágyott lakáskulcs megszerzésének esélye új motivációs környezetet kínál fel az otthonnal nem

¹⁷³ http://index.hu/gazdasag/2014/02/25/sokszor_annyi_ures_lakas_van_mint_hajlektalan/

¹⁷⁴ <http://hajlektot.hu/dokumentumok/hut/hut4.0.pdf>

rendelkező ember és a szociális munka számára is. A hajléktalan ember számára az önálló lakhatás elérésének esélye erejét megsokszorozná, ahol az önállóság, a biztonság és az emberi méltóság kibontakozhatna és ahol számára a hajléktalanság már nem állandó, végérvényes, hanem csupán átmeneti létformának minősülne. A szociális munka számára pedig a hajléktalan emberek körében az önálló lakhatás elérésének esélye a segítő hivatás végcélját, végső értelmét adhatná.

Összegzés

Az emberi méltóságot a létezés alapjaként definiáltuk, a szociális munkát pedig az emberi méltóság védelmében szerveződő hivatásként és interdiszciplinaként, mely tudományos eszközökkel méri a folyton változó valóságban a folyton változó emberi szükségleteket. A szociális munka e szükségletek mentén jelöli ki beavatkozási irányait, ezek mentén működik együtt különböző társszakmákkal és szociálpolitikai rendszerekkel. Végcélja az emberi méltóság védelme, a társadalmi integráció, az emberi fejlődés, növekedés és az önállóság elérése, vagyis az, hogy feleslegessé váljon.

Története során megjelenítettük a korai szelektív szegénygondozás szociáldarwinista felfogását, melyet az elmúlt 100 évben a szociális szakma felülírt és meghaladott: az érdemtelennek ítélt szegény emberből mára szociális biztonsággal, alapvető jogokkal felruházott, méltósággal rendelkező személy lett. Magyarországon a hajléktalan emberek körében azonban ezzel ellenkező tendenciát figyelhettünk meg: a rendszerváltáskor még segítségnyújtásra érdemes közterületen élő emberből mára szabálysértéssel, börtönbüntetéssel fenyegetett érdemtelen személy lett. A szabálysértés, büntetés tárgyalásakor arra jutottunk, hogy a közterületi hajléktalanság komplex problémáinak megoldása már csak az emberi méltóság okán sem lehet pusztán rendészeti kérdés, hanem sokkal inkább egy komplex szociálpolitikai intézkedéssor, ahol a szociális munka csupán egy szereplő. A hajléktalan emberek szerepmetamorfózisa mellett a hajléktalan szakma átalakulását is láthattuk: a rendszerváltás kedvező startpozíciója után a hajléktalanság jelen kezelése a tűzoltás szűkös világára koncentráldott.

A hazai kutatási adatokból kiderült, hogy a társadalomban élők nagy többségben elutasítják a hajléktalan emberek kriminalizációját, az ők és a szakma közös igénye, hogy a hajléktalan emberek a saját munkájukból tudjanak megélni, vagy speciális szükségleteik mentén a szakmailag megfelelőbb, személyre szabottabb ellátást kaphassanak. Láthattuk, hogy albérleti és szociális támogatás mellett 4 hajléktalan ember közül 3 fő alkalmas lenne, vagy képessé tehető az önálló lakhatásra. Értékkutatásunk tapasztalatai is azt erősítették, hogy a hajléktalan emberek megnövekedett autonómiáját és az elveszett biztonságot az önálló lakhatás tudná legjobban szolgálni. Erre ma Magyarországon a legtöbb hajléktalan embernek lehetősége lenne, hiszen bőséggel találtunk üres, kihasználatlanul álló ingatlant. Az üres ingatlanok hasznosítására két ellenkező előjelű, de végcéljában azonos módszertant is találtunk, melyek akár együtt, egymás mellett is szolgálhatnák a hajléktalan emberek biztonságának és így méltóságának visszaállítását.

Tanulmányunkban összességében arra a következtetésre jutottunk, hogy az emberi méltóság és a hajléktalanság a jelenben alig összeegyeztethető fogalmak, a hajléktalanságban ugyanis az emberi méltóság alapja, a létbiztonság vész el. A hajléktalanságban élő emberek méltóságának hordozását mindössze az autonómia szűk mozgástere táplálja. A hajléktalan emberek

Alaptörvényben rögzített emberi méltóságának kiteljesedése az elveszett biztonság miatt olyan akadályba ütközik, melyet önmaguk erejéből megoldani nem tudnak. Szorgalmazzuk tehát a szolidáris, támogató állami szerepvállalást, a tárcaközi és a több lábon álló szakmai együttműködések kialakítását, valamint az üresen álló ingatlanok bevonását annak érdekében, hogy a hajléktalanságban élő emberek méltósága ki tudjon bontakozni.

Irodalom

1. Alkotmánybíróság közleménye:
<http://www.mkab.hu/sajto/kozlemenyek/kozlemeny-a-kozterulet-eletvitelszeru-lakhatasra-valo-hasznalat-szankcionalo-szabalysertesi-tenyallas-megsemmisiteserol?print=1>
2. Csepeli, Gy. (1997). *Szociálpszichológia*. Budapest: Osiris Kiadó.
3. Elsőként Lakhatás útmutató: https://www.bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-339/elsokent_lakhatas_utmutato.pdf
4. ELTE kutatás 2014:
https://www.politicalcapital.hu/wp-content/uploads/PC_FES_HajlektalankerdésPolitikában_Tanulmány.pdf
5. Február Harmadika Munkacsoport 2018-as gyorsjelentése:
https://februarharmadika.blog.hu/2018/03/29/negy_hajlektalan_kozul_harom_lakasban_e_lhetne_181#more13788400
6. Február Harmadika Munkacsoport 2019-es gyorsjelentése:
<http://www.menhely.hu/index.php/magunkrol/rendezvenyek-esemenyek/8026-harmadszorra-sem-ez-a-megoldas-gyorsjelentes-a-2019-februari-hajlektalan-adatfelvetelrol>
7. Györi, P. & Vida, J. (2013). *Változó és változatlan arcú hajléktalanság*. Budapest: Menhely Alapítvány, BMSZKI.
8. Habitat for Humanity 2018-as lakhatási jelentése: <https://habitat.hu/mivel-foglalkozunk/lakhatasi-jelentesek/lakhatasi-jelentes-2018/>
9. Hajléktalanügyi Teendők 2015: <http://hajlektot.hu/dokumentumok/hut/hut4.0.pdf>
10. Hegedűs József nyilatkozat:
http://index.hu/gazdasag/2014/02/25/sokszor_annyi_ures_lakas_van_mint_hajlektalan/
11. Kovács Gergely közleménye:
http://index.hu/belfold/budapest/2015/05/26/hajlektalan_fovaros_rendelet_kozterulet_kriminalizalas/
12. Magyarország Alaptörvénye: <http://www.mkab.hu/jog/alaptorveny>
13. Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet 2013:
http://foglalkozasprojekt2.hu/dokumentumok/orszagjelentes_2013.pdf
14. Müller, W. C. (1999). *Hogyan vált a segítségnyújtás hivatássá?* Budapest: ELTE Szociális Munka és Szociálpolitikai Tanszék, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület.
15. Szociális Munkások esküjének szövege:
https://ujszemlelet.blog.hu/2011/11/02/a_szocialis_munka_hivatas_nem_szivatas
16. Political Capital 2014-es tanulmánya: https://www.politicalcapital.hu/pc-admin/source/documents/PC_FES_HajlektalankerdésPolitikában_Tanulmány.pdf
17. Pik, K. (1995). Kik a hajléktalanok és mit tehetünk értük? *Esély*, 7.(5), 60-80.

18. Prazsák, G. (2015). Marginális csoportok értékrendszerei – Kutatási beszámoló. *Kultúra és közösség*, 4(1), 117-133.
19. Solt, O. (1998). Méltóságot mindenkinek. *Beszélő*, 294-295.
20. Török, P. & Korazim-Kőrösy, Y. (2011). Kutatás közben, Interdiszciplinaritás a magyar szociális munkások képzésében. *Educatio*, 20(1), 101-102.
21. 2012. évi II. Törvény, (186).:
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200002.TV
22. 2011 évi CLXXXIX. (189) Törvény:
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100189.TV
Letöltések dátuma egységesen: 2019 augusztus 31.

A tüneti kezelés intézményes állandósítása: hajléktalanság és hajléktalanellátás Magyarországon

„Az az egyébként teljesen helyénvaló kíváncsiság, hogy személyesen, közelről vegyük szemügyre a dolgokat, néha ahhoz vezet, hogy a megfigyelt valóságok magyarázó elveit ott keressük, ahol azokat nem lehet megtalálni” – vagyis magukban a megfigyelt vagy megtapasztalt helyzetekben. Bourdieu megjegyzését (1999a, p. 181; saját fordítás), ami eredetileg a „problémás külvárosokra” vonatkozott, érdemes általában a szociális munka során tapasztaltakra, vagyis azokra a helyzetekre alkalmaznunk, amelyekben közvetlenül nem megfigyelhető társadalmi folyamatok és viszonyrendszerek következményeivel találkozunk.

Az alábbi írás műfaja az esszé; módszere a szociológiai reflexió; közvetlen tárgya a hajléktalanellátás; célja pedig, a fenti gondolat mentén, annak a társadalmi viszonyrendszernek – annak kialakulásának, intézményesülésének, útfüggőségének, jelentésének és következményeinek – a feltárása, amely egyaránt keretét adja a hajléktalanellátásnak, a hajléktalan emberekkel végzett szociális munkának, a hajléktalanságot megtapasztalni kényszerülő emberek életének, valamint a hajléktalanságról szóló szakmai és laikus diskurzusok jelentős részének is. Szándéka pedig, hogy hozzásegítse olvasóit a szociális munka olyan műveléséhez, amelynek filozófiája magába építi a szociológia által feltárt összefüggéseket (*MacIver, 1931*), és amelynek integráns része a gyakorlatra, annak intézményi és társadalmi kontextusára, implicit ideológiai tartalmára, rejtett társadalmi funkcióira és szimbolikus hatásaira való reflexió (*Adams, Dominelli & Payne, 2002; Rossiter, 2001*).

