

Kapocs

A Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet folyóirata

VI. évf. 2. szám 2007. április

A szociális munka történetéről

2

Ifjúságkutatói
eredményekről

16

Kisgyermekesek
munkavállalásáról

30



A hazai kábítószerhelyzetről

40

Az ENSZ fogyatékosügyi
politikájáról

54

29

Kozma Judit

A szociális munka professzionalizációja a jóléti államokban

A témáról

A modern értelemben vett szociális munka a jóléti állam terméke. A jóléti állam értékracionális premisszája, az állampolgárok elemi jólétéért viselt állami felelősség gondolata (Esping-Andersen 1991) teremtette meg azt az alapot, melyen a szociális munka ma ismert intézményrendszere kialakult, és a szociális munka modern értelemben vett hivatássá vált. Tanulmányom kiindulópontjaként Abram de Swaan gondolata szolgál, mely szerint a jóléti államokban a jóléti professziók az állam és állampolgár közötti viszony közvetítőivé váltak (Swaan 1988, 223). Céлом, hogy ezt az összefüggést az egyik jóléti professzió, a szociális munka esetében bemutassam.

A téma jelentőségét az adja, hogy ebben az összefüggésben érthetők meg mindazok a kihívások, amelyekkel a szociális munkás szakma a polgári demokráciákban világszerte találkozik. Miközben a kihívások hasonlóak, az ezekre született válaszok kisebb-nagyobb mértékben különböznek, mert különböznek az egyes társadalmak és a megoldási lehetőségekről vallott elképzelések. De az általános összefüggés ugyanaz. Vannak társadalmi problémák, a közvélekedés szerint ezeket – a társadalmi integráció őrzőjének szerepében fellépő – államnak kell kezelnie. Ha az állam elfogadja a felelősségét a keletkezett zavar kezeléséért, akkor a tudományok segítségével próbálja azokat értelmezni, azaz problémákká formálni a zavarként felismert társadalmi jelenségeket, a problémadefiníciónak pedig része a kezelési lehetőségek meghatározása. A jóléti professziók ily módon eszközévé váltak a társadalmi problémák megoldását célzó állami intervencióknak. Ebből az összefüggésből érthető meg, hogy miért gyarapodott oly nagy mértékben a jóléti professziók képviselőinek a száma az elmúlt hetven évben, és miért fejlődtek ki oly bonyolult technikai és módszertani apparátusok, amelyekkel a „klienssé” vagy „pacienssé” vagy „tanulóvá” alakult állampolgárokat a szociális gondoskodás, az egészségügy és az oktatás „gondozza” vagy „kezeli” vagy „tanítja”.

A mai Magyarországon még mindig fiatal professziónak számít a szociális munka, és polgári demokrácia is csak alig több mint másfél évtizede vagyunk. A magyar társadalom nem ment át a jóléti államok sajátos fejlődési folyamatán, ami egyként átalakította ezen államok

társadalomszerkezetét, az állam szerepéről vallott elképzeléseket, a közvélekedést a társadalmi problémák kezelésének lehetőségeiről, a jóléti intézményrendszert, a professziók működési struktúráit. A rendszerváltás után viszont hazánkban is megjelentek mindazok a problémák, amelyek a szociális biztonság intézményrendszereivel kapcsolatban a nyugati polgári demokráciákban már jól ismertek. Azok a gondok tehát, amelyekkel ma Magyarországon a szociálpolitikusok és a szociális munkások nap mint nap találkoznak, nem újak, csak az újszülöttnék új minden vicc. A nyugati társadalmak szociális munkás szakmájában megjelent problémák és kezelésük elemzése ezért értelmezési keretet, elméleti háttérrel szolgáltat a mi saját szakmai problémáink elemzéséhez, és a siker lehetőségével kecsegtető megoldási lehetőségek megtalálásához.

Természetesen a nyugati polgári demokráciákban létrejött szociálmunka- irányzatok vizsgálatával a hazai szakma problémáira keresek megoldást. Nevezetesen az a kérdés foglalkoztat, hogy mit tehet a szociális munkás szakma egy alapvetően reziduális irányban fejlődő jóléti rezsím keretei között, hogy teljesítse hagyományos társadalmi misszióját. Valójában egy új hazai szakmapolitika kialakulásához szeretnék hozzájárulni. Az elmúlt években a szociális munka a hazai szociális ellátórendszer vezető professziójává vált. Ez lehetővé teszi, hogy önálló szakmapolitika kidolgozásával befolyásolja a saját működési területét érintő politikai döntéseket. Ehhez viszont koncepciók kellene. Szeretném megmutatni, hogy koncepciók vannak szép számmal. Válogathatunk is, de saját kutatásaink alapján önálló elképzeléseket is kidolgozhatunk arra vonatkozóan, hogy milyen irányban kell fejleszteni a hazai jóléti ellátó rendszert, és ebben milyen szerepet kell betöltenie a hazai szociális szakmának. A jelen dolgozat is egy ilyesfajta kutatás: a különböző jóléti rezsimek kontextusában kialakult szociális munkás szakmáknak a társadalmi kihívásokra adott különböző válaszait, és a professzió ezzel összefüggő önértelmezési lehetőségeit mutatja be. Ugyanakkor – a vezető nyugati polgári demokráciákban létrejött szociális munkás szakmák fejlődési sajátosságainak vizsgálatával – iparkodom értelmezhetővé tenni mindazokat a hatásokat, amelyek az utóbbi másfél évtizedben a hazai szociális szakmát érték. E hatások részlegesek és esetlegesek voltak. Annak megfelelően jelentek meg, hogy a szakma egyes vezető képviselői éppen hol jártak tanulmányúton, és éppen mit láttak. Az így megjelenő modelltöredékeket összefüggéseikből kiszakítva eléggé nehéz értelmezni és hozadékaikat a hazai gyakorlatba átültetni, mert mindegyik valamely sajátos szociálpolitikai rezsím sajátos problémáira született választ jelent. A hazai szociális szakmában is megjelentek különböző irányzatok, melyek többé-kevésbé kapcsolódtak a szakma nemzetközi trendjeihez, de ezek sem váltak eléggé láthatóvá a szakmai műhelyek és publikációk hiánya miatt. Azt gondolom, hogy a hazai szociális munkának ki kell alakítania a saját helyét a hazai jóléti ellátó rendszerben, és ebben fel kell használnia mindazokat az

eredményeket, melyeket külföldi kollégáink kidolgoztak. De ehhez világosan kell látnunk az átvehető minták minél teljesebb készletét, és hogy – a tapasztalatok szerint – e készlet egyes elemeihez milyen előfeltevések kapcsolódnak, milyen eredményeket lehet velük elérni, és hol vannak e modellek korlátai.

Jelen tanulmány elemzése a szociális munka és a politika kapcsolatrendszeréről, a jóléti államok hatásrendszerének a szociális munkás szakma fejlődésére és a professzióknak a jóléti rendszerre tett hatásáról szólnak. Tehát három jelenségegyüttesnek, a jóléti államnak, a professzionalizációnak és a szociális munkának a kérdéskörét érintik. Ez a három fogja alkotni azt a kategoriális keretet, melyben az elemzések során feltárt tényeket értelmezni fogom. Mielőtt továbblépnék, először általános elméleti síkon igyekszem felvázolni a három kategória tartalmát. Mindháromról komoly viták folynak a szakemberek körében, kötetek ismertetik a különböző álláspontokat. A tanulmány kereteit szétfeszítené a hosszas elemzés. Így a következő meghatározások óhatatlanul vázlatosak lesznek, és valószínűleg az ellentmondásokat sem mindig sikerült e vázlatból kiküszöbölnöm. Így például a következő részben okvetlenül szükséges a jóléti államról a legfontosabb megállapításokat pár oldalon összegyűjtenem, hiszen ez alapozza meg a későbbi fejtegetéseket. Eközben viszont nyilvánvalóan egy sor olyan kérdést kell érintenem, melyek a szakértők körében is vitatottak, bonyolultak és nehezen átláthatók. A hiányosságokért, esetleges egyoldalúságokért elnézést kell kérnem.

Társadalmi háttér: a jóléti állam

A jóléti állam eszmei magját a szociális állampolgáriság alkotja. Ennek tartalmáról Th. Marshall a következőket írja: „[Az állampolgáriság szociális eleméhez] tartozik a gazdasági jólét és biztonság egy bizonyos fokához való jogtól kezdve a társadalmi örökségben való teljes részesedés és a társadalomban fennálló szabályok szerinti civilizált lényként való élet jogáig minden. Az ehhez legszorosabban kapcsolódó intézmények az oktatási rendszer és a szociális szolgáltatások” (Marshall 1991, 50). A nyugati fejlett országok a második világháború után ezen jogok megvalósulásaként hozták létre a szociális biztonságnak a népesség egészére kiterjedő intézményrendszerét, amit manapság a jóléti állam jellemzőjeként tartunk számon.

A jóléti államok kialakulását a második világháborút követően több tényező segítette elő, illetve alapozta meg, mindenekelőtt a háború utáni *gazdasági fellendülés*. A nagy gazdasági világválságként ismert hosszú és súlyos recessziót a világháború zárta le. A harmincas évek

végén minden nyugati kormány kísérletezett azzal, hogy a válság következményeit jóléti intézkedésekkel enyhítse, de ezek nem hoztak átütő eredményeket. A háborús gazdaság megszüntette a tömeges munkanélküliséget, sőt a hadigazdaság az addig még jórészt a munkaerőpiacon kívüli női népességet is a hadiipar munkavállalójává tette. A háború idején tapasztalt gazdasági élénkülést a háború utáni rekonstrukciós periódus fellendülése követte, elindítva egy olyan gazdasági fejlődési folyamatot, mely kisebb lassulási szakaszokkal egészen az 1970-es évek közepéig töretlenül folytatódott (Swaan 1988, 223–226.).

Ez a gazdasági változás ugyanakkor alapvetően átalakította a nyugati országok *társadalomszerkezetét*. Ennek lényege, hogy a társadalom tagjainak túlnyomó többsége bérből és fizetésből élő alkalmazottá vált. A gazdag társadalmakban a legjelentősebb népességcsoportot a középosztály képezte. Ez a változás jórészt megszüntette a korábbi dichotóm társadalomszerkezetet. A középosztály érdekelt volt abban, hogy a maga jólétét biztosítandó részt vegyen a jóléti rendszer felépítésében, ami biztonságot jelentett a gyermekek születésével, az öregséggel, a betegséggel, a balesettel, a halálesettel, a munkanélküliséggel, a fogyatékossággal kapcsolatos kockázatokkal szemben, amelyek – bár nem egyenlő mértékben – egyként fenyegették mindazokat, akik bérmunkából éltek, legyen szó akár a társadalom középrétegeibe tartozókról (ők fizették a biztonság árának legnagyobb hányadát), akár a társadalom alsó szegmensébe tartozó, legkevésbé szerencsés állampolgárokról (ők nyertek a legtöbbet a kockázatok társadalmi újraelosztásából). Így a társadalom tagjainak döntő többsége érdekeltté vált a társadalmi biztonság univerzalizisztikus intézményrendszerének felépítésében (Baldwin 1990). A „bérmunkás társadalom” alapvető vívmánya az volt, hogy a társadalmi integráció újfajta formáját alakította ki. Ugyanis olyan társadalmi pozíciók kontinuumát hozta létre, amelyek ha nem is egyenlőek, de összemérhetők, vagyis egymással összeegyeztethetők, és egymástól kölcsönösen függenek. Ez teremtett lehetőséget arra, hogy létrejöjjön az állampolgári közösség, az egymáshoz hasonló helyzetűek, és ezért hasonló jogokkal bírók egysége, és ez alapozta meg a kölcsönös védelmek azon rendszerét, mely már nem a hagyományos gyámsági viszonyokból és közvetlen közösségi hovatartozásból származott, hanem egyfajta absztrakt kollektívumba tagozta be az egyéneket. E kollektív védelmi rendszer képviselője az állam, mely a közjó letéteményeseként a szociális biztonság intézményrendszerében megtestesülő közösségi tőke „igazgatójává” vált (Castel 1998).

A jóléti államok kiépülésének *ideológiai megalapozását* jelentette a közvéleményben a századforduló óta egyre markánsabban megjelenő vélekedés, hogy az állam a társadalmi problémák megoldásának legfőbb ágense, és ezáltal a társadalmi integráció legfőbb őrzője. Ezt a meggyőződést az államnak a háború idején betöltött szerepe elmélyítette. A győztes

nagyhatalmak esetében a háborús siker alapját az osztársadalmi összefogás és a hadsereg, valamint a lakosság szükségleteinek kielégítése érdekében megnövekedett állami bürokrácia biztosította. Az állami bürokráciák már az 1930-as évek végén, a nagy gazdasági világválság következményeinek felszámolására létrehozott kísérleti intézkedések következtében megnöttek. A háború alatt a hadban álló nyugati nagyhatalmak, és főleg az USA és Nagy-Britannia esetében ez a bürokrácia a háborús siker érdekében szövetségre tudott lépni a nagyipar és a nagy szakszervezetek képviselőivel. Ez a szövetség a háború után sem szűnt meg. A háborús tapasztalatok azt mutatták, hogy az állami bürokrácia képes a szabad piacot és a közvéleményt a társadalom érdekeinek megfelelően befolyásolni (Swaan 1988, 223–226; Briggs 1991, 226). Ez a tapasztalat azokat a politikai erőket is elhallgattatta, amelyek korábban hevesen tiltakoztak volna a piac bárminemű korlátozása ellen. Ehhez hozzájárult, hogy a gazdaság szereplői elfogadták a keynesi gazdaságtan elveit, mivel azokban (az állami intervenció következtében megnyíló új belső piacok létrejöttében) a gazdasági fejlődés zálogát látták. Ráadásul a jóléti kiadások nem okvetlenül a tőkéseket terhelik, hiszen a jóléti állam költségvetésének legnagyobb része az adóbevételekből és az alkalmazottak társadalombiztosítási hozzájárulásából származik (Jordan, 1984 [1993]).

Az állam szerepével kapcsolatos meggyőződésnek része volt, hogy az állam a társadalmi problémákat *tudományosan megalapozott beavatkozásokkal* fogja megoldani. A tudomány mindenhatóságába vetett hitet – mely már a felvilágosodás eszmerendszerének térhódítása óta uralkodó gondolata volt az európai kultúrának – a háborús győzelem érdekében létrejött kimagasló tudományos eredmények (például az atombomba kifejlesztése) tovább növelték. Úgy tűnt, hogy a természet- és a társadalomtudományok között csak fejlettségbeli különbségek vannak. A társadalomtudományok fejlődésével a tudományos társadalomirányítás legalább akkora eredményeket tud elérni, mint a termelés a természettudományok eredményeinek segítségével. A professziók fejlődését tehát a tudománnyal kapcsolatos elvárások alapozták meg. A tudománnyal kapcsolatos elvárások pedig a modernitás világképében gyökereztek. Olyan világképben, mely Wallerstein megfogalmazásában „e világi, univerzális és optimista volt”, és azon a premisszán alapult, hogy „bár a társadalom rossz, de jobbá tehető, és mindenki számára jobb is lesz a jövőben” (Wallerstein 1996, 3). A jóléti államok felépítésében közrejátszó értéktételezésekről Ferge Zsuzsa a következőket írja: „A 'modern európai jóléti államra' vonatkozó konszenzus tartalma az a modern liberális hit volt, hogy a társadalom javítható, integráltsága erősíthető, az egyének társadalmi és fizikai életesélyei közötti távolságok csökkenthetők, s mindez megtehető a szabadságok súlyos sérelme nélkül. Másként, e felfogás a szabadság, egyenlőség és szolidaritás értékei közötti ellentmondásokat valamilyen mértékig

kezelhetőnek látta” (Ferge 2000, 74). A szociális munka professzionalizációját is ez – a jóléti államok kifejlődésében is központi szerepet játszó – világgép alapozta meg. Az a hit, hogy a társadalomnak egyre jobbnak, azaz nagyobb egyenlőséget, szabadságot és szolidaritást (testvériséget) biztosítónak kell lennie mindenki számára, és hogy ez a tudomány segítségével el is érhető.

A jóléti rendszerek kiépítését a korábbi „veszélyes osztályok” fékentartásának igénye is indokolta (Tittmus 1991b). A munkásosztály helyzetét nemcsak az változtatta meg, hogy a háború idején az antifasiszta harcban oroszánrészt vállaltak, és ez erősítette a munkáspártokat, hanem a katonák is a munkásosztályból kerültek ki, és nem lehetett vitatni, hogy a háborús győzelem nekik köszönhető. A leszerelt katonák elhelyezkedése, a társadalomba való visszailleszkedése is komoly társadalmi problémát jelentett a háború utáni években (Swaan 1988, 224). Tartani kellett a radikalizálódásuktól, ami a háború előtt létrejött két szélsőséges diktatúra, a faszizmus és a sztálinizmus példája alapján még a korábbiaknál is veszélyesebbnek tűnt (Hobsbawm 1998, 247).

A szociális szolgálatok – mivel láthatóan humanitárius alapelveket tükröztek – bizonyították a társadalmi rend jótékonyágát, így legitimációs funkciót is el tudtak látni (Habermas 1994, 183-221; Jordan 1984 [1993/b]).

A jóléti szolgálatok, az állampolgárok jólétének növekedése biztosították a humán erőforrások jó minőségben való újratermelését, ami nemcsak a nagyvállalatoknak, hanem a hadseregnek is érdekében állt. Jellemző ezzel kapcsolatban, hogy a jóléti államokban nemcsak az állam épített ki széles körű szociális szolgáltatásokat a második világháború után, hanem a nagyvállalatok és a hadsereg is (Jordan 1984 [1993/b]; Tittmus 1991).

Nem elhanyagolhatók a *nemzetközi körülmények* sem. A faszizmus felett aratott győzelem olyan teljesítmény volt, mely igazolta a szovjet rendszer életképességét. Ráadásul a második világháború után a szovjet érdekeltségi övezet szocialista világrendszerré alakult át, mely a Szovjetunió összeomlásáig újabb és újabb területekkel növekedett a világgazdaság periferiáján elhelyezkedő országok csatlakozásával. A szovjet rendszer a legitimitását a társadalmi egyenlőtlenségek megszüntetésének és az állandóan növekedő életszínvonalnak az ígéretével alapozta meg, és tény, hogy a sajátos modernizációs rezsim viszonyai között élő társadalmak valóban kimagasló eredményeket érték el a gazdasági növekedésben, bár ez nem csökkentette a fejlett nyugati és a kevésbé fejlett keleti régiók között a gazdasági fejlettség tekintetében meglévő különbségeket (Berend 1995).

Az emberi és állampolgári jogok kérdését a *fasizmus sokkjának feldolgozása* is középpontba állította. Ezt megalapozta az ENSZ megalakulása és Az emberi jogok nyilatkozatának kidolgozása. A „hogyan volt lehetséges?” kérdése sokáig foglalkoztatta a közvéleményt a háború után, ahogy azt a fasiszta rendszerek lélektanát feltérképező kutatások mutatják (lásd például Allport 1977; Aronson 1978, 45–218; Fromm 1993; Arendt 1999). Ezek lehetetlenné tették, hogy bárkit származása, bőre színe, társadalmi állása vagy fogyatékossága, neme, életkora, stb. alapján alacsonyabb rendűnek, tehát jogok nélkülinek tekintsenek.

Mindezen körülményeknek köszönhető, hogy a háború után a jóléti állam kiépítésének programja – az „alapvető biztonságot mindenkinek” jelszóval – széles társadalmi konszenzuson nyugodott. Bár a jóléti rendszer tartalmi elemei egyértelműen a szociáldemokrata pártok programjaiban jelentek meg, a jóléti rendszer kiépülését jelentő intézkedések tervezésében és kivitelezésében a jobboldali pártokból alakuló kormányok is részt vettek. Az amerikai Demokrata és Republikánus Párt, az európai szociáldemokrata és kereszténydemokrata pártok, gyakran szövetségben a konzervatív liberális pártokkal, nagyjából azonos időben hozták törvényeiket a társadalombiztosítás és a szociális ellátások, az egészségügyi ellátás és az oktatási rendszer kiterjesztéséről. E fejlődés végeredményéről Abram de Swaan a következőket írja: „Fejlődése során a jóléti állam olyan, az egész társadalmat átfogó, kötelező és közösségi szerveződések konglomerátumává vált, melyek célja a kockázatok és hiányhelyzetek külső hatásainak orvoslása és kontroll alatt tartása” (Swaan 1988, 218). E kollektivizálási folyamat fő ágense, megrendelője és finanszírozója az állam, az orvoslás és kontroll alatt tartás gyakorlati tevékenységeit pedig a jóléti terület professziói biztosítják.

A jóléti rendszer kialakulása, amely azután a jóléti állam kifejlődéséhez vezetett, Európában két szakaszban ment végbe. Az egyik nagyjából az 1940-es évek végétől az 1950-es évek elejéig tartott, a másik az 1960-as évek közepétől az 1970-es évek közepéig. Az USA fejlődése némiképpen más ritmust követett, hiszen ott a szociális szolgálatoknak a népesség nagy részét átfogó hálózata már a roosevelti New Deal-lel a 30-as években létrejött. A szociális jogok értelmezése viszont az Egyesült Államok politikájában szűkebb, mint az európai jóléti államokban, ami kihat a jóléti ellátások kiterjedésére és elérhetőségére a népesség különböző csoportjai számára.

A *jóléti szolgálatok* expanziójának első fázisa alapvetően érintette a nyugati társadalmakat. A népesség többsége részesévé vált az egészségügyi és jövedelemfenntartó közösségi szerveződéseknek. A jóléti terület növekedésével kialakult a jóléti szolgálatokhoz kötődő

szakemberek és adminisztrátorok azon csoportja, amelynek érdekében állt ezen szolgálatok kiterjesztése. Az állampolgárok jólétéért viselt állami felelősség kinyilatkoztatásával és e felelősségnek a gyakorlatba való átültetéséért felelős professziók kialakulásával olyan önmagát gerjesztő folyamat indult el, melynek során a társadalom működési zavarai valamely jóléti rendszer által kezelendő problémaként határozódtak meg, így minden felmerülő társadalmi zavar tovább növelte az állami beavatkozást és a professzionális körök működési területét (Swaan 1988, 223–226). Az Egyesült Államokban például a Roosevelt-kormány 1935-ös szociális törvénye a nagy gazdasági világválság következményeit igyekezett felszámolni a New Deal részeként. A törvény a társadalombiztosítás kiterjedt rendszerét hozta létre, állami fennhatóság alá vonta a segélyezést, a közegészségügy és a gyermekjóléti szolgáltatások jó részét, amelyek korábban jótékonyági szervezetek érdekeltségi területének számítottak. A szociális munkások számát ez a változás megduplázta (40000-ről 80000-re), és a szociális munkások túlnyomó hányada a törvény következményeként állami alkalmazásban állt. A Kennedy-kormány 1962-es szociális törvénye válasz volt az 1950-es évek polgárjogi mozgalmaira. Az e törvény személyes szociális szolgálatokkal foglalkozó paragrafusai az egyéni segítség elvét hangsúlyozva e szolgálatok fő kivitelezőjeként a szociális munkásokat jelölték meg. A Johnson-kormány háborút hirdetett a szegénység ellen. Szociális törvényeivel, melyeknek nyomán kialakult az Egyesült Államok ma ismert jóléti rendszerének szerkezete, kiterjesztette az egészségügyi ellátást mindazokra, akik nem tudtak fizetni az egészségügyi szolgáltatásokért (Medicare és Medicaid), fejlesztette az alsó- és középfokú oktatást, az 1964-es „gazdasági esélyekről” szóló törvénnyel (Economic Opportunity Act) pedig beépítette a jóléti rendszerbe a munkanélküliség felszámolásának „kemény”, a munkaerő-piaci egyenlőtlenségeket aktív eszközökkel felszámolni igyekvő programjait. Ezek nemcsak a polgárjogi mozgalmakra született választ jelentettek (együtt az 1964-es és 1965-ös polgárjogi törvényekkel, amelyek törvénybe iktatták a hátrányos megkülönböztetés tilalmát), hanem ugyanakkor igyekeztek bővíteni a kormánypolitika társadalmi bázisát a vietnami háború eskalációja előtt. A szegénység felszámolására született törvények ugyan nem tudták teljesen felszámolni a szegénységet, mégis sikeresnek bizonyultak. A New Deal idején az Egyesült Államok népességének 1/3-a volt szegény, az 1960-as években ez az arány 22% körül mozgott, a Demokrata Párt szegénységcsökkentő programjainak és nem utolsósorban a gazdasági növekedésnek köszönhetően pedig 1973-ra 11 %-ra csökkent. A csökkenés ezt követően megállt, illetve a nyolcvanas években a Reagan-adminisztráció intézkedései és a gazdasági recesszió következtében az említett arány 13, majd 1992-re 14,5%-ra növekedett. (Hopps-Collins 1996, 2269). A szociális kiadások eközben folyamatosan növekedtek, míg 1975-re elérték a nemzeti jövedelem 19%-át. Ez az arány

lényegében azóta nem változott, bár belső szerkezete némiképp módosult (Bixby 1996). A szociális munkások száma viszont időközben a tízszeresére, négyszázezerre nőtt. A szociális munkások oktatásához az egymást követő kormányok szinte mindegyike külön forrásokat biztosított, aminek következtében a szociálismunkás-képzések száma is gyorsan nőtt. Míg az első világháború végén 17 felsőoktatási szociálismunkás-képzés működött az Egyesült Államokban, addig 1993-ban 472, amelyekben három szinten (BSW, MSW, Ph.D.) több mint 85 000 hallgató tanult (Frumkin - Loyd 1996).

Ahogy a fenti példa is bizonyítja, minden felmerülő társadalmi probléma tovább növelte a jóléti szolgáltatások körét, és ezzel a jóléti professziók, ezen belül a szociális munka működési területét. A közvélemény is egyre inkább a különböző jóléti professziók fogalomkészletével értelmezte a társadalmi problémákat, ami egyfajta szociális tudatosságot alakított ki. Ennek következtében a jóléti ellátások az állampolgárok számára olyan „stratégiai környezetté” váltak, amelyekkel számoltak életvitelük kialakítása során (Swaan 1988, 244–245). Ez a folyamat viszont megváltoztatta a jóléti professziók természetét és struktúráját. A jóléti professziók többé már nem pusztán az állampolgárok jólétét segítő szaktudást bocsátották a köz rendelkezésére, hanem az állam és az állampolgárok viszonyának közvetítőjévé váltak. Ezzel „a közvetlen kliens-szakember kapcsolat két kontextusba ágyazódik be: a professzióval való kapcsolatba és az állammal való kapcsolatba” (Swaan 1988, 232). Ez a megállapítás még azokra a jóléti rezsimekre is érvényes, amelyekben a szociális szolgálatok többsége a magánszektorban szerveződik meg (ilyenek például Németország, Belgium, Luxemburg, a jóléti rendszer kezdetlegessége miatt csak részben Spanyolország és Portugália – Munday 1996), ugyanis a független szociális szolgáltató szervezetek finanszírozási forrásainak nagy része ezen országok esetében is az államtól származik. A magánszektor szociális szolgáltatásainak vásárlója egyre növekvő mértékben az állam, ami növeli az állami befolyást a magánszférában (Gibelman 1996, 1999). Másrészt a magán szolgáltatók gyakran ellátnak törvények által behatárolt kötelező tevékenységeket is, amilyen például a bűnelkövetők pártfogó felügyeletéhez vagy a gyermekvédelemhez kapcsolódó szolgáltatások egy része (Lorenz 1994, 15-16).

A jóléti államok fejlődésének első szakaszáról szóló vázlat összefoglalásául ismét Gösta Esping-Andersent idézem: „A fejlett jóléti állam, mely a háború utáni fellendülés «aranykora» védjegyeinek egyike volt, nem egyszerűen a létező szociálpolitikák magasabb szintre emelése volt a fejlett ipari államokban. A legszélesebb értelemben törekvést jelentett a gazdasági, morális és politikai rekonstrukció végrehajtására. Gazdaságilag továbblépett a tiszta piaci kapcsolatok ortodoxiájától, és megkövetelte a jövedelmi és foglalkoztatási

biztonság kiterjesztését mint állampolgári jogot. Morálisan igyekezett megőrizni a társadalmi igazságosság, a szolidaritás és az univerzalizmus értékeit. Politikai szempontból a jóléti állam részét képezte a nemzetépítésnek, a liberális demokrácia megerősítésének a fasizmus és a bolsevizmus pusztításával szemben. Sok ország deklarálta magát jóléti államnak, nem annyira azért, hogy címkét adjanak saját szociálpolitikájuknak, mint inkább azért, hogy elősegítsék országaik társadalmi integrációját” (Esping-Andersen 1994, 39).

A jóléti államok fejlődése az 1970-es évek közepén megállt, Swaan kifejezésével élve „az expanzív folyamat a 70-es évek közepén érte el a csúcspontját és ezzel saját határait” (Swaan 1988, 223). A nyugati társadalmak a második világháború utáni húsz évben egységesen hozták létre a jóléti állam tartalmát jelentő kiterjedt szociális intézményrendszerüket. Ettől az időtől viszont a gazdasági válság, a társadalmi átalakulás és a megélénkülő jobboldali ideológia megkérdőjelezte az állami beavatkozás és a szociális kiadások növekedésének politikáját, ami markánsan eltérő megoldási módokat és ezzel a jóléti rezsimek alapvetően eltérő típusait hozta létre.

A jóléti állam válságáról vagy átalakulásáról (ez is vita tárgya a szociálpolitika elméletalkotói között, lásd: Ferge 2000, 71–73; Myles 1996; Mishra 1996; Le Grand 1996; Pierson 1996) szóló érvrendszerek a következő jelenségekre hivatkoznak:

A jóléti állammal kapcsolatos kétségeket elsődlegesen a *gazdasági recesszió*, a kapitalizmus strukturális válsága alapozta meg, ami kiélezte a nemzetközi gazdasági versenyt, és felerősítette a jóléti államok gazdasági versenyképességével kapcsolatos kétségeket (Berend 1995). A fő problémát a politikai közdiskurzusban a fenntartási költségek jelentették. A jóléti állam sokba került, ami egyik oka volt a „fiskális krízisnek” (Swaan 1988, 228). A gazdasági recesszió hatása alól egyetlen nyugati demokrácia sem tudta magát kivonni, bár a válság hatásai nem egyszerre érték az összes országot, és a politikai rezsimek egy része – elsősorban a skandináv államok, és kisebb részben a kontinentális Nyugat- és Dél-Európa országai – igyekeztek a gazdasági válság társadalmi hatásait kivédeni, ami időlegesen sikerült is. Az 1990-es évekre viszont nyilvánvalóvá vált, hogy a globalizálódó világ gazdasági nyitott nemzetgazdaságai nem tudják magukat tartósan kivonni a nemzetközi gazdasági rendszer változásainak hatása alól, bár ezeket a hatásokat messzemenően képesek formálni nemzeti intézményeik segítségével (Esping-Andersen 1994).

Megváltozott a fejlett nyugati polgári demokráciák *társadalomszerkezete*. A jóléti állam társadalmi alapját a „kisemberek” nagyszámú társadalmi csoportja jelentette. Számukra volt vonzó az univerzális, de alacsony szintű juttatás kivívása minden társadalmi kockázat bekövetkezése esetében. Számukra jöttek létre a szociális biztonság a piac hatásaitól függetlenített (dekommodifikált) intézményei. Az 1970-es évekre azonban a nyugati polgári demokráciák már nem voltak a „kisemberek társadalmi”. A legnépesebb társadalmi csoportot az alkalmazotti középosztály jelentette, mely már egyáltalában nem elégedett meg az univerzális, egyenlő és alacsony szintű juttatásokkal. Az erősen rétegzett társadalomban erodálódott az érdekazonosság a középosztály és a társadalom legkevésbé szerencsés rétegei között, amelynek alapján a jóléti állam intézményei felépültek. A jóléti szerveződések sorsa azon múlott, hogy mennyire sikerült ezt az érdekazonosságot fenntartani, és hogy volt-e politikai eltökéltség ennek fenntartására. Annak megfelelően, hogy mennyire sikerült az érdekazonosságot újraépíteni, a középosztály magasabb igényeinek kielégítésére többféle megoldás született, és ez határozta meg a jóléti rezsimek fejlődési irányát az 1970-es évektől. Amennyiben az érdekazonosságot nem sikerült fenntartani, a középosztály növekvő mértékben kivonult a szociális biztonság kollektív szerveződéseiből, és inkább a piaci intézmények segítségével próbálta kezelni a jólétét érintő kockázatokat. Így a kollektív intézmények – miközben egyre nagyobb nyomás nehezedett rájuk a gazdaság átstrukturálódásának áldozatai részéről – egyre inkább megfosztódtak forrásaiktól, és egyre inkább felöltötték a korábbi szegénygondozó intézmények jellegzetességeit, azaz egyre szelektívebbek, egyre stigmatizálóbba lettek, és egyre inkább elsősorban a szegények ellenőrzésének eszközévé váltak ahelyett, hogy a társadalmi integráció megerősítésének eszközei lettek volna. Ennek a fejlődésmenetnek a tipikus példái az angolszász országok, amelyekben a középosztály igényeinek kielégítése a piacon, magasabb színvonalú szolgáltatások megvásárlásának elősegítésével történt. Az állam ezt adókedvezményekkel segítette („fiskális jólét”, lásd: Tittmus 1991a). Ez az állami jóléti rendszer *reziduális* fejlődési irányát hozta magával. Az angolszász országok ezzel feladták az egyenlőség eszményét, ami – párosulva az 1970-es évek közepétől bekövetkező gazdasági recesszió következményeivel, a társadalmi egyenlőtlenségek nagymérvű növekedésével – hozzájárult e társadalmak kettészakadásához. A nyolcvanas évek jobboldali – Margaret Thatcher és Ronald Reagan nevével fémjelzett – politikája a mintapéldája ennek a fejlődési iránynak. A másik típust a *korporatista* rendszerek jelentették, ebbe a típusba tartozik a kontinentális Európa országainak többsége, a legtisztább példája Németország. Ezekben sosem volt olyan nagy hagyománya az individualizmusnak, mint az angolszász országokban, és ezért az állami jóléti rendszer egységes maradt: egy rendszerben elégíti ki minden állampolgár jóléti igényeit, de a rendszeren belül markáns különbségek vannak az egyes rétegek

kívánalmainak és lehetőségeinek megfelelően. Így ezek a rendszerek a kezdet kezdetétől közreműködtek a társadalmi egyenlőtlenségek fenntartásában. E jóléti rezsimek másik jellegzetessége a szubszidiaritás elve, mely szerint az állam csak azon szükségleteket elégíti ki közvetlenül szolgáltatás megszervezésével, melyeknek kielégítésére más szervezet vagy csoport nem vállalkozik. Emiatt van igen nagy jelentősége ezekben a szociális gondoskodási rendszerekben a különböző nem állami nagy jóléti szolgáltató szervezeteknek, főleg az egyházaknak. A harmadik típust a *szociáldemokrata* jóléti rezsim jelenti, melynek a skandináv országok a példái. Ezek megtartották az egyenlőségeszmény és az univerzalizmus iránti szociáldemokrata elkötelezettséget, és bár lehetővé tesznek az egységes állami ellátórendszeren belül különböző juttatásokat a magasabb igényeknek és befizetéseknek megfelelően, de minden állampolgár számára igyekeznek a legmagasabb szintű szolgáltatásokat nyújtani. Így „felfelé egyenlősítenek”. E rendszereknek alapvető jellemzője az aktív munkaerő-piaci politika, mely mellett a jövedelem-fenntartó szolgálatoknak (nevezetesen a segélyezésnek) csak marginális szerepet szánnak (Esping-Andersen 1991).

A nyugati társadalmak legfőbb problémája az 1970-es évek közepe óta a nagyarányú – és már ciklikusnak nem nevezhető – *munkanélküliség*. A jobboldali szociálpolitikusok ebből azt a következtetést vonták le, hogy mindenképpen választani kell a foglalkoztatottság növekedése és a nagyvonalú egyenlősítő szociális ellátások között. A magas jóléti hozzájárulások és adók, a magas és mozdíthatatlan bérek, továbbá a munkaviszonyhoz kötődő kiterjedt jogok rendkívül költségessé tették a munkaerő számának növelését, és csökkentették a munkaerőpiac rugalmasságát. Ezt a problémát a különböző jóléti rezsimek eltérő módon igyekeztek kezelni. Az egyik stratégia – a neoliberais út – a munkaerőpiac deregulálásával nagy mennyiségű munkahelyet teremtett (lásd később az 1980-as évek észak-amerikai „munkahelycsodáját”), viszont ez a lépés az alacsony bérű munkák szaporodását, és ezzel a dolgozó szegények számának drámai növekedését eredményezte. Ezt a módot sokan bírálták a piaci mechanizmusokra való támaszkodás magas „társadalmi költségei”, a növekedés nyertesei és vesztesei között tátongó szakadék mélyítése miatt. Ebből a kritikából nőtt ki a probléma kezelésének másik módja, mely a segélyezés helyett a „társadalmi beruházás” stratégiájának nevében a képzés, átképzés, élethosszig tanulás támogatását összekötötte az aktív munkaerő-piaci beavatkozással. Ez a stratégia vezérlő témája volt az 1990-es években a Clinton-kormányának éppúgy, mint az Európai Közösség – főképp új baloldali – kormányainak. Ennek a stratégiának a legteljesebb megvalósulását a skandináv jóléti rendszerben látjuk. A korporatista rendszerek inkább a munkaerőpiac „kínálati oldalán” avatkoztak be, amennyiben különböző módszerekkel kivonták a feleslegessé vált munkaerőt a piacról. Ilyen módszerek a korai nyugdíjazás az idősebb

munkásoknak, a nőknek a háztartásba való visszakényszerítése, a fiatal munkanélkülieknek az iskolapadokban tartása. Ez a megoldás – miközben a statisztikákból eltüntette a munkanélkülieket – mélyítette a társadalmi szakadékot a kereső tevékenységet végző „teljes polgárok” és a munkaerőpiacon kívüli marginalizált csoportok, a „politikai némák” között. Az államok, melyeknek legitimitását korábban a társadalmi integráció őrzésében betöltött szerepük biztosította, már elfogadhatónak tartották a dezintegráció kialakult szintjét (Esping-Andersen 1994; Offe 1991; Jordan – Jordan 2000).