A gondolatmenetben a hivatkozott magyar nyelvű és külföldi szakirodalmon kívül a hajléktalan és hajléktalanságot megtapasztalt emberekkel közösen végzett érdekvédelmi munkában (ld. *Misetics, 2017a*) és az utcai szociális munkásként szerzett tapasztalataimra támaszkodtam.¹⁷⁵

A hajléktalanellátás kezdetei

A hajléktalanság Magyarországon a rendszerváltás éveiben, vagyis abban a különleges történeti pillanatban vált (ismét) közüggé, amikor az előző rendszer ugyan már saját maga felszámolásán dolgozott, a társadalmi problémák észlelését és az azokhoz kapcsolódó állami felelősség terjedelmére vonatkozó vélekedéseket még nagyon is a „jóléti diktatúra” hivatalos ideológiájának – és részben mindennapos működésének – hatására kialakult szociális jogérzet (*Bartha, 2012*) határozta meg. 1989–1990 telén a Blaha Lujza teret és a pályaudvarokat birtokba vevő és a jelenlétükkel tüntető hajléktalan emberek munkát és lakást követeltek: „addig maradunk, amíg lakást nem kapunk” – mondta a tüntető hajléktalan emberek egyik szószólója.¹⁷⁶ A megsegítésükre létrejött spontán kezdeményezésekből megalakult Hajléktalanokért Társadalmi Bizottság alapítólevele (1989) a lakhatáshoz való jogot kérte számon az államon. A demonstrációk egyik értelmiségi pártolójának visszaemlékezése szerint „a végleges cél nem lehetett volna más, csak az, hogy az állam úgy kezelje a hajléktalanokat,

¹⁷⁵ Az esszé alapvetően egy korábbi írásom (Misetics, 2016) átdolgozott, jelen kötet számára készült változata. Ezúton is köszönöm Győri Péternek, Kártyás Irénnek és Tánzos Évának az íráshoz fűzött megjegyzéseit.

¹⁷⁶ Csövezők indulatos kampánya. *Mai Nap*, 1989. november 30. (Győri Péter gyűjtése.) Az eseményekhez ld. Solt Ottília (1998a, 1998b) beszámolóit.

hogy te polgára vagy ennek az államnak, a polgár léted feljogosít arra, hogy élj és *lakj*.”¹⁷⁷ A demonstráló hajléktalan emberek „azt akarták, hogy egyrészt ne küldjék el őket a pályaudvarokról, másrészt meg *lakást* akartak. Ekkor még volt lakáelosztási rendszer, és nekik nem volt lakásuk”.¹⁷⁸

Lakásuk nem lett: akkoriban már jó ideje az államnak a lakhatás területéről való kivonulása és a korábban létrehozott tanácsi bérlakás-hálózat felszámolása volt napirenden. A hajléktalan emberek demonstrációi azonban mégsem maradtak teljesen eredménytelenek: jelentős részben hatásukra kezdődött el a hajléktalanellátó intézményrendszer kiépülése Magyarországon. Szállók nyíltak – elsőként egy csepeli tornateremben és két kollégiumban, majd feleslegessé vált épületekben, pincékben, volt munkásszállókon, egy budaörsi katonai laktanyában, a csillebérci úttörőtáborban, sőt egy eredetileg hadi kárpótlásként épített, majd visszavásárolt hatalmas hajó gyomrában is a Hajógyári-sziget dokkjában (*Iványi, 1997*).

A hajléktalanságra adott állami válaszok inkább emlékeztettek katasztrófavédelemre, mint társadalompolitikára. A budapesti hajléktalanszállók közül csak kettő, az Alföldi utcai és a Dózsa György úti átmeneti szálló épült eredetileg erre a célra: *1880-ban* és *1911-ben*.¹⁷⁹ Utóbbival kapcsolatban említésre méltó, hogy a *Népszálló* azóta is az egyetlen egyággyas elhelyezést biztosító hajléktalanszálló *az egész országban*. Bárczy István korában még úgy gondolták, hogy egy saját szoba még a legszegényebb budapestieknek is jár. Rég volt.

A rendszerváltás éveiben használatba kapott épületek egy részében ma is hajléktalanszálló működik, például a Bánya és Vajdahunyad utcai volt munkásörlaktanyákban, a kőbányai sörgyár egyik árparaktárában vagy a hadsereg egykori kórházvonatában. Ez valami fontosat jelképez. Azt, hogy a hajléktalansághoz kapcsolódó közpolitika – egy kiterjedt intézményrendszer létrehozása és sok-sok lelkiismeretes szociális munkás mindennapi küzdelme ellenére – máig sem tudott teljesen kiszakadni a kezdeteket meghatározó katasztrófavédelmi jellegből.

A hajléktalanságra adott állami válaszok tartós megragadását a rendszerváltás éveiben kialakult katasztrófa-elhárítási szemléletben jól mutatja, ha együtt olvassuk Bognár Szabolcs 1988-as nyilatkozatát arról, hogy „a főváros nagyszámú légópincéje, óvóhelye közül kérnék kerületenként egyet-kettőt az illetékesektől, hogy egészen igénytelenül berendezhessem (berendezhessük) azok számára, akik hajléktalanok”,¹⁸⁰ vagy a Szociális és Egészségügyi Minisztérium szakértői bizottságának hasonló szellemiségű javaslatait két évvel későbből (*Kocsis, 2011*), egy több mint húsz évvel később, 2010-ben tett kormányzóvivői nyilatkozattal.¹⁸¹ Eszerint a kormány „azt kérte az önkormányzatok és a közintézmények vezetőitől, hogy nyissák meg a hajléktalanok nappali fogadására alkalmas helyiségeket és lehetőség szerint biztosítsanak meleg teát a rászorulóknak”, továbbá felkérte a MÁV-ot, hogy a nagyobb városokban tegye lehetővé „egy-egy váróterem nappali nyitva tartását a hajléktalan

¹⁷⁷ Nagy Bandó András visszaemlékezése; *Iványi, 1997*, p. 17. Saját kiemelés.

¹⁷⁸ Győri Péter visszaemlékezése; *Csongor, 2010*, p. 28. Saját kiemelés. A követelést – a maga módján – még a Fővárosi Tanács is komolyan vette, amennyiben egy akkori közleményében külön hangsúlyozta: „a hajléktalanok közül nagyon sokan az ország más területeiről jöttek Budapestre”, és ezért „legtöbbjük nem jogosult arra, hogy a fővárosban tanácsi bérlakást kapjon” (idézi: *Solt, 1998b*, p. 266).

¹⁷⁹ A szállók történetéhez ld. *Győri & Tatár, 2003*.

¹⁸⁰ Párbeszéd a hajléktalanokról dr. Bognár Szabolccsal. *Ötlet* (7. évf.), 321. sz., p. 15.

¹⁸¹ Beengedik éjszakára a várótermekbe a hajléktalanokat. *Origo*, 2010. január 28.

emberek számára”, a Honvédelmi Minisztérium pedig „napokon belül meleg takarót, ruhát biztosít a rászorulóknak”.

Életmentés, és a szó széles értelmében vett *rendfenntartás*. Alapvetően ez a két funkció mozgatja a rendszerváltás óta a hajléktalanságra adott közpolitikai válaszokat, amihez idővel a hajléktalanellátásban dolgozó szervezetek *intézményfenntartói érdekei*, valamint – elsősorban a hajléktalanság kriminalizációjával összefüggésben – a legelesettebb városlakók elleni uszításon keresztül elért *politikai haszonszerzés* szándéka társult. Lakáspolitikáról szó sincs – noha a lakhatás hiánya az *egyetlen* közös jellemzője annak az egyébiránt sokszínű társadalmi csoportnak, akiket „hajléktalanoknak” szokás nevezni.

Az életmentésre korlátozott és a *lakáspolitikától függetlenül elképzelt* „hajléktalanellátás” konstrukcióját szentesítette az Alkotmánybíróság lakhatáshoz való jogról szóló határozata, amely szerint a lakhatáshoz való jogot sem a szociális biztonság, sem a méltósághoz való jog¹⁸² nem foglalja magába. A döntés értelmében az állam kizárólag az „emberi lét feltételeiről köteles gondoskodni”, és ezzel összefüggésben kizárólag *szállást* köteles biztosítani akkor, ha annak hiánya „az emberi életet *közvetlenül fenyegeti*”.¹⁸³

A hajléktalansággal kapcsolatos állami kötelezettségnek ez a szűkkeblű lehatárolása lényegében a hajléktalan állampolgárok *puszta biológiai léte* való redukálásával egyenértékű (*Feldman, 2006*). A hajléktalanellátás – vagy éppen az önkormányzatok,¹⁸⁴ a katasztrófavédelem, és az erre a rendőrségi törvény és egy ORFK utasítás által kifejezetten kötelezett rendőrség¹⁸⁵ – ugyanakkor ezt az elvárást sem tudja teljesíteni.

2011 ősze és 2016 tavasza között legalább 150 hajléktalan ember vesztette az életét kihülés miatt közterületen.¹⁸⁶ „Testvéreink elhulltak úgy, mint jégzivatarban a gyümölcsök, amelyeket senki, senki, senki, kosarába többé nem szed össze.”¹⁸⁷

A lakhatás magánosítása

Az állam lakhatás területéről való sokrétű és radikális visszavonulása korábban kezdődött, de részben a hajléktalanellátó intézményrendszer kiépülésével párhuzamosan haladt előre. A *hajléktalanság* állami kezelése rendészeti kérdésből szociális kérdéssé vált, a *lakástalanság* problémájának a kezelése azonban – szemben a rendszerváltás előtti, vagy akár a két világháború közötti időszakokkal – lényegében kimaradt az újjászervezett állami társadalompolitika feladatköréből (*Győri, 1996*). A rendszerváltás éveiben éppen akkor mondta vissza az állam a lakhatás biztosításának többoldalú – a lakások építésétől a közműdíjak jelentős

¹⁸² Vö. 32/1998. (VI. 25) AB határozat.

¹⁸³ 42/2000. (XI. 8.) AB határozat (saját kiemelés). A határozat kritikájához ld. Kardos, 2001; Missetics, 2014.

¹⁸⁴ A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 7. § (1) bekezdése szerint „A települési önkormányzat, tekintet nélkül hatáskörére és illetékességére, köteles az arra rászorulóknak rendkívüli települési támogatást, étkeztést, illetve szállást biztosítani, ha ennek hiánya a rászorulóknak az életét, testi épségét veszélyezteti.”