A gazdasági válság következményei megrendítették az állam teljesítőképességébe vetett bizalmat. A bizalomvesztés már az 1968 körüli baloldali kritikákban megjelent, de kifejtett formáját az új jobboldal ideológiájában nyerte el, mely a minimális állam követelését a közösségi szerveződések határait (Glennster 1991) mutató jelenségek elemzésére alapozta. Ez az elemzés az állami beavatkozást hatástalannak, pazarlónak és az állampolgárok szabadságát súlyosan veszélyeztetőnek mutatta be. Bizonyítékként az a kétségtelen tény szolgált, hogy a szegénység és a társadalmi egyenlőtlenség növekedése az Amerikai Egyesült Államokban az 1960-as években a jóléti kiadások gyors növekedése ellenére és mellett ment végbe. Ez világosan mutatta a jobboldali érvelés szerint, hogy a segélyezés és a személyes szociális szolgálatok expanziója nem oldja meg a szegénység problémáját. Sőt, hozzájárul a „jóléti függőség” kialakulásához. Az amerikai jobboldalnak a jóléti állam szociális szolgálatait ért kritikájának vezérszólama az összes társadalmi probléma – a nagyarányú munkaképtelenség és munkanélküliség, az állami költségvetés hiánya, a túlnövekedett állami bürokrácia, a gyenge oktatási eredmények, a házasságon kívüli szülések magas száma, a bűnözés és kábítószer-fogyasztás terjedése, a nagyfokú elidegenedés, az időkénti lázadások és a képzett dolgozók elvándorlása – okaként a hibás politikát jelölte meg, mely a nagyvonalú és elnéző szociálpolitikai ellátásokkal hozzájárult a jóléti függőség – vagy inkább ebben az összefüggésben „élősködés” – terjedéséhez (Segelman – Marsland 1991). A jóléti állam működését nemcsak jobbról, hanem balról is súlyos kritikák érték. A baloldali elemzők a szociális szolgáltatásokat az elnyomottak ellenőrzésére és manipulációjára szolgáló eszközként mutatták be (lásd például: Piven-Cloward 1971; Bailey – Brake 1975), tagadták, hogy a szolgáltatásokat működtető szakszervezetek valamiféle közjót képviselnének, ehelyett a saját hatalmuk növelésében érdekeltek (lásd például: Cloward – Piven 1991), és működésükkel hozzájárulnak a biztonsági intézmények felhasználóinak hatalomtól való megfosztásához, dependenciájához (például: Illich 1977), feltárták a szociális szolgálatoknak a hatalmi struktúra fenntartásában és a társadalmi kirekesztés folyamataiban betöltött szerepét (Bailey – Brake 1975), a szegénységet a kapitalista rend integráns részeként mutatták be (lásd például: Gans 1992),

és így tovább. A baloldal kritikai hevülete az 1980-as években – amikor a jobboldali politika átfogó támadást intézett a jóléti állam biztonsági rendszere ellen – megfordult, ettől az időtől a jobboldali támadással szemben a jóléti államot, és ezzel az állampolgárok szociális jogait igyekeztek védeni (Langan 1998; Bombyk 1996).

Az 1970-es években hatalomra került jobboldali kormányok politikáját megalapozó új jobboldali ideológiáról ismét Ferge Zsuzsát idézem: „Végeredményben arról van szó, hogy a 'posztmodern' közfilozófia a közjó fogalmától idegenkedik, illetve a közfelelősségtől igyekszik visszavonulni. Az egyént úgy teszi felelőssé saját sorsáért, hogy a felelősségvállalás feltételeinek meglététől eltekint. A folyamat röviden a *'társadalmi' individualizálásaként jellemezhető.*” (Kiemelés az eredetiben, Ferge 2000, 75.) Ezen előfeltevések alapján az új jobboldali politika szűkítette a legszegényebb állampolgárok számára rendelkezésre álló ellátásokat, ugyanakkor változatos intézkedésekkel igyekezett elérni, hogy az állampolgárok szociális szükségleteiket mindenek előtt a piacon elégséges ki. A „jóléti pluralizmus” gondolata, azaz a magánszolgáltatásoknak az állami feladatok ellátásában betöltött szerepének növelése valamennyi jóléti rezsimben tért nyert az 1990-es években. Az állami beavatkozás csökkentésében azonban a két angolszász ország, az USA és a Brit Királyság járt az élen. A korporatista rezsimekben már korábban is kitüntetett szerepe volt a magánszolgáltatásoknak, ezek szerepének növeléséről nem volt tehát értelme beszélni, de a piaci viszonyok egyes elemeinek beépítéséről – mint amilyen a szolgáltatások versenyeztetése és az állami kötelezettségek alapján nyújtott szolgáltatásoknak a nem állami szolgáltatókkal való „kiszereződése” – viszont igen. A skandináv jóléti rendszerekben is megjelentek a magánszolgáltatók, de a kiterjedt állami felelősségvállalás miatt az állami intézmények megtartották vezető és szabályozó szerepüket. (Bourdieu 1998; Johnson 1996; Esping-Andersen 1994; Socialstyrelsen 1999, Nyilas 1996; Cseri 2000; Sinfield 1999.)

A jóléti állam válsága nem hagyta érintetlenül a baloldalt sem. A változások már eleve kódoltak voltak abban a jelenségben, melyet Wallerstein (1996) nyomán a „forradalom bürokratizálódásának” nevezhetünk. A baloldali pártok hatalomra kerültek vagy kommunista pártokként, ahogy az a szovjet tömb országokban történt, vagy szociáldemokráciákként a nyugati országokban, vagy nemzeti felszabadító mozgalmakként a harmadik világ országokban, vagy populista mozgalmakként Dél-Amerikában. Az eredmény viszont – mint az az 1968-as világforradalom idejére kiderült – cseppet sem volt kielégítő. A boldogtalanság társadalmi gyökereit nem sikerült kiirtani. Nyilvánvalóan ez az illúzióvesztés hozzájárult ahhoz, hogy az 1980-as években az új jobboldalnak az állam intervenciók terét szűkítő politikája, mely a többség számára a kontroll csökkenését és a nagyobb választási lehetőséget kínálta, széles támogatást élvezett a nyugati tőkés országok jórésében. Az új

baloldalnak az 1990-es években történt hatalomra kerülése sem a múlt visszakívánásából fakadt. Tony Blair, aki az új baloldali politika mai vezéregyénisége, nem ígért, és nem is hajtott végre „visszaállamosítást”. Mai elemzői szerint az új baloldal politikája, a „harmadik út” (lásd: Giddens 1998) jobban hasonlít az új jobboldaléra, mint a régi baloldaléra.(Jordan-Jordan 2000; Lorenz 2001) Ahogy a jóléti államok „aranykorában” a jobboldali politika is jobban különbözött a régi jobboldaltól, mint a baloldaltól. Ezt nyilvánvalóan inkább meghatározzák a külső és belső kényszerek, valamint a közgondolkodás, semmint az ideológiai megfontolások. Blair politikájához csatlakozott Gerhard Schröder német szociáldemokrata kancellár is. Az „új közép” (Neue Mitte) politikája valójában a blairi elvek német verziójának tekinthető. (Schwarz 1999) A demokrata Bill Clinton is tovább folytatta a szegényeknek szóló szociális szolgáltatások szűkítésének Ronald Reagan idejében elkezdett politikáját, és a társadalombiztosítás privatizálásáról szóló terveinek továbbvitelében csak a Lewinski-botrány akadályozta meg, hogy azután hatalomra kerülése után a konzervatív George Bush újra napirendre tűzze a kérdést (Tanner 2001).

Az állam teljesítőképességébe vetett bizalom eltűnésével együtt megrendült a tudomány mindenhatóságába vetett hit is. Mind az állam társadalomjobbító szerepébe vetett hit, mind az e jobbításban a tudománynak tulajdonított szerep sajátossága volt a modernitás korszakának. A második világháború után végbement gazdasági, társadalmi és ideológiai változások oly nagy mértékűnek tűnnek, hogy a társadalomtudósok egy része egyenesen korszakváltásról, a modernitásból a posztmodern vagy késő modern korba való átmenetről beszél (lásd: Habermas – Lyotard – Rorty 1993; Taylor-Gooby 1995a; Giddens 1991). A *modernitás* fogalmához a kérdéssel foglalkozók a következő jellemzőket kapcsolják:

1. a gazdasági rendszer szintjén a munkamegosztás kifejlődését, a racionális cserét, a tudományos módszereknek a termelés fejlesztésében és a szervezésben való alkalmazását;
2. a politika szintjén a nemzetállamot, a beavatkozó bürokratikus államapparátust, a többpárti demokrácián keresztül kifejeződő érdekluralizmus kialakulását;
3. társadalmi szinten a haladást, a racionalitást, a tudományosságot, a piacositást és az individualizmus értékeinek tiszteletét;
4. ideológiai szinten az élet minden területén irányító törvényszerűségek – a jelenségek mögött rejlő lényegiség – keresését és megtalálását, a „nagy narratívákat”, melyek a tudomány fejlődését az emberi nem emancipációjának zálogaként mutatják be.

Ezzel szemben a *posztmodern* világ értelmezésében a hangsúlyt a modernizmus egyes alkotóelemei közötti ellentmondásokra, a racionalitás és piacositás nem szándékolt (irracionális) következményeire, a nemzetállamok szerepének a globalizációból eredő csökkenésére és ezzel a plurális demokrácia nemzeti intézményeinek az egyes társadalmakat érintő folyamatok ellenőrzésében játszott szerepének visszaszorulására (Martin – Schumann 1998), a tudományos elméletek igazságainak korlátozott érvényességére és relativizmusára, a haladás fogalmának a globális problémák általi megkérdőjeleződésére tették. Mindehhez társul a mindennapok szintjén a társadalmi változás felgyorsuló üteme; a különbözőség, a pluralitás növekvő jelentősége és ezzel új politikai mozgalmak valamint stratégiák megjelenése (az ökológiai mozgalom és a kisebbségi csoportoknak a 'mátság' köré szerveződő emancipációs mozgalmak); a relativitás mindent átható érzékelése, amely utat nyit az egyéni választásnak és szabadságnak (alternatív életstílusok, életutak, identitások); továbbá a realitás társadalmilag konstruált természetének növekvő mértékű tudatosodása (Parton – O'Byrne 2000).

A modernitás világképébe és az állam lehetőségeibe vetett hit megingásával a társadalomjobbítás legfőbb eszközének kikiáltott tudomány és az ezen alapuló professziók presztízse is sokat veszített régi fényéből. (Lásd a kérdésről bővebben: Wallerstein 1996.) A professziók nehéz helyzetbe kerültek. Egy olyan projekt (a modernitás) eszközei voltak, melynek megvalósítása lehetetlennek bizonyult (Habermas [1994, 286] megkérdőjelezi, hogy egyáltalán megvalósítható volt-e – legalábbis olyan módon, ahogy ezt a második világháború utáni „aranykor” teoretikusai és politikusai elképzelték.; Wallerstein [1996] pedig illúziónak minősíti a szenvedés és boldogtalanság társadalmi okainak felszámolására tett nagyszabású kísérletet megalapozó feltételezéseket), ugyanakkor ebből a projektből nyerték legitimitásukat. A tudomány fejlődése során nemcsak a társadalomtudományok, hanem a természettudományok esetében is beleütközött a racionalitás korlátaiba. A racionalitás korlátainak nyilvánvalóvá válása a professziók számára a felvilágosodás eszmekörében gyökerező „technikai-szakértői” professzionális modell elévülését jelentette (Schön 1991; 1992).

A posztmodern gondolat ideológiai funkciót is ellát, amennyiben a diverzifikáció és a választási szabadság hangsúlyozásával elfedi a neoliberális gazdaságpolitika társadalmi következményeit, a társadalom peremre szorult csoportjainak magukra maradottságát (Taylor-Gooby 1995a).

A „veszélyes osztályok” problémája a jóléti államok második világháború utáni történetében fokozatosan eltűnt. Ennek az eltűnési folyamatnak a végére a szovjet tömb 1989-re bekövetkező szétesése, a hidegháború befejeződése tett pontot. A hetvenes évek közepétől kialakuló és elhúzódó foglalkoztatási válság – a konzervatívok és liberálisok félelmei, illetve a baloldaliak reményei ellenére – nem vezetett politikai válsághoz, sehol sem vált komoly problémává a fennálló politikai és gazdasági rendszer működésképesége és stabilitása szempontjából. A munkanélküliség, bár sokakat érintett, nem vált kollektív üggyé. Sőt a jobboldali kormányok cinikus és antiszolidáris intézkedéseik mellett sikeresen szorították vissza a szakszervezeteket, melyeknek a foglalkoztatottsági helyzet javításáról szóló követeléseire rendre süket fülekre találtak (Offe 1991). A hatalomra került új baloldal sem bővítette a szakszervezetek jogosítványait, és bizalmatlan mindazokkal a közösségi kezdeményezésekkel, melyek a szociális jogok erősítését célozzák (Jordan – Jordan 2000). A társadalmi problémák individualizálásával a szociális szolgálatok is hozzájárulnak – akaratukon kívül – ahhoz, hogy a „befogadás” politikája a munkanélküliek jóérzésének esetében inkább a „kirekesztettség igazgatását” jelenti, semmint a társadalmi integráció erősítését (Lorenz 2001).

A szovjet tömb szétesése megváltoztatta a nemzetközi viszonyokat is. A Nyugat és Kelet szembenállásának eltűnésével egy jórészt egypólusú világrend látszik kialakulni, bár a „fejlett Észak és a fejletlen Dél” közötti ellentét vagy a „centrum és periféria” közötti szakadék jelent kettéosztottságot, de ez teljesen másféle, mint a két nagyhatalmi tömb korábbi szembenállása. A nemzetközi viszonyok másik jellegzetessége a globalizáció, ami a nemzetállamok szerepének csökkenését, a kulturális pluralizmus jelentőségének növekedését, a nemzetállamok nagy gazdasági tömbökbe való integrációját, a nemzetközi tőke ellenőrizetlen térnyerését, az információs forradalmat és a globális fellépést szükségessé tevő globális problémák (környezetszennyezés, ökológiai katasztrófák, helyi háborúk, terrorizmus, stb.) tudatosulását jelenti (Martin – Schumann 1998).

Mindezek a folyamatok alapvetően meghatározták a professziók és közöttük a szociális munka fejlődését az elmúlt hetven évben. A jóléti állam „aranykora” jelentette azt a hátteret, melyben a szociális munka ma ismert intézményrendszere kialakult, és a szociális munka modern értelemben vett professzióvá vált. A jóléti állam válsága vagy átalakulása jelenti viszont a szociális munka jelenlegi fejlődési krízisének vagy átalakulásának hátterét. Ennek a krízisnek vagy átalakulásnak a kimenetele egyelőre nem világos (ahogy semmilyen krízisé

vagy átalakulásé sem szokott a lefolyás közben világos lenni). Meglátásom szerint (mellyel

nem állok egyedül, ld. Hopps – Morris 2000; Meinert – Pardeck – Kreuger 2000; Jordan – Jordan 2000) viszont a szociális szakma további fejlődése szempontjából mind Nyugaton, mind pedig Keleten – ahol a szociális munkás szakma még gyermekkorát éli – alapvető jelentőségű a szociális munka és a jóléti állam, illetve a szociális munka és a szociálpolitika közötti szoros összefüggés, valamint ezen összefüggés lehetséges típusainak a felmutatása.

A professzionalizáció

A professziók valamely társadalmi alrendszerhez tartoznak, és ezzel összefüggésben van valamilyen *társadalmi missziójuk* (funkciónak nevezem a továbbiakban), melyet általában egy *központi érték* – széles körben elismert „közjó” – vezérel, azaz ez alakítja ki céltételezéseiket, és ez alapozza meg legitimitásukat. A jóléti alrendszer esetében ez a központi érték a jólét, az egyes jóléti professziók ezen belül az emberi jólét különböző aspektusaihoz, illetve az ezekkel kapcsolatos kockázatok kezeléséhez kapcsolódnak. Így az

oktatás a széles értelemben vett társadalmi kompetenciához és kompetenciahiányhoz, az orvoslás az egészséghez és betegséghez (biopszichológiai jólét), a rendészet a közbiztonsághoz és a bűnözéshez, a szociális munka a társadalmi integrációhoz és a kirekesztéshez kapcsolódik. Ennek a társadalom által elismert közjónak az alapján létrejön egy terület, amelyet a közvélekedés a professzióhoz tartozónak tekint, és amelyen a professzió képviselői szolgáltatásokat nyújtanak. Ezt a területet, amelyet a későbbiekben *kompetenciaterületnek* fogok nevezni, *társadalmi szankciók* határozzák meg, melyek támogatják, legitimálják és kialakítják az adott területen megjelenő szükségletek kielégítésére hivatott szolgáltatások hivatalos szervezeti struktúráit. A szociális munka esetében a professzionális gyakorlat egyrészt önálló intézményekben (ilyenek a jövedelem-fenntartó, a gyermek- és családvédelmi, idős- és fogyatékos-gondozási, hajléktalan- és menekült-ellátási szolgálatok) jelenik meg, másrészt más jóléti alrendszerekhez kapcsolódva az adott alrendszer területén megjelenő kockázatoknak az integráció szempontjából releváns összefüggéseit kezeli. Például a mentális betegségek hozzájárulnak az egyének és azok családjainak izolációjához, társadalmi státuszvesztéséhez, stigmatizáltságához, tehát kirekesztődéséhez, és ennek a problémának a megoldásában, illetve enyhítésében igyekeznek a szociális munkások a pszichiátriai intézmények keretein belül az érintetteket – a személy és környezete közötti kölcsönhatás kontextusában – segíteni (Buda 1994; Makara 1994).

Hogy társadalmi missziójukat teljesítsék, a hivatások sajátos, a professziókra általában jellemző struktúrákat alakítanak ki. Ezek egyrészt a társadalmi misszióból fakadó feladatok ellátásához szükséges tudás termelését és nyilvánosságra hozását szolgálják, másrészt a misszióból fakadó feladatok ellátásához nélkülözhetetlennek ítélt gyakorlati kompetencia elsajátítását és ellenőrzését teszik lehetővé (iskolák és licenszálás), harmadrészt a szakmai testületiség kereteit és a szakmának a saját működési területe feletti kontrollját hivatottak kiterjeszteni, illetve fenntartani.

Abram de Swaan megállapításából kiindulva, mely szerint a modern professziók esetében a közvetlen kliens-szakember kapcsolat két kontextusba ágyazódik be, az állammal való kapcsolatba és a professzióval való kapcsolatba (Swaan 1988, 232) a professzionalizációnak két oldalát különböztetem meg és vizsgálom a dolgozatban. E kettő a szakma professzionális státusza és a professzionalizmus.

A szakma professzionális státusza a szakmáról folyó társadalmi közdiskurzus eredménye. Ez a közdiskurzus elsődlegesen a szakma társadalmi funkciójáról szól, és elsősorban a szakma és – a társadalom képviselőjeként fellépő – állam között zajlik. Ebben a folyamatban

az állam a jelentkező társadalmi zavarokat definiálja, és ennek a definíciónak a részeként egy vagy több jóléti alrendszer érdekeltségi körébe sorolja. Jó példa erre a drog-probléma, mely egyszerre definiálódik egészségügyi, rendészeti, személyes szociális szolgáltatási, esetleg kulturális kérdésként. Annak megfelelően, hogy az állam a társadalmi zavart mennyire súlyos, mindenképpen kezelendő problémaként érzékeli, és a definícióban mekkora szerep jut az egyes alrendszereknek, ezek az alrendszerek forrásokhoz jutnak, melyek segítségével lehetővé válik tevékenységi körük kiszélesítése, ami az intézményrendszer expanziójában ölt testet. A másik oldalon az egyes szakmák ajánlatokat dolgoznak ki ugyanezen *társadalmi problémák kezelésére*, Swaan (1988) kifejezésével *orvoslására és kontroll alatt tartására*. Ez az ajánlat is többretű. Magába foglalja

- a társadalmi folyamatok vizsgálatából származó és a problémák orvoslásához és kontroll alatt tartásához nélkülözhetetlennek tekintett, a gyakorlatot megalapozó tudást, azaz a *tudástermelést*, a tudás közlésére létrejött fórumokat, azaz a szakmai nyilvánosságot (e nyilvánosság keretébe tartozik például a szaksajtó és a könyvkiadás),
- az e problémák orvoslásához és kontroll alatt tartásához nélkülözhetetlennek ítélt gyakorlati *kompetencia* meghatározását, továbbá a kompetencia elsajátítási módjait (graduális és nem graduális képzések), a kompetencia elsajátítását lehetővé tevő és az azt bizonyító jogosítványok kiadására szolgáló intézményeket (iskolák és szakmai grémiumok),
- a *szakmai hierarchiát*, melyben kitüntetett szerepe van a szakmai elitnek, ugyanis a szakmai elit feladata, hogy – a szociális intézmények menedzsereként, oktatóként, kutatóként, az államigazgatási döntések előkészítőjeként, megformálójaként, végrehajtójaként és értékelőjeként – aktív részt vállaljon a szakma működési feltételeit formáló politika alakításában.
- Mindehhez társul a szakma ajánlatát érvényesíteni hivatott *szakmapolitika*, mely a szakmai egyesületekben ölt intézményes formát. A szakmapolitika hivatott arra, hogy egyrészt azon keresztül a szakma kontrollálja a saját működési területét körülhatároló és befolyásoló politikai döntéseket, a szociális munka szempontjából elsődlegesen a szociálpolitikai döntéshozatalt; másrészt szabályozza a szakma belső működését. A szakmapolitikai szervezetek kapcsolódnak a professzió nemzetközi fórumaihoz is. Ennek – az utóbbi időkben a globalizáció térnyerésével növekvő – szerepe van mind a szakmát érintő tudás átvételében, mind az érdekvédelemért esélyek javításában.

A *professzionizmus* a szakmai tevékenység szerveződését jelenti. Ennek vizsgálatához Sandra Jones és Richard Joss *A professzionizmus modelljei* c. tanulmányát (1995) veszem alapul. E tanulmányban a szerzők három modellt hasonlítanak össze. A szociális munka preprofesszionális modellje, melyet a szerzőpáros *“mesterség-modellnek”* nevez, alapvetően ateoretikus, a gyakorlatban a munkahelyzetekben létrejövő tapasztalatokra alapoz, a tevékenységbe belépőt a mester melletti tanulás módszerével avatja be a fortélyokba. A második modell, mellyel a szociális munka huszadik századi története során egyikévé vált a modern értelemben vett hivatásoknak, a *“technikai-szakértői” professzionális modell*. Ez a szociális munkát tudományos eredményekkel megalapozott tevékenységnek mutatja, melyet a kutatások eredményeként létrejött elméleteken alapuló technikákkal dolgozó szakemberek végeznek. A szakma száz éves története a tudományosság kidolgozásának története. Amikor manapság megkérdőjeleződik a szociális munka professzionális státusza, ez alapvetően összefügg a professziókkal szemben általában megnyilvánuló gyanakvással. Erre a gyanakvásra jelent választ a professzionizmus harmadik, *reflektív* modellje, mely az ezoterikus elméletek helyett a tudásnak a gyakorlaton belüli és azon kívüli reflexió során történő felépítését hangsúlyozza, a gyakorlati kompetencia lényegévé pedig az egyedi, bizonytalan, bonyolult és gyakran értékdilemmákat rejtő helyzetek szakavatott kezelését jelöli meg. A jelenben ez utóbbi modell kapcsolódik össze a szociális munka radikális politikai értékmeghatározásával – az oppressziót elutasító gyakorlati modellel –, mely az állampolgárok jogait állítja a középpontba, és a szociális munkások feladatává teszi, hogy a szociális szolgálatok felhasználóit képessé tegyék saját környezetük érdekeiknek megfelelő formálására. Azt gondolom, hogy a reflektív professzionizmus modell és az oppressziót elutasító praxismodell összekapcsolódása a jelenben a szociális munka teljesen új megközelítését alakítja ki, ezt nevezem majd Nigel Parton és Patrick O’Byrne legutóbbi könyve (2000) nyomán „konstruktív szociális munkának”.

A professzionizmus vizsgálatához a Sandra Jones és Richard Joss (1995) tanulmányában található változókat használom fel. Ezek: a szakember képe saját magáról, az elméleti orientáció, a tudásalap, a praxiselmélet, az értékalap, a kliens és szakember viszonyának jellemzői, a szakmai fejlődés lehetséges formáiról alkotott elképzelés.

A professzionális státusz összetevőinek vizsgálata lehetővé teszi annak megállapítását, hogy a professzionizáció jelenlegi szakaszában mekkora az esélye egy adott társadalomban létező szociális szakmának arra, hogy kontrollálja a saját működési területét, és mennyire képes beleszólni a tevékenységi területét befolyásoló politikai döntésekbe; a professzionizmus vizsgálata feltárhatja a tevékenységben megnyilvánuló üzenetet arról,

hogy milyenek kellene lennie annak a társadalomnak, amely a szociális munkások tevékenységének eredményeképpen kialakul. Ugyanis minden szakmai tevékenység mögött létezik egy ilyesfajta kép, akár tudatos az, akár nem. Egyetértek Domszky Andrással, aki egy beszélgetésben azt mondta: minden cselekvés konstituálja a rendszert. Ha nem vagyunk is felelőssé tehetőek a rendszerért, mert azt társadalmi folyamatok alakítják, felelősek vagyunk annak átgondolásáért, hogy milyen szakmai gyakorlat milyen rendszert konstituál. A szakmai gyakorlat során a kínálkozó cselekvési lehetőségek közül választhatjuk a jobbat, az explicit céljainknak jobban megfelelőt. A gyakorlat mögött rejlő társadalomkép viszont meghatározza azt a felfogást, amit a szociális munka mibenlétéről kialakítunk. Ez a felfogás is többféle lehet, ahogy a következő alfejezetben majd kifejtem.

A jóléti államok viszonyai között a jóléti professziók – miközben az állam és polgárai közötti kapcsolat médiumává váltak – sajátos változásokon mentek keresztül. Ilyenek:

- A modern értelemben vett professziók hagyományos szerepéhez hozzáadódott egyrészt az intézményrendszer, másrészt az ezek keretén belüli technikai apparátusok működtetése (Pokol 1991, 104). Ez háttérbe szorította a gyakorlat nagy területein a hagyományos tudást. A jelenséget ma menedzserizmusnak nevezik. A jóléti szolgálatok az utóbbi időkben célpontjaivá váltak a minőségbiztosítási törekvéseknek is, ami tovább erodálta a hagyományos szakértelem uralkodó helyzetét, és előtérbe állította a technikai, menedzseri professzionalizmust, mely egyfajta továbbfejlesztése a racionalitásban gyökerező “technikai-szakértői” professzionális modellnek (Jones – Joss 1995).
- A professziók kompetenciakörébe került olyan problémák kezelése, amelyek hagyományosan nem tartoztak oda, így az orvoslás esetében az életbiztosításhoz, a munkaalkalmassághoz, az igazságügyi orvos-szakértői tevékenységhez kötődő gyakorlat, a szociális munka vonatkozásában pedig megjelentek olyan tevékenységek, amelyek nem a szakma klasszikus funkciójához – a kirekesztettek integrációjának elősegítéséhez – kapcsolódnak, hanem a jól integrálódó állampolgárok különböző életproblémáinak megoldásában nyújtanak segítséget. Ilyenek például a termelő szervezetek keretében létrejött, a személyzet jólétének emeléséhez hozzájáruló és a szervezetfejlesztést segítő szolgáltatások, a bíróságokon működő mediációs szolgálatok, a rekreációs, életkészségeket fejlesztő és személyiségfejlődést segítő csoportos foglalkozások, és így tovább.
- A professzionalizáció mellett sajátos deprofesszionalizációs folyamat is zajlik, hiszen a nagyfokú technicizáltság miatt a gyakorlati területek egy részén háttérbe szorulnak

a hagyományos szakmai készségek, csökken a professzionális diszkrecionalitás területe. Ezt a veszélyhelyzetek kezelésével (risk management) kapcsolatban megfigyelhetjük manapság az orvoslás, a gyermekvédelem, a mentál-egészségügy és az idősgondozás területén, ahol a kockázatok elkerülése érdekében szigorúan előírt protokollok teljesítését várják el a szakemberektől. Ez nemcsak a diszkrecionalitás területét csökkenti, hanem a klienssel a bizalmon alapuló kapcsolat felépítésének lehetőségét is.

- A nagyfokú specializáció ellenhatásaként a szolgáltatások piacán megjelennek paraprofesszionális (a szakmai testületbe be nem fogadott) praktizálók, akik hagyományosan a professzió kompetenciakörébe tartozó szolgáltatásokat ajánlanak (ilyenek a szociális munka klasszikus területein az öngyógyító csoportok). Ezek a szolgáltatók a specializáltság miatt fragmentálódott, problémaközpontú szakmai tevékenységgel szemben holisztikus, kliensközpontú problémafelfogást és -kezelést ajánlanak.

Mindezekhez a problémákhoz a professzióknak valamilyen módon viszonyulniuk kell. Annál is inkább, mert ezek a változások kiélezték a szakmai gyakorlaton belüli ellentmondásokat. A szociális munka vonatkozásában ezek az ellentmondások egyként érintik a professzionalizmus központi alkotóelemeit: a szakember képét saját magáról, az elméleti orientációt, a tudásalapot, a praxiselméletet, az értékalapot, a kliens és szakember viszonyának jellemzőit, a szakmai fejlődés lehetséges formáiról alkotott elképzeléseket (Jones – Joss 1995). Olyan dilemmákban jelennek meg ezek a szakma önreflexióiban, mint a beavatkozási és értékelő dilemma (Hegyesi – Kozma 2002), a gondozás vs. kontroll, a paternalizmus vs. önrendelkezés

(Ferge Zsuzsa [1994] megfogalmazásában ez a szabadság vs. biztonság dilemma), a kollektivitás vs. individualitás dilemma, a hivatás jellegére vonatkozó kérdés, hogy ugyanis inkább tudomány, vagy művészet, és így tovább. Az ezredfordulón a szociális munka új professzionális modelljét – a professzió társadalmi státuszát megváltoztató folyamatokon és a társadalmi változásokat értelmező társadalomtudományi eredményeken kívül, és azokkal összefüggésben – az ezekre a dilemmákra adott válaszok alakítják ki.

A szociális munka

A szociális munka fogalmát általában a nélkül használjuk a mindennapi beszélgetésekben, hogy meghatároznánk, mit is értünk alatta, pedig a kifejezés cseppet sem egyértelmű. A szakirodalom alapján a kifejezés következő jelentéseit különíthetjük el: társadalmi mozgalom, mely a társadalmi kirekesztés ellen, az állampolgárok szociális jogainak érvényesüléséért szerveződik; szakmai illetve egyetemi diszciplína, melyet szociális munkának neveznek; a szakmai tevékenységeknek bizonyos közös jellemzőkkel bíró csoportja; a társadalmi gyakorlat területe, mely segítséget nyújt veszélyeztetett csoportoknak és szociális problémákat old meg; az adminisztráció egy területe, mely a jóléti vagy oktatási adminisztráció széles területének fennhatósága alá tartozik; a szociális intervenció elveinek normatív együttese; vagy olyan szakmák csoportja, amelyek hasonló feladatokban tevékenykednek, továbbá azonos értékrenddel és tudásalappal rendelkeznek. Hogy mindezeket hogyan hívják, az vita tárgya a nemzetközi irodalomban is. Ehhez hozzájárulnak a szociális foglalkozások és képzési rendszerek eltérései és az elnevezésbeli különbségek. Nagyjából ugyanazt a szakmai tevékenységet végzik a szociális munkások, a szociálpedagógusok, a szociális nevelők és az animátorok Európa különböző országaiban, bár ezek közül egyesek inkább kötődnek a széles értelemben vett – általános – szociális munka speciális terepeihez (például a szociális nevelők az otthont nyújtó gondoskodáshoz). Az Amerikai Egyesült Államokban és az európai országok jó részében a szoros értelemben vett szociális terület (a jóléti szolgálatoknak az egészségügy és az oktatás mellett harmadik csoportja) működtetéséért felelős szakma összefoglaló megnevezésére a szociális munka kifejezés szolgál, és ebben az egy kifejezésben foglalják össze azt a széles területet, amibe beletartozik az összes – máshol külön szakmaként szereplő – szociális szaktevékenység. Brit kollégáinknál (nem súlyos viták nélkül) a szociális gondoskodás (social care) kifejezés látszik felváltani a szociális munka kifejezést, miközben ez utóbbit fenntartják a felsőfokú képzettséggel rendelkező szociális szakembereknek. Magyarországon háromféle szociális szakma létezik, miközben jelentős szakfeladatokat ellátó körök nem tekintik magukat szociális szakembernek (például az államigazgatás szociális területén dolgozók egy része),

bár az utóbbi időkben egyre világosabb, hogy a szociális területen a szociális szakma a vezető professzió. A nemzetközi szervezetek a szociális munka kifejezéshez ragaszkodnak. Az Egyesült Nemzetek Szervezete (lásd: UN, 1951; 1959) és az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága többször is foglalkozott a szociális munkával, 1995-ben például az utóbbi a következő meghatározást adta: „A szociális munka specifikus professzionális tevékenység, melynek célja az egyének, családok, csoportok és közösségek valamint az életük kereteit jelentő társadalmi környezet közötti jobb kölcsönös megfelelés elősegítése, és az egyének önbecsülésének valamint önmagukért viselt felelősségének fejlesztése a személyes lehetőségek, a személyközi kapcsolatok és a közösség által biztosított erőforrások felhasználásával.” 2001-ben ugyanez a testület a következőket mondja a szociális munkáról: „...a szociális munka az egyének, csoportok és közösségek szociális jólétét szolgálja, elősegíti a társadalmi kohéziót a változások idején, partneri viszonyban a szolgáltatások felhasználóival, a közösségekkel és más hivatások képviselőivel támogatja és védi a közösség veszélyeztetett tagjait. A személyes szerencsétlenség vagy a változás bizonyos embereket képtelenné tesz arra, hogy gondoskodjanak önmagukról. Vannak olyanok, akiknek szükségük van a gondoskodásra, támogatásra és védelemre. A szociális munkások ezekre a szükségletekre válaszolnak: alapvetően hozzájárulnak a társadalmi kohézió erősítéséhez, mind a megelőző munkán keresztül, mind pedig a szociális problémákra adott válaszuk által. A szociális munka ezért befektetés a jövő Európájának jólétébe.” (ET 2001, magyarul 2002.)

Mindezek alapján itt most eltekintek a hazai – és külföldi – szociális szakmá(k)ban létező sokféleségtől, egységes szociális hivatásban gondolkodom, és az egységesnek tekintett professziót nevezem szociális munkának. A fogalom tartalmába besorolom mindazokat a meghatározásokat, amelyeket a fejezet elején listáztam. Mozgalomnak is tekintem a szociális munkát, kiindulva abból a meghatározásból, melyet az International Federation of Social Workers 2000. évi közgyűlésén dolgozott ki.

“A professzionális szociális munka elősegíti a társadalmi változást, a problémamegoldást az emberi viszonyokban, a hatalomtól megfosztottak hatalomhoz jutását (empowerment), valamint az emberek felszabadítását a nagyobb jóllét elérése érdekében. Az emberi viselkedésről és a társadalmi rendszerekről szóló elméletek felhasználásával a szociális munka azokon a pontokon avatkozik be, ahol *az emberek és környezetük kölcsönhatásba lépnek egymással. Az emberi jogok és a szociális igazságosság elvei alapvetőek a szociális munka számára.*” (Kiemelés az eredetiben, IFSW 2000.)

A tanulmány elemzéseiből reményeim szerint ki fog derülni, hogy ennek a mozgalmi funkciónak manapság kitüntetett jelentősége van a szociális munkás szakma fejlődése, releváns társadalmi szerepének fenntartása szempontjából.

A szociális munka minéműségének strukturális elemzését, mely azt írja le, hogy mi mindent szoktak szociális munkaként megnevezni, kiegészítik a dolgozat történeti elemzései. Ezek eredményeként tekintem a társadalmi integráció szolgálatát a szociális munka központi magjának. Ez a meghatározás nincs ellentétben a szociális munka korábbi funkció-meghatározásaival, azokkal például, melyek a megfelelő társadalmi funkcionálást állítják a középpontba (Bartlett 1970, 116, NASW 1973, 3-4), és a szociális munka feladatának az egyének, csoportok és közösségek társadalmi funkcióképességének javítását, a csökkent funkcióképesség helyreállítását, a funkcióképesség feltételeinek (források) előteremtését és a társadalmi funkciózavar megelőzését tekintik. De ugyanígy összhangban van ez a meghatározás azokkal a szakma-meghatározási kísérletekkel, melyek a funkciózavart az egyének, csoportok, közösségek és a társadalom közötti interakció problémáiból eredeztetik (Compton – Galaway 1984, Germain – Gitterman 1987; Pincus – Minahan 1973). Mint ahogy nincs ellentétben az ET és az IFSW fent idézett meghatározásával sem, de mégis újnak tekinthető. Ezzel a meghatározással azt a szoros kapcsolatot kívánom kiemelni, ami a szociális munka és a szociálpolitika között van. A szociális munkát a szociálpolitika felől közelítve ez utóbbi gyakorlati területeként jelölöm meg, és a történeti elemzések célja, hogy bemutassák, miképp vált azzá.

Ha általánosságban tekintjük át azt a folyamatot, ami e tanulmány lapjain majd konkrétan fog megjelenni, akkor azt tapasztaljuk, hogy a jóléti államokban a szociális munka – a személyes szociális szolgáltatások működtetéséért elsősorban felelős professzióként – a szegénység kezelésére, illetve a más jóléti rendszerek érdekeltségi körében definiált problémák szociális vonatkozásainak orvoslására és kontroll alatt tartására alakult modern értelemben vett professzióvá. Az állami szociálpolitika gyakorlati területeként a szociális munka arról szól, hogy az adott társadalom miképp viszonyul azokhoz, akik valamilyen okból hátrányos helyzetbe kerültek, nem állnak rendelkezésükre vagy nem tudják használni azokat a forrásokat, melyek a többség számára a társadalmi integráció eszközei. A szociális munka társadalmi missziójának tehát van egy stabil magja, az, hogy olyan szakma, amely a társadalom perifériára szorult vagy ilyen szempontból veszélyeztetett tagjaival foglalkozik, és elsődleges feladata a társadalmi integráció elősegítése azon egyének, csoportok és közösségek vonatkozásában, melyek nem képesek hasznosítani a társadalom többsége számára elérhető integrációs intézményeket és forrásokat. A szociális munka tehát egyszerre megnevezése egy sajátos tevékenységnek, mely sajátos társadalmi problémákra

vonatkozik, sajátos intézményrendszeren belül történik, sajátos kompetenciát feltételez, és amelynek disztinktív sajátossága az egyének, családok, csoportok és közösségek, valamint környezetük közötti kölcsönhatásra tett hangsúly, mely kölcsönhatásra vonatkozik – a szociális munka fogalmába szintén beletartozó – intervenciók repertoár, amivel a szakma gyakorló a társadalmi problémák egy sajátos, szociális problémának minősített csoportját igyekezik orvosolni és kontroll alatt tartani. A szociális munka fogalmába ugyanakkor besorolom a szociális problémák megoldására létrejött adminisztratív apparátus működtetését is. A fogalomból értelemszerűen kimarad minden olyan tevékenység, melyet a szociális munka kitüntetett terepén más szakmák képviselői – orvosok, jogászok, ápolók, tanárok, gyógypedagógusok stb. – végeznek. Beletartoznak viszont mindazok a tevékenységek, melyeknek célja a más társadalmi területeken – például a termelő szervezetekben, az oktatás, az egészség- és igazságügy területén – megoldandó problémák szociális vonatkozásainak orvoslása és kontroll alatt tartása.

A *társadalmi integráció* és exklúzió meghatározásait összegző elemzésében Ferge Zsuzsa (2000, 117–123) megkülönbözteti a rendszerintegrációt és a társadalmi integrációt. A rendszer akkor működik integráltan, ha nem túl sok zavarral működnek az alapvető intézmények és mechanizmusok, mint a piac, a közigazgatás vagy a nyilvánosság. „Ezek fő erőforrásai, amelyek köré a rendszert strukturáló viszonyok szerveződnek, a hatalom, a pénz és a tudás/információ” (Ferge 2000, 120). Ez azonban még önmagában csak azt jelenti, hogy a rendszer formális értelemben működik, de nem biztos, hogy élhető is. Ehhez szükséges, hogy a társadalmat alkotó emberek együvé tartozónak érezzék magukat. Az együttéléshez a modern demokratikus társadalmakban a közvélekedés által igazságosnak tartott jogrend és a jogoknak (civil, politikai és szociális jogok, lásd Marshall 1991) olyan szövedéke kell, mely a teljes jogú állampolgáriságot biztosítja. Az írott jogokhoz társulnak a „civilizált” együttélés széles körben elfogadott normái, melyeknek érvényesülésében a társadalom tagjai bíznak. A társadalmi integráció a „habermasi” életvilág része, tehát mindenütt jelen van. Dezintegrációról akkor beszélünk, amikor az alapvető intézmények és mechanizmusok túl sok hibával dogoznak. Kirekesztésről pedig akkor, ha a társadalom tagjainak nagy csoportjai kívül rekednek a teljes állampolgáriság körén, nem jutnak hozzá azokhoz a lehetőségekhez és forrásokhoz, melyek elérhetővé tennék számukra a társadalom tagjai által elfogadott életminőség elérését és a demokratikus folyamatokban való részvételt.

A társadalmi integráció értelmezésében Robert Castel (1993) az integráció és a kirekesztés folyamatszerűségét hangsúlyozza. A „társadalmi hovatartozás” három dimenzióját határozza meg: a munkát, a kapcsolati hálót (közösségi beágyazottságot), és ezzel szoros

összefüggésben a kultúrát. A társadalmi integráció szempontjából három zónát különböztet meg: az integrációs zónát, amelyben az egyéneknek, csoportoknak és közösségeknek mind közösségi kapcsolataik, mind a munka szervezetében elfoglalt helyük biztos; a sebezhetőségi zónát, melybe azok tartoznak, akik a beilleszkedésnek egyik vagy mindkét tengelyén bizonytalan helyzetben vannak; illetve a kiilleszkedési zónát, melybe azok tartoznak, akik munkanélküliek és kapcsolat nélküliek is egyben. Castel meghatározásából kiindulva a szociális munkások gyakorlati tevékenységében a fenti három dimenzióban fogalmazódnak meg a célok. A szociális munkások feladata, hogy a kiilleszkedés kontinuumának valamely pontjára jutottakat vagy ilyen szempontból veszélyeztetetteket segítsék biztonsági rendszereik megerősítésében, valamiféle

„kielégítő egyensúlyi állapot” elérésében. Ebből a szempontból a szociális munkások a két utóbbi zónában tevékenykednek, és – ahogy a történeti elemzésekből reményeink szerint ki fog derülni – erősen függ az adott szociálpolitikai rezsím sajátosságaitól, hogy mely zónában jelöli ki a helyüket. Ennek alapján a szakma integráltsági fokáról is beszélhetünk. A szakma integráltsági fokát az határozza meg, hogy mely területet tekintik a szakma tevékenységi területének. Minél közelebbi ez a tér az integrációs zónához, a szakma annál integráltabb a társadalom egészébe. És fordítva, minél közelebb van a szakma tevékenységi terének határa a kiilleszkedési zónához, a szakma helyzete annál marginálisabb, és annál inkább sújtja a szakma képviselőit is a klienseket érintő diszkrimináció, és annál inkább rájuk vetül a kliensek stigmatizáltsága. A különböző szociálpolitikai rezsimek viszonyai között élő szakmáknak a felkészültségi előírásokban, a foglalkoztatás biztonságában, a javadalmazásban és a presztízsből meg nyilvánuló különbségei ezt jól mutatják.

A jóléti államokban a személyes szociális szolgáltatások – amennyiben növekvő mértékben nyújtanak szolgáltatásokat a középosztálybeli klientúrának is – egyfajta kapuőr szerepét töltik be az integrációs zóna határán. A dolgozat elemzései bizonyítani fogják, hogy minél inkább képes a szociális szakma azonosulni ezzel a szereppel, illetve központi jelentőségűvé válni ebben a kapuőri szerepben, és/vagy minél inkább képes saját gyakorlatának határait kitágítani, és a beilleszkedett népeesség számára preventív és rehabilitatív szolgáltatásokat nyújtani, annál nagyobb lehetősége van a szakmai státuszának javítására, erősítésére. És fordítva: minél erősebb a szakma professzionális státusza, annál inkább képesek lesznek a professzió képviselői kitágítani kompetenciakörüket a beilleszkedett állampolgárok számára nyújtott szolgáltatásokkal.

A szociális munkának *különböző felfogásai* alakultak ki az elmúlt száz éves története folyamán, és ezek választ jelentenek arra a helyzetre, hogy a szociális munka a jóléti professziók egyikeként az állam és állampolgár viszonyának közvetítőjévé vált. Ez a válasz tükröződik azokban a korábbi megállapításokban, melyek három fő funkciót kapcsolnak a professzióhoz. Ezek a *terápiás, a fenntartó és az emancipatorikus funkció* (Dominelli 1997).

- A *terápiás funkció* teljesítése során a szakember abból indul ki, hogy a szolgáltatás felhasználója által tapasztalt szociális problémák kialakulásában elsődlegesen maga a kliens működött közre, a változtatási erőfeszítések ezért elsődlegesen rá irányulnak. A szociális munkás e felfogás alapján tevékenységét politikamentesnek, a politikai téren kívülinek és a személyes szférában zajlónak tekinti. Ha a tevékenység mégis közvetít politikai szempontból releváns mondanivalót, akkor az alapvetően konzervatív, a státus quo szempontjából támogató tartalmú, ezt azonban a segítő folyamat során nem

tematizálják. A funkció teljesítéséhez kapcsolódó professzionalizmus-modell a technikai-szakértői, hiszen a gyakorlati problémák (empirista) elméleti és technikai kérdésként jelennek meg. Az értékvonatkozásokat, melyek a gyakorlati problémákat szélesebb társadalmi összefüggéseikhez kötnék, a tudást érintő kérdésektől szigorúan elválasztják. Így tekinthetik az elméleti és technikai kérdéseket értékmentesnek, illetve racionálisnak. A tudásalap tekintetében a pszichológiai elméleteknek és terápiás/tanácsadási technikáknak lesz központi jelentősége az e funkció alapján dolgozó szociális munkások számára. Ez azt is jelenti, hogy kerülni fogják azokat a gyakorlati területeket, melyeken a klientúra „nem alkalmas” az ilyesféle munkára.

- A *fenntartó funkció* teljesítése során a szakember abból indul ki, hogy a társadalmi harmóniát kell szolgálnia, melyhez viszonyítva a mindennapi munkában tapasztalt szociális problémák veszélyt hordoznak a társadalom egésze szempontjából. Ezért feladata elsődlegesen e problémák kontrollálása és a társadalom számára veszélyes következmények elhárítása. A szociális munkás tevékenységét ebben a megközelítésben nem tekintik eleve politikamentesnek, bár elképzelhető, hogy a politikai jelentőséget nem tematizálják. A szociális munka e felfogás alapján „belesimul” az adott rendszer kereteibe, elfogadja az állam által kínált eszközszerepet. Ennek az önértelmezésnek az alapján a szociális munkás számára az állam és állampolgár közötti konfliktus esetén a viszonyítási pontot az állam elvárásai jelentik. A professzionalizmus-modellek közül ehhez a felfogáshoz is a technikai-szakértői modell áll közelebb, de a minőségbiztosítás („az eszköz finomítása”) igénye miatt felhasználhatják a professzionalizmus újabb mintáit is, amennyiben azok nincsenek ellentétben a vállalt funkcióval. A gyakorlati terület ez esetben lényegesen szélesebb, mint a terápiás funkció elsődlegességét valló szociális munkások esetében, mivel éppúgy tarthatják központi jelentőségűnek a társadalmi változás, mint az individuális változás elősegítését. A gyakorlati területbe a preventív és rehabilitatív szolgálatok is beletartoznak, ami a módszertani repertoárt is szélesebbé teszi az előző funkcióhoz kötődőnél. Az értékrendet nem tekintik okvetlenül külön kezelendőnek a tudással kapcsolatos kérdésektől, ezért ennek a funkciónak a teljesítése során lehetséges a morális alapállás (például a karitás) hangsúlyozása. A tudásalap nagyon széles, és nincsenek kitüntetett tudásterületek.
- Az *emancipatorikus funkció* teljesítése során a szakember abból indul ki, hogy a szolgáltatás felhasználói körében tapasztalható problémák a társadalom hatalmi egyenlőtlenségeiből fakadnak, ugyanis a strukturális viszonyok a társadalom bizonyos csoportjai számára nem teszik lehetővé saját érdekeik hatékony megformálását és érvényesítését. Ezért a szakember feladata, hogy ezt a hatalmi egyenlőtlenséget

igyekezzen munkája során a szolgáltatás felhasználóival és főleg csoportjaikkal és közösségeikkel együtt csökkenteni, elősegíteni a társadalmi kirekesztettség megszüntetését. A szociális munkás munkája során feladatának tekinti a közvetítést az állam és polgárai között. Másrészt feltételezi, hogy konfliktus van közöttük, melynek tétje az állampolgárok jogainak érvényesülése, és ezt tekinti munkája fókuszának. A gyakorlat lényege ez esetben a folyamatos társadalom- és szakmai kritika, valamint a társadalmi változás elősegítése, ami lehetővé teszi, hogy ebben a felfogásban erős kutatási potenciál jellemezze a szociális munkát. E funkció teljesítése közben a szociális munkások előnyben részesítik a csoportos és közösségi munkaformákat, a szolgáltatásokat is igyekeznek a felhasználók életterében megszervezni. Emiatt a hagyományos technikai-szakértői modell elemeit csak kritikával fogadják el, és a professzionalizmus új mintái után kutatnak, amelyek a – felfogás erősségét jelentő – reflexiót állítják a szakmai gyakorlat középpontjába. Az e felfogásban végzett munkában központi jelentőségűnek tekintik a társadalom makro- és mikrotörténeit értelmező elméleteket, elsődlegesen a szociológiát, de nagy hangsúlyt tesznek a jogi és közgazdaságtani ismeretekre is. A pszichológiai elméleteknek annyiban adnak súlyt a tudásalapban, amennyiben fontosnak tartják a kapcsolati jelenségek értelmezésében, de a mentálhigiénés munkát nem tekintik a szociális munkások központi feladatának. Az értékrend kérdéseit nem tartják a tudástól külön kezelendőnek, sőt az értékvonatkozások a gyakorlat és a kutatás középpontjában állnak. A technikákat is a vezérlő értékrend mentén vizsgálják.

A három professzió-felfogás mindegyike megtalálható bármely szociális munkás szakmában, de a feltételek különbözősége miatt általában valamelyik prioritást élvez, ahogy a dolgozat elemzéseiből látni fogjuk. A professzionalizmus mintái és a szakma önértelmezésének lehetőségei olyan egymással összefüggő készletek, amelyek közül – éppúgy, mint elődeinknek és kortárs kollégáinknak – nekünk is választanunk kell, amikor oktatóként, gyakorló szakemberként, szolgáltatásfejlesztőként, a szakmapolitika formálójaként belépünk arra a területre, amelyet világszerte szociális munkának neveznek.

Felhasznált irodalom

Allport, Gordon W. (1977): Az előítélet. Gondolat Kiadó., Budapest.

Arendt, Hannah (1999): Eichmann Jeruzsálemben. Osiris, Budapest.

- Aronson, Elliot (1978): A társas lény. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Bailey, Roy – Brake, Mike [szerk.] (1975): Radical Social Work. Edward Arnold, London.
- Baldwin, Peter (1990): The Politics of Social Solidarity. Class Bases of Welfare State, 1875–1975. Cambridge University Press, Cambridge.
- Bartlett, Harriett M (1970): The Common Base of Social Work Practice. NASW, New York.
- Berend T. Iván (1995): Átalakulás a világgazdaság perifériáin. Esély, 1995, 5. sz., 24–41. o.
- Bixby, Ann Kallmann (1996): Public Social Welfare Expenditures. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1992-1997. o.
- Bombyk, Marti (1996): Progressive Social Work. In: Edwards és mts. [szerk.]: Encyclopedia of Social Work. NASW, Maryland, 1933–1942. o.
- Bourdieu, Pierre (1998): A neoliberalizmus lényege. Esély, 1998, 6. sz., 3–8. o.
- Briggs, Asa (1991): A jóléti állam történeti perspektívában. In: Ferge Zsuzsa – Lévai Katalin [szerk.]: A jóléti állam. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 223–238. o.
- Buda Béla (1994): Szociális munka az egészségügyben. In: Csató Zsuzsa [szerk.]: Szociális munka és egészségügy. Találkozási pontok. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest, 9–16. o.
- Castel, Robert (1993): A nélkülözéstől a kivetettségig - a "kiilleszkedés" pokoljárása. Esély, 1993, 3. sz., 3–23. o.
- Castel, Robert (1998): A szociális kérdés alakváltozásai. A Szociálpolitikai Értesítő Könyvtára, Kávé Kiadó, Budapest.
- Cloward, Richard A. – Piven, Frances Fox (1991): A szakbürokráciák – a juttatási rendszerek mint befolyásrendszerek. In: Ferge Zsuzsa – Lévai Katalin [szerk.]: A jóléti állam. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 166–182. o.
- Compton, Beulah Roberts – Galaway, Burt (1994): Az elméleti tudás a szociális munka gyakorlatában.. In: Hegyesi Gábor - Talyigás Katalin [szerk.]: A szociális munka elmélete és gyakorlata, 1. kötet, Általános szociális munka. Semmelweis Kiadó, 117–137. o.

- Cseri Péter (2000): A nonprofit szektor jóléti szolgáltatásainak minőségügyi kérdése öt európai országban. (Svédország, Nagy-Britannia, Hollandia, Németország, Olaszország). In: Hegyesi Gábor és Talyigás Katalin [szerk.]: Szakmai szttenderdek a humán szolgáltatások területén. Zárókötet és országtanulmányok. Nonprofit Humán Szolgáltatók Országos Szövetsége, Budapest.
- Dominelli, Lena (1997): *Sociology for Social Work*. Macmillan Press Ltd., London.
- Esping-Andersen, Gösta (1994): *After the Golden Age: The Future of the Welfare State in the New Global Order*. Occasional Paper No.7. World Summit for Social Development. United Nations Research Institute for Social Development. www.unrisd.org.
- Esping-Andersen, Gösta (1991): Mi a jóléti állam? In: Ferge Zsuzsa – Lévai Katalin [szerk.]: *A jóléti állam*. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 116–134. o.
- Európa Tanács (2001): *Az Európa Tanács ajánlása a szociális munkásokról*. Háló, 2002. január, 11–13. o.
- Ferge Zsuzsa (2000): *Elszabaduló egyenlőtlenségek*. A Szociális Szakképzés Könyvtára. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest.
- Fromm, Erich (1993): *Menekülés a szabadság elől*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Frumkin, Michael – Lloyd, Gary A. (1996): *Social Work Education*. In: Edwards és mts. [szerk.]: *Encyclopedia of Social Work*. NASW, Maryland, 2238–2247. o.
- Gans, Herbert J. (1992): *Mire szolgálnak az érdemtelen szegények?* *Esély*, 1992, 3. sz., 3–17.o.
- Germain, Carel B. – Gitterman, Alex (1987): *The Life Model Approach to Social Work Practice Revisited*. In: Francis J. Turner [szerk.]: *Social Work Treatment. Interlocking Approaches*. The Free Press, New York, 618–644. o.
- Gibelman, Margaret (1996): *Purchasing Social Services*. In: Edwards és mts. [szerk.]: *Encyclopedia of Social Work*. NASW, Maryland, 1996, 1998–2007. o.
- Giddens, Anthony (1991): *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Polity Press, Cambridge, UK.
- Glennerster, Howard (1991): *Ár ellen: a szociálpolitika kilátásai*. In: Ferge Zsuzsa – Lévai Katalin [szerk.]: *A jóléti állam*. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 98–115. o.

- Goffmann, Erwing (1981): A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Gondolat, Budapest.
- Habermas, Jürgen – Lyotard, Jean-Francois – Rorty, Richard (1993): A posztmodern állapot. Századvég Kiadó, Budapest.
- Hobsbawm, Eric (1998): Szélsőségek kora. Pannonica, Budapest.
- Hopps, June Gary – Morris, Robert (2000) [szerk.]: Social Work at the Millenium. Critical Reflectionson the Future of the Profession. The Free Press, New York.
- Illich, Ivan (1977): Disabling Professionals. Marian Boyars, London.
- International Federation of Social Workers – IFSW (2000): A szociális munka új definíciója. Háló, 2000, november, 4–5. o.
- Johnson, Norman (1996): A konzervatív szociálpolitika céljai. In: Bujalos István – Nyilas Mihály [szerk.]: Az új jobboldal és a jóléti állam. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest, 283–312. o.
- Jones, Sandra – Joss, Richard (1995): Models of Professionalism. In: Yelloly, Margaret - Henkel, Mary [szerk.]: Learning and Teaching in Social Work. Towards Reflective Practice. Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pennsylvania, 15–33. o.
- Jordan, Bill (1984): Invitation to Social Work. Oxford, Martin Robertson. [Magyarul: 1992a: Esély, 1992. 3. sz, 120–129. o.; 1992b: Esély, 1992. 4. sz., 107–120.o.; 1992c: Esély, 1992. 6. sz., 61–71.o.; 1993a: Esély, 1993. 2. sz., 68–87.o.; 1993b: Esély, 1993. 4. sz., 74-92.o.; 1994: Esély, 1994. 1.sz., 64–76.o.]
- Jordan, Bill – Jordan, Charlie (2000): Social Work and the Third Way. Tough Love as Social Policy. Sage Publications, London.
- Kerezsi Klára (1996a): Gyermek, család, társadalom. In: Szilvási Léna [szerk.]: Gyermek – Család – Társadalom. Szociális munka gyermekes családokkal. A szociális szakképzés könyvtára. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest, 25–55. o.
- Kozma Judit (2001): Szociális diagnózis. Esély, 2001, 3. sz., 61–94. o.
- Lafore, Robert (1993): Az RMI – hármas kihívás. Esély, 1993, 3. sz., 24–49. o.

- Langan, Mary (1998): *Radical Social Work*. In: Adams, Robert – Dominelli, Lena – Payne, Malcolm [szerk.]: *Social Work – Themes, Issues and Critical Debates*. Macmillan, London, 207–217. o.
- Le Grand, Julien (1996): A jóléti állam jövője. In: Bujalos István – Nyilas Mihály [szerk.]: *Az új jobboldal és a jóléti állam*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest, 313–326. o.
- Lorenz, Walter (2001): *Social Work Responses to “New Labour” in Continental European Countries*. *British Journal of Social Work*, 31. évfolyam, 4.sz., 595–609. o.
- Lorenz, Walter (1994): *Social Work in a Changing Europe*. Routledge, London.
- Makara Péter (1994): Váltás a modern egészségügyi gondolkodásban. In: Csató Zsuzsa [szerk.]: *Szociális munka és egészségügy. Találkozási pontok*. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest, 42–57. o.
- Marshall, T. H. (1991): Az állampolgáriság fejlődése a 19. század végéig. In: Ferge Zsuzsa – Lévai Katalin [szerk.]: *A jóléti állam*. Az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft. kiadványa, Budapest, 50–58. o.
- Martin, Hans-Peter – Schumann, Harald (1998): *A globalizáció csapdája. Támadás a demokrácia ellen*. Perfekt Kiadó, Budapest.
- Meinert, Roland – Pardeck, John T. – Kreuger, Larry (2000): *Social Work. Seeking Relevancy in the Twenty-First Century*. The Haworth Press, New York, London, Oxford.
- Mishra, Ramesh (1996): A jóléti állam a “válság” után. In: Bujalos István – Nyilas Mihály [szerk.]: *Az új jobboldal és a jóléti állam*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest, 257–282. o.
- Munday, Brian (1996): *Social Care in the Member States of the European Union. Contexts and Overview*. In: Munday, Brian – Ely, Peter [szerk.]: *Social Care in Europe*. Prentice Hall-Harvester Wheatsheaf, London, 21–66. o.
- Myles, John (1996): Hanyatlás vagy holtpont? In: Bujalos István – Nyilas Mihály [szerk.]: *Az új jobboldal és a jóléti állam*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest, 357–396. o.

NASW (1973): Standards for Social Service Manpower. Washington.

Nyilas Mihály (1995): Mi történt a svéd modellel? *Esély*, 1995, 6. sz., 63–83. o.

Offe, Claus (1991): A szociális állam és a foglalkoztatási válság: a biztosítás biztosításának problémái. In: Ferge Zsuzsa – Lévai Katalin [szerk.]: *A jóléti állam*. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 135-149.o.

Parton, Nigel – O’Byrne, Patrick (2000): *Constructive Social Work. Towards a New Practice*. Palgrave, Houndmills, Basingstoke – New York.

Pearson, Christopher (1996): Az átalakult jóléti államok: A szociáldemokrácia előtt álló kihívás. In: Bujalos István – Nyilas Mihály [szerk.]: *Az új jobboldal és a jóléti állam*. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület és az ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke, Budapest, 430–469. o.

Pincus, Allen – Minahan, Anne (1973): *Social Work Practice: Model and Method*. F. E. Peacock Publishers, Itasca, Ill.

Piven, Frances Fox – Cloward, Richard A. (1971): *Regulating the Poor*. Vintage Books, New York.

Pokol Béla (1991): *A professzionális intézményrendszerek elmélete. A felsősoktatás nemzetközivé válásának vizsgálata*. Felsőoktatási Koordinációs Iroda, Budapest.

Schön, Donald A. (1992): The Crisis of Professional Knowledge and the Pursuit of an Epistemology of Practice. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 6, No 1, 49–63. o.

Schön, Donald A. (1991): *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey-Bass Publisher, San Francisco és Oxford.

Schwarz, Peter (1999): Britain's Blair and Germany's Schröder Present a Joint Programme: "The Third Way/Neue Mitte". *World Socialist Web Site*, www.wsws.org/articles/1999/jun1999/thrd-j17_prn.shtml.

Segelman, R. – Marsland, D. (1991): A bölcsőtől a sírig. In: Ferge Zsuzsa - Lévai Katalin [szerk.]: *A jóléti állam*. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 150–165. o.

Sinfield, Adrian (1999): Társadalmi védelem kontra adótámogatás. *Esély*, 1. sz., 3–25. o.

- Socialstyrelsen (1999): Social Services in Sweden. Needs – Interventions – Developments. www.sos.se/fultext/0077-01810077-018.pdf
- Swaan, Abram de (1988): In Care of the State: Health Care, Education and Welfare in Europe and the USA in the Modern Era. Polity Press/Oxford University Press, New York.
- Tanner, Michael (2001): Clinton Wanted Social Security Privatized. Cato Institute, www.cato.org/dailys/07-13-01.html.
- Taylor-Gooby, Peter (1995a): A posztmodernizmus és a szociálpolitika: Nagy ugrás visszafelé? Esély, 2. sz., 3–20. o.
- Taylor-Gooby, Peter (1995b): European Welfare Futures. The Views of Key Influentials in Six European Countries on Likely Developments in Social Policy. In: Taylor-Gooby, Peter – George, V. [szerk.]: European Welfare Policy – Squaring the Welfare Circle. Macmillan, London.
- Tittmus, R. M. (1991a): A jólét társadalmi elosztása: reflexiók a méltányosság kereséséről. In: Ferge Zsuzsa - Lévai Katalin [szerk.]: A jóléti állam. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 86–97. o.
- Tittmus, R. M. (1991b): Szociálpolitika és gazdasági haladás. In: Ferge Zsuzsa - Lévai Katalin [szerk.]: A jóléti állam. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és a T-Twins Kiadói és Tipográfiai Kft., Budapest, 239–249. o.
- United Nations (1951): Report of the Social Commission Economic and Social Council of Official Records. New York.
- United Nations (1959): Training for Social Work. Third International Survey. United Nations Publications, No. 59, IV. l., New York.
- Wallerstein, Immanuel (1996): A társadalomtudomány és a mai társadalom - a racionalitás eltűnő garanciái. Esély, 1996, 6. sz., 3–19. o.

Ifjúság2004

A kutatás egyes részeredményei

Bevezetés

Az Ifjúság2004 vizsgálat immár a második olyan kísérlet – a rendszerváltás folyamatának kezdete óta –, amely megpróbálja a társadalomtudomány, a szociológia eszközeivel leírni azokat a társadalmi, gazdasági átalakulásoknak (is) köszönhető változásokat és jellegzetességeket, amelyek a generációs újratermelődés folyamataiban végbemennek.

A megismételt ifjúságkutatás egyik célja annak rögzítése, hogy az előző (2000-ben végzett) felvételhez képest mennyiben, milyen módon változtak az ifjúsági korosztályok iskoláztatását, elhelyezkedését, karrierjét, önállósodását és boldogulási esélyeit befolyásoló társadalmi tényezők, továbbá, hogy ezek a hatások hogyan tükröződnek a fiatalok életmódjában, szabadidős tevékenységében, kulturális fogyasztásában.

A kutatás célja, hogy

- a magyarországi fiatalok anyagi és kulturális erőforrásairól, életmódjáról és értékrendszeréről horizontálisan és vertikálisan is képet kapjunk;
- hazánk statisztikai-gazdasági régióiról, a vizsgált dimenziók mentén, összehasonlító adatokkal rendelkezünk mind a korábbi magyarországi kutatások, mind az Európai Unió vonatkozásában;
- Magyarország polgárai, döntéshozói, szervezetei, kutatóműhelyei számára összehasonlító adatokkal szolgáljunk;
- mind módszertani (empirikus szociológia), mind tartalmi (vizsgált dimenziók) szempontból lehetőséget adjunk a későbbi összehasonlításokra, illetve a helyi, megyei, regionális kutatásokra, gyakorlati használatban való alkalmazásokra (pl.: ifjúsági koncepciók kidolgozására).

A kutatás megrendelője a Miniszterelnöki Hivatal és az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium volt. A kutatást Bauer Béla szociológus vezette.

A következőkben a kutatás néhány – szubjektíven fontosnak ítélt – eredményét mutatjuk be áttekintő módon, elsőként pedig ismertetjük a mintavételi eljárást.

Az Ifjúság2004 kutatás mintája

Az Ifjúság2004 kutatáshoz egy 8000 fős (*két 4000 fős*) országos, a 15–29 éves korosztályt reprezentáló mintát készítettünk. Így a vizsgálat a négy évvel ezelőtti Ifjúság2000 kutatással összehasonlítható, hiszen akkor is 8000 15–29 éves korú fiatalot kerestünk meg az országosan reprezentatív minta alapján. A mintának területileg, településtípusonként, korcsoportok és nemek szerint kellett tükröznie a vizsgált népességet, de a kutatást régiók szerinti elemzésre is felhasználjuk, ezért különös hangsúlyt fektettünk arra, hogy Magyarország hét régiója szerint is reprezentatív legyen az adatfelvétel. A mintavételt úgy terveztük meg, hogy korlátozott mértékben – az elemszámok figyelembevételével – megyei szintű elemzéseket is lehessen végezni. Ennek érdekében a rétegződési szempontot a megyei bontásnál részletesebbre választottuk, és a területi mintavételi tervezési alapegységnek a statisztikai kistérséget tekintettük. A kérdőív terjedelme miatt az eredeti 8000 fős mintát két *független* 4000-es almintára kellett bontani, ezt a szétbontást a területi és településtípus szerinti arányok megtartása mellett véletlenszerű kiválasztással készítettük el.

Demográfia és családi viszonyok

Családi állapot

Az Ifjúság2000 vizsgálat jelezte azt a demográfusok, ifjúságszociológusok számára már korábban nyilvánvalóvá vált folyamatot, hogy az ifjúsági korosztály egyik legfontosabb jellemvonása a tanulásban töltött idő megnövekedése, valamint az első munkába állás időpontjának kitolódása, amely késlelteti a tartós partnerkapcsolatok kialakítását és a családalapítást az egyéni életutakon belül. A formális házassági kapcsolatok visszaszorulnak, emellett a kevesebb kötöttséggel, de –véltetően – ugyanolyan érzelmi intenzitással rendelkező élettársi kapcsolatok válnak gyakoribbá.

Négy év elteltével a tendencia további kikristályosodását rögzíthetjük. 2004-ben a 15–29 éves korosztály közel héttizede nőtlen vagy hajadon, 17 százalékuk él házastársi és 14 százalékuk élettársi kapcsolatban. Az Ifjúság2000 adataihoz képest a nőtlenek/hajadonok arányában lényeges változás nem történt, azonban a tartós kapcsolatban élők összetétele lényegesen megváltozott: 5 százalékponttal csökkent a házastársi kapcsolatot felvállalók, ezzel párhuzamosan ugyanakkor mintegy 7 százalékponttal nőtt az élettársi viszonyban élők aránya. A házasságkötések aránya tehát kétségtelenül csökkent, de ez nem jelenti a tartós kapcsolatok hiányát. Sokkal inkább a tartós párkapcsolatban való együttélés formájának megváltozásáról beszélhetünk.

*1. ábra**A fiatalok családi állapot szerinti megoszlása (százalék)***Gyermekvállalás**

A mintába került fiatalok egyötödének van már saját gyermeke. 2000-hez képest három százalékpontos csökkenést regisztrált az adatfelvétel e tárgyban. A csökkenés abból adódik, hogy kevesebben vállaltak egy, illetve két gyermeket, miközben a három és több gyermekesek aránya lényegében nem változott. A gyermekek kétharmada házastársi kapcsolatban, egynegyede élettársi kapcsolatban élő szülőkkel nevelkedik, míg 11 százalékukat egyedülálló szülő neveli.

2. ábra***Hány gyermeke van? 2000-ben és 2004-ben (százalék)*****Oktatási helyzet*****Az iskolázás expanziója***

A 15–29 éves fiatalok élethelyzetének jelentős fejleménye, hogy az elmúlt néhány esztendőben tovább folytatódott az oktatás korábban kibontakozott expanziója. A fiatalok egyre növekvő arányban, egyre hosszabb ideig vesznek részt az iskolai képzésben. Az elmúlt négy esztendőben mintegy 6 százalékkal nőtt a 15–29 éves korcsoport részvétele az iskolai képzésekben. A 2004. évi

nagymintás felvétel eredményei alapján megállapítható, hogy az expanzió az utóbbi években elsősorban a 25–29 évesek korcsoportját érintette. 2000-ben 34, 2004-ben 40 százaléka járt iskolába a teljes sokaságnak.

1. táblázat

*Az iskolai képzésben részt vevő 15–29 évesek aránya 2000-ben, illetve 2004-ben
(életkori csoportok szerint, százalékos megoszlásban)*

Életkori csoportok	Ifjúság2000	Ifjúság2004
15–19 éves	81	81
20–24 éves	24	38
25–29 éves	4	12

A legfiatalabb korcsoportban, tehát a középiskolás korúak körében, az utóbbi néhány esztendőben már nem növekedett az iskolai oktatásban részt vevők aránya. Az adatok arra utalnak, hogy hazánkban már lezajlott a középiskolai oktatás expanziója, ugyanakkor arra is, hogy a felsőfokú képzésben változatlanul erőteljes expanzió zajlik. Ennek lendületét jól érzékelteti az, hogy a 20–24 évesek körében négy esztendő alatt 14 százalékponttal nőtt az iskolai tanulmányokat folytatók aránya.

Az adatokból látható, hogy a középfokú továbbtanulás szerkezetében nem figyelhető meg számottevő változás. A szakmunkásszükséglet erőteljes propagálásának hatására, úgy tűnik, megállt a szakmunkásképzésben tanulók régóta tartó aránycsökkenése. A néhány százalékos növekedés azonban egyelőre nem jelez trendváltást. A szakközépiskolai-technikumi képzés változatlanul vonzó, míg a gimnáziumokban a továbbtanulók aránya az utóbbi években már kissé csökkent.

2. táblázat

*Az iskolarendszerben tanulók százalékos megoszlása iskolatípusok szerint
2000-ben, illetve 2004-ben*

Iskolatípusok	Ifjúság2000	Ifjúság2004
Szaktanulmányi, szakiskola	11	13
Szakközépiskola, technikum	27	27
Gimnázium	25	22
Főiskola	19	23

Egyetem	15	15
Egyéb	3	-

Gazdasági aktivitás és jövedelem

A 15–29 éves fiatalokat gazdasági aktivitás/inaktivitás szempontjából nem egyszerű kategóriákba sorolni. Ennek egyik oka az, hogy a fiatalok egy nem jelentéktelen része – alkalmazkodván a mai viszonyokhoz – egyidejűleg különböző tevékenységeket folytat, például a tanulás mellett dolgozik, vagy fordítva. Nem egyszerű eldönteni, hogy mit is tekintünk főtevékenységnek, és mit melléktevékenységnek. Tekintettel a dolgozó–tanuló ifjúsági csoport markáns társadalmi jelenlétére, úgy döntöttünk, hogy őket önállóan kezeljük, és tevékenységeik alapján az „aktív és tanul” elnevezést adtuk nekik. E köztes kategória kialakításával a fiatalokat első megközelítésben az alábbi csoportokba soroltuk: „foglalkoztatott” mintegy kétötödük, „tanul” szintén mintegy kétötödük (38 százalék), „aktív és tanul” 5, „munkanélküli” 7 százalékuk, „gazdaságilag inaktív” egytizedük.

Munkavállalás

A 15–29 éves fiatalok kétötöde volt „foglalkoztatott” a vizsgálat idején (39 százalék), ugyanakkor további 5 százalékuk egyszerre dolgozik és tanul. Ennél természetesen jóval többen léptek már ki a munkaerőpiacra, azonban azt rövidebb-hosszabb idő után önként (pl. továbbtanultak) vagy kényszerből (pl. munkanélküliek lettek) elhagyták. A munkaerőpiacról történt kiszorulásra utal, hogy a jelenleg „háztartásbeliek” közel háromötöde, a „gyesen, gyeden lévők” mintegy háromnegyede, a „járadék nélküli munkanélküliek” több mint a fele három hónapnál hosszabb időt töltött el a munkaerőpiacon.

A „foglalkoztatottak” durván a két legidősebb korcsoport között oszlanak meg, vagyis kétharmaduk a 25–29, és közel egyharmaduk a 20–24 évesek közül kerül ki, míg a 15–19 évesek aránya a dolgozók között összesen 2 százalék.

3. ábra**A 15–29 éves dolgozó fiatalok foglalkozási szerkezete
(nemek szerinti százalékos megoszlás)*****Munkanélküliség***

A munkanélküliség változatlanul a fiatalok legfőbb problémái közé tartozik. A megkérdezettek egyharmada jelezte, hogy eddigi, nem túl hosszú munkaerő-piaci „élete” során volt már munkanélküli. Az érintettek döntő többsége (28 százalék) regisztráltatta magát, egy kisebbsége (3 százalék) nem, egy további kisebbsége (3 százalék) pedig állítása szerint volt regisztrált és regisztrálatlan munkanélküli is. Bár a felsőfokú tanulmányokat végzők közt is találunk olyanokat, akiket érintett a munkanélküliség (5–10 százalék), a probléma igazán azoknál jelentkezett, akik nem tudtak vagy nem akartak hosszán az iskolarendszerben maradni. Így az „eltartottak és háztartásbeliek” harmada, vagy a „gyesen, gyeden” lévők kétötöde is beszámolt munkanélküli

állapotról. A foglalkoztatottak közt még a fentieknél is magasabb a munkanélküliség által érintettek aránya, hiszen közel ötven százalékuk (48 százalék) beszámolt ilyen élethelyzetről.

4. ábra

A foglalkoztatottak munkanélküliség szerinti megoszlása (százalék)

Jövedelmi viszonyok

A háztartás egy főre eső jövedelmének számításakor a továbbiakban az ekvivalencia jövedelemszámítási módszert használjuk.

3. táblázat

A háztartások egy fogyasztási egységre jutó átlagjövedelme, régiók szerint

Közigazgatási régiók	Egy fogyasztási egységre jutó havi nettó jövedelem (Ft)
Közép-Magyarország	79 119
Közép-Dunántúl	68 328
Nyugat-Dunántúl	69 268
Dél-Dunántúl	57 438
Észak-Magyarország	51 465
Észak-Alföld	54 078
Dél-Alföld	59 193
Átlagosan	63 753

Az egy fogyasztási egységre jutó havi nettó jövedelem átlagosan 63 753 Ft. Az eltartott és önálló háztartások között gyakorlatilag nincs különbség az egy főre jutó jövedelem tekintetében. Annál nagyobb különbségeket tapasztalhatunk a háztartás egy fogyasztási egységre jutó átlagjövedelmének regionális vizsgálatakor: Közép-Magyarország régióban az egy fogyasztási egységre jutó átlagjövedelem 79 119 Ft, az Észak-Magyarország régióban viszont csak 51 465 Ft.

Lakáshelyzet

A megkérdezett fiatalok kétharmada szüleivel él. Egyötödük él saját vagy házas-/élettársa lakásában, házában, a fennmaradó 14 százalék bérelt lakásban, kollégiumban, ismerősöknél lakik az év legnagyobb részében.

4. táblázat

Az év legnagyobb részében hol lakik Ön?
(érdemben válaszolók válaszainak megoszlása)

	Százalék
Szüleinél	65
Saját vagy házas-/élettársa lakásában, házában	20
Kollégiumban	3
Házastárs/élettárs szüleinél	3

Albérletben, többekkel együtt	3
Lakást bérel magánszemélytől	2
Rokonoknál, ismerősöknél	2
Lakást bérel önkormányzattól	1
Egyéb	1

Az anyagi helyzet szubjektív megítélése

A már felvázolt paramétereket – melyek részben determinálják az anyagi helyzetet, illetve részben magának az anyagi helyzetnek az okai – egy szubjektív helyzetértékelésben összegezzük. A szubjektív helyzetértékelés összefüggésben áll a valós anyagi helyzettel, annak percepcionalizálásával – vagyis azzal, hogy az objektív paraméterek által leírható anyagi helyzetüket hogyan élik meg a kérdezettek, hogyan ítélik meg a számukra adekvátként kezelt viszonyítási alaphoz mérten.