¹⁸⁵ Ld. a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 37. §-ában foglalt rendelkezéseket az önvészélyes állapotban lévő vagy magatehetetlen emberekkel kapcsolatos intézkedési kötelezettségről, valamint a rászoruló személyeket a téli időjárási viszonyok következtében fenyegető veszélyhelyzetek megelőzésével és kezelésével összefüggő rendőri feladatok végrehajtásáról szóló 24/2016. (X. 6.) ORFK utasítást.

¹⁸⁶ Az ORFK adatait az EMMI tette közzé egy parlamenti képviselő írásbeli kérdésére adott válaszában (Hiv. szám: K/11630-11649). A kihüléses halálesetek nagyobbik részére az áldozatok saját, fűtetlen otthonában kerül sor (*Fehér, Gurály & Koltai, 2012*).

¹⁸⁷ József Attila: Tanítások (8. vers).

ártámogatásáig terjedő – és az idők során megszokottá vált *társadalmiasításának* felelősségét, amikor az ipari termelés, a foglalkoztatás és ezzel összefüggésben a munkásszállók férőhelyeinek, valamint a reálbérek csökkenése miatt egyre többeknek lett volna szükségük erre.

Az ebből következő *tartós társadalmi károk* hangsúlyozása nem egylényegű a „fridzsiderszocializmus” iránti nosztalgiával. A rendszerváltás előtti társadalompolitika egyenlőtlenségeket erősítő vonásainak éppen a lakáspolitikáé volt az egyik legjellegzetesebb példája: a leginkább támogatott lakásokhoz tipikusan az átlagnál magasabb jövedelműek tudtak hozzáférni, az alacsonyabb jövedelműek gyakran minden lakástámogatásból kimaradtak, és bármiféle állami segítség nélkül kellett megvenniük vagy megépíteniük a lakásukat.¹⁸⁸

A lakástámogatások elosztása a rendszerváltás után azonban még igazságtalanabbá vált (*Dániel, 1997*). A rövid távú gazdasági és politikai haszonszerzés által motivált lakásprivatizáció lényegében a korábbi lakástámogatási és -elosztási rendszer egyenlőtlenségeit „szorozta fel”. Az addig is méltánytalanul nagy mértékben kedvezményezetteknek juttatott jelentős „privatizációs ajándékot” – minél drágább lakásban laktak, annál nagyobbat (*Dániel, 1996*). A privatizáció következményeként az önkormányzati tulajdonú lakások száma a rendszerváltás utáni öt évben a felére (740 ezerről 380 ezerre), ezt követően pedig tovább csökkent.

2017-re mindösszesen 108 ezer önkormányzati tulajdonú bérlakás maradt, ami a lakásállomány 2,4 százaléka, de ennek is csak egy része – névleg – „szociális bérlakás”. A társadalompolitikai gondolkodás régi belátása, hogy a kizárólag a legszegényebbeknek biztosított szolgáltatások általában maguk is *szegényes* szolgáltatások lesznek (*Titmuss, 1968*). Erre tekintettel nem meglepő, hogy az önkormányzati lakásállomány megújulása minimális, a lakások gyakran elfogadhatatlan állapotban vannak. Az önkormányzatok a lakásállomány fenntartási költségeit gyakran a szegényebb lakók kiszorításával vagy a lakások további privatizációjával igyekeznek csökkenteni (*Ladányi, 2000; Czirfusz & Pósfai, 2015*), a jobb lakásokat pedig gyakran kifejezetten anti-szociális feltételek mentén, vagy a helyi döntéshozók és a hozzájuk kötődő gazdasági érdekeltségek javára hasznosítják. A támogatott bérlakásra szorulóknak vagy a korábbi lakhatásukat elvesztőknek lényegében semmi esélye nincs „szociális bérlakáshoz” jutni. A hajléktalan embereknek pedig, leszámítva néhány kisléptékű kezdeményezést (pl. *Kovács, 2012*), még ennél is kevesebbet (*Fehér, Somogyi & Teller, 2012*). Az önkormányzati bérlakásokból végrehajtott kilakoltatások azonban fontos szerepet játszanak a hajléktalanság újratermelésében.

A háztartási energiaárak szélsőséges mértékű növekedését csak a rendszerváltás után másfél évtizeddel követte egy központi lakásfenntartási támogatás bevezetése, de akkor is csak indokolatlanul alacsony és reálértékben egyre csökkenő összegben (*Misetics, 2018*). A háztartási energia ártámogatása, valamint a későbbi „rezsicsökkentés” egyaránt a magasabb jövedelmű háztartásoknak nyújtott több támogatást, a legszegényebb (jelentős részben fával fűtő) társadalmi rétegeknek semmit, vagy csak sokkal kevesebbet (*Benedek, Firlé & Scharle, 2006; Hegedüs & Somogyi, 2018*). A lakásfenntartási támogatás érdemi indokolás nélkül történt

¹⁸⁸ A Kádár-korszak lakáspolitikájához ld. különösen: Konrád & Szelényi, 1969; Manchin & Szelényi, 1986; Vajda, 1986; Lengyel, 1991.

megszüntetésével egy időben, 2015 márciusával bevezetett új segélyezési rendszeren belül a lakásfenntartáshoz nyújtott „települési támogatások” kevésbé jogszerűen, kevesebb háztartás között osztanak el még kevesebb forrást, és ebből a kevésből is kevesebbet a leginkább rászoruló háztartásoknak (*Misetics, 2019*).

A hatályos jogszabályok szerint kilakoltatás esetén senkinek semmilyen konkrét, kikényszeríthető elhelyezési kötelezettsége nem keletkezik. Akkor sem, ha ezáltal idős, tartósan beteg, fogyatékkal élő vagy mozgáskorlátozott emberek vagy gyermekes családok kerülnek utcára – ide nem értve utóbbi esetben azt a gyermekvédelmi törvénnyel ellentétes, kegyetlen gyakorlatot, amelynek során kizárólag a szegénységük – lakhatási problémájuk – miatt választanak el gyermekeket a szüleiktől (*Alapvető Jogok Biztosa, 2017*). A családok átmeneti otthonai esetében elhelyezési kötelezettségről (és ezáltal: elhelyezésre való jogról) nincs szó: ezekben az intézményekben ugyanis *vagy van* egy hajléktalanná vált családnak férőhely, *vagy nincs*.

Magyarországon a rendszerváltást követő három évtizedben a lakhatási szegénység csökkentése és ezen belül a hajléktalanság megelőzése sosem volt a lakáspolitikai prioritása. A legfontosabb intézkedéseket és a legdrágább programokat – a válságkezelés kényszerén túl – alapvetően gazdaságpolitikai és népesedéspolitikai célok motiválták. A támogatások legnagyobb része a tulajdonszerzést (és ezen belül is kifejezetten a lakásépítést) támogatta, miközben mindvégig hiányzott a lakásfenntartási költségek megfelelő színvonalú, teherbíró képességgel arányos, rendszerszerű támogatása, valamint a támogatott bérlakás-szektor fejlesztése. Részből ebből következik, hogy az állam lakáscélú kiadásaiból aránytalanul nagy mértékben részesedtek a társadalom magasabb jövedelmű, vagyonosabb rétegei. A lakáspolitikai összességében maga is hozzájárult a társadalmi egyenlőtlenségek bővített újratermeléséhez (*Misetics, 2017b*).

Az érdemi szociális lakáspolitikai hiánya szorosan összefügg a hajléktalanná válással és a hajléktalanságból kivezető utak szűkösségével – de még a közterületi hajléktalansággal is, amennyiben „a lakástalanok, lakásvesztők »elfoglalják« az átmeneti szállós férőhelyeket, onnan nem jutnak tovább, sőt elfoglalják a fapadosok [éjjeli menedékhelyek] férőhelyeinek is egy nem csekély részét, ahová emiatt nem jutnak be a fedél nélküliek” (*Bényei et al, 2000:84*). Ma nagyon sok olyan szegény ember él a túlterhelt hajléktalanellátó intézményekben, aki egy tisztességes lakásfenntartási támogatás vagy egy támogatott lakbérű lakás segítségével képes lenne az önálló lakhatásra (*Bényei et al, 2018*). Sokan, és gyakran az ellátásra leginkább rászorulóknak pedig – részben éppen ezért – még az intézményi ellátásból is kiszorultak, és arra kényszerülnek, hogy lépcsőházakban, kapualjakban, aluljárókban, buszmegállóknak, éjjeli buszokon, sátrakban vagy erdei kunyhókban éljenek.

A hajléktalanellátás értékelése

1989-ben még Budapesten is csak 16 férfi és 8 női férőhely – illetve egyetlen családok átmeneti otthona – volt elérhető a hajléktalan emberek számára.¹⁸⁹ Mit gondoljunk a fentiek tükrében arról, hogy ezzel szemben mára már az éjjeli menedékhelyek és átmeneti szállások a fővárosban mintegy 5000 embert tudnak befogadni, a férőhelyek száma az országban ennek nagyjából a

¹⁸⁹ A hajléktalan emberekről való „társadalmi gondoskodás rejtett gyakorlatairól” a rendszerváltás előtti időszakban ld. Horváth, 2008.

kétszerese, a családok átmeneti otthonainak a kapacitásaival együtt mintegy 15000 – és ezen kívül működik még számos utcai gondozó szolgálat és számtalan nappali melegedő; több, külön a hajléktalan emberek számára fenntartott egészségügyi centrum és lábadozó; a hajléktalan embereket, az őket segítő szakembereket és állampolgárokat pedig éjjel-nappal hívható diszpécser szolgálatok is segítik?