A 15–29 éves fiatalok közel fele (45 százalék) vélekedik úgy, hogy családjá anyagi helyzetét legjobban az a kijelentés fejezi ki, mely szerint „beosztással jól kijönnek” jövedelmeikből. A „gond nélkül élők” közé sorolta magát a fiatalok közel tizede (9 százalék).

Ez azt jelenti, hogy a 2000. évi vizsgálathoz képest a kiegyensúlyozott körülmények közt élők súlya megnőtt, hiszen a fiatalok némileg több mint a fele (54 százalék) vélekedik így, a másik fele viszont továbbra is az anyagi gondokkal küszködők közé tartozónak vallja magát. Vagyis egyharmaduk (34 százalék) gondolja azt, hogy családjá anyagi helyzetére a „jövedelmünkből éppen hogy kijövünk” minősítés illik, egytizedük, hogy „hónapról hónapra anyagi gondokkal” küszködnek, további két százalékuk pedig „nélkülözések közt élőknek” tartja önmagát.

5. ábra***A család anyagi helyzetének megítélése***

A fiatalok tapasztalatai szerint a családok ötödében (21 százalék) havi gyakorisággal fordul elő, hogy a hónap végére elfogy a pénz. További ötödében (19 százalék) ez a probléma két-hat havi gyakorisággal jelentkezik, a fiatalok 14 százaléka szerint ennél ritkábban, és a 15–29 évesek kevesebb mint a fele (46 százalék) számolt be arról, hogy családjuk nem szembesül ezzel a gonddal.

6. ábra

Milyen gyakran fordult elő az Önök háztartásában az elmúlt 12 hónapban, hogy a hónap végére elfogyott a pénzük? (a kérdésre adott válaszok megoszlása, százalék)

Az információs társadalom

Az Ifjúság2000 kutatás során a számítógép-használati szokásokat részletesebben feltérképeztük, az Ifjúság2004 kutatásban pedig a fő hangsúlyt az internethasználat mintázataira, illetve az internethasználat során tapasztalható eltérésekre helyeztük.

Számítógép-használat és –ellátottság**7. ábra*****Személyi számítógéppel való ellátottság a fiatalok háztartásaiban
2000-ben és 2004-ben (a válaszolók százalékában)***

2004-ben a fiatalok háztartásainak több mint felében (57 százalék) volt személyi számítógép. Különösen markáns változást tapasztaltunk az Ifjúság2000 adataihoz képest, hiszen 2000-ben a személyi számítógéppel ellátott háztartások aránya 29 százalék volt, azaz 4 év alatt közel a duplájára nőtt.

A fiatalok személyiszámítógép-használatában is – bár arányaiban nem olyan látványosan –

növekedés érezhető. 2000-ben a 15–29 évesek 46 százaléka használt személyi számítógépet, 2004-ben pedig összesen 70 százalékuk.

8. ábra

Használ-e számítógépet?

(a kérdésre válaszolók százalékában, 2000-ben és 2004-ben)

Internet-ellátottság és -használat

A fiatalok 59 százaléka legalább havonta egyszer szokott internetezni. A legmagasabb az internetező fiatalok aránya Közép-Magyarországon (70 százalék), a legalacsonyabb pedig az észak-keleti országrészben – Észak-Magyarország (51 százalék) és Észak-Alföldön (49 százalék). A településtípust vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy a budapesti fiatalok 74 százaléka használ internetet, míg a községekben élő fiataloknak csak a 47 százaléka.

9. ábra
Szokott-e internetezni?
(a kérdésre válaszolók százalékában)

Otthoni internet-hozzáférés a háztartások 24 százalékában van, ami erős emelkedést mutat a 2000-es adathoz képest, hiszen akkor a fiatalok háztartásainak 9 százalékában volt csupán internet. Közép-Magyarország régióban a háztartások 38 százaléka, Nyugat-Dunántúl régióban pedig a fiatalok 25 százaléka rendelkezik internet-hozzáféréssel. A fiatalok háztartásainak internet-ellátottsága szempontjából leszakadó régiónak Észak-Alföld tekinthető, ahol a háztartásoknak összesen 16 százaléka rendelkezik csak internet-kapcsolattal.

10. ábra

***Rendelkezik-e a háztartás internet-kapcsolattal?
(a kérdésre válaszolók százalékában, 2000-ben és 2004-ben)***

A 15–29 éves korosztály életmódjának néhány jellemző vonása***Dohányzás***

A vizsgált korosztály egészének mintegy négytizede állítja, hogy legalább alkalmanként dohányzik. A megkérdezettek mintegy harmada soha nem gyújtott még rá, 27 százalékuk pedig jelenleg nem dohányzik. A dohányzó fiatalok döntő többsége, négyötöde naponta, 12 százaléka pedig hetente legalább egyszer cigarettázik. A dohányosok 8 százaléka tekinthető alkalmi dohányosnak. Így a 15–29 éves korosztály egészére vetítve mintegy 37 százalék az aktívan cigarettázók aránya.

2000-hez képest lényeges, alapvető változás nem történt a fiatalok dohányzási szokásaiban, bár kétségtelenül emelkedett a naponta dohányzók, és ezzel párhuzamosan csökkent a dohánytermékeket nem fogyasztók aránya.

Az első dohányos élmény többnyire az általános iskola utolsó osztályaihoz és a középiskola első éveire kötődik. Már 14 és 16 éves kora között kipróbálta a cigarettát a kérdésre válaszolók több mint a fele. Az adatok azt mutatják, hogy aki 20 éves koráig nem gyújt rá próbaképpen sem, nagy valószínűséggel nem lesz aktív dohányos. A rendszeresen füstölők naponta átlagosan 13-14 szál cigarettát szívnak el.

Négy év elteltével – 2000-hez hasonlóan – a naponta dohányzók között jelentős túlsúlyban találhatók a férfi megkérdezettek. A 15–29 éves férfiak 37 százaléka, míg a nők valamivel több mint egynegyede napi gyakorisággal szív cigarettát. Saját bevallásuk szerint a férfiak 55 százaléka, míg a nők több mint kétharmada nem dohányzik. A négy évvel korábbi adatokhoz képest ebben az esetben is 2–3 százalékpontos változást rögzíthetünk. A nőknél három, míg a férfiaknál két százalékponttal növekedett a naponta dohányzók aránya.

11. ábra

***Szokott-e – akár csak alkalmanként is – dohányozni?
(a kérdésre válaszolók százalékában)***

A 15–29 éves korosztály esetében a dohányzás intenzitása jelentősen függ az életkortól, azonban az összefüggés nem lineáris. A legalsó életkori csoportban a naponta dohányzók aránya 21 százalék, míg a legaktívabb dohányosok a 20–24 évesek. Körükben a napi rendszerességgel rágyújtók aránya eléri a 37 százalékot. 24 év felett némileg csökken az aktív dohányosok aránya. Ezzel párhuzamosan az iskolai végzettség emelkedésével csökken a dohányosok hányada. A diplomások közel háromnegyede nem dohányzik, míg a szakmunkásoknak a fele tartozik a dohányzást elutasítók táborába. A szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkezők körében a legmagasabb (45 százalék) a naponta dohányzók aránya; míg a felsőfokú végzettségűeknél a legalacsonyabb (16 százalék).

Alkoholfogyasztás

A 15–29 éves korosztály 59 százaléka állítja, hogy az elmúlt egy évben soha nem, vagy csak nagyon ritkán fogyasztott alkoholt. Mintegy két százaléuk azonban napi, további 13 százaléuk heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt. Hasonlóan a dohányzáshoz, az alkoholfogyasztás tekintetében is eltér a férfi és a női megkérdezettek magatartása. A férfiak közel egynegyede, míg a nők hat százaléka szokott saját bevallása szerint legalább heti gyakorisággal szeszes italt fogyasztani.

A háttérváltozókat elemezve, több fontos megállapítást tehetünk. Az alkoholfogyasztás hosszú távú negatív következményei leginkább azoknál jelentkezhetnek, akik napi vagy heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt. A legveszélyeztetettebbek e téren is a szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkezők, hiszen csaknem egyötödük hetente legalább egyszer, de inkább többször alkoholizál. A dohányzással ellentétben a diplomások az alkoholfogyasztás tekintetében élen járóknak tekinthetők, hiszen 18 százaléuk iszik legalább heti gyakorisággal szeszes italt.

Hasonló jellegzetességek érhetők tetten a községekben és a fővárosban lakók összehasonlításában. A községekben élő 15–29 évesek valamivel több mint egytizede, míg a budapestiek közel kéttizede fogyaszt heti rendszerességgel szeszes italt. Véleményünk szerint a fenti adatok arra utalnak, hogy a különbség nem a fogyasztás gyakoriságában érhető tetten leginkább, hanem az elfogyasztott termék minőségében.

12. ábra

***Milyen gyakran fogyasztott alkoholt az elmúlt évben?
(a kérdésre válaszolók százalékában)***

* mindennap vagy majdnem mindennap

13. ábra

***Milyen gyakran fordult elő az elmúlt egy évben, hogy erősen ittas állapotba került?
(az alkoholt fogyasztottak körében, százalék)***

Saját bevallása szerint minden harmadik olyan fiatallal, aki az elmúlt egy évben fogyasztott szeszes italt, megesett, hogy a kelleténél többet ivott, és emiatt erősen ittas állapotba került. Szocio-demográfiai dimenziók szerint jól elkülöníthetők a leginkább veszélyeztetett csoportok: mindenekelőtt a szakmunkások, akiknek majd 40 százaléka volt erősen ittas az elmúlt egy évben. Hasonló adatok rögzíthetők a munkanélküliek esetében is. A veszélyeztetettek közé sorolhatók a városi – de nem a fővárosi – férfiak, akik az átlaghoz képest nagyobb valószínűséggel voltak illumináltak, mint a községekben élő és fővárosi társaik.

A részegséget az alkoholt fogyasztó fiatalok döntő többsége – saját bevallása szerint – csak nagyon ritkán, egy-egy alkalommal élte át. Alig három százalékuk számol be arról, hogy az erősen ittas állapot heti gyakorisággal ismétlődik, míg havi rendszerességgel 8 százalékuk éli át ezt a hatást. A férfiak és a nők tekintetében óriási különbség mutatható ki. A nőknek több mint 80 százaléka, míg a férfiaknak 65 százaléka legfeljebb egy-két alkalommal volt részeg az elmúlt egy évben.

Ha azokat a csoportokat keressük, amelyek az alkoholproblémák tekintetében – minden szempontot figyelembe véve – a legveszélyeztetettebbek, kétséget kizárólag az alacsony iskolázottságú szülők legfeljebb szakmunkás végzettséggel rendelkező fiai sorolhatók ide.

Drogkipróbálás, droghasználat

Egy úgynevezett önkítöltős, borítékos kérdésre a 4000 megkérdezett mintegy ötöde jelezte, hogy valaha kipróbált vagy használ/használt valamilyen drogot. Ezen belül a drogkipróbálók aránya 11, míg a droghasználóké 12 százalék. Azt, hogy társadalmi szinten is komoly problémáról beszélhetünk, jelzi az is, hogy a válaszolók 43 százalékának ismerősi, baráti körében volt már olyan személy, aki használt vagy jelenleg is használ valamilyen kábítószerfajtát.

Sajnos az Ifjúság2000 és az Ifjúság2004 kutatás droghasználattal kapcsolatos adatainak összehasonlítása módszertani okok miatt nem lehetséges. Egyrészt, mert az Ifjúság2004-ben az önkítöltős, borítékos, azaz a kérdezőbiztos előtt rejtett válasz adásának lehetőségével éltünk, ami segíthette az őszinte válaszadást, másrészt, mert az Ifjúság2000-ben nem kérdeztünk rá a droghasználatra, csak a drogkipróbálásra. Ez a különbség mindenképpen megnehezíti a két adat összehasonlítását a Gyorsjelentésben.

14. ábra
Kipróbált-e Ön már valamilyen drogot?
(a kérdésre válaszolók százalékában)

A drogkipróbálók körében a férfiak továbbra is nagyobb arányban mutathatók ki, de a kiegyenlítődés már tetten érhető, amit jelez, hogy a droghasználat tekintetében a fiatal nők erőteljesen „emancipálódtak”.

Saját bevallás alapján a kábítószereket életükben valaha kipróbálók és a droghasználók között is az átlaghoz képest nagyobb arányban találhatunk budapesti fiatalokat. A technikumba, a főiskolára és az egyetemre járók körében az átlagnál magasabb kipróbálási arányt és droghasználatot rögzíthetünk. Mindezek az adatok azt jelzik, hogy a cigarettával és az alkohollal szemben a kábítószer kipróbálása és fogyasztása inkább a magasabb társadalmi státushoz kötődik. Minél

magasabb a kéreztett apjának iskolai végzettsége, annál valószínűbb, hogy a kéreztett próbált már ki drogot. Ezzel összhangban, minél magasabb magának a kéreztettnek a képzettsége, annál nagyobb annak a valószínűsége, hogy kiprobált vagy használt valamilyen drogfajtát.

A droghasználók vagy drogkiprobálók inkább a 20–24 éves korosztályon belül találhatók. E határvonal alatt és felett csökken a drogokat kiprobálók aránya.

A drogfogyasztók, illetve a drogot kiprobálók körében a marihuána, a receptre kapható altatók és nyugtatók a legnépszerűbbek. Fontos tanulság, hogy a szerkiprobálás és ezzel összefüggésben a droghasználat minden harmadik drogfogyasztó fiatalnál több kábítószerfajtára is kiterjed. Ezt jelzi, hogy a „népszerűségi rangsor” harmadik helyén a marihuána és az altatók kombinációja, míg a negyediken a diszkó-drogok és a már említett drogtípusok állnak.

Végezetül bemutatjuk az egyes viselkedési formák elterjedtségét korévenként.

15. ábra

***Az alkoholt és a cigarettát legalább hetente fogyasztók
és a drogokat használók aránya korévenként*
(a kérdésre válaszolók százalékában)***

*a kábítószer-használat esetében a mintanagyság 4000 fő

Szubjektív egészségi állapot

A fenti magatartás-együttes egészségkárosító következményeit a korosztály egészére nem tudja a vizsgálat egyértelműen kimutatni. A szubjektív egészségkép alapján megállapíthatjuk, hogy a 15–29 évesek több mint háromnegyede alapvetően, további 20 százalékuk általában jónak ítéli egészségi állapotát. Az egészségi állapotukat rossznak ítélők aránya nem éri el az 5 százalékot.

Az egészségi helyzet alapvetően kedvező megítélésén csak kismértékben változtat egyes szocio-demográfiai változók bevonása. Bár kétségtelen, hogy a 25–29 évesek, a községben lakók és az alacsonyan iskolázott apák alacsonyan iskolázott gyermekei között az átlaghoz képest valamivel (3 százalékkal) többen vannak olyanok, akik az egészségükkel inkább elégedetlenek. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy még az átlagtól valamivel eltérő csoportoknál sem haladja meg a 6 százalékot az egészségi helyzetüket negatívan megítélők aránya. Az adatokból kitűnik, hogy a naponta dohányzók, a napi rendszerességgel alkoholt fogyasztók, valamint a drogot már kipróbálók szubjektív egészségi helyzete némileg rosszabb az átlagnál, de itt sem beszélhetünk kiugróan magas betegségterhelés arányáról.

16. ábra
Hogyan jellemezné saját egészségi állapotát?
(a kérdésre válaszolók százalékában)

Objektív egészségi állapot

A fiatalok mindennapi tevékenységét tartós betegség, rokkantság, fogyatékoság vagy súlyos lelki, pszichológiai probléma 2 százalékban akadályozza. További 7 százalékuknál tapasztalható bizonyos mértékű akadályoztatás, míg a fiatalok több mint kilenczédének nincs komolyabb, diagnosztizált egészségügyi problémája. A társadalmi státuszpozíciót meghatározó objektív változók mentén nincs lényeges különbség a 15–29 éves korosztály objektív egészségi állapotában. A legtöbb kategória, így a korcsoport, a településtípus, a nem, de még az iskolai végzettség sem változtat a jó

egészségügyi helyzeten.

Egyetlen tényező, az apa iskolázottsága mentén mutatható ki némi különbség: a legfeljebb 8 osztályt végzett apák gyermekeinél 11 százalékra nő az akadályoztatási faktor értéke.

A mindennap vagy majdnem mindennap szeszes italt ivók 16 százalékát, az egy éven belül drogot használók 19 százalékát, míg a rendszeresen dohányzók 10 százalékát akadályozza komolyabb tartós betegség, rokkantság, fogyatékoság vagy súlyos lelki, pszichológiai probléma.

**17. ábra: Akadályozza-e tartós betegség?
(a kérdésre válaszolók százalékában)**

A szexualitás néhány jellemzője

Milyen sajátosságok jellemzik a fiatalok szexuális életét Magyarországon? Ez a kérdés a társadalom számára több szempontból is rendkívül tanulságos lehet. A szexualitás része a mindennapi emberi cselekvésnek. Egy adott társadalom által preferált szexuális kultúra tükörképe a társadalomnak, hiszen szabályzó mechanizmusrendszerén keresztül megmutatja, hogy a társadalom mennyire gátolja, illetve segíti az egyén lehetőségeit. Elemzésünk alapja egy olyan önkitöltős kérdőív, amely az Ifjúság2004 kutatás keretén belül, egy 4000 fős reprezentatív almintán került lekérdezésre.

Az, hogy ki mit tekint szexuális együttlétnek, egyéni megítélés kérdése. A közöslés viszont a szexuális együttlét legáltalánosabban elfogadott formája. A fiatalok átlagosan 17 évesen kezdik szexuális életüket. Ezen a ponton azonban különbség van a férfiak és a nők között. A férfiak átlagosan 16,7 évesen, míg a nők 17,2 évesen élnek először nemi életet.

Amennyiben korcsoportonként vizsgáljuk, hogy a fiatalok hány évesen kezdik el a nemi életet, figyelembe kell vennünk, hogy a legfiatalabb korcsoportba tartozók 46 százalékának még nincs e téren tapasztalata.

A szexuális élet megkezdésének időpontját több tényező is befolyásolhatja, amelyet az Ifjúság2004 kutatásnál használt kérdőíves módszerrel nem tudunk pontosan definiálni, az azonban megállapítható, hogy az első szexuális kapcsolat felvállalását leginkább az életkor befolyásolja, ugyanakkor kétségtelenül a társadalmi státus is hatással van a szexuális kapcsolatokra. A legnagyobb arányban a szexuális életet nem élők között azok vannak, akik még tanulnak. A jelenleg is tanulók között a magasabb presztízsű intézménybe járók azok, akik kevésbé érintettek a szexuális kapcsolatokban.

18. ábra

Hány évesen élt először szexuális életet?

(átlagéletkor az adott korcsoportonként)

19. ábra***Szexuális kapcsolatot még nem létesítők aránya korcsoportok szerint (százalék)***

A már szexuális kapcsolatot átélt fiatalok 75 százalékának van állandó párkapcsolata, ez a 25–29 éveseknél 83, a 20–24 éveseknél 72, míg a 15–19 éveseknél 58 százalékos arányt mutat. A nők 81, míg a férfiak 69 százalékának van állandó szexuális partnere.

Amennyiben rendelkeznek állandó partnerrel, úgy a fiatalok 12 százaléka naponta, 60 százaléka hetente többször, 20 százaléka hetente él nemi életet. A fiatalok jelentős része rendszeresen alkalmaz valamilyen fogamzásgátló módszert. A legelterjedtebb az óvszer, illetve a fogamzásgátló tabletták használata.

Korcsoportonként vizsgálva a fogamzásgátlás módszereit, jól látható, hogy az életkorral együtt

csökken a gumi óvszert használók száma, és növekszik a fogamzásgátló tabletták alkalmazása. A legfiatalabb korosztályban 6 százalékos az egyáltalán nem védekezők aránya. A 25–29 évesek közül a szexuális aktusban nem védekezők általában stabil párkapcsolattal rendelkeznek, feltehetően náluk a „nem védekezés” már a gyermekvállalás előfeltétele.

20. ábra

***A leggyakrabban használt fogamzásgátlási módszerek korcsoportok szerint
(több válasz lehetséges)***

A fentiekben vázolt adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a fiatalok szexuális kapcsolatait alapvetően a monogám életvezetés határozza meg.

Életesemények

Az Ifjúság2004 adatai azt mutatják, hogy minden harmadik fiatalat érintette már a munkanélküliség. Az is látható, hogy a megkérdezettek mintegy fele úgy gondolja, hogy még tanulnia kell főiskolán vagy egyetemen, ám emellett fontos az olyan tudások elsajátítása, mint az idegen nyelv vagy a számítástechnikai ismeretek.

A családistátus-útvonal is ellentmondásos: a fiatalok egyre korábban távolodnak el a szülői családtól, de egyre később alapítanak saját családot, függetlenednek a szülői háztól. A következő (21.) ábrán jól látható a korai önállósodás, ami a tanulás és a gyermekvállalás kitolódásával jár együtt.

Látható, hogy a 15–29 éves fiatalok túlnyomó többsége, mintegy négyötöde, igen fiatal korban (mintegy 16 évesen) éli meg személyi önállósodásnak olyan eseményeit, mint az első önálló szórakozás vagy az első döntés a foglalkozásáról. A megkérdezettek 70 százaléka túl van az első szexuális tapasztalaton, és csaknem kétharmada rendelkezik/rendelkezett már komoly párkapcsolattal. A fiataloknak alig több mint fele dolgozik/dolgozott teljes állásban (19,5 év), és csaknem négyötöde fejezte be tanulmányait. A megkérdezettek egyötödének van gyermeke, valamint önálló lakása. Amennyiben ezen események még nem történtek meg, úgy bekövetkezésüket a fiatalok húszas éveik második felére tervezik (28, illetve 26,5 év).

21. ábra

***Az egyes életesemények bekövetkezése
(az érdemben válaszolók százalékában)***

22. ábra
Az egyes életesemények bekövetkezése
(a bekövetkezett és a prognosztizált életesemények átlag-korévekben)

Az ifjúsági életszakasz kitolódásával tehát a fiatalok életrajza jelentősen átrendeződik. A szülői háztól való elköltözésnek az a trendje rajzolódik ki, melyben az állandó partnerkapcsolat megelőzi az elköltözést.

Az az időpont, amikor a fiatalok a szülői háztól való elköltözést tervezik, leginkább a házasság és az együttélés tervezett időpontjával esik egybe, kevésbé kapcsolják a fiatalok tanulmányaik befejezéséhez vagy munkába állásuk tervezett időpontjához. Azok azonban, akik tervezik, hogy

házasságot kötnek, addigra jórészt szüleiktől függetlenül szeretnének élni (64,1 százalék). Ez azt is jelenti, hogy azoknak, akik tervezik, hogy egy állandó partnerrel együtt élnek, majdnem fele (46,4 százalék) még a szüleinél lakik. Ugyanennyien tervezik, hogy tanulmányaikat befejezik és munkába állnak, még mielőtt elköltöznének otthonról.

Kulturális fogyasztás

A fiatalok kultúrához, kulturális fogyasztáshoz kapcsolódó viszonyát az Ifjúság2004 című kutatás – csakúgy, mint az Ifjúság2000 – több kérdésen keresztül vizsgálta. Ezek közül most a fiatalok olvasási szokásait és a különböző kulturális terek látogatottságát vizsgáljuk.

A kulturális fogyasztás színterei

A kultúrafogyasztás helyszíneit vizsgálva elmondhatjuk, hogy a társadalom kettészakítottsága – 2000-hez képest – tovább nőtt. A kulturális javak fogyasztását tekintve kialakult egy, a javakban dúskáló csoport, az ebbe tartozók elsősorban az elitkultúra szegmensei közül választanak. Mások viszont alig férnek hozzá bármiféle kulturális termékhez, s egy ponton túl már nem is ismerik fel saját szükségleteiket, ezért kulturális aktivitásuk az „elitkultúra intézményeinek használatában” formális. Különösen feltűnő ebben az esetben Budapest és a községek ellentéte, mely lakóhelyek 15–29 éves korosztálya élesen elkülönül egymástól a kulturális fogyasztás jellegében és gyakoriságában. Míg a budapestiek – az Ifjúság2000 adataihoz hasonlóan – élen járnak a magas kulturális értéket képviselő fogyasztásban (pl. színház, hangverseny, könyvtár, múzeum, kiállítás), addig a községekben lakó 15–29 évesek inkább a művelődési házakba járást, a helyi diszkókat, bálakat, multságokat részesítik előnyben. Ez feltehetően összefügg az intézményi ellátottsággal és az iskolázottsággal is.

E feltűnő aránytalanság a kulturális intézményekbe járás intenzitásbeli különbségével párosul. 2000-ben a budapesti fiatalok közel egynegyede két hónapos perióduson belül járt színházban, a községekben lakóknál pedig az arány nem éri el az egytizedet. 2004-ben a fővárosiak 15 százaléka volt egy hónapon belül színházban, míg a községben élőknek csupán 6 százaléka. A mozilátogatás

esetében 2000-ben kétszeres különbség volt regisztrálható: a budapesti fiatalok közel háromnegyede volt két hónapon belül moziban, a községekben lakó fiataloknak viszont csak egyharmada; 2004-ben, a multiplex elterjedésével tovább nőtt a különbség, a fővárosban élő fiatalok háromszor több alkalommal voltak egy hónapon belül moziban, mint községben élő társaik. Tovább nyílt tehát a „kulturális olló”, ami még inkább erősítheti a fiatalok közötti esélyegyenlőtlenségeket.

23. ábra

***Az egy hónapon belül látogatott intézmények
(korcsoportonkénti bontásban, 2000-ben)***

A megkérdezett fiatalok között szép számmal találunk olyanokat, akik soha nem látogatnak meg bizonyos kulturális intézményeket. Legkevesebben az elitkultúrához tartozó színtereket látogatják, korosztálytól függetlenül meghaladja a 70 százalékot az art mozikat, operát, komolyzenei

koncerteket soha nem látogatók aránya. A fiatalok mintegy 20 százaléka még multiplex moziban sem járt soha. A multiplex mozikat érthető módon legkevésbé a községekben élők és a 25–29 éves korosztályhoz tartozók látogatják.

24. ábra

***A havonta vagy gyakrabban látogatott intézmények korcsoport szerint 2004-ben
(korcsoportonkénti bontásban)***

A fiatalok által részben használt, az ún. „elitkultúrához” tartozó kulturális téren kívül létezik egy olyan „szubkulturálisnak” nevezhető tér, amely már egyértelműbben az ifjúsági kultúra része. Ezek egyrészt a beszédeselekvés helyszínei (kocsma, kávéház stb.), másrészt a könnyed vagy igényes szórakoztatás színterei (pl. diszkó, jazz-klub). Ezeket a tereket azonban 100 fiatalból csak tíz használja viszonylagos – legalább havonta egyszeri – rendszerességgel.

A szabadidő eltöltése

Az Ifjúság2004 vizsgálat adatai egy átlagos hétköznapra vetítve azt mutatják, hogy a 15–29 éves fiatalok mintegy 12 százaléka maximum egy óra, 47 százaléka 1–3 óra, 27 százaléka 4–6 óra szabadidővel rendelkezik, míg hat óránál több szabadidővel mintegy 8 százalékuk bír. A 15–29 éves korosztály mintegy 5 százaléka azt állítja, hogy nem rendelkezik szabadidővel.

Az életkori dimenziót figyelembe véve kitűnik, hogy minél idősebb a kérdezett, annál valószínűbb, hogy szabadideje rendkívül lecsökken. A 15–19 évesek közel kettő, a 20–24 évesek mintegy öt, míg a 25–29 évesek közül nyolc százalék tartozik azok közé, akiknek tevékenysége egy átlagos hétköznap egyáltalán nem enged szabadidőt.

Az adatok arra utalnak, hogy a szabadidő eltöltésének tekintetében fontos az állandó lakhely szerinti település típusa. Maximum egy óra szabadidővel rendelkezik a fővárosiak 15, a megyeszékhelyen lakók mintegy 10, az egyéb városokban lakók 13, a községekben élők mintegy 12 százaléka. A hat óránál több szabadidővel rendelkezők között a budapestiek aránya mintegy 5 százalék, a megyeszékhelyen, városban és községben élő fiataloké mintegy 9 százalék. A fentiek alapján megállapítható, hogy egy átlagos hétköznapra vonatkoztatva a kötetlenül felhasználható szabadidőben való eltérések a gazdasági aktivitás és a korcsoport dimenziói mentén tapasztalhatóak leginkább.

A hétvégéken a pihenéssel, illetve szórakozással eltölthető szabadidő alakulása lényeges eltéréseket mutat a hétközihez képest.

A fiatalok 23 százalékának csak néhány órája marad a hétvégén arra, hogy szabadon gazdálkodjon az idejével, míg 24 százalékuk fél napot tölt el saját belátása szerint kötetlenül. Egy teljes nappal a fiatalok 25, míg az egész hétvégével 23 százaléka gazdálkodik, három százalékuk pedig nem rendelkezik szabadidővel még a hétvégén sem.

A kötetlenül eltölthető szabadidő mértékét – hasonlóan a hétköznaphoz – alapvetően befolyásolja az életkor; minél fiatalabb korcsoportot vizsgálunk, annál több a szabadidő, amellyel rendelkeznek. Az egész hétvégével szabadon rendelkezők aránya a 15–19 évesek között közel egyharmados, a 20–24 évesek között egynegyedes arányú, míg a 25–29 éves korosztálynál ez az arány csupán 17 százalék.

25. ábra
Hol tölti el a szabadidejét hét közben?
(a leggyakrabban említett helyszínek, százalékban)

A szabadidő eltöltése „szabadságának” másik lényeges eleme, hogy milyen településtípuson él a fiatal. Az egész hétvégével szabadon rendelkezők aránya a fejlettebb településformától a fejletlenebb felé csökken. A fővárosiak között 30, a megyeszékhelyen élők között 24, a városban élőknel 23 százalék, a községben élők között 22 százalék ez az arány. A budapestiek magas szabadidő-többletének oka több tényezőre vezethető vissza, amelyet a kutatás későbbi fázisában szükséges megvizsgálni.

A szabadidő mennyisége tehát mind hét közben, mind a hétvégén eltér, annak függvényében, hogy a fiatalok milyen státussal rendelkeznek. Felmerül a kérdés, hogy a hétköznapi meglévő szabadidőt hol töltik el a fiatalok. A továbbiakban ebbe nyújtunk betekintést.

Az eredmények azt mutatják, hogy a fiatalok döntő többsége hét közben alapvetően otthon (mintegy 73 százalék) vagy a barátainál tartózkodik. Elenyésző kisebbséget képviselnek azok (a fiatalok alig 1,5 százaléka), akik beszédcselekvési helyszínekre (kocsma, kávéház) vagy kulturális intézményekbe járnak szabadidejükben.

26. ábra
Hol tölti el a szabadidejét hétvégén?
(a leggyakrabban említett helyszínek, százalékban)

A fiatalok több mint fele (57 százalék) még a hétvégeket is az otthonában tölti, elzárva magát azoktól a lehetőségektől, amelyek rendelkezésére állnának. Figyelemre méltó azonban, hogy a fiatalok mintegy tizede általában a természetben tölti szabadidejét.

A szabadidő eltöltésének helye kötődik a fiatalok életkorához, illetve lakóhelyük településtípusához. A legfiatalabb korosztályhoz tartozók közül minden harmadik fiatal tölti hétköznapi szabadidejét a barátainál, a 15–19 évesek 70 százaléka otthon vagy a kollégiumban marad. Csupán 5 százalékuk említi meg, hogy sportpályán van, és ugyanennyien „lógnak” az utcán. A különböző településtípusokon a hét közbeni szabadidő-eltöltés a következőképpen alakul: a fővárosban élők 68, míg a községben lakók 76 százaléka marad otthon vagy a kollégiumban. Barátaival tölti idejét a budapestiek 28 százaléka, míg a községben lakók 19 százaléka.

A hétfégi szabadidő eltöltésének módját tekintve: a 15–19 évesek közül 44 százalék a barátainál, 56 százalék otthon vagy a kollégiumban, a 25–29 évesek 60 százaléka otthon és 25 százalék a barátainál tölti az idejét. A különböző településtípusokon ez a mutató így alakul: a fővárosban élők 44 százaléka marad otthon vagy a kollégiumban, míg a községben lakók 64 százalékáról mondható el ugyanez. Barátaival tölti idejét a budapestiek 42 százaléka, míg a községben lakók 31 százaléka

tesz ugyanígy.

27. ábra
A baráti körrel nem rendelkezők településtípus szerinti bontásában

28. ábra
A hétköznapi és hétvégi tévénézés
(korcsoportok szerint, percekben)

A fiatalok számára a baráti kör léte alapvető és meghatározó. Az Ifjúság2004 adatai azt mutatják, hogy minél fiatalabb korcsoportba tartoznak a kérdezettek, életvitelükben annál meghatározóbb a barátokkal töltött idő. A kutatás csak részben ad választ arra, hogy az együtt eltöltött időben milyen „cselekvéseket” folytatnak.

A baráti kör létének másik aspektusa, hogy ki milyen típusú településen él. Ennek is a függvénye, hogy van-e baráti köre. Elgondolkodtató, hogy a községekben, egyfajta „zártágot” rögzíthetünk, hiszen az itt élők között vannak a legtöbben olyan fiatalok, akik nem rendelkeznek barátokkal. Talán a baráti kapcsolatok hiányának is betudható, hogy a fiatalok szabadidő-eltöltése elsősorban az otthoni környezetre korlátozódik.

29. ábra
A hétfégi tévénézés
(településtípus szerint, percekben)

A legtöbbet nézett adók a kereskedelmi csatornák: a TV2 és az RTL Klub vezeti a nézettségi listákat.

**Fogyatékos emberekkel kapcsolatos közgondolkodás,
előítéletek**

2004 a fogyatékosok éve volt. Ennek jegyében az Ifjúság2004 külön kérdésblokkot szentelt a többségi ifjúsági társadalom fogyatékosokkal kapcsolatos attitűdjei mérésének.

Fogyatékosokkal kapcsolatos attitűdök

A megkérdezett 4000 fiatalnak csupán 10 százaléka gondolja, hogy a fogyatékosokkal kapcsolatos tudása alapos, további 42 százalékuk pedig úgy véli, hogy ismeretei inkább csekélyek, mint elégségesek. Az adatok jelzik, hogy a fiatalok fele nem igazán tudja elhelyezni a fogyatékosokkal kapcsolatos ismereteit.

30. ábra

***Ön milyen mértékűnek ítélné saját tudását a fogyatékos emberekkel kapcsolatban?
(százalékban)***

Ez az alacsony tudásszint nem egyenlően oszlik el a különböző fogyatékosági típusokkal kapcsolatban. A legtöbb válaszadó fiatalnak (55 százalék) a mozgássérültekről volt bizonyos szintű tudása, ezt követte a látássérültek és az értelmi fogyatékosok percepciója. A fiatalok legkevésbé az

autistákról és a diszlexiásokról rendelkeznek valamilyen szintű ismerettel.

31. ábra

***A fogyatékos emberek csoportjai közül melyikről van a legtöbb ismerete?
(százalékban)***

N=3868

Hipotézisünk szerint a fogyatékosokkal kapcsolatos bizonytalan kép összefüggésben áll a fogyatékosokkal kapcsolatos információhiánnyal.

32. ábra

A fogyatékos emberekkel kapcsolatos tulajdonságok érzékeny

kiegyensúlyozatlan

taszító

gyenge

nyitott

A fogyatékosokkal szemben tanúsított attitűdök feltérképezését a társadalomkutatási módszertanban bevett eljárással vizsgáltuk. Az úgynevezett szemantikus differenciál egy ellentétpárok által kifeszített síkon helyezi el a kérdezett véleményét. Olyan ellentétpárokat soroltunk fel, mint a „vonzó-taszító”, „kiegyensúlyozott-kiegyensúlyozatlan”, „zárkózott-nyitott”, „érzéketlen-érzékeny”, „erős-gyenge”. A válaszolókat arra kértük, hogy ezek mentén helyezték el a fogyatékos emberekkel kapcsolatos véleményüket egy kétpólusú skálán.

A fiatalok a fent leírt dimenziók közül a fogyatékos embereket leginkább érzékenynek, inkább gyengének és kiegyensúlyozatlannak tartják.

Az ábrán a skála átlagértéke 0 pont, ehhez képest mutatjuk az elmozdulásokat. Az átlagtól legkisebb különbséget a „zárkózott-nyitott” tengely mentén észlelik a fiatalok. A fogyatékos embereket kismértékben inkább gyengének, inkább taszítónak, mint vonzónak látják a megkérdezettek. Mentális állapotukat inkább kiegyensúlyozatlannak ítélik meg, és nagymértékben gondolják a fogyatékosokat érzékenyeknek.

Megvizsgáltuk az értékelő dimenziók egymáshoz való viszonyát is. Aki inkább gyengének és zárkózottnak tartotta a fogyatékosokat, az hajlamos volt kiegyensúlyozatlannak és taszítónak is gondolni őket. Ezzel szemben a fogyatékosokat jellemzően érzékenyeknek tartó vélemény független volt a többi dimenzióra adott választól.

A fogyatékosok életvilágának megítélése

A fiatalok fogyatékosokkal kapcsolatos attitűdjeinek bemutatása után olyan kérdésköröket világítunk meg, amelyekkel a fiatalok mindennapi életük során találkozhatnak, illetve szembesülnek. Érinteni fogjuk a fogyatékos emberek és a fiatalok viszonyát a szomszédság, az önálló élet, az iskola, az akadálymentes környezet, a segítségnyújtás, a munkavállalás és a spiritualitás témájában is.

33. ábra

***Hogyan vélekedne Ön arról, ha a szomszédjába fogyatékos ember költözne?
(százalékban)***

A fiatalokban a fent felvázolt idegenkedő attitűdök ellenére sem fogalmazódtak meg a regionális eltérésekből fakadó diszkrimináló vélemények. A fiataloknak csupán egy százaléka adott olyan választ, hogy inkább ellenezné, ha szomszédságába fogyatékos ember költözne, 43 százalékuk úgy nyilatkozott, hogy közömbös lenne e tekintetben.

A fiatalok 55 százaléka (inkább szívesen: 37 százalék, határozottan szívesen: 18 százalék) nyilatkozott úgy, hogy szívesen fogadna szomszédságába fogyatékos embert.

A fiatalok közel fele (46 százalék) szerint a fogyatékos emberek képesek önálló életet élni, 22

százalék ezzel nem ért egyet, míg 33 százalék bizonytalan e tekintetben. A fiatalok majdnem fele nem ért egyet azzal, hogy a fogyatékos gyermekeknek ugyanabba az iskolába kellene járniuk, mint a nem fogyatékosoknak. Az iskolai szegregáció kérdésének megítélése is polarizált: 46 százalék egyáltalán nem ért egyet avval, hogy a fogyatékos és a nem fogyatékos gyermekek egy iskolában tanuljanak, 32 százalék egyet is ért meg nem is ért egyet, 23 százalék pedig inkább egyetért e kijelentéssel.

5. táblázat

A fogyatékos emberekkel kapcsolatos állítások értékelése (százalékban)

	Egyáltalán nem ért egyet	Is- is	Teljes mértékben egyetért
A munkáltatókat érdekeltté kell tenni abban, hogy a sérült emberek számára is biztosítsanak munkát.	2	14	84
Akinek valamilyen fogyatékosága van, annak más területen különleges képességei vannak.	11	35	54
A fogyatékos emberek sokszor visszautasítják a segítségnyújtást, még akkor is, amikor tényleg szükségük lenne rá.	19	38	43
A fogyatékos gyermekeknek ugyanabba az iskolába kellene járniuk, mint a nem fogyatékosoknak.	45	32	23
A fogyatékos emberek nem képesek önálló életet élni.	45	33	22
Nincs szükség akadálymentesítésre, mert túl sokba kerül, és ha kell, mindig akad segítőkész ember.	79	12	9

A fiatalok túlnyomó része (79 százalék) szerint szükség van az akadálymentesítésre, még akkor is, ha sokba kerül. Szerintük mindig akad segítőkész ember is. A válaszolók 43 százaléka inkább egyetért azzal a kijelentéssel, hogy a fogyatékosok sokszor visszautasítják a segítségnyújtást, még akkor is, ha szükségük lenne rá.

A fiatalok 84 százaléka szerint a munkáltatókat érdekeltté kell tenni abban, hogy a sérült emberek számára munkalehetőséget biztosítsanak. A munkahelyteremtés és az akadálymentesítés voltak azok a kérdéskörök, amelyekben a fiatalok kevésbé polarizált véleménynek adtak hangot. Az életvilágot érintő többi kérdéskörben polarizáltak voltak a válaszok, kevésbé voltak konszenzuson a fiatalok.

RÁCZ ANDREA

Családi élet és a munkavállalás kérdései

Véleményfelmérés a 22–35 éves lakosság körében

A kisgyermek gondozása, napközbeni ellátása egyre fontosabb eleme Európa gazdasági és szociális jólétének. Növekszik az igény a gondozás és a nevelés minden formája iránt, és egyre nagyobb hangsúlyt kap az Európai Unió politikájában a munka és a családi élet összeegyeztetése. A kisgyermek napközbeni ellátását a női esélyegyenlőség egyik feltételeként tartják számon a munkaerő-piaci megjelenésnél, emellett a gyermek korai fejlesztését mindinkább az élethosszig tartó tanulás megalapozásának tekintik.

Az elmúlt években jelentősen változott a gyermekkorról mint életszakasról való gondolkozás is. A gyermekeket már nem a gondoskodás passzív résztvevőjének tekintik, hanem egyre inkább a társadalom tagjának, saját véleménnyel rendelkező, a környezetét befolyásolni képes, tudásához aktív módon hozzájáruló személynek fogadják el.

Az Európai Tanács 2002-ben, Barcelonában tartott ülésén a részt vevő országok képviselői megállapodtak abban, hogy az európai tagállamoknak le kell bontaniuk azokat az akadályokat, amelyek korlátozzák a nők munkaerő-piaci részvételét, valamint a szolgáltatások nemzeti rendszerével összhangban arra kell törekedniük, hogy 2010-re a háromévesnél fiatalabb korosztályba tartozók legalább 33%-a számára biztosítsanak napközbeni ellátást. A jelenlegi magyarországi lefedettség 8%-os, ami jócskán alatta marad a célként megjelölt mértéknek. A bölcsődék és a családi napközik számának jelentős növelésére van szükség ahhoz, hogy Magyarország három éven belül elérhesse a tervezett 33%-os ellátotti arányt.

2005 nyarán intézetünk (NCSSZI, 2007 januárjától SZMI) megbízásából lakossági omnibuszos felmérés készült a napközbeni kisgyermekellátás megítéléséről. A mintaválasztást és a lekérdezést a TÁRKI végezte. A kutatás egyrészt foglalkozott a családi élet és a munkavállalás összeegyeztethetőségének problémájával, másrészt a kisgyermek felügyeletének lehetséges módjaival, azok megítélésével, külön kitérve a bölcsődékre, hiszen

a bölcsődék, családi napközök szélesebb körű elterjedése, kedvezőbb társadalmi megítélése, a napközbeni kisgyermekellátások minőségének javulása hosszú távú osztársadalmi érdek.

A kutatás fő vizsgálati területei a következők voltak:

- A napközbeni gyermekellátási formák igénybevétele a háromévesnél fiatalabb gyermeket nevelők körében
- Miért nem veszik igénybe a bölcsődéket? (érvek, ellenérvek)
- Gyermekfelügyelet iránti igények
- A napközbeni gyermekellátás megítélése
- Az ellátás színvonalának megítélése
- A munkavállalásról, a munka és a családi élet összeegyeztethetőségéről alkotott vélemények.

Jelen tanulmány a kutatás keretében megkérdezett, 22–35 évesek vélekedését mutatja be a munkavállalásról, a munka és a családi élet összehangolásáról, illetve annak esetleges nehézségeiről.

A megkérdezettek köre

A minta alapjellemezői megegyeznek az alapsokaságéval, egyetlen szempontot kivéve: a célcsoportunk a 22–35 éves korosztály volt, hiszen ők azok, akik a napközbeni gyermekellátást leginkább igénybe veszik, vagy igénybe fogják venni.

A teljes minta 850 főből állt, országosan reprezentatív a 22–35 éves korosztályra nézve.

A kérdezettek 54%-a nő. Az átlagos családnagyság 3-4 fős (ez a minta 2/3-a). A kérdezettek családi állapotát tekintve elmondható, hogy 42%-uk házasságban él, 11%-uk élettársi kapcsolatban, és szintén 42%-uk nőtlen vagy hajadon.

A megkérdezettek 53%-ának nincs gyermeke, 47%-ának van saját gyermeke, ezen belül 49%-nak egy, 36%-nak kettő, 14%-nak három vagy több gyermeke van. Háromévesnél fiatalabb gyermeke (is) van a szülők 39%-ának, ennél idősebb gyermeke pedig a 61%-uknak (244 főnek). Az átlagos gyerekszám: 1,7. A teljes minta 55,2%-a tervez még vagy

egyáltalán gyermeket. A gyermektelenek mintegy 80%-a szeretne gyermeket vállalni, de azok körében, akiknek van gyermekük, már egy gyermek esetén radikális a gyermekvállalási kedv csökkenése: 44%-ra esik vissza, 2 gyermek esetén 17%-ra, 3 vagy több gyermek esetén pedig 10%-ra.

Településtípus alapján a válaszadók 37,6%-a községben, 24%-a megyeszékhelyen, 20%-a városban, és 17,6%-a Budapesten él. A mintában szereplők átlagéletkora 28,6 év. (A legfiatalabb kérdezett 22, a legidősebb 35 éves.) Iskolai végzettséget tekintve a kérdezettek 16,5%-a nyolc általánost, vagy annál kevesebb iskolai osztályt végzett, 1/4-e szakmunkásképzőt, 1/3-a érettségizett, 18% pedig főiskolai vagy egyetemi végzettségű.

Válaszadóink 57%-a alkalmazott, 13%-a munkanélküli, 12%-a jelenleg szülési szabadságon van, 7%-a tanul. Kétfajta jövedelemre kérdeztünk rá. Egyrészt a kérdezett havi nettó átlagjövedelmére – ez a válaszok alapján a mintánkban átlag 58 400 forint (N=576); a legtöbben (51%) 41 ezer és 100 000 Ft közti összeget keresnek havonta, 20% keres 100 ezer és 150 ezer Ft között, és ugyanennyien tartoznak a legalsó – 40 000 Ft alatti – kategóriába. Másrészt megkérdeztük azt is, mennyi a háztartás havi nettó jövedelme. A válaszok alapján ennek átlaga 155 876 Ft. A legtöbb család (a kérdezettek 45%-ának családja) 151 000 és 300 000 Ft közti havi nettó jövedelemmel rendelkezik, de kb. ugyanennyien vannak (43%) a 60 000 és 150 000 közti kategóriában is.

A kérdezettnek a családfőhöz való viszonya azonban azt is elárulja, hogy a mintába kerültek több mint 1/3-ának még nincs saját családja, ők a háztartásfő gyermekének mondták magukat. A saját családdal nem rendelkezők átlagéletkora 26 év; 57%-uk alkalmazott, 17% tanul, 14%-uk munkanélküli.

A munka és a családi élet összeegyeztetése

A kérdőív hét kérdést tartalmazott, amely a család és a munka megszervezésének, összehangolásának kérdését kívánta körüljárni. Az alábbiakban az egyes kérdésekre adott válaszokat mutatjuk be, illetve azt, hogy az egyes válaszok mögött milyen lehetséges okok húzódnak meg: milyen a kérdezettek szocio-ökonómiai státusza (nem, iskolai végzettség,

településtípus, van-e gyermeke), és ez hogyan árnyalja a munkavállalásról, családról alkotott véleményeket.

A megkérdezetteket arra kértük, hogy 5 kérdés kapcsán jelöljék meg, mennyire értenek egyet az adott állítással. A 4 fokú skálán a 4-es érték jelölte azt, hogy a válaszadó nagyon egyetért, míg 1-es azt, hogy egyáltalán nem ért egyet.

Az állítások:

- 1) A kisgyermekes szülők nehezebben találnak munkát.
- 2) A munkahelyek segítik a kisgyermekes szülőket abban, hogy össze tudják hangolni a munkavégzést és a gyermek ellátását.
- 3) Egy dolgozó anya ugyanolyan szoros, meleg és biztonságos kapcsolatot tud kialakítani gyermekével, mint az, aki nem dolgozik.
- 4) Manapság a nők többségének dolgoznia kell, mert csak így biztosítható a család megélhetése.
- 5) A kisgyermeket valószínűleg megviseli, ha az anya 8 órában dolgozik.

A megkérdezett 850 fő 93,1%-a úgy véli, hogy *a kisgyermekes szülők nehezebben találnak munkát*. A kisgyermekes szülők elhelyezkedési nehézségeiről való vélekedés függ a településtípustól, nemtől, iskolai végzettségtől és attól, hogy a kérdezettnek van-e gyermeke (szülői státusz). A „nem” változó és a „szülői státusz” változó együttesen hat. A nők esetében a kapott pontérték 3,67, a férfiaknál 3,49, ami jelzi, hogy a nőkre inkább jellemző az a vélekedés, hogy a kisgyermekes szülők számára nehézséget jelent munkát találni. A nők körében főleg a 3 év feletti gyermeket nevelők tartják problémásnak a munkavállalást (3,75), a férfiak körében pedig azok, akiknek 3 év alatti gyermekük van (3,70). Iskolai végzettség alapján a 8 vagy annál kevesebb osztállyal rendelkező (átlagos pontérték 3,60) és a szakmunkás végzettségű férfiak (átlagos pontérték 3,61) tartják a kisgyermekes szülők munkavállalását nehéznek, a nők körében is inkább az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők pontszámai magasak, de az érettségizett és diplomás nők pontértékei is 3,60 körül mozognak. Településtípus szerint elmondható, hogy a fővárosban élő férfiak értenek legkevésbé egyet azzal az állítással, hogy a kisgyermekesek nehezen találnak munkát (3,34), a

nők esetében pedig a községben (3,78-as pontérték) és – a férfiakhoz hasonlóan – a fővárosban élők (pontértékük 3,64).

82,3% nem ért egyet azzal az állítással, hogy *a munkahelyek segítik a kisgyermekes szülőket abban, hogy össze tudják hangolni a munkavégzést és a gyermek ellátását*. Az e kérdésre adott válaszok a vizsgált változók közül csak az iskolai végzettséggel mutatnak statisztikai összefüggést. E dimenzió alapján elmondható, hogy bár minden típusban alacsonyak a pontértékek (1,59–1,87 közé estek), a diplomások esetében valamivel magasabb, a szakmunkásvégzettséggel rendelkezők esetében pedig némileg alacsonyabb az átlaghoz képesti pontérték. A kérdezettek jellemzően nem tartják családbarátnak a munkahelyeket a kisgyermekesek támogatása szempontjából.

Válaszadóinknak mindössze 54,9%-a értett egyet azzal, hogy *egy dolgozó anya is ugyanolyan szoros, meleg és biztonságos kapcsolatot tud kialakítani gyermekével, mint az, aki nem dolgozik*. A dolgozó anya és gyermeke kapcsolatáról alkotott vélemények összefüggést mutatnak az iskolai végzettséggel, illetve a vélemények alakulására együttesen hat az, hogy a kérdezettnek van-e gyermeke, és a kérdezett milyen típusú településen él. Településtípus szerint vizsgálva elmondható, hogy a községben élők körében leginkább a gyermektelenek, legkevésbé pedig a 3 év feletti gyermeket nevelők értenek egyet azzal, hogy egy dolgozó anya is olyan szoros kapcsolatot tud kialakítani gyermekével, mint az, aki otthon marad. A községben élőkhez képest még kevésbé azonosulnak az állítással a városban élők, körükben az átlag pontérték 2,38 (községekben élőkénél: 2,43). A városban élők körében viszont a dolgozó anya nyújtotta érzelmi biztonságot nagymértékben elismerik a 3 év feletti gyermeket nevelők. A megyeszékhelyen élők és a fővárosiak körében az átlag pontérték alatta marad az előbbi két településtípus esetében kapott értéknek, tehát a településhierarchiában a nagyobb lélekszám felé haladva egyre kevésbé értenek egyet azzal a megkérdezettek, hogy a dolgozó és nem dolgozó anya ugyanolyan szoros kapcsolatot tud kialakítani gyermekével. A fővárosban azonban a 3 év feletti gyermeket nevelők pontértéke (2,75) jelentősen eltér a budapestiek átlag pontszámától (2,32), a 3 év alatti gyermeket nevelőké pedig jelentősen elmarad ettől, a körükben kapott pontérték 2,17. Iskolai végzettséget tekintve leginkább a nyolc vagy annál is kevesebb általános iskolai osztályt végzettek értenek egyet az állítással (átlagos pontérték

2,49), az azt leginkább elutasítók pedig a középfokú végzettségűek, esetükben a pontértékek 2,06–2,36 közé esnek.

A megkérdezettek 95,4%-a úgy vélte, hogy *manapság a nők többségének dolgoznia kell, mert csak így biztosítható a család megélhetése*. Ez a kérdés a nem és a településtípus változókkal mutat szignifikáns összefüggést. A főátlag magas (3,62), tehát a nők és a férfiak minden településtípus esetében inkább egyetértenek azzal, hogy a nők a család megélhetése miatt kénytelenek munkát vállalni. A városi férfiak jellemzően egyetértenek az állítással, míg a községben, megyeszékhelyen és fővárosban élő férfiak kevésbé vélekedtek úgy, hogy napjainkban a nőknek munkát kell vállalniuk a család megélhetésének biztosítása érdekében. A nők körében a városban élők értenek egyet leginkább az állítással (3,74), a községben és megyeszékhelyen élő nők körében a kapott pontérték egyforma (3,65). A budapesti nők és férfiak azok, akik legkevésbé értettek egyet a fenti állítással.

Annak ellenére, hogy a kérdezetteket megosztotta a dolgozó és nem dolgozó anya gyermekével való érzelmi kapcsolatát firtató kérdés, hiszen 55% alatti azok aránya, akik egyetértettek azzal, hogy *egy dolgozó anya is ugyanolyan biztonságos kapcsolatot tud kialakítani gyermekével, mint aki nem dolgozik*, 80,8% gondolja úgy, hogy *a kisgyermeket valószínűleg megviseli, ha az anya 8 órában vállal munkát*. A kérdezettek véleménye nem mutat összefüggést a vizsgált változókkal. Azonban elmondható, hogy az átlagos pontérték 3,24, tehát a kérdezettek jellemzően igaznak ítélik az állítást, főként a 3 év alatti gyermeket nevelők (esetükben a pontérték 3,36). Iskolai végzettség szerint pedig leginkább a szakmunkások vélik úgy, hogy a gyermeket megviseli, ha az anya 8 órában vállal munkát, legkevésbé pedig a legalacsonyabb iskolai végzettségűek (8 osztályt vagy annál kevesebbet végzettek) és a diplomások értenek egyet ezzel az állítással.

A munka és a család kérdéskörének vizsgálata érdekében kutatásunk keretében arra kértük válaszadóinkat, hogy jellemezzék magukat a munka és a család fontossága szempontjából.

Négy lehetséges válasz közül lehetett választani:

1) Számomra a családom a legfontosabb.

- 2) Fontos számomra a munka is, de ha ütközne a kettő egymással, akkor a családomat helyezném előtérbe.
- 3) Fontos számomra a családom is, de ha ütközne a kettő egymással, akkor a munkámat helyezném előtérbe.
- 4) Számomra a munkám a legfontosabb.

Legtöbben (54,1%) fontosnak tartják a munkájukat, de ha ütközne a családdal, akkor a családi életet helyeznék előtérbe. 41,6% egyértelműen a családot tartja a legfontosabbnak. 23 fő nyilatkozta, hogy fontos számára a családja, de ha ez ütközne a munkájával, az utóbbit részesítené előnyben, 13 fő pedig a munkát tartja a legfontosabbnak. A „nem” változó és a munka ill. a család fontosságának megítélése erőteljesen összefügg egymással. A családot legfontosabbnak tartók 62,3%-a nő, 37,7%-a férfi. A férfiak 56,7%-a, a nők 49,8%-a a munka ellenében a családot választaná, ha egy ilyen döntéshelyzet állna elő. Nagyon kevesen tartják legfontosabbnak a munkát, és e kis létszámú csoportban is több a férfi. Akik a családot tartották legfontosabbnak, 41,4%-ban gyermektelenek, 32,4%-uknak 3 év feletti, míg 26,2%-nak 3 év alatti gyermeke van. Azok, akik a család ellenében a munkát részesítenék előnyben, jellemzően gyermektelen férfiak.

Megkérdeztük válaszadóinkat, mit gondolnak arról általában, hogy ha a kért családjában a férj el tudná tartani a családot, a feleség mit választana: 1) otthon maradna és nem dolgozna, 2) részidős munkát vállalna, 3) teljes munkaidőben dolgozna.

Amennyiben a férjek el tudnák tartani a családot, a kérdezettek 38%-a szerint a feleségek otthon maradnának és nem vállalnának munkát, 41,9% szerint részidős munkát vállalna a feleség, míg 10,2% szerint teljes munkaidőben dolgozna. Ez a kérdés a nemmel, az iskolai végzettséggel és településtípussal mutat összefüggést.

Iskolai végzettség szerint a 8 vagy kevesebb osztályt végzettek 58,1%-a szerint a feleségek otthon maradnának, 36,8% szerint pedig a részmunkaidős foglalkozást választanák. A szakmunkás végzettségűeknél 45% körüli a részmunkát és otthon maradási preferálók aránya ebben a kérdésben. Érettségit, illetve felsőfokú szakképzettséget szerzők közel 50%-a szerint a feleség a részmunkaidős foglalkozást választaná, de mindkét kategóriában 10% feletti azok aránya, akik ilyen helyzetben a feleség teljes munkaidős foglalkoztatását részesítenék

előnyben. A diplomások 51,4%-a a részmunkát jelölte meg. A főiskolai, egyetemi diplomával rendelkezők 33%-a, míg a 8 vagy annál kevesebb osztályt végzettek 58%-a szerint amennyiben a férj el tudná tartani a családot, a feleség otthon maradna; a legmagasabb és legalacsonyabb iskola végzettségűek véleményének megoszlását tekintve a különbség majdnem 30%. Az iskolai végzettség növekedésével csökken azon válaszadók aránya, akik szerint az asszony a férj megfelelő jövedelme mellett otthon maradna. Településtípus szerint vizsgálva a községben élők 50%-ban a feleség otthon maradását, 43%-ban a részmunkát szorgalmazzák, amennyiben a férj jövedelme elegendő lenne a megélhetés biztosítására. A városban élők körében a részmunkaidő a legkedveltebb forma (45,2%), de 40,6% úgy véli, a férj megfelelő jövedelme mellett a feleség nem dolgozna, és az otthonmaradást választaná. A megyeszékhelyen és a fővárosban élők körében is elviekben a részmunkaidős foglalkoztatást választók dominálnak, arányuk 50% feletti. Viszont érdekesen alakul a teljes munkaidős foglalkoztatás előnyben részesítése a férj elegendő jövedelme mellett; a városokban és megyeszékhelyen élők körében 15% a teljes foglalkoztatást választók aránya, míg a fővárosban és a községben élők körében arányuk 9% alá szorul. A férfiak 49,5%-a, a nők 36,5%-a az otthon maradást jelölte a válaszlehetőségek közül, a férfiak 40,8, a nők kicsivel több mint 50%-a preferálja a részmunkaidős állást. A férfiak körében a teljes munkaidő csak 9,7%-ban népszerű, a nők körében azonban 12,6% azok aránya, akik akkor is teljes munkaidőben dolgoznának, ha a férj el tudná tartani a családot. Látható, hogy a nőkhöz képest a férfiak a feleség otthon maradását választanák nagyobb arányban, a nők körében pedig a részmunkaidős foglalkoztatás bizonyul a legkedveltebb formának.

A 22–35 évesek körében készült kutatásunk eredményei szerint a kérdezettek 93,2%-a azon a véleményen van, hogy *az anyák munkavállalása szempontjából nehézséget jelent, ha kisgyermekük van*. Ez a kérdés a „nem” és a „településtípus” változókkal mutat kapcsolatot. Az állítással egyetértők közt a legnagyobb arányt a községben élők képezik (38,4%), 25,5% a megyeszékhelyen, 20% a városokban, illetve a fővárosban élők aránya. Az állítással azonosulni nem tudók 40%-a városban él. A nők 55,9%-a szerint problémát jelent a munkavállalás, viszont a férfiak 66,7%-a úgy ítéli meg, hogy ez nem okoz gondot.

A megkérdezettek szinte mindannyian (98,1%) elismerik, hogy *nehéz munkát találni egy kisgyermekkel*. A *munkahely megtartása* 87,8% szerint nehézséget okoz egy kisgyermekes

anyának. 586 fő (69,1%) úgy véli, hogy a *munkahelyi előrejutás* is problémás a kisgyermekes anyák esetében. Az erre a három kérdésre kapott válaszok a nemmel, településtípussal, iskolai végzettséggel és azzal, hogy van-e gyermeke a kérdezettnek, nem mutatnak kapcsolatot.

Válaszadóink 61%-a szerint a *képességek fejlesztése vagy szinten tartása* ugyancsak nehézségekbe ütközik, közel 30% azonban ezzel nem értett egyet. A képességek fejlesztésének lehetőségével kapcsolatos nézeteket az iskolai végzettség határozta meg a vizsgált változók közül. Elmondható, hogy a 8 vagy annál kevesebb általános iskolai osztállyal rendelkezők 75,6%-a, a szakmunkások és az érettségivel rendelkezők közel 70%-a szerint nehézségekbe ütközik a képességek fejlesztése. A felsőfokú szakképesítéssel, valamint a diplomával rendelkezőknek azonban 50%-a ezzel ellenkező véleményen van. Főleg tehát az alacsonyabb és a középfokú iskolai végzettségűek vélték úgy, hogy a képességek fejlesztése, illetve szinten tartása egy kisgyermekes anyának problémákat okozhat.

57,7% szerint a *kisgyermekes anya helyzetéhez felettesei negatívan viszonyulnak*, ezt azonban 28,4% nem így gondolja. A válaszadók 58,4 százaléka úgy látja, hogy a *munkatársak részéről nem tapasztalható ellenérvés a kisgyermekes anyákkal szemben*.

A kérdezettek 91,6%-a szerint az apák munkavállalása szempontjából nem okoz gondot, hogy van kisgyermekük, mindösszesen 55 fő véli úgy, hogy a kisgyermekes apáknak problémái adódhatnak a munkavállalás terén. Azok közül, akik így vélekednek, 65,5% gondolja, hogy *munkát találni* nem okoz nehézséget; a *munkahely megtartása* 25 fő szerint jelent problémát. A kisgyermekes apák *munkahelyi előrejutását* az összes válaszadó közel 60%-a nem itéli nehéznek, mint ahogyan a *képességek fejlesztését* sem. Érdekes, hogy a *felettesek viszonyulását a kisgyermekes apákhoz* kevésbé tartják negatívnak, mint a *közvetlen kollégák viselkedését*. 79,3% szerint a kisgyermekes apák helyzetéhez feletteseik nem viszonyulnak negatívan, míg a munkatársakról ennek ellenkezőjét feltételezi a válaszadók 40%-a.

Kutatásunk eredményei alapján elmondható, hogy a munka és a család összeegyeztetése nehéz feladat a családok, főképpen az anyák számára. Láthatjuk, hogy a válaszadók több mint 98%-ban úgy vélik, hogy egy kisgyermekes anyának nehéz munkát találnia, viszont ezt az apák esetében a kérdezetteknek csak 34,5%-a gondolja. A munkahely megtartása, a

munkahelyi előremenetel, sokak véleménye szerint még a képességek szinten tartása vagy azok fejlesztése is problémát okoz a kisgyermekes nők számára. A kisgyermekes anyák esetében a felettesek negatív viszonyulása a válaszadók közel 70%-a szerint jelenik meg problémaként, az ilyen fajta viszonyulás azonban a kollégákra nem jellemző. Fordított a helyzet a kisgyermekes apák esetében, akikhez a kérdezettek véleménye szerint inkább a kollégáik viszonyulnak negatívan, semmint a feletteseik. Válaszadóink önbesorolásából látható, hogy 93,6% számára a család a legfontosabb, még akkor is, ha a munkájukat fontosnak tartják: a „család-munka mérlege” egyértelműen a család felé billen.

A munka és a család egyensúlyának biztosítása a családok időmérlegének optimális kialakítása mellett nagymértékben függ a munkaadók hozzáállásától. A munkahelyeknek ugyanis két eszköz is rendelkezésére áll, amelyekkel segítheti az említett egyensúly létrejöttét: a rugalmas munkaidő és a részmunkaidős foglalkoztatás. A részmunkaidős foglalkoztatást sok kisgyermekes anya preferálja, sőt az apák is egyre nagyobb arányban igénylik. Kutatásunk eredményei is rámutattak arra, hogy ha a családfő jövedelme elegendő lenne a család eltartására, a feleség akkor is szívesen vállalna állást részmunkaidőben. 38% szerint a feleség otthon maradna és nem dolgozna, míg 41,2% szerint a feleség részmunkaidőben dolgozna.

Ugyanakkor az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a kérdezettek több mint 80%-a úgy véli: a munkahelyek nem segítik a kisgyermekes szülőket abban, hogy össze tudják hangolni a munkavégzést és a gyermekük ellátását. 95,4% egyetértett azzal az állítással, hogy a nők többsége rákényszerül a munkavállalásra, mert keresete nélkül a család megélhetése nem biztosított. Azt, hogy milyen nagy szükség lenne a részmunkaidős foglalkozás és a rugalmas munkaidőben való munkavállalás bővítésére, jól jelzi, hogy a kérdezettek több mint 80%-a értett egyet azzal a kijelentéssel, hogy a kisgyermekeket valószínűleg megviseli, ha az anya 8 órás munkarendben dolgozik, és többségük szerint egy dolgozó anya kevésbé tud szoros, meleg és biztonságos kapcsolatot kialakítani gyermekével, mint az, aki otthon van gyermekével.

Kábítószer-fogyasztás, prevenció, kezelés

Részlet a 2005. évi magyarországi kábítószerhelyzetről szóló jelentésből

Kábítószer-problémával foglalkozó kutatások

2005-ben országos adatfelvétel sem a fiatalok, sem pedig a felnőttek körében nem történt. Ugyanakkor önkormányzatok, kábítószerügyi egyeztető fórumok megbízásából több olyan kutatás készült, amely az ország valamely régiójában vagy városában élő fiatalok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. Ezen kutatások eredményei meghatározó szerepet játszanak a helyi (városi, megyei, régiós) drogstratégia kialakításában – összhangban a Nemzeti stratégia célkitűzéseivel. A 13 évet átölelő budapesti középiskolás adatfelvétel-sorozat azt valószínűsíti, hogy az elmúlt években csökkent, vagy megállt a tiltott szerfogyasztás terjedése a magyar fiatalok körében. A budapesti 9-10. évfolyamon tanuló diákok drogfogyasztási szokásait vizsgáló kutatás eredményei szerint a fővárosi fiatalok 31,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert.

Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban

Budapesti iskolavizsgálat 2005

2005-ben az ESPAD kérdőív és módszertani útmutatók alapján készült kutatás (Elekes, Paksi 2005) a budapesti 9-10. évfolyamon tanuló diákok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. A vizsgálat eredményei szerint a fővárosi fiatalok 31,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. A kannabiszszármazékok életprevalencia értéke 29,3%, az ecstasyé 9,3%, az amfetaminoké 6,9%, az inhalánsoké 5,1%, az LSD-é 4%, a patron/lufi értéke pedig 4,8%. A többi szer életprevalenciája 4% alatti. Elterjedt az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása (12,9%), valamint az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztása (7%). A tiltott drogok éves prevalencia-értéke 22,6%, havi prevalenciája pedig 12,9%. Azaz, a valaha valamilyen tiltott drogot kipróbálók közel 75%-a az előző évben is, 40%-a pedig az elmúlt hónapban is fogyasztott valamilyen tiltott szert.

A Budapestre vonatkozó adatok lehetőséget adnak a hosszabb távú változások bemutatására is. Az ESPAD-vizsgálatok éveiben, valamint 2000-ben és 2002-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD-kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával. Az 1992. évi kutatás eredményei szintén összehasonlíthatóak. Ez lehetőséget ad a 10. évfolyamon tanuló fővárosi fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások vizsgálatára 1992–2005 között.

1. ábra

A szerenkénti életprevalencia értékek tendenciái 1992 és 2005 között, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében (%)

Forrás: Elekes, Paksi 2003; Elekes, Paksi 2005

E kutatások alapján megállapítható, hogy a 10. évfolyamos fővárosi diákok körében 13 év alatt háromszorosára (11,6%-ról 35,1%-ra) nőtt a tiltott szerfogyasztás életprevalencia-értéke.

A növekedés a kilencvenes évek második felében volt jelentős, a 2000-es évek elején a növekedés mértéke csökkent, az elmúlt két évben pedig nem változott az elterjedtség. A növekedés elsősorban a kannabiszfogyasztás terjedésének köszönhető. A többi tiltott szer fogyasztása a kezdeti növekedés után inkább stabilitást mutat. Figyelemre méltó, hogy bár jelentős ingadozásokkal, az időszak csaknem egészében a második-harmadik legelterjedtebb fogyasztási mód az orvosi javaslat nélküli nyugtatófogyasztás, illetve a gyógyszer alkohollal történő fogyasztása (Elekes, Paksi 2000; Elekes 2005; Elekes, Paksi 2005).

Regionális kutatások

Jász-Nagykun-Szolnok megyében a 13–18 éves tanulók körében 2005-ben készült reprezentatív vizsgálat (Kovács 2005). A kutatás adatai szerint a megkérdezettek 20,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. Ez az életprevalencia érték négyszeres növekedést mutat a 2001. évi megfelelő adathoz képest, amikor csupán 5% volt a kipróbálók aránya. Legelterjedtebb a kannabisz és az ecstasy kipróbálása (58,7%), de gyakori a különféle szerek (18,7%) együttes használata is.

Salgótarján városban 2005 júniusában készült kutatás a 7–14. évfolyamon tanulók körében. A megkérdezettek 13%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert, közülük 5% tekintette magát alkalmi, 1%-a pedig rendszeres fogyasztónak. A szerfogyasztás életprevalenciája a legfiatalabb (13–15 éves) és a legidősebb (18–20 éves) korcsoportok között ötszörös különbséget mutat.

Székesfehérváron 2004. december és 2005. február között a 7–14. évfolyamos diákok körében készült adatfelvétel. A kutatás eredményei szerint a diákok 22%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst. A 7-8. évfolyamon 9%, a 9–14. évfolyamon pedig 25% a kipróbálási arány. Ez jelentős növekedést mutat a 2000. évi 16%-os életprevalencia értékhez képest. A marihuána életprevalencia-értéke 14,4%, a hasisé 3,2% volt 2005-ben. A diákok 6,6%-a próbálta már életében az ecstasyt, 5,1%-uk a speedet. Az inhalánsok életprevalencia-értéke (9,2%) országos összehasonlításban is magasnak tekinthető. A diákok alkohol gyógyszerrel történő használata 16%, illetve az orvosi javaslat nélküli gyógyszer fogyasztása 9,4% volt.

Kaposváron 2005 júniusában a 7–14. évfolyamon tanuló diákok és főiskolások körében reprezentatív mintán készült kutatás. A vizsgálat eredményei szerint a tiltott szerek és inhalánsok életprevalencia értéke 17%. A fiatalok körében legelterjedtebb a kannabiszszármazékok fogyasztása (marihuána: 12,9%, hasis: 4,1%). Az inhalánsok életprevalenciája 6,9% volt. Az ecstasyt a megkérdezettek 6,3%-a, a speedet 5,9%-a próbálta már ki az élete során. Az opiátszármazékok életprevalencia-értéke 3,2%, amely magasnak tekinthető az átlagpopuláció opiátfogyasztásához képest. Kiemelkedően magas a gyógyszer és alkohol együttes használatának életprevalencia-értéke (18%) a városban. A megkérdezettek 12%-a fogyasztott életében nyugtatót orvosi javaslat nélkül.

Tatabányán 2006 márciusában a 9–12. évfolyamon tanuló fiatalok körében készült vizsgálat. A megkérdezettek 29%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. Szintén magas éves és havi prevalenciaértékek figyelhetők meg (22%, illetve 12%). A többi városhoz hasonlóan itt is a kannabiszszármazékok kipróbálása a legelterjedtebb (27%). Ezt követi az ecstasy, valamint az altató/nyugtató orvosi javaslat nélküli fogyasztása egyaránt 13%-os életprevalencia-értékkel. A gyógyszer és alkohol együttes fogyasztását a fiatalok 11%-a, az amfetamint 9%-a, a szipuzást 6%-a próbálta ki. A többi tiltott szer életprevalenciája nem haladja meg a 3%-ot.

Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban

A fogyatékkal élők droghasználati szokásai

2005-ben a fogyatékkal élők 420 fős mintáján 5 fogyatékosági csoportban (vakok, értelmi fogyatékosok, hallássérültek, mozgáskorlátozottak, magatartási zavarral küzdők) valamint egy kontrollcsoportban készült kutatás (Farkas, Gerevich 2005). A kutatás eredményei szerint a tiltott szerhasználat a kontroll- és a magatartásproblémás csoportban volt jellemző (életprevalencia érték 25%, illetve 26,1%, havi prevalencia érték 10%, illetve 8,7%). A többi fogyatékos csoportban az életprevalencia-értékek alacsonyabbak voltak (vakok: 8,8%, értelmi fogyatékosok: 15,9%, hallássérültek: 9,9%, mozgáskorlátozottak: 12%). Azaz a kutatás eredményei szerint az egyes fogyatékosági csoportokban mind a fiatalok, mind az átlagnépességhez képest kevésbé elterjedt a tiltott szer használata.

Katonák

A 2005-ben készült kutatás (Szilágyi 2006) a Magyar Honvédség (MH) személyi állományának drogfogyasztási szokásait vizsgálta. A kutatás eredményei szerint a megkérdezettek 20,2%-a használt legalább egyszer életben valamilyen tiltott szert. A férfiaknál az életprevalencia-érték 22,8%, a nőknél 7,4%. A honvédségre jellemző életprevalencia-érték csaknem kétszerese a magyarországi 18–54 éves felnőtt népesség körében 2003-ban regisztrált 11,4%-os aránynak.

1. táblázat

Szerenkénti élet-, éves és havi prevalencia értékek 2005-ben a Magyar Honvédség személyi állományában (%)

Szer	Életprevalencia	Éves prevalencia	Havi prevalencia
Kannabisz	16,8	3,2	1,2
Amfetamin	2,4	0,8	0,5
LSD	1	0,2	0
Kokain	0,3	0	0
Inhalánsok	2,2	0,2	0,2
Opiát-származékok	0,2	0,2	0
Anabolikus szteroidok	3,5	1,3	0,6
Alkohol	92,1	88,8	79,6
Dohányzás	74,5	58,9	54,1

Forrás: Szilágyi 2006

Az adatok alapján megállapítható, hogy az MH személyi állományában a legelterjedtebb az alkoholfogyasztás és a dohányzás, illetve a kannabiszszármazékok és az anabolikus szteroidok fogyasztása havi, éves és életprevalencia-szinten egyaránt.

Az alkoholfogyasztás, dohányzás első fogyasztásának átlagéletkora közel azonos az állomány tagjai körében (16,5 év), ennél kicsivel magasabb a kannabisz-származékok kipróbálásának átlagos életkora (19 év).

Általános prevenció

Iskolai prevenció

Az ICsSzEM–OM közös iskolai egészségfejlesztési és drogrevenációs programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2005-ben 180 000 000 Ft volt. A pályázat célja 2005-ben is az iskolában korszerű szakmai megfontolásokat tükröző, interaktív oktatási technikákkal dolgozó programok megjelentetése volt. A pályázatok elbírálása során előnyt élveztek azon programok, amelyek a bűnmegelőzéssel kapcsolatos témák feldolgozásán túl tartalmazták a szülők és a kortárssegítők, kortársképzők bevonását is az iskolai egészségnevelési feladatokba.

A 708 pályázó közül 309 iskola részesült 160 090 050 Ft pályázati támogatásban. Ez azt jelenti, hogy a pályázat keretében a 11–18 éves populációból közel 114 000 diák vett részt prevenció célú foglalkozásokon.

Drogügyi koordinátorok képzése

A 2002-óta folyó drogügyi koordinátor-képzés a 2005-ös évben öt alkalommal került megrendezésre, összesen 460 pedagógus részvételével. A képzést elvégző drogügyi koordinátoroknak 2003 óta lehetősége van, hogy továbbképzésen vegyenek részt. A több mint 2000 drogügyi koordinátorból 449-en vettek részt továbbképzésen a 2004/2005-ös tanévben.

Szülők elérése

Olyan szervezet, mely kizárólag a szülőkre irányuló tevékenységet is folytat, nagyon kevés került azonosításra (4 szervezet). A szülőkre irányuló programok hiányára hívja fel a figyelmet a Gyermekparadicsom Alapítvány által készített kutatás is (Marton 2005). Bár a kutatás alapvető célja nem a programok feltárása volt, a szervezetektől azt is megkérdezték, hogy ha végeznek prevenció tevékenységet, akkor azokba milyen arányban vonják be a szülőket. A megkérdezett 141 szervezet és intézmény több mint felében, összesen 81 helyen – azaz a helyszínek 57,4%-ban – volt jelen valamilyen drogrevenációs tevékenység. Bár a számok azt mutatták, hogy a prevenció programok 63%-ában van olyan programelem, amely valamilyen szinten bevonja a szülőket is, ezek nagy része csak nagyon felszínesen, illetve közvetetten érinti őket. Sok helyen leginkább csak néhány szóróanyagról van szó, illetve

egy-két alkalomszerű szülői értekezletről. Nagyon kevés olyan helyszín van, ahol kimondottan a szülőket megcélzó prevenciós program működik.