A hajléktalanellátás számtalan ember életét és egészségét óvja meg a hajléktalanság legszélsőségesebb formájától, az utcai hajléktalanságtól. A hajléktalanellátásban dolgozó szociális munkások közül azonban vélhetően mégis sokan együttéreznek azzal a kollégájukkal, aki szerint „hajléktalanokkal foglalkozó szociális munkásnak lenni skizofrén állapot” (amennyiben pont ők pontosan tudják, hogy a hajléktalanságból való kikerülés lehetőségei mennyire szélsőségesen korlátozottak, elvben mégis ezen kellene dolgozniuk a „klienseikkel”), és aki a következőképpen jellemezte a hajléktalanságra adott társadalmi válaszok ellentmondásosságát. „A hazai társadalom a szociális szférában két futószalagot működtet: az egyik három műszakban gyártja a veszteseket, a másik pedig – hasonló kapacitással – gondoskodik azok képzéséről, akik e veszteseket majd visszasegítik a konform világba” (Szilágyi, 2007).¹⁹⁰

Egy másik szociális munkás, aki egyúttal a hajléktalanellátás és a hajléktalanságról szóló közbeszéd kiemelkedően befolyásos alakítója is, Vecsei Miklós, a terület akkori miniszteri biztosa a következőképpen értékelte a rendszerváltást követően kialakult ellátórendszert: „a magyarországi hajléktalan-ellátás máig magán viseli a kezdeti évek nyomait. Az akkor sürgető teendők ellátása – az életmentés, a nyomor enyhítése, a hajléktalan létből fakadó ártalmak csökkentése – minden energiánkat felemésztette, és nem maradt erőnk, és nem volt segítő eszközünk a hajléktalanok tömegének csökkentésére, az egyén társadalmi tagságának, önbecsülésének, egészségének, hitének visszaszerzésére. Heroikus küzdelmünk nyomán sikerült közösen kialakítanunk egy, *a hajléktalanságot végállomásként kezelő, a hajléktalan embereket legtöbbször csak életben maradásukban segítő* hajléktalan-ellátást Magyarországon”.¹⁹¹

A hajléktalanellátás mint katasztrófavédelem

A hideg téli időjárás beköszöntével minden évben a közérdeklődés középpontjába került a hajléktalanság. Ilyenkor úgy tűnhet, hogy a nagy hideg mintha ráébresztette volna a közvéleményt és a politikai uralkodó osztályt a hajléktalanság problémájára, és ha korábban nem is, immáron készen állnának, hogy megtegyék a hajléktalanság visszaszorításához szükséges intézkedéseket. Ez azonban, sajnos, távol áll a valóságtól.

A helyzet ahhoz hasonló, mintha lenne egy város, amit minden évben előre látható módon elöntene az árvíz: emberek tűnnének el, szenvednének sérüléseket és halnának meg, házak válnának lakhatatlanná. Még ha szakmai konszenzus is volna azzal kapcsolatban, hogy hova kellene gátat építeni az árvíz megelőzésére, a kormány erre mégsem szánna rá a szükséges

¹⁹⁰ A hivatkozott cikk megjelenése óta eltelt időszakban az utóbbi „futószalag” kapacitása persze jelentősen lecsökkent, a szociális ágazat relatív bérszintje miatt pedig súlyos munkaerőhiány alakult ki a „szociális szférában” és ezen belül a hajléktalanellátásban – a „vesztesek” futószalagának a felgyorsult ütemidejű továbbműködtetésével párhuzamosan.

¹⁹¹ Vecsei Miklós előszava a *Merre tovább? Egy nemzeti hajléktalanügyi stratégia lehetséges keretei* c. dokumentumhoz (Györi & Maróthy, 2008); saját kiemelés.

forrásokat. Ehelyett a helyi önkormányzatok, a civil szervezetek és egyházak minden évben mentőmellényeket osztanak ki az ott lakóknak, az áradást követően pedig csónakokkal járnak a települést túlélők után kutatva.

Bibó István szavaival: „Természetes, hogy hirtelen társadalmi vagy gazdasági válságok idején, csakúgy, mint földrengés vagy árvíz idején, szükség van alkalmi segítő és jóléti munkára, vagyis a szoros értelemben vett ún. szociális munkára is. Jaj, azonban annak a segítségnek, mely gátak építése helyett örökké csak a düledező házakat akarja megtámasztani, s mikor a válság állandósulását látja, nem a társadalom szerkezetében rejlő okokat keresi és küszöböli ki, hanem a »szociális« munkát állandósítja, s »szociális érzék« címén a bajok tüneti kezelésére való állandó készséget fejleszti ki magában. [...] A hiba nem az elkerülhetetlenül és parancsolóan szükséges szociális munkában van, hanem a tüneti kezelés intézményes állandósításán s az erre való készség hamis túlértékelésén, ami az egész társadalom veszedelmes lelki deformálódására vezet” (Bibó, 1986:238).

A „bajok tüneti kezelésére való állandó készség” mindenesetre *intézményesült*. Kétségtelen, hogy ha a hajléktalanság állami kezelésének a lényegét, vagyis a hajléktalanság hathatós megelőzését és a már hajléktalanná vált emberek méltó lakhatáshoz jutásának a kilátásait tekintve nem is sikerült meghaladnia a rendszerváltás éveiben kialakult „újkori nyomorellátást” (Mezei & Sarlós, 1995:7) – ezt viszont nagyobb volumenben, jogszabályokkal körülhatárolt keretek között, a nagyobb településeken kötelező jelleggel, szakirányú végzettséggel bíró alkalmazottakkal, kiszámíthatóan, egyszóval *rendszeresen* működteti. Ennyiben, ha nem is társadalom- vagy lakáspolitikai, de a *szegénypolitika* lépett a rögtönzött katasztrófavédelmi intézkedések helyére.

A hajléktalanellátás mint szegénypolitika

A „szegénypolitika” Ferge Zsuzsa klasszikus elemzése szerint a szegénység olyan értelmezését és kezelését jelenti, amely „a relatív, egyenlőtlenségekkel összefüggő szegénységet nem, vagy kevéssé érzékeli problémaként. Zavaró, kezelendő jelenségnek az abszolút, létfenntartási küszöb alatti szegénységet tekinti. A szegénypolitika célja az, hogy *a küszöb alatt élő egyének, ill. családok helyzetén* javítson. E törekvésből következően a szegénység *egyéni* problémaként jelenik meg, ami tehát valamilyen módon összefügg az egyén adottságaival. Ilyenformán – lényegében csúsztatás nélkül – ebben a közelítésben a szegénység előfordulásáért való felelősség részben vagy egészben az egyénre hárul” (Ferge, 1991:219-220). A hajléktalanság kezelésének a rendszerváltást követő időszakban mindvégig uralkodó formája – a *hajléktalanellátás* – tulajdonképpen már ebben a kifejezésben is magába sűríti a megközelítés lényegét és egyúttal korlátait: a célja a *már hajléktalanná vált* emberek *ellátása*, anélkül azonban, hogy akárcsak komolyan felmerülne a hajléktalanság újratermelődését biztosító társadalmi mechanizmusok és rendszeres állami mulasztások orvoslása.

A hajléktalanságot elgondolhatjuk a „székfoglaló játék” mintájára: a játékosok székek körül szaladnak addig, amíg a zene szól, majd amikor hirtelen csend lesz, akkor megpróbálnak gyorsan leülni egy-egy székre – amiből viszont kevesebb van, mint ahány játékos. A hasonlatban körbe szaladó játékosok az alacsony jövedelmű háztartások, a székek pedig a számukra megfizethető lakhatási lehetőségek (McChesney, 1990). Ahogyan a játékban nagyobb eséllyel marad valaki szék nélkül, aki lassabb, vagy esetleg elkalandozik a játék közben, úgy minden bizonnyal nagyobb eséllyel válik valaki hajléktalanná akkor, ha a szegénységen kívül

„személyes” vagy „családi” problémái is vannak. Az viszont, hogy valaki szék – illetve lakhatás – nélkül marad, mégsem ezekből, hanem *a rendszerből* következik: abból, hogy nincsen elég szék, vagyis megfizethető lakhatás.

Ez a belátás hiányzik „a hajléktalanság” rendszerváltást követően kialakult *társadalmi konstrukciójából* és uralkodó *állami kezelési módjából* – ami az előbbinek egyszerre következménye, és mint később látni fogjuk: oka. A hajléktalanellátás során végzett szociális munka elvben alkalmas lehet a személyes problémák kezelésére, azonban szükségszerűen tehetetlen a hajléktalanság strukturális okaival szemben.

Egy másik hasonlattal élve: a lakhatás különböző formáit elképzelhetjük egy olyan létraként (O’Flaherty, 1996:4), amelynek a felső fokain a megfelelően fűtött, kényelmes és tágas lakások, alsó fokain pedig a lakhatási szegénység, illetve lakástalanság egyre súlyosabb formái helyezkednek el. A rendszerváltást követő két és fél évtizedben mintha alapvetően az a kérdés merült volna fel, hogy miért kerül valaki a lakhatási létra legalsó fokára. A hajléktalanságról szóló szakirodalom válaszai „a család működési zavaraitól”, a „deviáns viselkedési formáktól” és a „kapcsolati konfliktusoktól” (Szoboszlai, 2012) kezdve a „személyes kapcsolatok hiányán” (Albert & Dávid, 2001) és az alkoholizmuson (Levendel, 1993) át egészen az „érett személyiség hiányáig” (Breitner, 1999) terjednek.

Az a kérdés viszont ritkán merült fel érdemben, hogy a létra legalsó foka miért a Blaha Lujza téri aluljáróját vagy egy túlszűfolt, élősködőktől fertőzött tömegszállás egyik emeletes ágyát jelenti, és nem például egy szoba-konyhás önkormányzati bérlakást, vagy legalább egy *saját szobát* valamilyen „szobabérlők háza” típusú intézményben. Ez alól csak azok a hajléktalansággal kapcsolatos közpolitikai feladatok tárgyaló szakmai dokumentumok kivételek, amelyek kifejezetten hangsúlyozták, hogy a hajléktalanság megelőzéséhez és csökkentéséhez *a hajléktalanellátáson túlmutató* szociálpolitikai és lakáspolitikai reformokra van szükség (Győri & Maróthy, 2008; Győri, 2015). Ezeknek viszont – részben talán éppen ezért – sajnos, nem volt sok foganatjuk.

A hajléktalanellátás társadalmi jelentése

A hajléktalanellátással azonban nem az az egyedüli probléma, hogy alkalmatlan a hajléktalanság megoldására. A hajléktalanszállók nem csupán ágyakat szolgáltatnak, hanem egyúttal *jelentéseket termelnek és közvetítenek*. Egyrészt arról, hogy a hajléktalan emberek mennyit érnek, és hogy mennyit érnek a szabadság, a méltóság és az önrendelkezés magasztos eszméi a legeslegszegényebb állampolgárok esetében. A pénzbeli ellátásokhoz kapcsolódó, a paternalizmusuk és személyi szabadságot korlátozó jellegük miatt sokat – és joggal – kárhoztatott (Szalai, 2004-2005, 2007) viselkedési feltételeknél is százszor inkább igaz ugyanis a hajléktalanellátó intézményrendszerre a szegénypolitikának az a jellemzője, hogy „*az állampolgári léthez tartozó autonómiák csorbításával jár, elsősorban a magánélet szférájába való szoros beavatkozás révén*” (Ferge, 1991:221).