Célzott prevenció

Veszélyeztetett csoportok és családok

A célzott prevenciós programok a teljes populáció olyan alcsoportjaira irányulnak, melyek tagjai bizonyos jellemzőik alapján különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (pl. etnikai csoportok, iskolából kimaradó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok stb.).

A Nemzeti Drog Fókuszpont által készített kutatásban feltárt, veszélyeztetett csoportok körében tevékenykedő szervezetek a következő célcsoportokat említették.

2. ábra

Az iskolai kereteken kívül tevékenykedő szervezetek által megjelölt célcsoportok (említések száma), N=54

A szociális és/vagy tanulási problémákkal küzdő és/vagy rossz környéken élő fiatalokkal foglalkozó szervezetek a három célcsoport közül jellemzően legalább kettőt említettek (10 szervezet). Ezen veszélyeztetett fiatalokkal foglalkozó szervezetek fele családsegítő, illetve gyermekjóléti szolgálat. A szolgálatok táborokat és klubrendezvényeket szerveznek a fiatalok számára, a foglalkozásokat a szolgálat helyiségeiben tartják. A többi, ezen problémákkal küzdő fiatalokkal foglalkozó szervezet is jellemzően szabadidős programokat és táborokat szervez a fiatalok számára.

A családokra irányuló programok jellemzően a szülők és gyermekeik közös szabadidő-eltöltéséhez kínálnak alternatívát, illetve a szerhasználó és társadalmilag hátrányos helyzetben lévő szülők gyermekeivel való foglalkozásba próbálják a szülőket is bevonni.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által megjelölt szervezetek közül 9 nyújt valamiféle „parti service” szolgáltatást, ezek egyike sem kizárólag ezzel foglalkozó szervezet, általában iskolai prevenció (5 szervezet), vagy kortárssegítő képző tevékenységet folytatnak még (3 szervezet).

Roma fiatalok

A kutatás során megkérdezett szervezetek közül 5 említette, hogy roma fiatalok számára szervez programokat, ezek közül 3 táborokat és szabadidős foglalkozásokat, 2 pedig kortárssegítő-képzést nyújt a fiataloknak. Ezen szervezeteken kívül egy olyan alapítványról van még információ, mely a roma és nem roma fiatalok számára nyújt közös kortárssegítő képzéseket.

Bevásárlóközpontokat látogató fiatalok

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet egy kutatásfejlesztési projekt keretében teremtette meg egy újfajta alacsonyküszöbű szolgáltatás szakmai és adminisztratív feltételeit. A kutatás feltárta, hogy a bevásárlóközpontokat nagy gyakorisággal látogató fiatalok, fiatal felnőttek (legális és illegális) szerhasználati gyakorisága jelentősen nagyobb, mint az ilyen intézményeket nem, vagy kis gyakorisággal látogató társaiké. A kvalitatív vizsgálatok egyértelműen rámutattak arra, hogy a bevásárlóközpontok az azokat nagy gyakorisággal felkereső fiatalok mindennapjaiban nem a bevásárlás szempontjából bírnak kiemelkedő

jelentőséggel. Ezek a helyszínek a szabadidő eltöltésének új helyszíneivé váltak, sajátos pszichológiai jelentést, üzenetet hordoznak. Az is megállapítást nyert, hogy ezek a helyszínek optimális lehetőséget biztosítanak prevenció, illetve alacsonyküszöbű szolgáltatások elindításához. A kutatási tapasztalatokra építve 2005 októberében két helyszínen – Budapesten a Pólus Centerben, Pécsen pedig a Pécs Plázában – került sor az új szolgáltatások beindítására. Az üzemeltetés első 3 hónapja alatt az összes látogató száma 1820, az átlagos napi látogatók száma a két helyszínen együtt 28 fő volt.

Prevenció a büntetés-végrehajtási intézetekben

A büntetés-végrehajtási (bv.) intézetekben 2003 óta folyik drogprevenciós tevékenység. Jelenleg 12 büntetés-végrehajtási intézetben nyújtanak az önként jelentkezők számára komplex programot, amely bizonyos kedvezmények mellett kötelezi a résztvevőket a szűrővizsgálatra is.

A Büntetés-végrehajtási Szervezet egy kilenc videokazettából álló ismeretterjesztő sorozatot juttatott el minden bv. intézetnek, melyet 3-5 hetes időtartamokban vetítenek le a fogvatartottaknak. A vetítésekhez kapcsolódóan a nevelők csoportos foglalkozások keretében vitatják meg a látottakat a fogvatartottakkal. A foglalkozásokon a beindítás óta eltelt három év során körülbelül 6000 fogvatartott vett részt. A bv. intézetekben működő iskolák oktatási programjának is részét képezi a drogprevenció, a rehabilitáció és az egészségmegőrző ismeretek átadása. Az iskolák a prevenciós munka során drogügyi koordinátorokat is alkalmaznak. A fiatalok bv. intézeteiben lehetőség van a szülők számára „szülői értekezlet” szervezésére, melyek során a bv. intézet kábítószer-ellenes tevékenységéről is tájékoztatást kapnak a szülők.

A Magyar Honvédség drogprevenciós tevékenysége

A Magyar Honvédség az állományában végzett drogfogyasztással kapcsolatos kutatások alapján dolgozta ki drogprevenciós programjait. A kutatások célja nem csak a drogkipróbálás és -fogyasztás mértékének feltérképezése volt, hanem annak megismerése is, hogy mely tényezők játszanak fontos szerepet a személyi állomány drogfogyasztó csoportba való bekerülésében és bennmaradásában. Az állomány körében folyó programok célja elsősorban a droghasználat előfordulási gyakoriságának csökkentése. A programok során a szociális

hatásokkal szembeni ellenállást erősítő módszereket alkalmazzák (problémamegoldás, konfliktuskezelés, önbizalom-építés, reális énkép kialakítása, szereptanulás, magabiztosság, akadályoztatással szembeni tolerancia, kritikai „beállítódás”).

Munkahelyi prevenció

A Foglalkoztatási Hivatalban kidolgozásra került a „Maradj a Zöld Zónában! A vállalatok és dolgozóik mozgósítása a káros alkohol- és a kábítószer-fogyasztás megelőzésére” elnevezésű program. A program célja, hogy mindenféle drogfogyasztás (kábitószer, alkohol, gyógyszerek) megelőzésébe és csökkentésébe olyan módon vonja be a vállalati vezetőket és dolgozókat, hogy ezeket a törekvéseket összekapcsolja a vállalatok hatékonyságának növelésével. A hangsúly az elsődleges megelőzésen, a felvilágosításon és a meggyőzésen van, a közösségi kezdeményezések bekapcsolásával ugyanakkor segítséget kíván nyújtani a rászorulóknak kezeléséhez és rehabilitálásához is. Az előkészítés során elkészült két pilot vállalati program (Paksi Atomerőmű Rt., Határőrség Országos Parancsnoksága) megvalósíthatósági tanulmánya.

Kezelés és ellátás

Kezelésbe vont kliensek profilja

Az egészségügyi szakellátás intézményeiben kezelt drogfogyasztók száma 4%-kal, 14 793 főre nőtt. Ha a változásokat időben átlagoljuk, akkor megállapítható, hogy 2001–2002-ben a kezelték száma 12-13 ezer fő között ingadozott, majd mintegy kétezer fős ugrás következett: az elmúlt három évben az ingadozás a 14-15 ezer fős sávba tolódott.

Az első alkalommal kezelték száma az előző évhez képest jelentősebb, 12%-os növekedést mutatott, és átlépte a 6 ezres szintet (6319 fő). 2003-ban a megelőző két évhez képest az új betegek számának stagnálása megszűnt, a 26%-os növekedés jelentősnek mondható. Ehhez képest 2004-ben az új betegek száma 5%-kal csökkent, majd 2005-ben ismét 12%-kal nőtt. A lépcsőzetes növekedési tendencia tehát itt is kimutatható, azonban az ingadozások mértéke nagyobb, mint az összes kezelt esetében.

3. ábra

Kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon (fő)

Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Mind az összes kezelt, mind az első kezelésben részesültek körében mutakozó évenkénti ingadozás, illetve a kezelési igény növekedésének lépcsőzetes alakulása összefügghet a törvényi szabályozás 2003-ban és 2004-ben bekövetkezett változásaival.

Szocio-demográfiai jellemzők

2002-2003-ban jelentős arányeltolódás jelentkezett az egészségügyi szakellátási intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók nemek szerinti megoszlásában: a férfiak aránya az addigi átlagos 2:1-hez képest 3:2-re módosult, azaz a nők részesedése növekedett. Az elmúlt két évben azonban ismét 2:1-re állt vissza a férfi/nő arány.

A nyugtatókat, altatókat visszaélés-szerűen használók között 2005-ben is a nők aránya lényegesen nagyobb volt, a nyugtató típusú szerek kivételével azonban az összes drog kategórián belül (a korábbi évekhez hasonlóan) a férfiak száma volt a magasabb.

Az első kezelésben részesültek körében hasonló tendencia jelentkezik. A nők arányának eltolódása, majd visszaállása itt is kimutatható. Külön kiemelendő, hogy az utóbbi évben a nők esetében alig volt változás, miközben az első kezelésben részesült férfiak száma 16%-kal nőtt. Ez azt is jelenti, hogy a 2005. évi forgalomnövekedés, úgy az összes kezelt, mint az első alkalommal kezelt kliensek körében, zömében a kezelt férfiak számának növekedésével magyarázható.

Az életkori megoszlás sajátos, évenként hasonló, de nemeként különböző tendenciát mutat. Az összes kezelt és az első kezelésben részesültek körében is, a férfiaknál 2001-2005 között minden évben a 20-24 év közöttiek voltak legtöbben (az elmúlt három évben egyre növekvő arányban). A nőknél is 2004-ig ez a korcsoport adta a legnagyobb gyakoriságot, azonban 2005-ben az összes kezeltre vonatkozóan, ha kismértékben is, de már a 25-29 éves korcsoport a legnépesebb, és a korábbi évekhez hasonlóan, a magasabb korcsoportokban is viszonylag magas a gyakoriság.

Az életkori megoszlásban mutatkozó nemek szerinti különbség azzal függhet össze, hogy a nők által jellemzően használt drogok a nyugtatók és az altatók, illetve ezeknek alkohollal történő együttes fogyasztása (politoxikománia), amely hosszabb drogos karriert jelenthet. A 40 éven felüli, drogfogyasztás miatt kezelt nők gyakorisága jelentősen meghaladja a férfiakét.

Szertípus szerinti megoszlás

2002-ben alapvetően a nyugtató-, és altatószerek fogyasztásának megugrása miatt a legális szerek aránya túlsúlyba került (56%) az illegális szerekhez képest (44%). A 2003. évben a kezelt betegek számának jelentős emelkedése mellett az illegális szerek újra túlsúlyba kerültek (52%). Ez a tendencia 2004-ben és 2005-ben folytatódott: a legális szereket fogyasztó kezelték száma folyamatosan csökkent, míg az illegális szereket fogyasztóké jelentősen nőtt. 2005-ben az illegális szereket fogyasztók aránya 62% volt.

Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján (fő)

2000 óta, amikor a kezelt opiátfogyasztók aránya elérte a 39%-os csúcspontját, ennek a szertípusnak a részesedése 2004-ig folyamatosan csökkenő tendenciát mutatott. 2005-ben ugyan 5%-os növekedés jelentkezett, de a szertípuson belül a heroin- és az intravénás használat monoton csökkenése folytatódott. A csökkenés következtében a fogyasztás gyakoriságában korábban elért első helyezését a kannabiszszármazékok vették át, és az opiátfogyasztás a nyugtatók mögé, a harmadik helyre szorult.

A kannabiszfogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2002 óta folyamatosan és meredeken emelkedett. 2004-ben 21%-kal, 2005-ben további 16%-kal emelkedett a kezelt kannabiszfogyasztók száma. Ezzel, a nyugtatószereket fogyasztókat megelőzve, immár a legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között (36%).

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-ban jelentősen, 52%-kal nőtt, míg 2004-ben nem változott az előző évhez képest. 2005-ben azonban újabb jelentős, 24%-os növekedés volt tapasztalható, így az összes kezelt 10%-át az amfetaminfogyasztók tették ki.

A kezelt kokainfogyasztók száma négy év folyamatos csökkenés után 2005-ben ugyan 22%-kal (113-ról 138 főre) nőtt, azonban az összes kezelten belüli arányuk még így is csak 0,9%.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt aránya az 1999 óta tartó csökkenés után 2005-ben jelentősen, 72%-kal (76-ról 131 főre) nőtt, de arányuk – a kokainhoz hasonlóan – nem jelentős (0,9%).

A visszaélészerű nyugtató-, és altatófogyasztók aránya 2003 után folyamatosan csökkent, de 2005-ben az összes kezelten belül még mindig 25% volt, ami azt jelenti, hogy nemcsak a legális szerek között teszik ki a legnagyobb arányt, de – a kannabisz kivételével – megelőzik az illegális szereket fogyasztókat is.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma ugyan mutat némi ingadozást, azonban az elmúlt 5 év átlagában lényegében változatlan. Ez a

„szertípus” különösen a 30-35 év feletti nők körében jellemző, aránya az összes fogyasztók között 11%.

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos csökkenést mutat, az összes kezelt közötti arány 2005-ben 1,2% volt.

Az egyes szerek preferálásában mutatkozó, nemek közötti különbségeket az alábbi ábra jól illusztrálja.

4.

ábra

Leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)

Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Fogyasztás módja szerinti megoszlás

A kezelt kábítószer-fogyasztók körében a fogyasztás módja az elmúlt 5 évben jelentősen változott. Az intravénás használat folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, 5 év alatt a

2001-es szinthez képest közel felére csökkent. Ugyanezen időszakban az elszívás/belélegzés – a 2002-es évet kivéve – lényegében megduplázódott. A két tendencia jól láthatóan követi a szertípusokon belül az opiátok visszaszorulását, és a kannabiszszármazékok gyors előretörését. A szájon át történő bevitel (evés/ivás) ugyancsak nőtt, de nem olyan meredeken, mint az elszívásé. A kezelt drogfogyasztók körében ez a leggyakoribb beviteli mód, amely összhangban van az altató/nyugtató fogyasztás, illetve a politoxikománia magas arányával. A szippantás csekély ingadozást mutat és aránya is alacsony. Az egyéb fogyasztási mód 2002-2003-ban jelentős részt képviselt, utána tizedére esett vissza. Ebben az esetben valószínűleg az történt, hogy az adatszolgáltatók ma már pontosabban tudják jelenteni a fogyasztási módokat, így kevésbé használják az egyéb kategóriát a besoroláskor.

5. ábra

A kezelték megoszlása a drogfogyasztás módja szerint

Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Az intravénás droghasználat az összes kezelt kábítószer-fogyasztó körében az elmúlt 5 évben folyamatosan csökkent. A jelentős mértékű csökkenés (23,6%-ról 9,8%-ra) háttérében

döntően az intravénás heroinfogyasztás visszaszorulása áll, ennek aránya a kezelt intravénás kábítószer-fogyasztók körében több mint a felére zuhant vissza 2001-2005 között. Az egyéb szerek intravénás használata is csökkenő tendenciát mutat, a stimuláns-fogyasztók 8,2%-a használta intravénásan a szert, míg ez az érték 2002-ben éppen a duplája volt.

A fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

A kezelt drogfogyasztók körében a fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás vegyes képet mutat. Az alkalmyszerűen fogyasztó összes kezelt száma – a 2004-es kismértékű visszaesést kivéve – folyamatosan növekszik. A hetente fogyasztók száma ugyanakkor 2001–2003 között nőtt, azt követően 2004-2005-ben némi csökkenés volt tapasztalható. A naponta fogyasztók számáról elmondható, hogy kisebb éves ingadozástól eltekintve, az alapvető tendencia a csökkenés.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték számának alakulása

A Btk. 2003. évi módosítása nyomán nőtt az elterelésben résztvevők köre, ami maga után vonta a droghasználókat kezelő intézményrendszer kiszélesedését is. 2004 decemberében az Alkotmánybíróság [54/2004. (XII. 13.) AB határozat] formálisan szűkítette azon elkövetések körét, amelyek esetében az elterelés lehetséges, ez azonban nem jelentett érzékelhető változást az intézményrendszer működésében.

Az elterelésben három módon lehet részt venni:

- kábítószer-függőséget gyógyító kezelés révén
- kábítószer-használatot kezelő más ellátás révén (nem-függő, de pl. komorbid fogyasztók részére nyújtott ellátások)
- felvilágosító-megelőző szolgáltatás révén.

Az első kettőt csak egészségügyi intézmény nyújthatja, az utóbbit azonban a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által befogadott és finanszírozott ún. prevenciós szolgáltató is.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatásba jellemzően alkalmi droghasználók, elsősorban marihuánahasználók kerülnek. Ez a szolgáltatás Magyarországon nem minősül kezelésnek, azonban az EMCDDA TDI szerint kezelésnek minősíthető. Mind a három kezelési forma 6 hónapig tart, függetlenül az elterelt személy állapotától és droghasználatának súlyosságától.

2005-ben 40 megelőző-felvilágosító szolgáltató működött az országban, ezek többségében civil szervezetek (16) vagy önkormányzati fenntartású intézmények (12) voltak, de találhatunk köztük egyházi (9) és állami intézményt (2), illetve gazdasági társaságot (1) is.

Az elterelésben részt vevő kábítószer-fogyasztók száma 2001-2002 között alig változott. Igazán jelentős emelkedés 2003-ban következett be, amelynek oka feltételezhetően a Btk. módosítása volt. A növekedés 2004-ben (37%) és 2005-ben (14%) is folytatódott. 2005-ben 2.285 fő lépett be a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba, valamint 3.574 fő kezdte meg az elterelést valamely egészségügyi típusú szolgáltatásban. Korábbi vizsgálatok is azt valószínűsítették, hogy az elkövetőknek csak töredéke került olyan cselekmény miatt büntetőeljárás hatálya alá, amelyek 2004 decemberében kikerültek az elterelés lehetőségei közül.

A 2003-tól tapasztalható nagymértékű növekedés alapvetően az elterelésben részesülő kannabiszfogyasztók számának ugrásszerű emelkedésével függ össze (2003-ban 417%, 2004-ben 71%, viszont 2005-ben már csak 15%-os a növekedés).

2005-ben az előző évhez képest 64%-kal csökkent az opiátfogyasztás miatt elterelésben részesültek száma, viszont 50%-kal nőtt az amfetamin típusú szereket fogyasztóké. Az összes többi szer aránya ugyan csekély mértékű, azonban megjegyzendő, hogy az elmúlt évben hatszorosára nőtt a hallucinogének részesedése.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint az összes kezelt beteg körében. Az elterelő kezelésben a nők aránya 2001-2005 között csak 11-13% volt, míg az összes kezelt betegnek körülbelül egyharmada volt nő.

Az Igazságügyi Minisztérium Pártfogó Felügyelői és Jogi Segítségnyújtó Szolgálat Országos Hivatala Módszertani és Jogi Osztálya 2004 folyamán vizsgálatot végzett, amely a pártfogó felügyelők tapasztalatait összegzi az elterelésről, ill. az eltereltekről, elsősorban a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevőkről. A vizsgálat többek között megállapítja, hogy az eltereltek (elsősorban a megelőző-felvilágosító típusú szolgáltatásban résztvevők) többsége fiatal, felnőtt férfi, aki valamilyen szakképzettséggel vagy érettséggel rendelkezik

(középiskolát befejezte). Általában van jövedelmük, vagy eltartójuk, dolgoznak vagy tanulnak. Általában nincsen más büntetőügyük az eljárás megkezdésekor, az ügyész egyéb magatartási szabályt nem ír elő a számukra. A terheltek kevés megbízható információval rendelkeznek az elterelés büntetőjogi vagy egészségügyi vonatkozásairól, habár túlnyomó többségük részt vesz szakszerű előzetes állapotfelmérésen.

Az Országos Addiktológiai Intézet 2005 folyamán, a létrejövő adatszolgáltatási rendszer teszteléseként kiválasztott, nagy forgalmú megelőző-felvilágosító szolgáltatók adatai alapján azt találta, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba kerülők kb. 85%-a férfi, életviteli státusza alapján 65-80%-uk a szüleivel él, munkaügyi státuszukra nézve kb. 50%-uk alkalmazásban van, rendszeresen foglalkoztatott, 25-40%-uk tanul.

Az egyik szolgáltatónál – amely az ország gazdaságilag deprivált területén működik – a tanulók aránya alacsonyabb volt (20% alatt), ugyanitt volt a legmagasabb a csak alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya (60%). Az elkövetéskor használt szer leggyakrabban kannabisz-származék, az elterelésben lévők 85-95%-a nem állt korábban kezelés alatt kábítószer-probléma miatt.

Ellátórendszerek

Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátást tekintve az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák.

2. táblázat

Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2005-ben

Intézménytípus	Összes kezelt		Először kezelt	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	3 954	26,7	1 486	23,5
Drogambulanciák	5 270	35,6	2 958	46,8

Gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók	47	0,3	20	0,3
Pszichiátriai gondozók	269	1,8	165	2,6
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	2 552	17,3	818	12,9
Egyéb (toxikológia)	2 701	18,3	872	13,8
Összesen	14 793	100,0	6 319	100,0

Forrás: EüM 1211. sz. jelentés

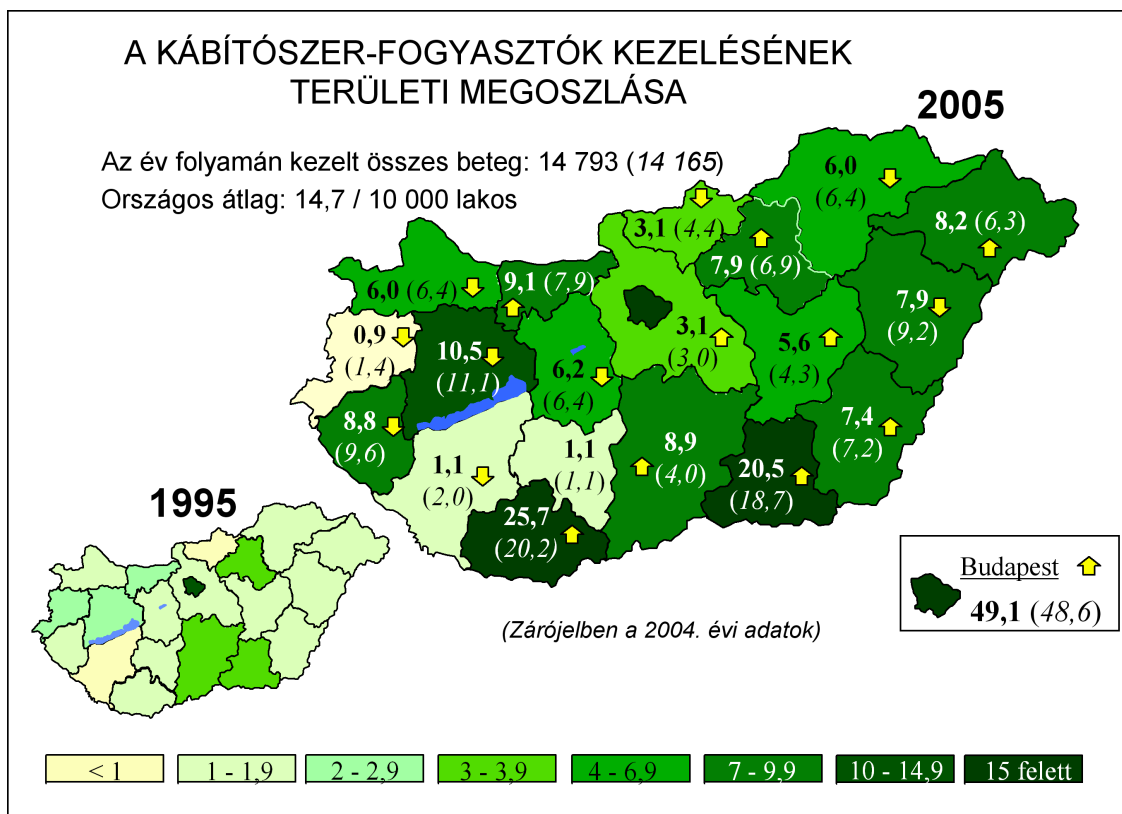
A drogfogyasztók egészségügyi kezelése térítésmentes, a társadalombiztosítás alanyi jogon finanszírozza az ellátást. Két olyan központ létezik Magyarországon, a Soroksári Addiktológiai Centrum és a Szolnoki Addiktológiai Centrum, ahol a betegek számára az ellátás ingyenes, de a finanszírozást nem az OEP, hanem a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet biztosítja.

Több magánorvosi rendelés is működik Magyarországon, ahol szenvedélybetegeket kezelnek és az ellátást teljes mértékben a betegnek kell fizetnie. A magánrendelések pontos száma nem ismert, számuk körülbelül 50.

Területi különbségek az ellátásban

A drogbetegek egészségügyi ellátása területi ellátást jelent. Egy adott megye forgalmát jelentősen befolyásolja az, hogy működik-e a területén drogambulancia.

A lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati fele között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között mutatkozik. Ez a különbség 1996 óta a többszörösére nőtt.



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM 1211. sz. jelentés

A drogfogyasztókat érintő változás 2005-től, hogy a módosított szociális törvény szerint, a közösségi addiktológiai ellátás keretében lehetőség van ún. közösségi ellátás nyújtására és utcai munkára normatív támogatás igénybevételére. Noha ezeket az ellátási formákat Magyarországon a szociális ellátások közé sorolják, valójában – a közösségi ellátások, valamint az utcai ellátások egy részében – az EMCDDA TDI definíciója szerint itt is kezelés történik. A szociális ellátás ilyen jelentős előretörését azzal magyarázhatjuk, hogy az egészségügyi finanszírozás (OEP) nem finanszíroz új drogbeteg ellátásokat.

Szociális ellátás

Hasonló a helyzet a szociális ellátások más területén is. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2005-ös felmérése szerint, amelyet szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményeknek kiküldött kérdőívvel végeztek el, négyféle szakosított szociális intézményben

folyik szenvedélybetegek ellátása: nappali ellátást, átmeneti elhelyezést, ápolást és gondozást nyújtó intézményekben, valamint rehabilitációs intézményekben. Az ápolást és gondozást nyújtó intézményekben ellátott szenvedélybetegek 98%-a alkoholfüggőségben szenved, a kábítószer-fogyasztók száma itt elenyésző. Az átmeneti elhelyezést nyújtó szolgáltatóknál (szenvedélybetegek átmeneti otthona) a kábítószer-fogyasztók aránya 9%, a nappali ellátó intézményekben 33%, a rehabilitációs intézményekben pedig 25%.

Ezekben az intézményekben szintén folyik TDI szerinti kezelés. A fenti intézménytípusok közül csak a rehabilitációs intézmények vesznek részt az országos adatgyűjtési rendszerben.

2005-ben a pécsi Leo Amici Alapítvány, egy drogterápiás intézet, elnyerte az Euro TC (European Treatment Centers for Drug Addiction) minőségügyi tanúsítványt. További változás, hogy 2005 májusában Nyugat-Magyarországon megnyílt az első magán pszichiátriai és addiktológiai egészségközpont, ahol drogbetegek rehabilitációja folyik. 2005-ben 24 fő részesült kezelésben, közülük kb. 40% volt kábítószer-fogyasztó (leginkább heroin- és kokainhasználók).

Gyógyszermentes kezelés

Kórházi fekvőbeteg-ellátás

Az állandó lakcím szerint illetékes pszichiátriai és/vagy addiktológiai fekvőbeteg-osztály biztosítja a kórházi kezelést az elvonási, vagy egyéb társult, vagy komorbid pszichiátriai tünetek esetében. A fekvőbeteg-ellátás pszichiátriai osztályokon, pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegeiben és kisebb mértékben önálló addiktológiai részlegeken történik. Az addiktológiai (azon belül is a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló) kapacitásról, a kezelt drogbetegek számáról nehéz valós képet alkotni: az addiktológiai ágyak egy része pszichiátriai ágyként van elszámolva, valamint a kábítószer-használókat – különösen akkor, ha nem kifejezetten kábítószer-probléma miatt kezelik őket – nem így jelentik. Ennek oka a kábítószer-használók kezeléséért kapott alacsony pontszám (Homogén Betegség Csoport), így az alacsony finanszírozás. A fekvőbeteg-ellátásban az addiktológiai ágyak száma 13%-ról 10%-ra csökkent.

Járóbeteg (ambuláns) kezelés

A járóbeteg-szakellátás fekvőbeteg osztályokhoz tartozó szakambulanciákra, osztályhoz nem tartozó szakrendelőkre, pszichiátriai és addiktológiai gondozókra és speciális, csak drogbetegekkel foglalkozó drogambulanciákra osztható. Az ellátást a területileg illetékes központ biztosítja. A felnőtt pszichiátriai gondozók forgalma 2005-ben nőtt, ezzel párhuzamosan csökkent az egy gondozottra jutó éves megjelenések száma.

2005-ben egy új járóbeteg-ellátó központ létesült, a Szolnoki Addiktológiai Centrum.

Gyógyszeres kezelés

Kórházi fekvőbeteg-ellátás és ambuláns ellátás keretében is folytatnak Magyarországon gyógyszerrel támogatott kezeléseket. Ez elsősorban metadonkezelést jelent, amelynek mindkét formája, az elvonó és a fenntartó kezelés is térítésmentes a betegek számára. Az elvonási tünetek kezelésében szorongáscsökkentő és fájdalomcsillapító szerek széles körben használatosak. Opiátfüggők kezelésére helyenként (elsősorban a drogambulanciákon), Naltrexont használnak.

Magyarországon metadonközpont nincs, a drogambulanciák keretében működnek a metadonprogramok.

Budapesten egy, vidéken két kórházi osztályon van lehetőség korlátozott számban rövid távú detoxikációs metadonkezelésre. A járóbeteg-ellátáson belül elsősorban fenntartó kezelésre van mód, de ezen intézmények mindegyikénél lehetőség van hosszú távú elvonó kezelésre is. 2004 őszétől lehetőség van ambuláns módon elkezdett metadonkezelést rehabilitációs körülmények között hosszú távú detoxikációs kezelési formában folytatni a Deszki Rehabilitációs Központban.

Szubsztitúciós fenntartó kezelést változatlanul nyolc járóbeteg ellátó intézmény biztosít. Ezek közül három a fővárosban működik. A metadonprogramok adatait a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája összesíti (2002 óta).

Összesen 766 fő kezdett meg metadonprogramot 2005-ben. A kliensek 75%-a Budapesten vette igénybe ezt a szolgáltatást. Sok kezelést igénylő van várólistán, nekik 2-3 hónapot kell várniuk.

Szenvedélybetegek közösségi ellátása

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban Szt.) a szenvedélybetegek ellátásával kapcsolatban a következő ellátási formákat különíti el.

A szociális alapszolgáltatások között a családsegítést, a közösségi ellátásokat, az utcai szociális munkát és a nappali ellátást nevesíti a törvény. Az alapszolgáltatások az igénybe vevők saját otthonában és lakókörnyezetében történik. A családsegítés keretében a kábítószer-problémával küzdők részére tanácsadás nyújtása biztosítandó. A szenvedélybetegek közösségi ellátása 2005-től állami normatív támogatásban részesül, és a következő feladatok megvalósítására hivatott:

- lakókörnyezetben történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartásában,
- meglévő képességek megtartása, fejlesztése,
- állapot folyamatos figyelemmel kísérése,
- pszichoszociális rehabilitáció, szociális és mentális gondozás,
- orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

A közösségi ellátásokat a települési önkormányzat köteles biztosítani, ha területén 10.000 főnél több állandó lakos él.

2005. évi CLXX. törvény (XII. 19.) módosította az Szt.-t: a közösségi ellátások eddigi feladatai közösségi ellátásokként fogalmazódnak meg, továbbá a törvénymódosítás nevesíti az alacsonyküszöbű ellátást, mint speciális közösségi ellátást, és ennek keretében 2007. január 1-től a következők biztosítandók:

- kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése,
- a kábítószer-használat okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások,

- kríziskezelés az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére.

Az alacsonyküszöbű ellátást minden települési önkormányzatnak biztosítani kell 2007. december 31-ig, amelynek területén legalább 30 000 állandó lakos él. A normatív finanszírozási rendszer kidolgozása folyamatban van.

A nappali ellátás kábítószer-fogyasztók részére lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését (ha van rá igény), illetve egyéni terápiai tervet dolgoz ki a segítséget kérő rehabilitálására, reszocializációjára. A települési önkormányzat köteles biztosítani a nappali ellátást, ha háromezer főnél több állandó lakos él a település területén.

Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICsSzEM) támogatásával és a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCsSzi) koordinálásával 2005 májusában Addiktológiai Szakértői Munkacsoport (ASzM) jött létre. A munkacsoport célja, hogy folyamatosan közreműködjön a szakterület koncepciójából, irányelveiből, továbbá a Nemzeti Drogstratégiából, és a kibontakozóban levő Nemzeti Alkoholpolitikai Koncepcióból adódó – az ASzM számára mindenkor az ICsSzEM által aktuálisan delegált és nevesített – feladatok végrehajtásában (szakkérdések megvitatása, szakmai anyagok, irányelvek, írásbeli összefoglalók, javaslatok, állásfoglalás-tervezetek előkészítése, véleményezése, készítése). 2005-ben két munkacsoport jött létre az ASzM-en belül, amelyek még az évben a következő feladatokat végezték el:

- „Közösségi ellátás a szenvedélybetegek számára” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásban” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Szenvedélybetegek nappali intézménye a szociális alapellátások körében” c. szakmai iránymutatás kidolgozása.

2005 decemberében az alacsonyküszöbű ellátási forma nevesítésre került a szociális törvényben a szociális alapszolgáltatások és azon belül a közösségi ellátások között. A törvénymódosítás 2007. január 1-től hatályos. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások normatív finanszírozásának kidolgozása folyamatban van. 2007. december 31-ig minden olyan település önkormányzatának biztosítania kell az alacsonyküszöbű ellátás elérhetőségét a településen, ahol állandó lakosok száma eléri a 30 000 főt.

Tűcsereprogramok

Tűcsereprogramok működtetésével 2005-ben 13 szervezet foglalkozott, amelyek közül 4 budapesti. Egy új program indult el Békéscsabán, ahol utcai megkereső munka során biztosítanak tűcserét. További változás, hogy a Miskolci Drogambulancián 2005-ben megszűnt a fix telephelyű tűcsereprogram, viszont 2004 decemberétől működik tűcsere-automata. A további vidéki szervezetek a következő városokban találhatóak: Debrecen, Gyula, Kecskemét, Miskolc, Pécs, Szeged, Veszprém.

Állandó telephelyű programokat két budapesti és négy vidéki szervezetnél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. A hat program keretében az összesen kiosztott injektorok száma 58.804 volt, amely 92%-os növekedést mutat. E nagymérvű növekedés 97%-át a Drogprevenációs Alapítvány (Budapest) keretében működő program injektor-forgalma teszi ki. A vidéki városok injektorkiadása 210 és 370 db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében 56% volt, amely 5%-os csökkenést jelent.

Az automaták forgalma majdnem megháromszorozódott: az öt program (közülük egy budapesti) keretében 20 263 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben összesen 496 injektort találtak az év folyamán (túlnyomórészt Miskolcon).

Mobil tűcserét továbbra is két budapesti szolgáltató biztosított. A kiosztott injektorok száma megkétszereződött (5500 db), a becserelési arány viszont csökkent: 83%-ról 68%-ra. A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok (Budapesten 2, vidéken 3 program) keretében 20 823 db injektor került

kiosztásra, amely nagymérvű csökkenést mutat (2004-ben 38 742), de a becserélési arány lényegesen javult: 55%-ról 74%-ra. Három program von be sorstársakat is a munkájába.

2005-ben az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 32%-kal növekedett, azonban a becserélési arány 3%-ot csökkent. Tűcsere-szolgáltatásban az adatok szerint 959 kliens részesült, amely 13%-os csökkenést jelent, de másodlagos tűcserére utal az a tény, hogy az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nő: 2003-ban 54 injektor/fő, 2004-ben 72 injektor/fő, 2005-ben 110 injektor/fő. A kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 8700 volt, amely szintén jelentős, 39%-os növekedést mutat.

A Budapesten működő tűcsereprogramok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság megállapodása szerint a tűcsereprogramok dolgozói által kiállított, anonim és kóddal ellátott ún. klienskártya használatával a tűcsereprogramok használói mentesülnek attól, hogy az intézkedő rendőr (kártya felmutatása után) a náluk talált steril vagy használt injektor miatt rendőri intézkedést foganatosítson. A kártya használata a tűcsere-szolgáltatók tapasztalata szerint nem teljesen problémamentes, de folyamatosan javul.

Más a helyzet vidéken. A klienskártya országos szintre történő kiterjesztése előtt az Országos Rendőr-főkapitányság (ORFK) kikérte a Legfőbb Ügyészség állásfoglalását, s ez alapján a kártya országos bevezetése meghiúsult.

Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzése

2005 augusztusától, az országos tisztifőorvos rendelete alapján a drogambulanciák és más kezelőhelyek kérésére az intravénás kábítószer-használók HIV és hepatitis C szűrővizsgálatát az ÁNTSZ regionális laboratóriumai (országos lefedettséget biztosítanak) az ÁNTSZ költségén, a beküldő számára térítésmentesen végzik el.

A hepatitis B elleni védőoltás a 14 éves korig kötelező és ingyenes védőoltási rendszer utolsó eleme. A 14. életévben iskolai kampányoltás keretében kerül rá sor 1999 óta.

A 2005. év második felében Budapesten az Országos Epidemiológiai Központ által működtetett HIV/AIDS tanácsadót felújították, ahol a szakmai protokollnak megfelelően történik az önkéntes szűrővizsgálat és a tanácsadás. Ezen kívül az ország minden megyéjében

- korlátozott rendelési időben -, de van lehetőség önkéntes, térítésmentes HIV- szűrésre és tanácsadásra. 2005-ben 110 szűrést és tanácsadást végző szakember számára tartottak WHO tananyagra épülő HIV-counselling tanfolyamot a Nemzeti Népegészségügyi Program finanszírozásával.

Az AIDS Világnap alkalmából valamennyi megyében széles körű kampány zajlott főleg a fiatalok és a rizikócsoporthoz tartozók számára az önkéntes HIV-szűrővizsgálatok népszerűsítése érdekében.

Társadalmi reintegráció

A felépülési lánc utolsó szakaszát jelentő reintegráció a szociális ellátás területén a közösségi ellátáson (pszichoszociális utógondozás), a bentlakásos és nappali intézmények munka-rehabilitációs és fejlesztő-felkészítő programjain, védett munkahelyek biztosításán és a lakóotthonokban való elhelyezésen keresztül jelenik meg hangsúlyozottan.