De a hajléktalanellátás jelentést termel és közvetít arról is, hogy *mi* „a hajléktalanság”, és *hogyan* kell kezelni, és ezen keresztül egyúttal a hajléktalanellátásnak mint a hajléktalanság megfelelő kezelési módjának – vagyis saját létének – a legitimációját is újratermeli (Hoch & Slayton, 1989). A hajléktalanellátó intézményrendszer kiépülésének egyik fontos következménye volt, hogy a hajléktalanság problémájának egy olyan társadalmi konstrukciója szilárdult meg Magyarországon, amely megnehezíti a probléma valódi megértését és érdemi

társadalompolitikai kezelését. Az intézményrendszer kiépülésének ára a „beteg-kórház”, „katona-laktanya” vagy „bűnöző-börtön” fogalompárokhoz hasonló „hajléktalan-hajléktalanszálló” gondolattársítás megszilárdulása volt. Az a mára már magától értetődő vélekedés, hogy a hajléktalanságra adandó válasz a hajléktalanellátás – ami úgy kezeli a hajléktalan embereket, mintha értelmetlenek vagy alkalmatlanok lennének az egyébként normálisnak tekintett *lakhatásra* (Busch-Geertsema & Sahlin, 2007). Egyáltalán, mintha „hajléktalanokról” (emberek egy különálló csoportjáról vagy egy külön „emberfajtáról”) volna szó, nem pedig olyan emberekről, akik jelenleg hajléktalanok, viszont – mint mindenki másnak – *lakniuk* kellene valahol.¹⁹²

A hajléktalanellátó rendszer kiépülésének ára, hogy egy fedél nélkül élő embert látva egy járókelő nem azt kérdezi, hogy „Miért nincs hol laknia?”, hanem azt, hogy „Miért nem megy be a szállóra?” – és ez a kérdés nemcsak a csodálkozásról vagy érdeklődésről szól, hanem a *hibáztatásról* is. Hasonlóan ahhoz, ahogy Nancy Fraser (1997) az osztályegyenlőtlenségek újratermelődését érintetlenül hagyó, de azok következményeit enyhíteni igyekvő közpolitikai megközelítéssel kapcsolatban leírja, a hajléktalanellátó rendszer is megbélyegzi a „kedvezményezettjeit”. Ebben az esetben úgy, hogy noha a hajléktalanellátás alkalmatlan a hajléktalanság megoldására, arra viszont alkalmas, hogy a megoldás *látszatát* keltse, és így az utcai hajléktalansággal kapcsolatos felelősséget az államról – és a politikai uralkodó osztályról – a hajléktalan emberekre helyezze át, és ezzel (a hajléktalanellátás létrehozóinak és működtetőinek szándékától nem csupán függetlenül, hanem minden bizonnyal nagyrészt azzal éppen ellenkezőleg) egyúttal megágyazzon a hajléktalanság rendészeti-büntető kezelésének is.

A hajléktalanellátás és a hajléktalanság kriminalizációja

A közterületi hajléktalanság nem csupán a *legmélyebb* szegénységet, a legteljesebb megfosztottságot jelenti; kiemelkedő *láthatósága* is megkülönbözteti a szegénység egyéb formáitól. Ha a fedél nélküli élethelyzet által megjelenített szélsőséges nyomor mindennapos látványa válasz nélkül maradna egy egyébiránt aránylag jómódú társadalomban, az szinte elkerülhetetlenül kikezdené az állam – illetve általában a társadalmi berendezkedés – legitimációját. Valami ugyanis elég egyértelmű módon nincsen rendben azzal a rendszerrel, amely emberek jól látható tömegei számára teszi lehetetlenné legalapvetőbb szükségleteik kielégítését – az állam pedig nem tud, vagy nem akar ezzel mit kezdeni.

A tömeges hajléktalanság *látványa* tehát kezelendő *legitimációs problémát* jelent. A hajléktalanságra adott közpolitikai válaszok pedig gyakran inkább ennek a legitimációs problémának a kezelésére, mintsem a hajléktalanságnak, mint társadalmi problémának a megoldására szolgálnak (Marcuse, 1988).

Részben erre szolgál a hajléktalanellátás is: „egy provokatívan látható probléma [...] részleges láthatatlanná tételéről” és a „rendszerszerű megoldások *ad hoc* intézkedésekkel történő kibekkeléséről” (Győri, 2010) – ha csak lehet, akkor a városok szélén elhelyezett

¹⁹² Ezért is fontos *hajléktalan emberekről* (vagy pl. hajléktalan nőkről, hajléktalan alkalmi munkásokról stb.) beszélnünk, nem pedig „a hajléktalanokról”. A „hajléktalan” ugyanis egy olyan „elsőprő erejű címke”, amelynek hatására könnyű szem elől téveszteni mind a hajléktalanságban érintett emberek *sokszínűségét* (illetve azt, hogy egy adott időszakban jóval többen kerülnek ebbe a helyzetbe, mint ahányan egy adott pillanatban hajléktalanok), mind „az eleven, lélegző, bonyolult emberi egyént, aki az emberi nem végső és tovább-bonthatatlan egysége”. Az elsőprő erejű címkék azonban veszítenek az erejükből, ha nem főnévként, hanem jelzőként találkozunk velük (Allport, 1977: 267–271).

intézményekkel, és ha csak lehet, úgy, hogy „a hajléktalanok” a köztereken se nagyon „keveredjenek” a lakossággal. Szalai Júlia szegényházakról szóló történeti áttekintésének szavaival: arról, hogy eltüntesse szem elől – a jobb módú többség szeme elől – a „nemkívánatos személyeket, a koldusokat, az elhanyagolt állapotban lévő betegeket” és ezáltal biztosítsa, hogy látványukkal „a lakosság jó közérzetét ne zavarják” (Szalai, 1998:30-31). De erről szólnak a hajléktalan emberek ellen irányuló kirekesztő intézkedések is. A belügyminiszter példamutatóan őszinte megfogalmazásában: arról, hogy „megtisztítsák” a közterületeket „a koldusoktól és az ország hangulatát rontó személyektől”.¹⁹³ Sem a hajléktalanellátás, sem a közterületi hajléktalanság hatósági üldözése nem a probléma gyökereit kezeli, hanem azt a *botrányt*, amit az utcán élő emberek *látványa* jelent.

A hajléktalanellátás és a hajléktalanság kriminalizációja azonban máshogyan is összefügg egymással. A hajléktalan emberek kirekesztését igazoló érvelésnek fontos velejárója az a feltevés, hogy a hajléktalansághoz kapcsolódó jóléti intézményrendszer megfelelően működik, az utcán élő embereknek „lenne hova menniük”, ha a közterekről el is űzik őket. A hajléktalan ember ugyanis azért hajléktalan, mert nincs otthona, ami – egyebek mellett – azt is jelenti, hogy nincsen olyan magánterület, amelyen szabadon létezhetne. Egy olyan elképzelt társadalomban, amelyben minden terület magánterület lenne, a hajléktalan ember sehol sem létezhetne legálisan. Éppen ezért, megfelelő ellátórendszer hiányában, a hajléktalan emberek közterekről való kitiltása a hajléktalan emberek *létének* a megtiltását jelentené, hiszen mindannyiunknak lennünk kell *valahol* (Waldron, 1991). Emellett, nyíltan, senki sem érvel.

Továbbá, a hajléktalan emberek közterületekről való kirekesztése mellett felszólalók sem annyira cinikusak, hogy önmagában a hajléktalan emberek egyik helyről a másikra való elűzésében jelöljék meg a hajléktalanság kezelésére általuk javasolt intézkedések célját (még ha a kriminalizáció a gyakorlatban gyakran éppen ezt is jelenti). Éppen ellenkezőleg: a kirekesztő intézkedések kapcsán gyakoriak az ellátórendszer igénybevételének a lehetőségére való hivatkozások. Tarlós István főpolgármester például több alkalommal is a hajléktalanellátó intézményrendszer meglétére (vagy annak beígért, majd meg nem valósuló bővítésére) hivatkozva igyekezett igazolni a hajléktalanság kriminalizálását: „első lépésben és második lépésben is segítő kezet nyújtunk, és a feltételeket is mellé tesszük. Ha valaki mindezek után is életvitelszerűen, már-már *garázda* módjára, a túlnyomó többség érdekeit alapvetően veszélyeztetve, megpróbálja azt az életmódot folytatni, mint eddig, az *saját magát helyezi törvényen kívül*, és azzal úgy kell eljárni, ahogy az *ilyenekkel* szemben el szoktak, azokat el kell onnan vinni, és el is fogjuk”.¹⁹⁴

A közterületi hajléktalanság kriminalizálásáról szóló rendelkezések első szabálysértési törvénybe foglalt változata még tartalmazott is egy kitétel arra vonatkozóan, hogy a „közterület életvitelszerű használata” nem büntethető akkor, „ha a városi önkormányzat a hajléktalanellátás feltételeit nem biztosítja” – noha az Alkotmánybíróság helyesen állapította meg az első vonatkozó döntésében, hogy ennek ebben a formában semmi értelme nem volt, különösen, hogy a vonatkozó jogszabályok még „általános követelményként” sem írták elő, hogy „az ellátásokat úgy kell megszervezni, hogy azok minden rászoruló számára rendelkezésre álljanak”.¹⁹⁵ Mindez az Alkotmánybíróságot azonban már egy csöppet sem zavarta akkor, amikor a második

¹⁹³ Pintér Sándor: Nem ismerek tabutémát. *Magyar Hírlap*, 2010. július 29.

¹⁹⁴ Interjú Tarlós Istvánnal a TV2 *Mokka* című műsorában, 2010. november 5-én (saját kiemelések).

¹⁹⁵ 38/2012. (XI. 14.) AB határozat. Vö. Missetics, 2014.

döntésében maga állította fel a közterületen élő hajléktalan emberek hatósági üldözésével kapcsolatos „alkotmányos követelményként”, hogy arra csak akkor kerüljön sor, ha „a hajléktalan személy ellátórendszerben való elhelyezése a cselekmény elkövetésekor igazolhatóan biztosított volt”.¹⁹⁶

Ahogy Foucault írta a klasszikus kor „nagy elzárásáról” szóló elemzésében: a szegény- és dologházak létrehozásával „kialakul egyfelől a jó tartománya, azaz a kijelölt rendnek magát alávető és ahhoz illeszkedő szegénység, másfelől pedig a rossz – vagyis az ellenszegülő, magát a rend alól kivonni próbáló – szegénység tartománya. *Előbbi elfogadja az elzárást és ott nyugalomra lel, utóbbi viszont elutasítja, és ennél fogva megérdemli*” (Foucault, 2004:91; saját kiemelés).

Szociális munka egy anti-szociális rendszerben

Önmagán túlmutató *kulturális* és *politikai* jelentősége van annak, hogy ami egy jólétet ígérő társadalmi berendezkedés látványos, botránys tünete, „a paternalista szociálpolitikával kapcsolatos illúziók elvesztésének egyik legfontosabb állomása” (Horváth, 2012:242) volt három évtizeddel ezelőtt: a tömeges utcai hajléktalanság, az mára éppen olyan természetes része a nagyvárosi létnek, mint az autóforgalom vagy a közúti jelzőlámpák. Ez egyúttal a lehetséges, a megengedhető, *egymással megtehető* határait is újrarajzolta.

A keresztényszocialista R. H. Tawney szavaival: „Nem az a visszataszító, ha egy ember többet keres, mint mások [...], hanem az, ha bizonyos társadalmi osztályok ki vannak rekesztve a civilizáció mások által élvezett örökségéből, és ha a közös emberi lényeg – ami alapvető és mély – beárnyékolja a gazdasági egyenlőtlenség – ami felszíni és jelentéktelen” (Tawney, 1964:113; saját fordítás). A hajléktalanként élő emberektől az a társadalom, amiben élnek – és amiben a hajléktalanellátásban dolgozó szociális munkások dolgoznak – ezt a közös emberi lényeg tagadja el. Nem csak amiatt, ami a hajléktalan emberek *osztályrésze*. Legalább annyira amiatt, hogy ez mára már *természetesnek* és *magától értetődőnek* tetszik. Nehéz túlbecsülnünk a jelentőségét ennek a tanult, „mások szenvedése iránti önfelmentő érzéketlenségnek” (Ferge, 2000:49).

Érdeemes újraolvasnunk Illyés Gyula *Egy mondat a zsarnokságról* című versét úgy, hogy a mondanivalóját nem szűkítjük a totalitárius diktatúrákra, hanem kiterjesztjük általában az elnyomásra. Az, ami ennek a társadalomnak a legeslegszegényebb tagjaival való bánásmódját jellemzi, nem marad meg a hajléktalanként élő emberekhez való viszonyunkban, „ott van jelenvalóan mindenkben [...] az óvodákban, az apai tanácsban [...] abban, ahogy a gyermek idegennek felelget [...] hidegben és homályban, szabadban és szobádban”. Mert nem csak a hajléktalanság büntetése kegyetlenség, hanem maga a hajléktalanság is: ha hagyjuk, hogy embertársaink otthon – és az *otthon reménye* – nélkül, utcán, a hűgyos aszfalton vagy túlsúfolt, élőködöktől fertőzött tömegszállásokon éljenek.

Itt azonban feltétlenül vissza kell térnünk Bibó István gondolatmenetéhez: „hangsúlyoznunk kell, hogy az ítélet nem a szociális érzék konkrét megnyilvánulására és nem a valóban végzett szociális munkára vonatkozik, hanem azok önigazolási vágyból eredő *hamis értékelésére* s az

¹⁹⁶ 19/2019. (VI. 18.) AB határozat. A határozat mellett feltétlenül érdemes elolvasni a Menhely Alapítvány által az Alkotmánybíróság felkérésére megküldött (ugyanakkor a döntés kialakításában látványosan figyelmen kívül hagyott) tájékoztatását is, amely részletesen tárgyalja a hajléktalanellátó intézményrendszer hiányosságait és korlátait (Győri, 2019).

erre alapított *társadalmi önelégültségre*” (Bibó, 1986:241). Ennek hangsúlyozása után is adódik azonban a kérdés, hogy mi következik a hajléktalanságra adott állami válaszoknak – közelebbről a „szociálpolitika senki földje” (Breitner, 2016) közepette működő hajléktalanellátó rendszernek – a *nem hamis* értékeléséből az abban végzett szociális munkára és az abban dolgozó szociális munkásokra nézve. Következik-e, következhet-e más, mint az, amit a fentebb idézett, hajléktalanellátásban dolgozó szociális munkás „skizofrén állapotnak” nevezett?

Elsőként azt érdemes tisztázni, hogy a szociális munkások helyzete ebből a szempontból nem egyedülálló, és mindenesetre nem rosszabb mint például azoké az orvosoké, akik úgy kezelik a betegeiket, hogy közben tudják vagy tudhatják: a kezelés elkerülhetetlenül csak tüneti lehet, hiszen betegek közül sokan olyan társadalmi tények – a társadalmi egyenlőtlenségek, a társadalmi hierarchiában elfoglalt helyük és az autonómia hiánya (Marmot, 2004; Wilkinson & Pickett, 2010), a munkakörülményeik vagy a munkanélküliségük (Bambra, 2011), vagy éppen a fűtetlen, nedves és penészes lakásuk (Marmot Review Team, 2011) vagy a hajléktalanságuk – miatt lettek vagy maradnak betegek, amelyek kezelése nem orvosi kompetencia, és nem orvosi feladat. Mint ahogyan egy átfogó, átgondolt és főként igazságos, vagyis a lakhatáshoz való jog eszméjének a valóra váltására irányuló lakáspolitikai kidolgozása és kiküzdése sem – pontosabban *nem feltétlenül*, és biztosan *nem egyedül* – a szociális munkások feladata.

Szociális bérlakásokhoz nem szociális munkásokra, hanem kőművesekre van szükség – mondhatnánk, de elsősorban persze milliárdokra, vagyis (legalább) egyenlősítő újraelosztásra. Ezzel összefüggésben – *másrészt* – azt érdemes észben tartanunk, hogy a hajléktalan embereket nem csupán *elosztási* igazságtalanság, nem csupán a lakáspiacról (és gyakran az elsődleges munkaerőpiacról, a „többségi társadalomnak” fenntartott egészségügyi intézményekből vagy munkaügyi központokból) való kirekesztés sújtja, hanem egy – az osztálykülönbségek *személyközi megnyilvánulásain* és *belső megélésén* keresztül – ezeknél is mélyebbre hatoló szimbolikus kirekesztés és erőszak.

A társadalom nem csupán a javakat, a lakhatást, a magánszférát (vagy télen: a meleget), és mindebből következően: a szabadságot osztja egyenlőtlenül el a tagjai között, hanem az elismerést is. Azokat a másoktól kapott jelzéseket és jelentéseket, amelyek végeredményben értelmet adhatnak az emberek életének. „Az egyik leginkább egyenlőtlen – mindenesetre a legkegyetlenebb – elosztása a szimbolikus tőkének, vagyis a társadalmi jelentőségnek” van, és „nincsen rosszabb nélkülözés, megfosztottság, mint azoké, akik az elismerésért, a társadalmilag elismert társas léthez való hozzáférésért, egyszóval az emberi mivoltért folyó szimbolikus küzdelem vesztesei” (Bourdieu, 2000:241; saját fordítás).

Ennek a megfosztottságnak az enyhítése viszont *nem* esik kívül a szociális munka hatáskörén. Egy szociális munkás a rendszerszintű problémáktól függetlenül, pontosabban azok ellenére is adhat vagy segíthet biztosítani nem csak „tiszta ágyat”, „egy jó tál ételt”, vagy „foltatlan ruhát” hanem – főleg és mindig – „tisztességet”, „s emberibb szavakat”.¹⁹⁷ Ahogyan Győri Péter írta „a szociális munka válságáról” szóló vitához (ld. Bugarszki, 2014) fűzött hozzászólásában: „történjen bármi körülöttünk, ha ott ül egy szociális segítő a másik emberrel, és megadja neki azt a méltóságot, tisztességet, amelyet az az ember eddig sehol meg nem kapott, a segítő átlendíti őt a saját baja homályán, s a másik ember emelt fővel és tudatosabban távozik

¹⁹⁷ Ady Endre: Álmodik a nyomor.

a találkozás, a beszélgetés, a segítségnyújtás végeztével, mint ahogy érkezett, akkor az a szociális segítő megtette azt, amit megtehetett, ami a dolga” (Győri, 2014:78).

Harmadrészt, a szociális munkásnak azonban mégsem *csak* ennyi a dolga. Az emberibb szavak sem adhatnak felmentést azokba az intézményi gyakorlatokba és diskurzusokba való kritikátlan betagozódás felelősége alól, amelyek egy fűtött helyiségért és egy fekvőhelyért cserébe magától értetődőnek tekintik a hajléktalan emberek kiskorúsítását, megalázását, állampolgári mivoltuktól való megfosztását.

Továbbá, *negyedrészt*, a Szociális Szakmai Szövetség keretei között kidolgozott Szociális Munka Etikai Kódexe (2016) helyesen fogalmazza meg azt az elvárást a szociális munkások felé, hogy „felhívják a döntéshozók, valamint a közvélemény figyelmét mindarra, amiben a nélkülözés és a szenvedés kialakulásáért a döntéshozók, a társadalom vagy egyes intézmények felelősek”, és hogy a „tevékenységükkel” és „szakmai állásfoglalásaikkal” elősegítsék a társadalmi változásokat. A szenvedés, ebben az esetben a hajléktalan emberek szenvedésének a társadalmi és – *tehát* – politikai okaira, vagyis a társadalmi igazságtalanságokra, egyenlőtlenségekre és elnyomásra, és mindezen belül kifejezetten a hajléktalansághoz kapcsolódó közpolitikai rendszerek diszfunkcióra és hiányosságaira való reflexiót azonban érdemes nem egy *járulékos* erkölcsi kötelezettségként elképzelnünk a tulajdonképpeni szociális munka *mellett*, vagy azon *felül*, de mindenesetre attól *függetlenül*. Ekként talán nem is volna egészen méltányos általános érvénnyel előírni a szociális munkások részére.