A célzottan kábítószer-fogyasztók számára programokat működtető civil szervezetek mellett a szociális alapszolgáltatás is hangsúlyosan bekapcsolódik a reintegráció elősegítésébe, miután állami normatív támogatás jelent meg a szenvedélybetegek közösségi ellátásában.

Alapvetően elmondható, hogy a nappali intézmények kapacitása továbbra is igen alacsony, a közösségi ellátást végző szolgálatok iránti igény és számuk azonban növekszik. (A jelenlegi adatszolgáltatás alapján a pontos szám nem ismert, a pszichiátriai és szenvedélybetegek számára létrejött közösségi ellátások együttes száma kb. 110)

2005-ben támogatási rendszer alakult ki a nappali illetve bentlakásos intézmények számára az intézményen belüli szociális foglalkoztatás megvalósítására, amelyeket az Szt. nevesít:

- Munkarehabilitáció: cél a munkakészség és testi-szellemi képességek megőrzése, fejlesztése munkavégzés által, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés.
- Fejlesztő-felkészítő foglalkozás: cél az önálló munkavégző képesség kialakítása, fejlesztése a munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatás révén,

valamint felkészítés védett munkahelyen illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.

A rehabilitációs intézményekből kikerült kliensek félutas házakat, félutas lakásokat vehetnek igénybe. Az utógondozás további jellemző eleme az önsegítő csoportokban való részvétel. 2005-ben az önsegítő csoportok (12 lépéses csoportok, Narcotics Anonymous [NA] csoportok) megerősödése volt tapasztalható, mind létszámukat, területi elterjedtségüket és a gyűlések gyakoriságát illetően. (Budapesten, Pécsen és Szegeden több új csoport alakult.)

Az EQUAL projekt keretében (amelyet az Európai Szociális Alap és a Magyar Kormány finanszíroz) 2005 őszén a szenvedélybetegek gondozásának különböző szintjein tevékenykedő öt szervezet összefogásával egy olyan program indult el, mely a szenvedélybetegség teljes folyamatában komplex, hosszú távú, személyközpontú szociális támogatási formát, gondozást és társadalmi reintegrációt valósít meg.

Lakáskérdés

Budapesten 2004 decemberében kezdte meg működését egy főleg volt állami gondozott, politoxikomán (legális és illegális drogok fogyasztása együttesen) szerhasználó fiatalokat célzó védett bentlakásos szállást biztosító program.

Pécsen új félutas lakás nyílt 2005 elején, a komlói rehabilitációs intézetből kikerült felépülésben lévő szenvedélybetegek részére. A délkelet-magyarországi régióban további két rehabilitációs intézményhez kapcsolódó félutas ház kezdhette meg működését. A lakóotthonok területi lefedettsége nagyon egyenlőtlen, az ország néhány területén nem találhatóak, és ez a rehabilitációs intézmények területi elhelyezkedésével magyarázható.

Rehabilitációs intézménytől függetlenül működő, kábítószer-fogyasztók részére igénybe vehető lakóotthon (félutas ház) jelenleg egy van az országban, a Baptista Szeretetszolgálat által létrehozott Boldogkerti Lakóotthon. A férfiak számára fenntartott félutas ház férőhelye kibővült: 14 fő befogadására képes. Foglalkoztatási programjának keretében elsősorban a külső munkahelyeken történő foglalkoztatást támogatja. Az alapvető szociális ügyintézés mellett az otthonban az önsegítő csoportok működtetése is kiemelt szempont.

Budapesten, a Megálló Alapítványhoz tartozó félutas lakás működtetése 2005 májusban abbamaradt. Itt 4 fő lakott egyidejűleg, akik rehabilitációs intézményekből kerültek Budapestre. (A jelentés készítésekor kapott információk szerint a program folytatása előkészítés alatt van.)

Oktatás, képzés

A képzési formák közül példaként említendő a Megálló Csoport modellértékű programja, amely speciális középiskolai oktatási programot tart középiskolát elkezdett, de azt a kábítószer-használat miatt félbeszakító, abbahagyó fiatalok számára. A képzés 2-8 évig tart, rugalmasabb időbeosztást tesz lehetővé, középiskolai végzettséget ad. Befogadó képessége 25-30 fő, amely évente 10-15 új, illetve kilépő fiatalot jelent a programban.

Foglalkoztatás

A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca (ICSSZEM) 2005-ben pályázati úton nyújtott támogatást védett munkahelyek létesítéséhez. A „Szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása” pályázat keretösszege 56.400.000 Ft volt 2005-ben.

Védett munkahelyek az országban szintén egyenetlenül találhatók, többnyire rehabilitációs intézményhez kapcsolódóan. Dél-Dunántúlon (Kovácsszénája) 2005-ben új védett munkahely nyílt a terápiából kikerültek számára.

A Megálló Csoport Budapesten foglalkoztat közérdekű munkára kötelezett egyéneket. Kapcsolatban állnak a Pártfogói Felügyeleti Szolgálattal, és a kábítószer-fogyasztó elkövetők náluk tölthetik le büntetésüket.

Országos szinten a tavalyi év közepén indultak foglalkoztató programok, amelyek pszichiátriai betegek és megváltozott munkaképességű szenvedélybetegek által igénybe vehetőek.

Új reszocializációs központ kialakítása kezdődött el Budapesten (Emberbarát Alapítvány), amely átmeneti otthont, védett munkahelyet, oktatási stúdiót, valamint lakóotthont foglal majd

magába. Az alapítvány által működtetett sütőüzem (védett munkahely) 2005-ben kezdte meg működését.

Felhasznált irodalom

Elekes Zs. (2005): A drogfogyasztás elterjedtsége és a drogfogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. *Demográfia* 2005-4: 345–374. o.

Elekes Zs. – Paksi B. (2000): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon.* ISMertető 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Elekes Zs. – Paksi B. (2005): *Alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokások a budapesti 9-10. évfolyamos középiskolások körében.* Nem publikált kutatási beszámoló.

Farkas L. – Gerevich J. (2005): *Fogyatékosok drogfogyasztási jellemzőinek feltárása.* Nme publikált kutatási beszámoló.

Marton K. (2005): *Drogprevenció a szabadidős foglalkozásokban – elméletben és gyakorlatban. Záró tanulmány. Gyermekparadicsom Alapítvány .*

Szilágyi Zs. (2006): *A kábítószer-fogyasztási szokások felmérése a Magyar Honvédség személyi állománya körében: A kábítószer-fogyasztás epidemiológiai vizsgálata és a pszichológiai háttértényezők feltárása.* MH Egészségvédelmi Intézet. Nem publikált.

Gyarmati Andrea

A hároméves kistérségi felzárkóztató programok összesített eredményei

Előljáróban

Jelen tanulmány célja, hogy – elsősorban számszerűsíthető, kvantitatív adatok alapján – összevessük a hároméves kistérségi felzárkóztató programban 2006-ig részt vevő kistérségek programdokumentációiban szereplő tervezett eredményeket azzal, ami ténylegesen megvalósult.

A program működéséről, a programozás folyamatáról itt nem kívánunk szólni, erről a 2006. május végén Zalaegerszegen rendezett konferencián elhangzott előadások anyagából kiadott kötet részletesen tájékoztat.

Módszertan, fogalommagyarázatok, kutatási kérdések

A program eredményeinek összesítése során a következő – a Szociális és Munkaügyi Minisztériumtól kapott – dokumentumokat használtuk: kistérségi fejlesztési tervek, eredményösszesítő táblázatok, forrásallokációs táblázatok, eljárásrend, kapcsolódó jogszabályok. E dokumentumok alapján adatlapot készítettünk, ezt feldolgozva pedig egy adatbázist, mely a további elemzések bázisaként szolgált. Tehát a kutatásunk alapvetően dokumentumelemzés, kvalitatív módszerek alkalmazására egyedül a pásztói kistérség kapcsán nyílt lehetőségünk. Az általunk vizsgált kistérségeket a programba történő bekapcsolódásuk éve szerint az 1. sz. táblázatban foglaltuk össze.

1. táblázat

A vizsgált kistérségek a programba kapcsolódás időrendjében

A fejlesztési terv benyújtásának éve	Kistérség
2001.	Pásztói
2002.	Zalaszentgróti, Letenyei, Sarkadi

2003.	Szigetvári, Tiszamenti, Cserehát-Hernád-Bódva, Tiszavasvári
2004.	Bácsalmási, Jánoshalmi, Nagyatádi, Barcsi, Bihari
2005.	Mezőkovácsházai, Salgótarjáni

Mivel a 2004-ben és 2005-ben indult programok esetében még nem történt meg a zárás, így az e két évben bekapcsolódott kistérségekre vonatkozóan csak részeredményeikről számolhatunk be. A programok tényleges zárása után érdemes tehát újra bekérni az adatokat és kiegészíteni a mostani elemzéseket (Mezőkovácsháza és Salgótarján esetén mindenképpen).

A feldolgozás legkisebb egysége a *szolgáltatástípus* volt, nem a projekt. Ezt fontos hangsúlyozni, mivel azt tapasztaltuk, hogy egy-egy projekt több szolgáltatást is érinthet, illetve ugyanarra a szolgáltatásra vonatkozóan több projekttel is pályázhattak a települések. A projektek azonosítását az érintettek a programok kidolgozása és megvalósítása során nem végezték el (tehát a fejlesztési tervben szereplő projekteket nem lehet egyértelműen azonosítani a forrásallokációs, illetve az eredményösszesítő táblákban szereplő projektekkel), így rendkívül nehéz volt az eredmények összesítésekor megtalálnunk a projektek közti kapcsolatokat. A projektek azonosítására általában a szerződésszámot használtuk – sok esetben azonban ez sem segít, ugyanis a szerződésszámok akár évenként változhatnak ugyanazon projekt esetén. Másrészt, ha a projektlogikának megfelelően kezeltük volna az adatokat, nem kaptunk volna képet a kistérség szociális és gyermekvédelmi törvény alá tartozó szolgáltatási struktúrájáról, illetve az egyes szolgáltatásokhoz tartozó kapacitásbővülésről.

A fejlesztési terv, illetve a szerződésszámok alapján összesített (megvalósult és tervben maradt) projektek száma tehát 494, de 679 szolgáltatást érintenek, így a mi összesítéseinkben az előbbieknél ez az abszolút száma (a továbbiakban ezeket nevezzük projekteknek). Mivel sok esetben hiányosak voltak a tervben, illetve az eredményeket összesítő táblázatban szereplő adatok (főleg a kapacitásadatok, naturális eredménymutatók), ezért kontroll adatként helyenként felhasználtuk a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet által vezetett szociális és gyermekvédelmi szolgáltatók működési engedélye alapján készült regiszter adatait.

Mire irányult a vizsgálat?

Vizsgálatunk során az alábbi kérdésekre kerestük a választ.

Hatott-e (és ha igen, hogyan hatott) a program:

- a forráselosztás decentralizációjára kistérségi szinten?
- a területi kiegyenlítődésre (települési, területi különbségek felszámolása)?
- a differenciálódás vagy komplexitás növekedésére?
- a térségek közti összefogás erősítésére (társulások szerepének növekedése a tervezéstől a fenntartásig)?
- a civilekkel, vállalkozásokkal való együttműködés erősödésére?
- az ellátottsági mutatók javulására, a kapacitások bővülésére?
- az összehangoltabb szolgáltatási háló létrejöttére: történt-e elmozdulás a komplex, integrált, gazdaságosabban működő intézményrendszer kialakítása felé?
- az indokolatlan kapacitások megszüntetésére?
- a szükségletekre alapozott racionális szolgáltatástervezésre?
- a speciális alapellátás (közösségi ellátások) körének bővülésére?
- kiépültek-e az aprófalvas települések minimális szolgáltatásai (egyáltalán: mik ezek, hogyan működtethetők gazdaságosan?)
- a fenntarthatóságra: mennyiben igényelnek plusz normatívát a fejlesztett szolgáltatások?

A projektek megvalósulása

A projekteket megvalósulás szerint hat kategóriába soroltuk: voltak projektek, amelyek a tervek szerint valósultak meg („megvalósult”), voltak olyanok, melyek megvalósultak ugyan, de csak részben az eredeti tervek szerint („részben valósult meg”), voltak olyanok, amelyek az eredeti tervben nem szerepeltek („a tervben nem szerepelt”), vannak még folyamatban lévő projektek („még nem zárult le”), és vannak „nem megvalósult” projektek. Egy projektet akkor tekintettünk megvalósultnak, ha a tervben és a forrásallokációs/eredményösszesítő táblázatban is megtaláltuk. Ha csak az előbbiben, akkor általában „nem megvalósultként”, ha

viszont csak az utóbbiban, akkor a „tervben nem szerepeltként” kezeltük. A kategorizálás azonban nem fedi teljesen a valóságot, mivel a projektek módosulása – *a kezdeti és ezt következetesen végigvivő azonosítás elmaradása miatt* – számunkra sok esetben követhetetlennek bizonyultak a különböző táblázatokban. Emiatt szerepel a kategóriák között a „nem tudni, mi lett vele” csoport is.

A projektek megvalósulásáról a következőket mondhatjuk el: 2/3 részük esik a tervek szerint megvalósult kategóriába, részben megvalósult 4%-uk, nem szerepelt a tervekben, de megvalósult 5,4%-uk, még nem zárult le 3%-uk. Ezeket együttesen nevezhetjük tehát sikeres projekteknek (75%). A projektek fennmaradó 25%-a fele-fele arányban nem valósult meg, illetve nem tudni, mi lett velük („sikertelen projektek”).

Ha kistérségenként vizsgáljuk a projektek megvalósulását, nagy eltéréseket tapasztalhatunk. A legtöbb projektet a szigetvári kistérségben tervezték és valósították meg – ebben a kistérségben a legjobb arányaiban is a megvalósulások. Számosságában a legkevesebb projektet a Bácsalmási és a Jánoshalmi kistérségben találjuk, de a megvalósulások arányai a Tiszavasvári, a Bihari és a Mezőkovácsházai kistérségben a legrosszabbak, azaz ezen utóbbi kistérségekben tértek el leginkább az eredeti fejlesztési tervben szereplő projektek a ténylegesen megvalósítottaktól. A lehetséges okokról azonban csak feltételezéseink vannak (a kistérségeknek nem állt rendelkezésére elég információ a tervezéshez; tapasztalathiány; a kistérségi preferenciák nem estek egybe a minisztérium elvárásaival, stb.)

Ha arra a kérdésre is szeretnénk választ kapni, vajon van-e összefüggés a megvalósított projekt tartalma (azaz, hogy milyen szolgáltatást érintett adott projekt) és a sikeresség között, akkor a keresztábra szignifikáns összefüggést mutat (szig. 0,009). Az átlagos sikerességi arány 76%. Az e fölöttieket tekinthetjük különösen sikeresnek, az ez alattiakat pedig kevésbé sikeres fejlesztéseknek.

Megállapíthatjuk, hogy a legnagyobb megvalósulási/sikerességi valószínűséggel az alábbi ellátások rendelkeznek:

- gyermekjóléti és családsegítő szolgálat (88%-ban sikeres projektek)
- speciális alapellátások (87,5%) – közülük is főként a támogató szolgálatok

- gyermekjóléti alapellátások (76,2%)
- szociális alapellátások (76%) – ezen belül is főként a családsegítés, falugondnok, idősek klubja
- gyermekek és családok átmeneti otthona (75,5%).

A legkisebb megvalósulási valószínűséggel pedig a következők:

- gyermekek napközbeni ellátása (33%-os megvalósulás),
- egyéb fejlesztések (azaz olyan szolgáltatások, melyek szorosan nem kapcsolódnak a törvényileg meghatározott kategóriákhoz, pl. képzés, szakmai konferencia, helyi programok): 62%-os megvalósulás,
- szociális átmeneti ellátások (67%-os megvalósulás, itt főként a hajléktalanellátás húzza le az értékeket).

A projektek által fejlesztett szolgáltatástípusok

Alapvetően megfogalmaztuk az adatok feldolgozása során, hogy minden projektet szétbontunk ellátások szerint, illetve besorolunk egy-egy a szociális törvényben és a gyermekvédelmi törvényben nevesített kategóriába. Erre több ok miatt is szükség volt. Egyrészt csak így tudunk képet alkotni a fejlesztésekben érintett szolgáltatásstruktúráról, másrészt így tudunk kapacitásadatokat kapcsolni a projektekhez. Ahol az ellátás nem volt egyértelműen megállapítható, ott az általánosabb kategóriát használtuk (így jött létre az alap szociális kategória). A gyakran előforduló ellátáskapcsolatokat viszont meghagytuk eredeti állapotukban (pl. étkeztetés és házi segítségnyújtás, gyermekjóléti szolgálat és családsegítés). Találkoztunk törvényi kategóriákba egyáltalán nem besorolható fejlesztésekkel is, ezeknek az „egyéb szociális” vagy az „egyéb nem szociális” nevet adtuk.

A 2. táblázat összesített adatai alapján a fejlesztési program projektjeiről elmondható, hogy nem kiegyenlített a szociális és a gyermekjóléti ellátások fejlesztése – az előbbi jóval nagyobb súllyal szerepelt a fejlesztésekben. Célcsoportok szerint is azt látjuk, hogy a leginkább preferáltak az idősek, majd a gyermekek következnek, elvétve találunk a hajléktalan emberek vagy fogyatékossgal élők ellátásának fejlesztését célzó projekteket. Az ellátások jellege szerint az alapellátás preferált, ezen belül is leginkább az étkeztetés, az idősek klubja, a házi segítségnyújtás. A speciális alapellátások fejlesztését szolgáló projektek száma – a

várakozásokkal ellentétben – elenyésző. Az átmeneti ellátásokon belül azonban meglepő a családok és gyermekek átmeneti otthonának fejlesztésére irányuló projektek magasnak mondható aránya. A tartós bentlakásos ellátás fejlesztése viszont már csak és kizárólag az idősek ellátásához kapcsolódik. Ugyanilyen nagy hiátus mutatkozik a gyermekek napközbeni ellátásának fejlesztése terén, ami elgondolkodtató is, ha összevetjük az európai uniós és a Nemzeti Cselekvési Terv elvárásaival, célkitűzéseivel.

2. táblázat

A KFP projektekben szereplő szociális és gyermekvédelmi

ellátások előfordulása

Ellátások a szt. és a gyvt. alapján	Gyakoriság (N)	Százalék
alap-szociális	23	3,4
étkeztetés	119	17,5
népkonyha	8	1,2
házi segítségnyújtás	24	3,5
falugondnok	63	9,3
családsegítés	36	5,3
étkezt+házi segítségnyújtás	71	10,5
tanyagondnok	1	0,1
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	11	1,6
szociális információs szolgálat	6	0,9
idősek klubja	88	13
fogyatékos napközi	2	0,3
nappali melegedő	3	0,4
idősek gondozóháza	9	1,3
éjjeli menedékhely	4	0,6
hajléktalanok átmeneti szállás	2	0,3
idősek otthona	22	3,2
fogy. otthona	3	0,4
közösségi ellátás	5	0,7
támogató szolgálat	10	1,5
utcai szociális munka	1	0,1
gyermekjóléti szolgálat	42	6,2
gyermekek napközbeni ellátása	5	0,7
bölcsőde	3	0,4
alternatív napközbeni ellátás	1	0,1
helyettes szülői hálózat	1	0,1
gyermekek átmeneti otthona	4	0,6
családok átmeneti otthona	7	1
egyéb, nem szociális	12	1,8
gy.jóléti+cssk együtt	76	11,2
szakmai konferencia	2	0,3
képzés	10	1,5
egyéb szociális	5	0,7
Összesen	679	100

Források és költségek

Átlagosan egy-egy kistérség 300 millió Ft körüli összegre pályázhatott a programban (amelyhez meghatározott arányban önerőt is biztosítaniuk kellett a pályázó településeknek, társulásoknak). Ez az összeg 3 évre szólt, és több forrásból tevődött össze (szociális minisztérium, CÉDE, TERKI, TFC, Munkaügyi Kirendeltség). A források elemzésénél csak a tervezett és megvalósított teljes költség, illetve az önerő és támogatási összeg arányának bemutatását tűztük ki célul, mivel az adatok a forrásallokációs és az eredményösszesítő táblázatokban sokszor pontatlanok, hiányosak, egymásnak ellentmondóak, illetve általános probléma, hogy a két táblázat eltérő módon azonosítja a projekteket.

A tervezett és a tényleges összköltség egy projektre eső minimuma mindkét esetben 271 ezer forint (falugondnoki szolgálat, Lisperzentadorján), maximuma 224 millió Ft volt (idősek gondozóháza, Pásztó). Az egy projektre jutó átlag a tervek esetén 9,5 M Ft, míg a megvalósult projektek esetén 9 M Ft – tehát alig csökkent. A szórás, azaz az átlagtól való átlagos eltérés mindkét esetben magas. Bármilyen irányú az eltérés a tervekhez képest (túltervezés vagy alultervezés), feltételezhető, hogy a projektek tervezése során lényeges szempontokat hagytak figyelmen kívül. Kistérségenként bontva az adatokat azt tapasztaltuk, hogy Tiszamente, Mezőkovácsháza, Tiszavasvári és Szigetvár esetében jelentős a tervektől való eltérés, aminek tényleges okaira azonban ezek az adatok nem világítanak rá.

Az önerő és a támogatás viszonyát tekintve, átlagosan minden projekt esetén $\frac{3}{4}$ -ed részt tesz ki a költségekből a támogatás, és $\frac{1}{4}$ -et az önerő. Ettől kistérségenként és ellátásonként is vannak eltérések. A kistérségenkénti eltérések azt mutatják, hogy arányaiban a legtöbb önerőt a Pásztói és a Szigetvári kistérség biztosította a megvalósításhoz, a legkevesebbet pedig a Barcsi, a Nagyatádi, a Tiszamentei és a Salgótarjáni kistérség. Ennek részben az az oka, hogy a program indulásakor pályázó kistérségeknek még 30% önerőt kellett biztosítaniuk, ami később lecsökkent. Másrészt a vizsgálatunkban szerepelnek még nem lezárult fejlesztések is, ezeknél nincs adatunk a tényleges költségekről.

Szolgáltatások szerint nézve a költségmegoszlásokat, a legkisebb önerőre a gyermekjóléti ellátások fejlesztéséhez, míg a legnagyobbra az átmeneti és bentlakásos ellátások

fejlesztéséhez volt szükség. Ennek oka a szolgáltatások törvények által előírt működési feltételeiben keresendő.

Fejlesztési célok, eszközök

A projektek fejlesztési eszközei két célt szolgálhatnak. Egyrészt a települések általuk kívánnak törvényi kötelezettségüknek megfelelni, másrészt helyi igényt szeretnének kielégíteni. Az eredeti fejlesztési tervekben 531 projekt célja volt a törvényi kötelezettségek teljesítése, azaz a tényleges felzárkóztatás. Az egy projektre eső átlagos költség esetükben 9,4 millió forint volt. A törvényi kötelezettségnek megfelelni kívánó megvalósult projektek száma 295, az egy projektre eső tényleges költség 8,9 millió forint – tehát a tervekhez képest csökkenést látunk. A helyi igényt szolgáló projektek esetén is megfigyelhető a költségek és a projektszámok csökkenése a tervezetthez képest (a projektek száma 135-ről 84-re, az egy projektre eső átlag 10,1 M Ft-ról 9,6 M Ft-ra csökkent), de így is magasabb, mint a törvényi kötelezettségnek megfelelni kívánó projektekre eső átlag (a különbség 700 ezer forint – ez jelentősnek mondható).

A fejlesztési tervek feldolgozása során öt fejlesztési eszközt sikerült elkülönítenünk, amelyek némi magyarázatra is szorulnak. Az első a *létesítés*, amely alatt azt értettük, hogy a projekt olyan szolgáltatás létrehozását tekintette céljának, mely korábban nem létezett adott településen. Látszólag könnyű eldönteni, hogy egy szolgáltatás létezett-e vagy sem a projekt beadását megelőzően, mi mégis több problémába botlottunk. Tekinthető-e működő szolgáltatásnak egy olyan gyermekjóléti szolgálat, amelynek nincs működési engedélye, és/vagy a védőnő vagy a falugondnok látja el esetenként a feladatot? A dilemmát a működési engedélyek nyilvántartásának segítségével oldottuk meg: ha itt szerepelt egy adott szolgáltatás mint működési engedéllyel rendelkező, akkor azt létezőnek vettük, ha viszont nem – bármit állítson is róla a fejlesztési terv – nem létezőként kezeltük, azaz az ilyen szolgáltatásokra vonatkozó projekteket a létesítés kategóriába soroltuk. A második a *fejlesztés*: ez alatt kizárólag a humán erőforrás-képzést, bővítést értettük. A harmadik a *bővítés*: ezt akkor használtuk, amikor vagy egy már meglévő szolgáltatás került bővítésre (kapacitásbővítés), vagy pedig az infrastruktúra bővült valami korábban nem létezővel. Negyedik a *korszerűsítés* – amikor már meglévő eszközök cseréjére került sor, és végül ötödik a *HACCP*

minőségbiztosítás. A fejlesztési eszközök természetesen együtt is járhatnak, hiszen egy-egy projekt egyrészt a szolgáltatásra, másrészt annak személyi és tárgyi fejlesztésére is irányulhatott.

A megvalósult projektek fejlesztési eszközök szerinti megoszlása szerint a projektek 2/3-ánál találunk infrastruktúra-korszerűsítést, -bővítést, illetve ha a HACCP minőségbiztosítást is ide vesszük, akkor elmondható, hogy a projektek 70%-a a településeken már meglévő intézményi struktúra karbantartását, megtartását szolgálta. Új szolgáltatás létesítésére mindössze a projektek 15%-a esetén került sor, így gyaníthatóan maradtak még fehér foltok a szolgáltatás-struktúrában a programok zárása után is. A legtöbb létesítés a gyermekjóléti és családsegítő szolgálatokra irányult (22%), ez után következik az idősek klubja (14%), étkeztetés és házi segítségnyújtás (13,5%), illetve a falugondnoki szolgálatok (10%).

A humán erőforrás-bővítés, fejlesztés nagyon alacsony aránya (8,6%) mögött több okot is feltételezhetünk. Egyrészt a támogatások nem voltak bérköltségre fordíthatók, másrészt a HR-bővítés folyamatos működési költségként jelenik meg a programok zárása után is az önkormányzati költségvetésben, amit nagyon kevés hátrányos helyzetű önkormányzat képes csak kigazdálkodni. Ezt erősíti az a tény is, hogy leginkább a magas állami normatívájú szolgáltatások esetén (pl. idősek otthona) találkozunk az eredmények között munkahelyteremtéssel. A törvényi kötelezettségek teljesítésébe tehát hiába tartozik bele a megfelelő műszaki felszereltségű intézmények működtetése mellett a megfelelő képesítésű szakember alkalmazása is – ez utóbbi esetén a hároméves kistérségi felzárkóztató programok önmagukban nem nyújtanak segítséget. Azonban csak néhány esetben találtunk arra példát, hogy a hároméves kistérségi felzárkóztató programhoz benyújtott projekt más európai uniós vagy egyéb forrásból is részesült. *A különböző fejlesztési programok közti kapcsolódások megtalálásában tehát, úgy tűnik, a kistérségek segítségre szorulnak.*

A kistérségek szerint az adatokból megállapítható, hogy a legtöbb szolgáltatáslétesítés és humán erőforrás-fejlesztés a Szigetvári kistérségben történt, a legtöbb HACCP minőségbiztosítás pedig a Nagyatádi kistérségben. Barcs és Mezőkovácsháza a másik végpont: ezekben a kistérségekben nincs adatunk sem szolgáltatáslétesítésről, sem munkahelyteremtésről.

Humánerőforrás-bővítés

Számosságában a legtöbb szakember alkalmazását a szociális alapellátásokat fejlesztő projektek valósították meg, de itt a legmagasabb a kiinduló létszám is. Ha arányaiban nézzük a kiindulást és a bővítést, akkor jól látszanak az eltérések ellátásonként. Átmeneti ellátás, illetve speciális alapellátás esetén gyakori a humánerőforrás-bővítés, -fejlesztés – tudjuk, hogy ezek többsége létesítés, korábban nem létező magas normatívás szolgáltatás. Meglepő viszont az ugyancsak újonnan létesített gyermekjóléti és családsegítő szolgálatok alacsony HR-bővítési hajlandósága. Ezeket a szolgáltatásokat a pályázatok beadásakor általában valamilyen formában már működtették az önkormányzatok, hiszen törvényileg kötelező az ellátás biztosítása. Gyakori, hogy működési engedély nélkül, általában a védőnő látta el nagyon alacsony óraszámban a feladatot. Éppen ezért meglepő, hogy megfelelően szakképzett szakember felvételét éppen ezek a szolgáltatások nem tervezték.

Ellátotti kapacitás bővülése

A releváns kapacitásadatok a jogszabályok meghatározása szerint szolgáltatásonként változnak. Más számít relevánsnak egy családsegítő szolgálat esetén (esetszám), mint egy idősek klubja (férőhelyszám, ellátottak száma), vagy szociális konyha esetén (adagszám, ellátottak száma). A tervek sok helyen nem használják ezeket a mérőszámokat, illetve keverednek a kapacitásmutatók – ha egyáltalán vannak. Még nagyobb baj, hogy az eredményösszesítő táblázatokban sok helyen potenciális ellátottiszám-növekedéséről beszélnek, ami alatt az egész település lakosságszámát értik – ezekkel az adatokkal végképp nem számolhattunk. Az itt szereplő kapacitásadatok tehát inkább csak nagyságrendileg tájékoztatnak a programok eredményeiről, statisztikai következtetéseket a megbízhatatlanságuk miatt nem vonhatunk le belőlük. Az egy szolgáltatásra eső átlagos ellátotti szám 200 fő körül volt a pályázatok helyzetelemzésének elkészültekor, ez a projektek megvalósítása után átlagosan több mint a felével nőtt. A kiinduló férőhelyszámok átlagosan 20 körül voltak, ezek száma is kb. a felével nőtt. A kiinduló adagszámok viszont

nem növekedtek ennyire dinamikusán – itt 1/3-os a növekedés, tehát a kapacitásmegtartás dominált inkább az étkeztetések esetén.

Infrastruktúra-bővítés, -korszerűsítés

A kiinduló infrastrukturális hiányosságokat a fejlesztési tervek projekt-indoklásai alapján az alábbi kategóriákba soroltuk:

- kis alapterület;
- a helyiségek funkcionális elkülönítése nem megoldott;
- nem megfelelőek a szociális helyiségek;
- nincs a törvényi előírásoknak megfelelő szállítóeszköz;
- az épületek épületgépészetileg korszerűsítésre szorulnak;
- a HACCP minőségbiztosítás bevezetéséhez konyhafelszerelésre van szükség;
- az irodákból hiányzik bútorzat, irodafelszerelés, számítástechnikai eszközök.

A projektek több mint 1/3-a esetén említették a kis alapterülettel összefüggő hiányosságokat, 30% esetén hiányos volt a berendezés, 20% körüli a szállítóeszköz-hiány, 10% a konyhafelszerelési hiányosság és végül 3% körüli az épületgépészeti hiányosság. A megvalósítás során azonban ezek az arányok némileg módosultak: épületfelújítás, -bővítés, -beruházás maradt a projektek 1/3-ában, a szállítóeszköz-beszerezés 10%-ra – a felére – csökkent az eredeti igényekhez képest, a konyhafelszerelés-beszerezés szintén alig módosult (11,2%), míg a berendezések aránya 15%-kal nőtt (45,4%).

A szolgáltatások működése, együttműködések

A „szolgáltatás-működés mód” arra vonatkozik, hogy milyen más típusú szolgáltatásokkal együtt működik adott szolgáltatás. Működhet önállóan és integrálva (integráción belül gondozási központhoz, családsegítő-gyermekjóléti szolgáltatáshoz kapcsolva, vagy egyéb módon).

A fenntartó típusa is egyfajta együttműködés-mutató, jól mutatja, hogy egy települési önkormányzat mennyire nyitott az alternatívákra, képes-e, szeretne-e más típusú szervezeteket is bevonni a szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások működtetésébe.

Ellátási területen az ellátott települések számát, ennek változását értjük. A működési engedély megléte vagy hiánya pedig egyfajta végső eredménymutatója lehet egy adott szolgáltatásfejlesztési projektjének.

A szolgáltatások eredeti és tervezett/megvalósított működés módjában alig találunk eltérést. Eredetileg a szolgáltatások 64,7%-a működött önállóan, idősellátáshoz integrálva 9%-uk, családsegítéshez integrálva 0,7%-uk, egyéb módon integrált volt a szolgáltatások 5%-a, a fennmaradó 20%-uk pedig korábban nem működött. A projektek eredményeként önállóan működik 56%-uk, idősellátáshoz integrálva 10,4%-uk, családsegítőhöz integrálva 0,7%-uk, egyéb integrált módon 24%-uk, alapszolgáltatási központhoz integrálva 4%-uk. Változási tendenciát tehát az „eredetileg önállóan működő” és az „egyéb módon integrált” kategóriák esetén tapasztalhatunk: elmozdulás történt az előbbiből az utóbbi felé.

A kiinduló és a megvalósult ellátási terület esetén megfigyelhető az integrálódás fokozódása, azaz enyhe elmozdulást tapasztalunk az egy települést ellátó szolgáltatások irányából a kistérségi szintű működés felé (a változás 6%). Kiinduló ellátási terület szerint a már létező szolgáltatások 82%-a látott el egy települést, 8%-a társult településeket, 3,4 %-a volt mikrotérségi szintű, 5%-a kistérségi szintű. Ugyanez a fejlesztések után: egy települést lát el a szolgáltatások 73%-a, önkormányzati társulás keretében működik 7,5%-uk, mikrotérségi szintű 7,3%, kistérségi szinten működik 11%, több települést lát el ellátási szerződéssel 1%. Ugyanezt a változást figyelhetjük meg a szolgáltatások által eredetileg ellátott települések számának a projektek hatására történő enyhe növekedése kapcsán: a növekedés átlagosan 2 település.

A kiinduló fenntartókról nem rögzítettünk adatot, így csak a végeredményként létrejött állapotot tudjuk bemutatni. Ez alapján a fejlesztett szolgáltatásokat fenntartó szervezetek megoszlása a következőképpen alakult:

- települési önkormányzat: 88,5%,

- kistérségi társulás: 6,3%,
- egyéb társulás: 3%,
- nonprofit szervezet: 1%,
- vállalkozás, kht, egyéb: 2%.

Ezek az arányok jól megfelelnek a működési engedélyek nyilvántartása alapján leválogatható fenntartótípus-megoszlásnak, így levonható az a következtetés, hogy az önkormányzati fenntartói dominancia csökkenésére a program nem gyakorolt hatást, nem erősödtek az együttműködések az állami és a nem állami szféra között.

A működési engedélyek megszerzése minden a program során fejlesztett szolgáltatás számára kötelező. Mivel ezt az adatot a kistérségi összesítő táblázatok nem tartalmazzák, így erre vonatkozóan csak a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet által vezetett naprakész nyilvántartás alapján rendelkezünk adattal. Ebből az adatbázisból azonban nem derül ki, hogy egy adott szolgáltatás működésében történt változás a program hatásának tulajdonítható, vagy valami másnak, ezért ezek az adatok csak tájékoztató jellegűek. Annyi azonban elmondható, hogy a fejleszteni kívánt szolgáltatások 70%-a rendelkezett 2006. november közepéig működési engedéllyel, s csupán 30%-uk nem.

Célcsoportok

A fejlesztések célcsoportja kétféleképpen határozható meg. Egyrészt beszélhetünk demográfiai célcsoportokról (gyermekek, idősek, fiatalok, felnőttek), másrészt speciális élethelyzetű csoportokról (családok, szenvedélybetegek, hajléktalanok stb.). Természetesen egy szolgáltatásnak több közvetlen célcsoportja is lehetett (az étkeztetésnél a leggyakoribb).

Az első kategorizálás alapján a fejlesztések által leginkább preferáltak az idősek, utánuk következnek a gyermekek, végül hasonló arányban a fiatalok és felnőttek (13. ábra). Speciális élethelyzetű csoportok esetén a sorrend: családok (60%), fogyatékos személyek (18%), szenvedély és pszichiátriai betegek: 10-10%, és végül hajléktalanok 2%.

Összefoglalás, ajánlások

A bevezetőben megfogalmazott, a program hatására vonatkozó kérdéseinkre az adatok elemzése után a következő válaszokat adhatjuk.

- A program hatása a forráselosztás decentralizációjára kistérségi szinten: *a kistérségektől függően nagyok az eltérések a források felhasználását illetően. A pásztói kistérségben például egyetlen település kapta meg a fejlesztési források 90%-át, míg a Szigetvári kistérség esetén minden település részesült a forrásokból. Két minta rajzolódik ki tehát: az egyiket nevezhetjük pásztói-nagyatádi mintának: itt a forrás-decentralizáció nem érvényesül, egy település, azon belül is előfordul, hogy egy projekt viszi el a források nagy részét. A másikat nevezhetjük szigetvárinak: itt maximálisan érvényesül a decentralizáció, minden település nyertese a fejlesztésnek.*
- A területi kiegyenlítődésre (települési, területi különbségek felszámolására, csökkentésére) gyakorolt hatás *szintén kistérségfüggő, a program eleve nem garantálta ennek megvalósulását. A garanciákat több ponton is be lehetett volna építeni a pályázatás folyamatába (olyan projektek támogatása, melyek valódi szükségleteket elégítenek ki, fenntartható módon). Mivel ez nem történt meg, számunkra egyes projektek indokoltsága erősen megkérdőjeleződik.*
- A differenciálódás vagy komplexitás növekedésére gyakorolt hatás: *az adatok azt mutatják, hogy nőtt a programok hatására az intézményi komplexitás, a szolgáltatások integrációja a racionálisabb működés irányába hat.*
- A térségek közti összefogás erősödése (társulások): *a folyamat elindult a programok hatására.*
- A civilekkel, vállalkozásokkal való együttműködés erősödésére *semmilyen hatást nem gyakorolt a program.*
- Az ellátottsági mutatók javulása *valóban mérhető, sok esetben kérdéses ugyanakkor ennek költséghatékonysága.*
- Az összehangoltabb szolgáltatási hálóra, komplex, integrált, gazdaságosabban működő intézményrendszer létrejöttére gyakorolt hatás *jelenleg még nem tapasztalható, nem látszik a fejlesztési tervekben a szolgáltatások rendszerként, hálóként való kezelése. A fejlesztések sok esetben átgondolatlanok, esetlegesek, szolgáltatás-fejlesztési koncepciókhoz, jogszabályi elvárásokhoz nem igazodnak.*
- Az indokolatlan kapacitások megszüntetésére *egyetlen esetben sem találtunk példát.*

- A szükségletekre alapozott racionális szolgáltatástervezés: *nem jellemző a szükségletfelmérés a fejlesztési tervekben, ez több szempontból is negatív következményekkel jár. Ha ugyanis nincs a projektek mögött valódi szükséglet, nem fognak megtérülni a beruházások, elhalnak a kezdeményezések.*
- A speciális alapellátás körének bővülése *nem radikális, inkább a hagyományosabb szolgáltatások fejlesztése dominál (étkeztetés-házi segítségnyújtás).*
- Kiepültek-e az aprófalvas települések minimális szolgáltatásai, mik ezek, s hogyan működtethetők gazdaságosan? *Erre a kérdésre a leginkább mintának tekinthető választ a szigetvári kistérség programja és annak megvalósulása kínálja.*
- Hatott-e a program a fenntarthatóságra, mennyiben igényelnek plusz normatívát a fejlesztett szolgáltatások? *Erre a kérdésre választ leginkább maguktól az önkormányzatoktól kaphatnánk, azonban erre nem volt lehetőségünk a monitorozás során. Az egyetlen interjú pásztoi kutatásunk tapasztalatai alapján jól látszik, hogy a nagy költségű, szükségletfelmérés alapján indokolatlan, kistérségi összefogást nélkülöző beruházások nem fenntarthatóak.*

Ajánlások

Mivel a monitorozáshoz nem állt rendelkezésre egységes szempontrendszer és eljárásrend (kitől, konkrétan milyen adatot, ki gyűjt be), az elemzésünk sem tud választ adni a programok tényleges sikerességére, eredményességére vonatkozó kérdésekre. Javasoljuk tehát, hogy a továbbiakban egységes, az eddigi tapasztalatokat is beépítő szempontrendszer alapján történjen a monitorozás.