Az elkerülhetetlenül kritikai *szociológiai képzelőerő* (Mills, 2000; Misesics, 2017c) ugyanis nem csupán elengedhetetlen előfeltétele annak, hogy felismerjük a nélkülözés és szenvedés rendszerszerű okait, valamint saját gyakorlatunk – ebből következő – korlátait és *lehetőségeit*. Ahhoz a *megértéshez* és *együtt-érzéshez* is hozzásegítheti a szociális munkásokat, ami lehetővé teszi másoknak a „bajuk *homályán*” való átlendítését: ami a hajléktalan vagy bármilyen nélkülöző, jog- és megfosztott, az elnyomás számtalan formáját és azok következményeit magukon és *magukban* viselő embereket ennek az elnyomásnak a viszonyrendszerében, ugyanakkor a maguk sajátos szükségszerűségében látja. Amivel egy szociális munkás anélkül tudhat ellenállni az „önhiba” fogalmára alapozott oktulajdonítások alattomos kísértésének, hogy a hajléktalan embereket cselekvőképtelen áldozatoknak lássa (Wagner, 1997), és mindezek miatt – az ez ellen ható minden egyéni, kulturális és intézményi tényező ellenére is – *intellektuális szeretettel*,¹⁹⁸ de mindenesetre a szó legteljesebb értelmében vett emberséggel tud feléjük fordulni.

¹⁹⁸ A kifejezést Bourdieu (1999b) *megértésről* szóló esszéjéből vettem át, amelyben a tiszteletteljes és figyelmes – és a lehető leginkább „erőszakmentes” – szociológiai interjúhelyzet egyik jellemzőjeként szerepel.

Irodalom

1. Adams, R., Dominelli, L. & Payne, M. (szerk.) (2002). *Critical practice in social work*. Basingstoke: Palgrave.
2. Alapvető Jogok Biztosa (2017). Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-2026/2017. számú ügyben. Előadó: dr. Györffy Zsuzsanna.
3. Albert, F. & Dávid, B. (2001). *Ha elszakad a háló... A hajléktalanság kapcsolathálózati megközelítésben*. Budapest: Új Mandátum.
4. Allport, G. W. (1977). *Az előítélet*. Budapest: Gondolat Kiadó.
5. Bamba, C. (2011). *Work, worklessness, and the political economy of health*. Oxford University Press.
6. Bartha, E. (2012). „Ezen a szállón szinte minden megszűnt, ami korábban valamifajta többletként volt jelen”: munkásszállók, szociális jogok és legitimáció a jóléti diktatúrákban. *Korall*, 13(49), 58-81.
7. Benedek, D., Firle, R. & Scharle, Á. (2006). A jóléti újraelosztás mértéke és hatékonysága. *PM Kutatási Füzetek*, 2006. július.
8. Bényei, Z., Gurály, Z., Györi, P. & Mezei, Gy. (2000). Tíz év után. Gyorsjelentés a fővárosi hajléktalanokról, 1999. *Esély*, 12(1), 62-95.
9. Bényei, Z., Breitner, P., Gurály, Z., Györi, P., Kovács, I., Mózer, P. & Szabó, A. (2018). *Gyorsjelentés a 2018. évi hajléktalan-adatfelvételtől*. Február Harmadika Munkacsoport.
10. Bibó, I. (1986). Elit és szociális érzék. In *Válogatott tanulmányok*. (I. kötet, pp. 221-231) Budapest: Magvető Kiadó.
11. Bourdieu, P. (1999a). The abdication of the state. In Bourdieu et al.: *The weight of the world. Social suffering in contemporary society* (pp. 181-188). Stanford University Press.
12. Bourdieu, P. (1999b). Understanding. In Bourdieu et al.: *The weight of the world. Social suffering in contemporary society* (pp. 607-626). Stanford University Press.
13. Bourdieu, P. (2000). *Pascalian meditations*. Stanford University Press.
14. Breitner, P. (1999). A hajléktalanná válás lépcsőfokai. *Esély*, 11(1), 84–105.
15. Breitner, P. (2016). Lakáshasználat a hajléktalanságban – jelentés a szociálpolitika senki földjéről. In Györi, P. & Vida, J. (Szerk.), *Dialógusok a hajléktalanságról* (pp. 83-102). Budapest: BMSZKI.
16. Bugarszki, Zs. (2014). A magyarországi szociális munka válsága. Vitaindító gondolatok. *Esély*, 26(3), 64-73.
17. Busch-Geertsema, V. & Sahlin, I. (2007). The role of hostels and temporary accommodation. *European Journal of Homelessness*, 1, 67-93.
18. Csongor, A. (2010). Húszéves a Menhely Alapítvány. Beszélgetés Györi Péterrel, a Menhely alapítvány kuratóriumi elnökével. *Civil Szemle*, 7(4), 29-54.
19. Czirfusz, M. & Pósfai, Zs. (2015). Kritikus ponton? Önkormányzati lakásgazdálkodás a gazdasági világválság után. *Területi Statisztika*, 55(5), 484-504.
20. Dániel, Zs. (1996). A bérlakás-privatizáció paradoxona. Nemzeti ajándék vagy ráfizetés? *Közgazdasági Szemle*, 43(3), 204-230.

21. Dániel, Zs. (1997). Lakástámogatás és társadalmi újraelosztás. *Közgazdasági Szemle*, 44(19), 848-877.
22. Feldman, L. C. (2004). *Citizens without shelter. Homelessness, democracy, and political exclusion*. Ithaca: Cornell University Press.
23. Fehér, B., Gurály, Z. & Koltai, L. (2012). *Ajánlások a kihűlés megelőzésére. Munkaanyag*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
24. Fehér, B., Somogyi, E. & Teller, N. (2012). Állami és önkormányzati lakáspolitikák a hajléktalanság megelőzése szempontjából. *Esély*, 24(4), 6-64.
25. Ferge, Zs. (1991). Szociálpolitika – szegénypolitika. In Várnai, Gy. (Szerk.), *Szociálpolitika és társadalom. Válogatás Ferge Zsuzsa tanulmányaiból* (pp. 219-229). Budapest: ELTE Szociológiai Intézet.
26. Ferge, Zs. (2000). És mi lesz, ha nem lesz? Az állam és a civilizációs folyamat. In *Elszabaduló egyenlőtlenségek. Állam, kormányok, civilek* (pp. 19-49). Budapest: Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület.
27. Foucault, M. (2004). *A bolondság története a klasszicizmus korában*. Budapest: Atlantisz.
28. Fraser, N. (1997). From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a „postsocialist” age. In *Justice Interruptus: Critical reflections on the ‘post-socialist’ condition* (pp. 11-40). New York: Routledge.
29. Győri, P. (1996). Vannak-e jogaik a hajléktalanoknak? *Mozgó Világ*, 22(12), 96-104.
30. Győri, P. (2010). Vitaindító skiccek. „Mit és hogyan tehetünk azért, hogy mindenki fedél alatt lakjon?”. Előadás a „Jövőkép – Dilemmák és megoldási lehetőségek a hajléktalanellátásban” c. konferencián. Balatonföldvár.
31. Győri, P. (2014). Néhány szubjektív gondolat a szociális szakmáról. Hozzászólás a vitairathoz. *Esély*, 26(3), 74-78.
32. Győri, P. (szerk.) (2015): *Hajléktalanügyi teendők 2015. Utcától lakásig. Javaslatok a hajléktalan emberek ellátásának átalakítására*. Kézirat.
33. Győri, P. (2019). III/1628/2018. sz. normakontroll témában felkérésre tájékoztatás. Alkotmánybíróság, ügyszám: III/1628-22/2018.
34. Győri, P. & Maróthy, M. (2008). *Merre tovább? Egy nemzeti hajléktalanügyi stratégia lehetséges keretei. Szakértői javaslat a Magyar Köztársaság Kormánya részére*. Pro Domo Füzetek 1.
35. Győri, P. & Tatár, B. (szerk.) (2003). *A Hajléktalanok Menhelye Egyesület. A Népszálló*. Budapest: BMSZKI.
36. Hegedüs, J. & Somogyi, E. (2018). A lakások megfizethetősége és a társadalmi egyenlőtlenségek – a KSH 2015-ös lakásfelvétele alapján. In *Miben élünk? A 2015. évi lakásfelmérés részletes eredményei* (pp. 6-25). Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
37. Hoch, C. & Slayton, R. A. (1989). *New homeless and old. Community and the Skid Row hotel*. Philadelphia: Temple University Press.
38. Horváth, S. (2008): Csavargók, hajléktalanok, koldusok. A társadalmi gondoskodás rejtett gyakorlata Budapesten az 1960-as években. *Történeti Szemle*, 55(3), 359–381.

39. Horváth, S. (2012). *Két emelet boldogság. Mindennapi szociálpolitika Budapesten a Kádár-korban*. Budapest: Napvilág Kiadó.
40. Iványi, G. (1997). *Hajléktalanok*. Budapest: Sík Kiadó.
41. Kardos, G. (2001). A lakhatáshoz való jog. A nemzetközi jog felfogása és a magyar alkotmánybíróság határozata. *Fundamentum*, 5(1), 99-102.
42. Kocsis, P. (2011). Marginalizálódás és a szociálpolitika válaszai az 1980-as évek végén. *Levéltári Közlemények*, 82(1), 17-60.
43. Kovács, V. (2014): A Város Mindenkié csoport „Utcáról lakásba” kísérlete Kőbányán. *Esély*, 26(1), 92-106.
44. Konrád, Gy. & Szelényi, I. (1969). A lakáselosztás szociológiai kérdései. *Valóság*, 12(8), 28-39.
45. Ladányi, J. (2000). Az üldözésről gondoskodó önkormányzatok. *Kritika*, 29(9), 11-14.
46. Lengyel, I. (1991). A házépítések (anti)szociális támogatásának krónikája. *Tér és Társadalom*, 5(1), 1-22.
47. Levendel, L. (1993). *A hajléktalan ember*. Budapest: Országos Alkohológiai Intézet.
48. MacIver, R. M. (1931). *The contribution of sociology to social work*. New York: Columbia University Press.
49. Manchin, R. & Szelényi, I. (1986). Szociálpolitika az államszocializmusban. Piac, redistribúció és társadalmi egyenlőtlenségek a kelet-európai szocialista társadalmakban. *Medvetánc*, 6(2-3), 69-111.
50. Marcuse, P. (1988). Neutralizing homelessness. *Socialist Review*, 18(1), 69-96.
51. Marmot, M. (2004). *Status syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy*. London: Bloomsbury.
52. McChesney, K. Y. (1990). Family homelessness. A systemic problem. *Journal of Social Issues*, 46(4), 191-205.
53. Marmot Review Team (2011). *The health impacts of cold homes and fuel poverty*. London: Friends of the Earth England, Wales and Northern Ireland.
54. Mezei, Gy. & Sarlós, K. (1995). *Nyomorskála*. Terem a nyomor füzetek, 1. Léthatáron Alapítvány.
55. Mills, C. W. (2000). *The sociological imagination*. Oxford University Press.
56. Misetics, B. (2014): Hajléktalanság és méltóság: A kriminalizáció tilalmától a lakhatáshoz való jogig. *Fundamentum*, 18(3), 58-62.
57. Misetics, B. (2016). „Gátak építése helyett”. A hajléktalanság állami kezelése a rendszerváltás után. In Földes, Gy. & Antal, A. (Szerk.), *Holtpont. Társadalomkritikai tanulmányok Magyarország 25 évéről* (pp. 192-218). Budapest: Napvilág Kiadó.
58. Misetics, B. (2017a). Méltóság, állampolgáriság és szükségletek. A Város Mindenkié csoport politikájáról. In Antal, A. (Szerk.), *Mozgalmi társadalom* (pp. 185-219). Budapest: Noran Libro.
59. Misetics, B. (2017b). Lakáspolitikai és hajléktalanság. In Ferge, Zs. *Társadalom- és szociálpolitika, Magyarország 1990-2015* (pp. 338-363). Budapest: Osiris Könyvkiadó.

60. Misetics, B. (2017c). A szegénység botránya és a szociológia politikája. *Replika*, 104, 101-109.
61. Misetics, B. (2018). Sosem volt elég. Lakásfenntartási támogatás 2015 előtt. *Esély*, 30(6), 3-44.
62. Misetics, B. (2019). Kevesebbet, kevesebbeknek. A lakásfenntartás önkormányzati szintű támogatása 2015 után. *Esély*, 31(1), 3-41.
63. O'Flaherty, B. (1996). *Making room. The economics of homelessness*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
64. Rossiter, A. (2001). Innocence lost and suspicion found: Do we educate for or against social work. *Critical Social Work*, 2(1), 1-6.
65. Solt, O. (1998a). „E sok gyomor hogyan emészthetné meg a tanács kegyelmét” In *Méltóságot mindenkinek. Összegyűjtött írások* (II. kötet, pp. 257-265). Budapest: Beszélő.
66. Solt, O. (1998b). Folytatásos szomorújáték a fővárosi hajléktalanokról. In *Méltóságot mindenkinek. Összegyűjtött írások* (II. kötet, pp. 265-268). Budapest: Beszélő.
67. Szalai, J. (1998). Radikális idők, radikalizmus nélkül. A szociálpolitika útja a szegényügytől a társadalombiztosításig. In *Uram! A jogaimért jöttem! Esszék, tanulmányok* (pp. 26-39). Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
68. Szalai, J. (2004-2005). A jóléti fogda, I-II. *Esély*, 16(6), 19-36 & 17(1), 3-33.
69. Szalai, J. (2007). *Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon*. Budapest: Osiris Kiadó.
70. Szociális Szakmai Szövetség (2016): *A Szociális Szakmai Szövetség Etikai Kollégiuma által 2015-2016-ban átdolgozott Szociális Munka Etikai Kódexe*.
71. Szoboszlai, K. (2012). Nők fedél nélkül. In Györi, P. & Vida, J. (Szerk.). *A megértés útjai. hajléktalan sorsok, traumák és a segítő kapcsolat* (pp. 97-147). Budapest: Menhely Alapítvány.
72. Tawney, R. H. (1964). *Equality*. New York: Barnes and Noble.
73. Titmuss, R. M. (1968). *Commitment to welfare*. London: George Allen and Unwin.
74. Vajda, Á. (1986). Nagyvárosi és falusi lakásformák. *Statisztikai Szemle*, 64(8-9), 852-863.
75. Wagner, D. (1997). Reinterpreting the “undeserving poor”. From pathology to resistance. In Huth, M. J., & Wright, T. (Szerk.), *International critical perspectives on homelessness* (pp. 55-67). Westport: Praeger.
76. Waldron, J. (1991). Homelessness and the issue of freedom. *UCLA Law Review*, 39, 295-324.
77. Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.

ELŐSZÓ	1
I. fejezet: AZ ÉRTÉKELÉS ÉS SZOLGÁLTATÁSFEJLESZTÉS ÁTFOGÓ KÉRDÉSEI. ÉRTÉKELŐ KUTATÁS, MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS, MINŐSÉGFEJLESZTÉS	
<i>B. Erdős Márta, Herczog Mária, Vojtek Éva</i> Az értékelő kutatások egy kerete: a Trident.....	4
<i>Pilinszki Attila</i> Diádikus megközelítés a szociálismunka-kutatásokban	24
II. fejezet: TÖRÖDÉS A JÖVŐVEL: GYERMEKVÉDELEM, ISKOLAI SZOCIÁLIS MUNKA	
<i>Rácz Andrea</i> Gyermekvédelmi szakemberek kliensekről és szakmáról alkotott képének vizsgálata egy családból való kiemelés története mentén	38
<i>Monostori Dóra</i> „Van élet a koraszülött intenzív ellátás után!” A koraszülő családok támogatási lehetősége.....	55
<i>Herczog Mária</i> Nevelőszülők helyzetének értékelése és önértékelése Magyarországon	63
<i>Bányai Emőke</i> Kérdések és kutatások az iskolai szociális munkában. Szakirodalmi áttekintés.....	81
<i>Kozma Judit</i> Egy kutatás tanulságai az iskolai szociális munka szempontjából. Az iskolai szociális munka lehetőségei a hátrányos helyzetű településeken	87
III. fejezet: ESÉLYTEREMTÉS A KÖZÖSSÉGI MUNKA ESZKÖZEIVEL	
<i>Boros Julianna</i> „Cigánysor, cigánygödör, telep” – a szegénytelepek, cigánytelepek történeti, társadalmi jellemzői Magyarországon	129
<i>Benkő Fruzsina</i> A társadalomtudományi ismeretek érvényesülése a szociális munka gyakorlatában ...	147
<i>L. Ritók Nóra</i> A gyerekszegénység újra termelődése. Problémafeltárás és megoldáskeresés az Igazgyöngy Alapítvány terepi tapasztalatai alapján.....	159
<i>Vida Anikó</i> Intézmények a közösségekért. Az Igazgyöngy Alapítvány esélyteremtő modelljének keretében fejlesztett újszerű együttműködési forma adaptációs vizsgálata	175
IV. fejezet: DÖNTÉSEK ÉS SZABADULÁSOK: SZOCIÁLIS MUNKA PSZICHIÁTRIAI BETEGEKKEL	
<i>Kárpáti Tamás, Rozgonyi Róbert, Ágoston Dorina</i> A mentalizáció alapú terápia alkalmazása a szociális munkában	188
<i>Bulyáki Tünde</i> A közösségi pszichiátria bemutatása. Hogyan segíti elő a közösségi ellátás a mentális zavarral élő személyek felépülését?	199

Endre Szilvia

A közösségi alapú ellátások hatékonyságvizsgálata mentális problémával élő emberek körében 213

V. fejezet: A TÚLÉLŐK EREJE. TRAUMA ÉS KRÍZIS

Haberman Zoltán

Traumával élők megküzdési stratégiái, elhárító mechanizmusai. Holokauszt túlélők trauma-feldolgozásának vizsgálata 230

Visnyei Emőke

A logoterápia és a szociális munka kapcsolata 252

VI. fejezet: MÉLTÓSÁGGAL ÉLNI. IDŐSELLÁTÁS, EGÉSZSÉGÜGYI SZOCIÁLIS MUNKA, FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK ELLÁTÁSA

Mátics Katalin

Az Oroszlányban élő, hatvan év feletti lakosok szociális viszonyainak felmérése és perspektívák keresése 262

Brettner Zsuzsanna

Hogyan érhető tetten az önkormányzati időspolitika? A helyi esélyegyenlőségi programok tartalomelemzése 286

Vajda Kinga

Az idősek nappali ellátása Magyarországon 307

Koudela Pál

Új kutatási területek és módszerek a szociális ellátásokban, „okos” technológiák kapcsán. A japán egészségügy és idősellátás tanulságai 325

Péterné Molnár Gizella

Az egészségügyben végzett szociális munka és a terület kutatásának sajátosságai 341

Gyurok Ernő

A közösségi életvitel és lakhatás támogatása otthonközeli szolgáltatásokkal 351

VII. fejezet: EMBERNEK LENNI: JOGVÉDELEM ÉS ÉRDEKKÉPVISELET A HAJLÉKTALANOK KÖRÉBEN

Miletics Marcell

Hajléktalanság és méltóság 367

Misetics Bálint

A tüneti kezelés intézményes állandósítása: hajléktalanság és hajléktalanellátás Magyarországon 380

„A szociális munka elmélete és gyakorlata” című sorozat eddigi kötetei bemutatták a szociális munka nemzetközi és hazai elméleteit, az egyéni esetkezelés, a csoport- és közösségi munka válogatott irodalmát, a szociális adminisztráció koncepcióit és gyakorlatát, valamint a szociális munka oktatásának egyes kérdéseit.

A 7 kiadványra tervezett sorozat záró kötete igazi hiánypótló a magyar oktatásban. Az ugyanis nem csak hagyományos értelemben vett módszertani segédanyagként készül – bár némileg ezt a célt is szolgálja – hanem a szociális munka mindennapi gyakorlatának megismerési és elemzési technikái, beavatkozási tevékenysége és a standard társadalomtudományi kutatási módszerek között keres és kínál átjárást. Ebben az értelemben a szociális munka egyrészt tárgya a kutatásnak, másrészt azonban – reményeink szerint - a szociális munkás aktív használója, vagyis alanya is a kutatási módszereknek mindennapi munkája során.

A zárókötet egyben az MTA Szociológiai Tudományos Bizottsági tagságával tudományos rangot kivívott Szociális Munka Albizottság első, nyitó kiadványa, amit reményeink szerint még sok másik fog követni.