Ez jelenthetne egy *egységesen vezetett és használt adatbázist*, illetve hozzájárulhatna a monitorozási gyakorlat szélesebb körben való használatához. Az egységes adatbázis szerkezetére, adathelyeire az általunk összeállított adatbázis szolgálhatna mintaként. Az adatbázis használhatóságának, az abból kinyert adatok elemzésének alapja egyrészt a projektek egyedi azonosításának megoldása – már a projektek benyújtásának pillanatában – másrészt a projektek törvényileg rögzített ellátástípusokba sorolása, harmadrészt az eredmények egységesen kialakított naturális mutatókban való bekérése.

Az adatfeldolgozás előtt tehát elengedhetetlen az adatok pótlása, illetve az adatok pontosítása a következő mutatóknak megfelelően:

1. Eredmények számbavétele (indikátorok)

(A legkisebb elemzési egység [rekord] a szolgáltatástípus [sztv, gyvt], nem a projekt!)

Indikátorok, mérhető tényezők

- szolgáltatástípus (kódolva; minta: a készülő Szociális Szolgáltatók Elektronikus Katasztere),
- kapcsolódó projektek száma,
- hozzáférés-, elérhetőségmutató (pl. igénybevevők száma)
- a projekt jellege (létrehozás, bővítés, felújítás, eszközbeszerzés),
- természetes mutatók (kapacitás és infrastruktúra: adag-, férőhelyszám, ellátotti szám, esetszám stb.; felújított alapterület négyzetméterben; szolgálatok, részlegek, eszközök),
- humán erőforrás (képzés, új munkahelyek száma, gondozási óra),
- térségi együttműködési mutató (hány település van érintve, köztük milyen a kapcsolat: pl. térségi szinten tartják fenn a fejlesztett szolgáltatást, vagy ellátási szerződéssel, esetleg önállóan),
- minőségmutató (új tevékenységek, helyi kezdeményezések, innovációk pl. a diétás étkeztetés, tanácsadás),
- hatékonyság-, kihasználtságmutató (betöltött/betöltetlen férőhelyek aránya, egy gondozóra jutó ellátottak száma, várakozók száma stb.)
- a projekt indokoltsága (lakosság szám alapján mennyire indokolt; kihasználtság)
- fenntartótípusok (a készülő Szociális Ágazati Szolgáltatók Elektronikus Katasztere alapján)
- szolgáltató szervezetek tipológiája/szervezeti keretek (integrációtípus),
- finanszírozás (források megoszlása),
- fenntarthatóságmutató (forrásbevonások, önkormányzati normatíva, működési költség)

2. Kvalitatív jellegű adatok gyűjtése, értékelő elemzés

a) Interjúkészítés a felelősökkel, mely átfogó értékelést ad és minőségi információt szolgáltat a programok megvalósulásáról, sikeréről, az esetleges nehézségekről; arról, hogy a program elérte-e ténylegesen a célját, az egyes programokban a stratégiai tervezés hogyan jelenik meg, hogyan zajlik a belső monitoring, milyen tényleges hatásuk van a programoknak a kistérségi szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer felzárkóztatására. Hogyan értékelhetőek az együttműködési mechanizmusok (minisztériumok, önkormányzatok, civil szervezetek, piaci szektor szereplői), milyen a programok társadalmi-és szakmai visszhangja.

b) Dokumentumelemzés: az egyes projektekhez tartozó háttéranyagok, stratégiák, megjelent produktumok értékelése a kitűzött célok tükrében.

c) Sajtóelemzés: az egyes projekteknek milyen sajtóvisszhangja volt, milyen mértékben jelentek meg a médiában, hogyan, milyen eszközök mozgósítása mellett történt a társadalmi tájékoztatás.

Lovász László

Az Egyesült Nemzetek Szervezetének fogyatékosügyi politikája (1945–2006)

Rövid eszmetörténeti kitekintő

A szakirodalom az emberi jogok fejlődését illetően alapvetően három irányzatnak tulajdonít kiemelkedő jelentőséget. A természetjogi irányzatot – azon belül is különösen John Locke munkásságát – az emberi jogok fő forrásának tekintik. Locke szerint az élet, a tulajon és a vagyon védelme a legfontosabb (állami) cél a társadalom szempontjából, és a jog a (Teremtőtől származó, örök érvényű erkölcsi törvényeken alapuló) természeti törvényeknek van alárendelve.

Az úgynevezett haszonelvű irányzat ettől eltérően abból indul ki, hogy az „emberi jogok” csupán fikció, mert csak annak van önértéke, ami „jó”, ami nem okoz „fájdalmat”, „szenvedést”. Bentham szerint a társadalmi cél az elérhető legnagyobb boldogság. Jogot, vélik a jogpozitivisták, csupán a törvény ad a közösség számára, mégpedig a közösség javának a maximálása érdekében, mintegy nyereségként. Ezt vitatta Constant, aki szerint a haszonnak társadalmi szinten nem nyereségként, hanem kötelességként kell megjelennie.

A harmadik nagy jogi irányzat Kant nevéhez fűződik, aki – némileg hasonlóan a természetjogi felfogáshoz – az erkölcsi törvényeknek, még hozzá az ember alkotta parancsoknak tulajdonított jelentőséget, mivel az ember – Kant érvelése szerint – „eszes”, „racionális” lény. Az erkölcsi törvényeknek köszönhetően az egyénnek nem a közhaszont kell szem előtt tartania, hanem a morális jogra kell támaszkodnia. Az értékek tekintetében Kant úgy foglalt állást, hogy csak a dolgoknak van áruk, míg a személyeknek csak öncélú értéke, azaz méltósága van. Dworkin – Kanttól eltérően – arra az álláspontra helyezkedik, hogy a morális jogot nem az egyén, hanem a közösség szintjén kell értelmezni, mert az emberi méltóság és a politikai egyenlőség nem tagadható meg még a közösség érdekében sem, ugyanis mindenkit egyenlő figyelem és egyenlő tisztelet, azaz méltóság illet meg.

Kiss ennek kapcsán kifejti, hogy az erkölcsi személy és a morális értékű személy nem azonos fogalmak. Az emberi méltóság alapja az, hogy senkit nem lehet kirekeszteni, az egyenlő

méltóság pedig az jelenti, hogy nincs rangkülönbség az emberek között. Ettől még természetesen lehet valaki morális értékében (életfelfogásában) különböző megítélésű, de ez már kívül esik az egyén autonómiájának sérthetetlen részén (azaz méltóságán).

Szociális jogok és emberi jogok

A jelenlegi jogtudomány nem ismeri el egységesen a szociális jogokat emberi jogoknak; a magyar Alkotmánybíróság egyedül a megélhetést biztosító ellátáshoz való jogot tekinti ún. egyéni szociális jognak a szociális állam szempontjából, tekintettel arra, hogy a magyar alkotmány nem rendelkezik a szociális biztonság mértékéről, ismérvéről.

A szociális jogoknak emberi jogként való értelmezését illetően vannak olyanok, akik megkérdőjelezzik annak morális alapját, azt állítva, hogy az nem következik az ember mivoltából, mert sok esetben csak a szabadságjogok sérelmére lehet biztosítani, bírói úton gyakorlatilag nem számon kérhető (egyéni nem kikényszeríthető és nevesíthető) és nem utolsósorban a szociális jogok biztosítása az adott állam mindenkori teherbíró-képességével van kapcsolatban. Ezért az alaptörvényekben meghatározott szociális jogok államcélként értelmezhetők, de alanyi vagy alapjogokként nem.

Az emberi jogokat tekintve mégis van egy speciális eset: egy adott csoport kiszolgáltatott helyzete az emberi jogi sérelem különös veszélyét hordozhatja. Ez a kiszolgáltatott helyzet az egyén és az állam egymáshoz való viszonyában egy speciális kapcsolathoz vezethet.

Georg Jelinek gondolatmenetét követve, az egyéneket alanyi közjogok illetik meg, amelyek alapvetően három csoportba oszthatók. Az első a status negativus, amelyet védelmi jogként definiálunk (az állam csak annyiban tevőleges, hogy védi ezen jogokat), s tipikusan az egyén szabadságjogát biztosítja a közhatalommal szemben. Az állam beavatkozásától mentesek az állapottal, tulajdonsággal, helyzettel kapcsolatos (pl. élet, testi épség), a jogi pozícióval kapcsolatos (pl. tulajdon), valamint a cselekvéssel kapcsolatos (pl. gyülekezés, foglalkozás szabad megválasztása) területek. A status activus alapvetően a politikai részvételi és hatalomgyakorlással kapcsolatos jogokat öleli fel. Berlin szerint csak a jog lehet abszolút, a hatalom nem, és ezért vannak olyan határok, amelyeken belül az ember sérthetetlen. A

harmadik, témánk szempontjából legfontosabb terület a status positivus, azaz a szolgáltatási jogok, vagy más megközelítésből: állami kötelezettségek. Önmagában a felmerülő közöltségek semmilyen esetben nem indokolhatják a védelmi és részvételi jogok érvényesülésének a korlátozását. Vagyis az alapvető szabadságjogok (például a törvény előtti egyenlőség) gyakorlása, biztosítása ténylegesen feltételezi az állam beavatkozását és aktivitását. (Az Egyesült Államokban ennek alapján vezették le a hátrányos megkülönböztetés tilalmának az elvét is, Németországban pedig a megélhetéshez szüksége ellátáshoz vagy a létminimumhoz való jogot.)

Az ENSZ egyezményeinek és tevékenységének rövid áttekintése

Az Egyesült Nemzetek Szervezete elsősorban az „egyenlőség mindenkinek” elv alapján jött létre. Az ENSZ alapokmánya bevezetésében alapvető szintre emelte azokat az értékeket, amelyekkel minden egyes emberi lény rendelkezik (pl. méltóság), és különös jelentőséggel ruházta fel a szociális igazságosság előmozdítását. Ily módon maga az ENSZ alapokmánya biztosítja valamennyi alapvető emberi jog védelmét, beleértve a fogyatékosokkal élő jogait is.

Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata

Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát (a továbbiakban: Nyilatkozat) 1948. december 10-én az ENSZ Közgyűlés párizsi ülészaka ellenszavazat nélkül fogadta el. Ez az egység talán annak is köszönhető volt, hogy eredetileg nem szánták kötelező érvényű dokumentumnak. Az elfogadás napját azóta az emberi jogok napjaként tartják számon, és a Nyilatkozat számos alkotmányra és nemzetközi dokumentumra gyakorolt jelentős hatást. Jelen téma szempontjából fontos elemei a következők:

A Nyilatkozat preambuluma a méltóság, az egyenlő és elidegeníthetetlen jogok, valamint a szabadság, igazság és béke alapjainak összefoglalása. Az 1. cikk kimondja, hogy mindenki szabadon születik, és mindenkinek egyenlő méltósága és joga van. A 2. cikkben ez áll: a „megfogalmazott összes jogok és szabadságjogok fajra, színre, nemre, nyelvre, vallásra, politikai vagy más véleményre, nemzeti vagy társadalmi származásra, vagyonna, születésre

vagy más körülményre vonatkozó mindennemű megkülönböztetés nélkül mindenkit megilletnek.” A 3. cikk Locke-hoz hasonlóan fogalmaz: „Mindenkinek joga van az élethez, a szabadsághoz és a személyi biztonsághoz” (azaz a „tulajdonhoz”).

A 13. cikk kimondja, hogy „az egyes államok határain belül mindenkinek joga van szabadon mozogni”.

A Nyilatkozat 22. cikkében ez áll: „A társadalom tagjaként mindenkinek joga van a szociális biztonsághoz és annak biztosításához, hogy nemzeti erőfeszítéssel és nemzetközi együttműködéssel, valamint az egyes államok szervezetével és erőforrásaival összhangban megvalósuljanak a méltósághoz és a személyiség szabad kibontakozásához nélkülözhetetlen gazdasági, szociális és kulturális jogok.”

Végül, de nem utolsósorban fontos megemlíteni a 25. cikket: „Mindenkinek joga van a saját maga és családja egészségének és jólétének biztosítására alkalmas életszínvonalhoz, ideértve az élelmet, a ruházatot, a lakást, az orvosi ellátást és a szükséges szociális szolgáltatásokat, továbbá a szociális biztonsághoz munkanélküliség, betegség, rokkantság, özvegység, öregség esetén, vagy amikor tőle független egyéb körülmények miatt nincsenek megélhetési eszközei.”.

A 29. cikket az emberek többsége – néha úgy tűnik – hajlamos elfelejteni, az ugyanis az egyénnek a közösséggel szembeni kötelezettségét mondja ki.. „Mindenkinek vannak kötelességei azzal a közösséggel szemben, amelyben egyedül lehetséges személyiségének szabad kibontakoztatása.”

Az ENSZ működésének korszakai a fogyatékoság problémái, illetve azok kezelése szempontjából

Előzmények

A második világháborúig a fogyatékoság kezelését lényegében csak egészségügyi-orvosi szempontból közelítették meg, és orvosilag kívánták megoldani a „problémát”. Az 1910-es és 30-as évekből erre kirívó példát nyújtanak az eugenikai tendenciák. Részben ennek is köszönhető, hogy a negyvenes évek második felében hozott deklarációk nem tartalmaztak

utalást a fogyatékos személyek jogaira, mert a legtöbb nyilatkozat, nemzetközi dokumentum szövegezése már a harmincas években elkezdődött, még ha azokat radikálisan át is írták a viláégés után. Kálmán – Köncei szerint épp a második világháború által okozott sokk adott lehetőséget az emberi jogok felé való nyitásnak és az egyetemes, univerzális jogok térhódításának.

A második világháborút lezáró békét követő korszak, 1960-ig

A fogyatékoság kérdése a múlt század negyvenes-hatvanas éveiben még nem játszott olyan hangsúlyos szerepet, mint a XX. század végén. Ezen a téren az úttörők egyértelműen a vakok és a siketek, illetve képviselőik voltak, akik napirendre tudták vettetni a fogyatékoság kérdését, még ha csak a prevenció és az orvosi rehabilitáció szempontjából is. Az ENSZ Titkársága, a Gazdasági és Szociális Tanács és annak alárendelt szervezete, a Szociális Bizottság foglalkozott ezzel az üggyel. A negyvenes és ötvenes évek workshopok (munkacsoportok) és szakmai központok felállításával, valamint szakértők képzésével teltek.

Az ENSZ Szociális Bizottsága 1950-ben már két konkrét témakörben foglalt állást és készített jelentést (az ILO, a WHO, az UNESCO, az IRO, az UNICEF segítségével): „[A] hátrányos helyzetűek szociális integrációja”, valamint “A vakok szociális rehabilitációja” tekintetében. A Szociális Bizottság döntést hozott arról is, hogy nemzetközi standard megalkotására van szükség az oktatás, a kezelés, a képzés és a fogyatékos emberek elhelyezése szempontjából, különös figyelemmel a vakok helyzetére az elmaradott térségekben. 1951-ben a Szociális Bizottság már az integrált szemlélet felé mozdult, egy évvel később pedig új megközelítés kialakítására került sor a „fizikailag sérültek” ügyében, amely a közvélemény tudatosításának, komplex rehabilitációs programok indításának és rehabilitációs szolgáltatások fejlesztésének szükségességét hangoztatta. A Szociális Bizottság az 1953-ban tartott, kilencedik ülésén már a sérült személyek független és produktív szerepe erősítésének a fontosságát hangsúlyozta. Az ötvenes években kezdődött meg a szakmai anyagok publikálása az International Social Service Review-ban, az ENSZ szakmai lapjában.

A hatvanas évek

A faji megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről szóló 1965-ös egyezmény számos elemében előrelépést jelentett. Az egyezmény állást foglalt jó néhány olyan kérdésben,

amelyek később előremutató elemként szolgáltak más egyezmények, normák és kezdeményezések tekintetében

- a megkülönböztetés megszüntetése,
- az elkülönítés elítélése,
- a jogegyenlőség,
- a gyűlöletkeltés és az ilyen tevékenységet folytató szervezetek betiltása,
- a hatékony jogorvoslat,
- és az előítéletek felszámolását célzó oktatás mellett.

Az egyezményt nem csupán az államokra és azok szerveire, hanem a nagyközönség előtt nyitva álló szolgáltatásokra is alkalmazni kellett.

A Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányát, és a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányát 1966. december 10-én fogadták el. Az egyezmények az ún. első generációs (személyes szabadságjogok, pl. állampolgárságot, tulajdont, gyülekezést, szólásszabadságot biztosító jogok) és a második (a munka világával kapcsolatos) generációs jogok kifejtését tartalmazzák. Ezt az évtizedet szintén új szemlélet jellemezte: a szociális és társadalmi integrációs felfogás erősödése, szemben a korábbi, inkább egészségügyi megközelítéssel.

A Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának IV. része alapján alakult meg az Emberi Jogi Bizottság, amely fontos kommentátorokat fogadott el. Az ENSZ Szociális Bizottsága monitoring rendszerek kidolgozását kezdte meg, továbbá a Közgyűlés 1969-ben elfogadta a Szociális Haladásról és Fejlődésről szóló deklarációt, külön kiemelve az ENSZ Alapokmányának 19. cikkét, amely minden embert felruház az egészségügyi, szociális biztonsághoz, valamint a jóléti szociális szolgáltatásokhoz való joggal. A deklaráció 11. cikkelye külön kitér arra, hogy védelmezni kell a fizikailag és szellemileg hátrányos helyzetűeket, és biztosítani kell a jólétüket.

A hetvenes évek

Az évtized kezdetén a mentálisan sérült embereknek a közgyűlés külön figyelmet szentelt a mentálisan korlátozott személyek jogairól szóló deklaráció elfogadásával. Az integrált

rehabilitációs szolgáltatások kapcsán már azt a tényt hangsúlyozták, hogy a mentálisan sérültek másokkal azonos jogokkal rendelkeznek (1. cikk). Sőt, deklarálták azt is, hogy e személyeknek ugyanolyan joguk van az egészségügyi szolgáltatásokhoz, az oktatáshoz, valamint a jogi védelemhez, mint a többi embernek.

1975-ben történt meg a sérültek „nagykorúsítása”: a közgyűlés deklarálta, hogy a fogyatékos személyek ugyanolyan politikai jogokkal bírnak, mint bárki más. Ezen túlmenően kinyilvánították, hogy minden fogyatékos ember

- jogosult az emberi méltóság tiszteletben tartására,
- jogosult másokkal egyenlő politikai és polgári jogokra,
- jogosult az elérhető legmagasabb szintű függetlenségre,
- jogosult rá, hogy a társadalmi-gazdasági tervezéskor figyelembe vegyék az igényeit,
- védelmet élvez a lealacsonyítással járó, bántó szabályozással, kiszolgáltatottsággal és diszkriminációval szemben.

További igen jelentős lépés történt ugyanebben az évben a tudatosítás terén, még ha nem is annyira széles skálán: a Bizottság a Szociális Fejlődésért megfontolás tárgyává tette a fizikai és építészeti akadályok lebontását a még teljesebb társadalmi integráció érdekében, és egy új fogalom jelent meg a fogyatékossgal élőkkal kapcsolatos eszköztárban: teljes részvétel – full participation – a társadalmi életben.

Mindezen folyamatok betetőzéseként 1976. december 16-án a közgyűlés az 1981-es esztendő-t a Rokkantak Nemzetközi Événé nyilvánította.

A nyolcvanas évek

Ez az évtized sok szempontból hozott változást a világban, az ENSZ ebben az időszakban indította útjára azokat a programokat, amelyek a rehabilitációra és a megelőzésre koncentráltak. A fogyatékossgal foglalkozó szakemberek találkozási egyre gyakoribbá, az információ- és tapasztalatcsere pedig egyre hatékonyabbá vált. Ekkor alakultak meg olyan jelentős nemzetközi szervezetek, mint az Inclusion International és a Disabled People's International.

A Rokkantak Nemzetközi Évének legjelentősebb eredménye az ENSZ Közgyűlés által 1982. december 3-án a 37/52. sz. határozatban elfogadott, a fogyatékosokkal élő emberekre vonatkozó világprogram volt. A program elsősorban arra fókuszált, hogy a fogyatékosokkal élő emberek ugyanazokhoz a lehetőségekhez jussanak hozzá, mint bármely más polgár, és hogy egyenlően részesedjenek a gazdasági és társadalmi fejlődés eredményeiből.

Ezt megelőzően, 1981-ben az ENSZ a New York-i, a genovai és a bécsi központjai tekintetében erőfeszítéseket tett az akadálymentesítésére. 1981. november 30. és december 6. között Szingapúrban megrendezték a Rokkantak Nemzetközi Éve keretében a Nemzetközi Fogyatékosokkal Élők Első Alakuló Kongresszusát. 1982. decemberében a közgyűlés újabb lépést tett azzal, hogy elfogadta a Cselekvési Világprogramot a fogyatékosok ügyében, amelynek három kiemelt célterülete volt: az esélyegyenlőség (equal opportunities), a teljes részvétel (full participation in economic and social life) és a rehabilitáció (equal access to health, education and rehabilitation services).

Az 1983–1992 közötti időszakot az ENSZ Közgyűlése a Fogyatékos Emberek Évtizedének nyilvánította 1982-ben, s ehhez pénzügyi alapot is rendelt 1,1 millió dollár összegben, 51 projektet finanszírozva. 1984-ben került sor az ún. Special Rapporteur (fogyatékos ügyekért felelős különleges „megbízott” vagy „jelentéstevő”) megválasztására az argentin Leandro Despouy személyében. 1988-ban a közgyűlés újfent megerősítette az esélyegyenlőség megteremtésének fontosságát, ugyanakkor elvetette egy olyan konvenció kidolgozását, amely a fogyatékosokkal szembeni összes diszkrimináció kiküszöbölését biztosította volna.

1987-ben Stockholmban tartották a fogyatékosokra vonatkozó világszintű akcióprogram végrehajtásának ellenőrzésére hivatott szakértői találkozót. A találkozón elhangzott: dolgozzanak ki irányelveket a következő években folytatandó tevékenység tekintetében, javasolva, hogy „az ENSZ Közgyűlése hívjon össze egy különleges konferenciát, ahol megszövegeznek egy olyan nemzetközi egyezményt a fogyatékosokkal élő emberek elleni mindenfajta diszkrimináció megszüntetéséről, amelyet a tagállamoknak az évtized végéig ratifikálniuk kell”.

1989-ban az ún. Tallinni Irányelvek kiemelték azt, hogy a fogyatékosok saját magukat képviselik sorsukat tekintve, nem pedig a kormányzatoktól függő „tárgyak”, valamint rögzítették, hogy a fogyatékosok társadalmi integrációja a foglalkoztatás növelésével oldható meg. Ugyanebben az évben, 1989 novemberében az Emberi Jogi Bizottság meghatározta a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányában szereplő, meglehetősen szélesen értelmezett diszkrimináció fogalmát. Eszerint diszkrimináció „[m]inden olyan különbségtétel, kizárás, megszorítás, illetve előnyben részesítés, amelynek alapja faj, bőrszín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy egyéb vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, tulajdon, születés vagy más státus, és amelynek célja vagy eredménye az emberi jogok és alapvető szabadságok elismerésének, egyenrangú élvezetének vagy gyakorlásának megsemmisítése vagy csorbítása.”

A kilencvenes évek

1992-ben a közgyűlés a Rokkantak Évtizednek lezárásaként december 3-át a Fogyatékos Személyek Nemzetközi Napjává nyilvánította. A Rokkantak Évtizedének gyakorlata folytatódott, amikor a Gazdasági és Szociális Tanács támogatta azt, hogy 1993 és 2002 között a Fogyatékos Személyek Ázsiai és a Csendes-óceáni évtizede kerüljön megrendezésre.

A kelet-európai rendszerváltások évtizede meghozta a várt áttörést fogyatékosügyben. A Szociális Fejlesztési Bizottság vezetésével a kormányzati szakértőkből álló, önkéntes hozzájárulásokkal támogatott, nyílt ad hoc munkacsoport és más nem kormányzati szervezetek (NGO-k) részvételével megalkották a fogyatékosokkal élő gyerekek, fiatalok és felnőttek esélyegyenlősége biztosításának alapszabályait. Az alapvető szabályokat az ENSZ Rokkantak Évtizede alatt szerzett tapasztalatok alapján dolgozták ki.

1993. december 20-án a közgyűlés a fogyatékos személyekre vonatkozóan elfogadta a mérföldkőnek tekinthető, alapvető fontosságú irányelveket: Az Egyesült Nemzetek Alapvető Szabályai a fogyatékosokkal élő személyek esélyegyenlőségének biztosítására (a továbbiakban: Standard Rules vagy Alapvető Szabályok). Ez az ENSZ-dokumentum már monitoring rendszert vezetett be, s így folyamatosan figyelemmel kísérhetővé tette a felek által kitűzött célok és kötelezettségvállalások teljesülését. Az ellenőrzést a svéd Bengt Lindquist különleges jelentéstevő által betöltött (1994–2002) intézmény kezdte el, ugyanakkor

az egyezmény szabályai szerint ez az intézmény jogilag nem rendelkezett sem hatáskörrel a beszámoltatás tekintetében, sem szankciókkal a mulasztásokra nézve. Jelenleg – 2003 nyara óta – a qatari Sheikha Hessa Khalifa bin Ahmed al-Thani tölti be ezt a tisztséget.

A Standard Rules bevezetését követően megtartott szakmai konferenciák – akár a témához szorosan nem kapcsolódóan – külön kitértek a fogyatékos személyek igényeire és jogaira. A kilencvenes években folytatódott tehát az emberi jogi megközelítés, amit a bécsi (1993), kairói (1994) vagy a koppenhágai (1995) konferenciák jegyzőkönyvei tanúsítanak.

A Standard Rules maga is megfogalmazza, hogy a szabályok „eszközként szolgálhatnak a politika kialakításában, valamint a fogyatékossgal élő személyek és szervezeteik tevékenysége számára. [...] Az Alapvető Szabályok célja az, hogy biztosítsák a fogyatékossgal élő lányok és fiúk, nők és férfiak számára, hogy társadalmuk tagjaiként ugyanazokkal a jogokkal és kötelességekkel rendelkezzenek, mint mindenki más. Az egyenlő jogok alapelve magában foglalja, hogy minden egyes egyén szükségletei egyenlő fontosságúak, ezen szükségletek alapján kell végezni a társadalmi tervezést, és minden erőforrást úgy kell alkalmazni, hogy minden egyes egyénnek biztosítsák az egyenlő részvétel lehetőségét.” Ez azt jelenti, hogy a tervezési és döntési folyamatok során figyelembe kell venni a fogyatékos személyek igényeit, hasonlóan a 3447. Közgyűlési Határozathoz.

A Standard Rules gyorsabb és pontosabb megvalósítása érdekében a különleges jelentéstevő úgy döntött, hogy egy átfogó felmérést készít a tagállamok részvételével. Szakértők bevonásával a Standard Rules 22 területre vonatkozó szabályai közül négy került kiemelésre: a jogalkotás, a hozzáférhetőség, a munka világa és a fogyatékos emberek érdekvédelmi szervezetei. A felmérés célja az volt, hogy megbecsülje a fejlődés szintjét, ütemét, és meghatározza azokat a területeket, ahol az országok közeledtek (vagy nem közeledtek) az esélyegyenlőség felé, hogy ezáltal is segítse a Standard Rules mélyebb és hatékonyabb megvalósítását. (A legutóbbi, 2002-ben készült beszámoló az interneten olvasható.)

A millennium óta eltelt, és az új, a Fogyatékos Személyek Jogairól szóló Egyezmény elfogadásáig terjedő időszak

A fogyatékos személyek jogaira vonatkozóan 2000-ben Írország meghatározó lépést tett egy nemzetközi egyezmény megalkotására. Ez azonban nem járt konkrét eredménnyel. Mint Könczei fogalmaz, „[e]zen nemzetközi egyezmény megalkotásának igénye széles tagállami támogatottság mellett hivatalosan első ízben, a 2001. évi, dél-afrikai rasszizmus és idegengyűlölet elleni ENSZ-konferencia nyilatkozatában fogalmazódott meg. Az új egyezmény mellett akkor főként a fejlődő országok voksoltak. A fejlettek inkább idegenkedve, azt jelezték, hogy átfedéseket okozna már létező emberi jogi egyezményekkel. (Ez a két különálló pozíció azóta is jelen van. A fogyatékosügy szempontjából tekintve némileg inkább elhárító, bürokratikus érvelési stratégiákkal élő fejlett államokkal szemben a fejlődők progresszívebb szerepet játszanak. A fejlődők nemegyszer összetartva, támogatóan működtek a későbbiekben is.)”

2001 novemberében Mexikó kívánt előbbre lépni ez ügyben az ENSZ Közgyűlésén. A beadott javaslat szerint az indítványozók kezdeményezték egy olyan bizottság létrehozását, amely elkezdené e konvenció megalkotását. (Részben e szándék megerősítésére hozták tető alá a később, az Európa Tanács által kezdeményezett úgynevezett Madridi Deklarációt megalkotó konferenciát is.) Az ENSZ Közgyűlése végül úgy határozott, hogy felállít egy ad hoc testületet annak érdekében, hogy 2002 nyarán jelentés készüljön egy átfogó nemzetközi egyezmény kiadására. (Sajnálatos módon az ENSZ Millennium Deklarációjában (2000. szeptember 8.) már nem maradt hely a fogyatékos személyek számára.)

2001. november 28-án az ENSZ közzétett egy olyan konvenció-tervezetet, amely kizárólag – és nem valamely más dokumentum részeként – a fogyatékkal élő személyek jogainak és méltóságának a védelméről szól (Konvenció a Fogyatékos Személyek Jogainak Védelméről). Még ugyanebben az évben a közgyűlés 56/168. sz. határozatával létrehozott egy ad hoc bizottságot. Az első ülésre 2002. július 29-étől augusztus 9-ig került sor. Az ad hoc bizottság hetedik, utolsó ülészakának munkája 2006-ban eredményesen végződött: december 5-én elfogadta az egyezménytervezetet, a közgyűlés pedig december 13-án az egyezményt fogadta el hivatalosan (ennek részleteiről lásd Gombos Gábor írását a Kapocs 28. számában).

A tervek szerint az egyezmény első, lehetséges hatálybaléptetési időpontja legfeljebb 2008-2009 lehet. Szomorú tény azonban, hogy az USA az elmúlt években egyáltalán nem vagy csak korlátozott mértékben vett részt érdemben a bizottság munkájában, mert a fogyatékosok kezelését belügynek tekinti, mint ahogy a faji megkülönböztetéssel kapcsolatos politikákat is – az USA nem írta alá a faji megkülönböztetést tiltó 1965-ös egyezményt.

Magáról az egyezményről és annak 50 cikkelyéről részletes elemzés elkészítését jelen írás keretei nem teszik lehetővé. Mindenesetre jelzés értékű, hogy az egyezmény számozásánál az élethez való jogot (10. cikk) vagy a törvény előtti egyenlőséget (12. cikk) megelőzi a tudatosság növelése (8. cikk) és az akadálymentesség (9. cikk) fontossága. A jogok és (állami) kötelezettségek tekintetében szintén érdekes és külön elemzés témája lehetne az egyezmény egyes cikkelyeinek az elhelyezése, sorrendje is – a korábbi egyezmények cikkelyeire és szerkezetére figyelemmel.

Összegzés

Az új fogyatékosügyi ENSZ-egyezmény számos kihívást jelent majd mind a jogászok, mind a fogyatékosokkal élők, illetve az ő helyzetük előmozdításáért küzdő szakemberek számára. Vita tárgyát fogja képezni az is, hogy mennyire emberi jogi egyezmény az új dokumentum, valamint az, hogy magának az emberi jogoknak a tartalma mennyire és mennyiben fog változni. Ez különösen érdekes annak fényében, hogy a haszonlevű jogelmélet hívei szerint maguknak az emberi jogoknak az absztrakt felfogása és az emberi jogok megléte fikciónak tekinthető. Ennek a vitának az alapja az a kérdés, hogy mi maga az ember. Mi különbözteti meg például az embert a többi emlőstől, és egyáltalán vannak-e az állatoknak jogaik? (E diskurzus kirívó példája a Singer feszegette kérdés, hogy egy súlyos fogyatékos csecsemőnek miért van több joga a létezéshez, mint egy egészséges főemlősök.)

Sen szerint a XXI. század elején a szaknyelv nyelvezete és tematikája azt tükrözi, hogy az emberi jogok hangsúlyozása valóban fontossá vált az utóbbi évtizedekben, azonban van olyan álláspont is, amely szerint az emberi jogok fogalmi struktúrája túlságosan leegyszerűsödött. Emiatt ez a jogcsoport folyamatosan veszít értékéből a mindennapi élet mélyebb struktúráiban, és némiképp devalválódik. Minél inkább általánossá válik egy jog, annál

„gyengébb” is lesz, veszít partikuláris, koncentrált erejéből. Mindezért nagyon fontos ügyelni arra, hogy az emberi jogok jelentéstartalma ne híguljon fel, ne mosódjon el tartományának határa. Nem minden emberi jogi kérdésnek van szociális vonzata, mint ahogy nem minden szociális kérdés egyben emberi jogi kérdés.

Minden univerzális jognak – így az emberi jog(ok)nak is – ez a hátulütője, és egyben erőssége is. Különösen politikai szempontból, hiszen azok betartása, illetve az azokról való vélekedés egyre inkább szubjektívvé válik, s így politikai eszközzé, egyben politikai fegyverré. Ezért is mondja Sen, hogy „[a]z emberi jogokat olyan jogoknak tekintik, amelyek mindenkit megilletnek – állampolgárságtól függetlenül –, és amelyek hasznából mindenkinek részesülnie kellene.”

Amikor a fogyatékos emberek jogairól beszélnek, akkor kivétel nélkül mindig az emberi jogokra gondolnak az érintettek. Nevezetesen arra, hogy a fogyatékos embereknek bizonyos elidegeníthetetlen jogaik vannak, méghozzá olyanok, amelyek ahhoz szükségesek, hogy gyakorolni tudják az egyébként „mindenkit” megillető jogokat. A mindenkit megillető jogok pedig egyben emberi jogok. Zombor szerint az „[a]z emberi jogok kérdése ma: egy új erkölcskeresés. Az emberi jogok olyan hivatkozási alapot jelentenek, amely elől még az emberi jogok egyetemességét vitató vagy tagadó kultúrák, jogrendszerek és vallások sem térhetnek ki, a globális problémákra közösen adandó válasz miatt. Korábban az európai kultúrkörben a Biblia volt ilyen közös alap, kiindulási pont, ma az emberi jogok. Minden nagy, az emberi létet, közösséget érintő vita (politikai, gazdasági, szociális, kulturális) e körül forog.”

Ahhoz tehát, hogy a mindenkit megillető jogokat gyakorolhassák a fogyatékos emberek, olyan garanciákra, mondhatni – Bragyova volt alkotmánybíró véleményét tolmácsolva – többlet jogokra van szükségük, amelyek nem a tartalmukat illetően mélyebbek vagy erősebbek az emberi jogoknál, hanem azokat támogatják, meg-, illetve kísérik, hogy ellensúlyozzák a társadalmi hátrányt.

Azonban ezek a támasztékok az emberi jogokon, illetve (eddig még kellően fel nem ismert) gazdasági érdekeken alapulnak, és azok nélkül ezek a támasztógerendák is ledőlnek. Ezért

ahhoz, hogy megértsük az „alapvető garanciális jogokat”, érteni kell az egyetemes emberi jogok, valamint az európai uniós jogintézmények fejlődését is. Erre már csak azért is szükség van, mert a fogyatékos személyeknél felmerülő garanciák, jogok mind Amerikában, mind Európában (részben) más-más töről fakadnak, azonban ennek részletes elemzése már egy másik értekezés témája.

Felhasznált szakirodalom

Bragyova, A.: Vannak-e kisebbségi jogok? Egyenlőség és kisebbség. Állam és Jogtudomány, 1–4. szám, 1992.

Halmai G. – Tóth G. A.: Az emberi jogok eredete. In: Emberi Jogok (szerk.: Halmai Gábor – Tóth Gábor Attila), Osiris, Budapest, 2003, pp. 35–65.

Halmai G. – Tóth G. A. (2), Az emberi jogok rendszere. In: Emberi Jogok (szerk.: Halmai Gábor – Tóth Gábor Attila), Osiris, Budapest, 2003, pp. 81–107.

Kálmán, Zs. – Könczei Gy.: A Taigetosztól az esélyegyenlőségig, Osiris, 2002.

Kiss J.: Vannak-e emberi jogaink? Budapest, AB Független Kiadó.

Könczei Gy., Rész-összefoglaló a készülő átfogó fogyatékosügyei nemzetközi egyezmény ENSZ-beli munkálatairól, 2004; <http://www.barcsi.hu/html/uj/egyeb/reszosszefog.pdf>

Sen, A.: A fejlődés mint szabadság, Európa könyvkiadó, Budapest, 2003.

Takács A.: A szociális jogok. In: Emberi Jogok (szerk.: Halmai Gábor – Tóth Gábor Attila), Osiris, Budapest, 2003, pp. 791–853.

Shaw, M. N.: Nemzetközi Jog. Osiris, Budapest, 2001

Sólyom L.: Párhuzamos vélemény, 31/1990. (XII.18.) AB határozat

Zombor F., 4. Fejezet in Badó – Loss – H. Szilágyi – Zombor, Bevezetés a jogszociológiába. Bíbor Kiadó, Miskolc, 2000.

Háború a gyengék ellen, <http://www.mult-kor.hu/cikk.php?article=687>

