

Kapocs

2017/4. XVI. évfolyam 74. szám



Partnerkapcsolatok és házassági prémium

Családi életre nevelés

A kereszténység társadalmi tanítása

Afrikai apa – magyar anya

Koragyermekkorai intervenció

Pszichiátriai betegek ellátása

Áldott Karácsonyi Ünnepeket kívánunk,
s hogy a magyar családok és a társadalom sikereiben és szeretetben gazdag év elé tekintsen.
Ehhez kívánunk Juhász Gyula versével minden jót!

Betlehemi üzenet a vakoknak

Testvéreim, egy látó küldi néktek
Üdvözlőtül ma könnyes szavait,
ki mindig fájón és szédülve nézett
Egy szép pokolt, mely földnek hivatik.
Ő onnan jött, hol a magas mennyeknek
Szférája zeng és csillaga ragyog,
Szemében még e fény árnyéka reszket,
Az édené, mit sírón elhagyott.
Mint nagy elődje, Milton, aki vak volt,
Ő is szeretne látni víg eget,
Túl minden földi harcon és kudarcon
Felé örök világok intenek.

Testvéreim, itt mind vak, aki balgán
Tűnő örömben üdvöket kutat,
Ki istent vár a múltó gyönyör arcán:
Mind vak szegény, ki nem talál utat.
És nem vak az és ő meg fogja látni
istent magát mind, kinek lelke fény,
Minden világi pompák csillogási
Kialszanak, ha Isten fénye kél.
Szeressetek: ezt mondja az Apostol
S ennél különbet nem mond senkise.
A betlehemi békés csillagokból
Üzeni ezt ma a Szívek Szíve!

Tartalom

| | |
|--|----|
| Engler Ágnes Partnerkapcsolatok és a házassági prémium | 5 |
| Rosta Andrea – Komlósi Piroska Szemelvények a családi és kapcsolati kultúrára felkészítő hazai törekvésekből | 9 |
| Pári András – Komolafe Cinderella Afrikai apa és magyar anya – egy 2015-ös kutatás eredményei | 17 |
| Farkas Péter Kereszténység társadalmi tanítása – alapelvei és alapvető értékei | 27 |
| Kereki Judit A korai gyermekkori intervenció fejlesztési irányai | 37 |
| Papházi Tibor Pszichiátriai betegek a közösségi és nappali ellátásban | 47 |
| Szerzőink | 60 |

Kapocs ■ XVI. évfolyam 74. szám

■ Főszerkesztő: Farkas Péter ■ Szerkesztőség: Dr. Bagi Krisztina, Baranyai Szilvia, Halász Mariann, Jakubeczné Nagy Karalín, Paksi Adrienn, Dr. Papházi Tibor, Dr. Pári András, Sebestyén Virág, Szombathelyi Szilvia Klára, Teklovics Boglárka ■ Szerkesztőbizottság: Prof. Dr. Bagdy Emőke, Domszky András, Dr. Pikó Bettina, Prof. Dr. Pusztai Gabriella, Dr. Rosta Andrea, Prof. Dr. Schadt Mária, Dr. Szabó-Tóth Kinga, Szécsi Judit, Dr. Török Péter ■ Szerkesztőségi elérhetőség: Farkas Péter peter.farkas@emmi.gov.hu
■ Kiadja: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
■ Felelős kiadó: Lebovits Gábor ■ Kiadóhivatal: 1134 Budapest, Tüzér u. 33-35.
■ Nyomás: L'Harmattan Kiadó Kft. ■ Címlapfotó: Családbarát Ország logó, Emberi Erőforrások Minisztériuma
■ ISSN 1588-7227 ■ Megjelenik negyedévente ■ A folyóiratban megjelenő írások nem feltétlenül tükrözik a Szerkesztőség álláspontját ■ Meg nem rendelt kéziratokat nem őrzünk meg és nem küldünk vissza.

Partnerkapcsolatok és a házassági prémium

Kulcsszavak: *partnerkapcsolat, pozitív pszichológia, társadalmi tőke*

A partnerkapcsolatok pluralizálódása közepette a házasság intézményének megítélése a hazánkban pozitív, a statisztikai adatokkal kimutatható tendenciák ellenére a társadalmi elfogadottsága magas. A különböző megfontolások mellett (pl. jogi, gazdasági, családszociológiai) kevesebb szó esik a stabil partnerkapcsolatok egyéni és kollektív jól-létre gyakorolt hatásáról. Tanulmányunkban megfigyeljük azokat a prémiumokat, extra hozadékokat, amelyek ugyan közvetlenül számokban nem kifejezhetők, de hatásuk individuális és közösségi szinten is megmutatkozik. Nem térünk ki mindennek továbbgyűrűző hatására (pl. oktatás, egészségügy, munkaerőpiac), csak sejterjük, hogy a jól működő partnerkapcsolat kedvező hatással bír a magánéleti és szakmai karrierre is.¹

A szakirodalomban ún. családi állapot hatásnak vagy házassági prémiumnak tulajdonítják azt a jelenség-együttest, amelyet a házasságban élők tapasztalnak meg leginkább. A családi állapot hatásairól többek között Rendall és munkatársai (2011) adnak széles körű áttekintést. A különböző kutatások eredményei szerint a harmonikusan működő házasság kedvező életminőséget, megfelelő testi-lelki egészséget biztosít a feleknek, ezen túl kedvező társadalmi integrációt tesz lehetővé, magas társadalmi tőkét biztosítva tagjainak. A házasságban élők aktívabbnak bizonyulnak az önkéntességben, a vallási és politikai tevékenységekben, jobban bevonódnak az iskolai életbe.

Price (2006) 11 ezer felnőttként továbbtanuló egyetemista adatait vizsgálta 20 éves periódusban a társadalmi nem és a családi állapot szempontjából. Eredményei szerint a házas férfiak jobban teljesítettek, mint a nem házas férfiak, szignifikánsan jobb minősítéssel és szignifikánsan nagyobb hányadban időben fejezték be tanulmányaikat. A házasságban élő nők eredményei nem maradtak alul a hajadonokénak, kevesebb a lemorzsolódás, jobb eredményre végeznek, sőt, a PhD fokozatot átlagosan ugyanannyi időn belül szerezték meg, mint gyermektelen társaik. A közös háztartásban élő nem házasok eredményei pedig valamennyire megelőzik az egyedülállókat, de igen lemaradva a házasok mögött. Mindkét nem esetében szignifikánsan több publikáció lát napvilágot a házasságban élők-

nél. További fontos eredmény, hogy a házas férfiak minőségi tanulmányaihoz az elhelyezkedési esélyek magasabbak is hozzájárul, nagyobb valószínűséggel szereznek munkát hat hónapon belül, mint az egyéb családi állapotúak. A házasságban élők eredményes felsőfokú tanulását és sikeres elhelyezkedését házassági prémiumként összegzi.

A fenti jelenséget támasztják alá az olyan, jól-léttel összefüggő kutatások, amelyek a párkapcsolati vagy társas kapcsolati tényezők jellegzetességeit vizsgálják. A társas kapcsolatokban megnyilvánuló jól-létnek, mint a szélesebb értelemben vett well-beingnek, különböző szintjei, fázisai létezhetnek. A pozitív pszichológia egyik úttörője, Seligman (2011) a jól-létnek öt szintjét különíti el: pozitív érzélem, elmélyülés, értelem, pozitív kapcsolatok, teljesítmény. Ezek egyike sem okoz önmagában jól-léte, de mindegyik hozzájárul ahhoz. Az első szint a pozitív érzélemé, amely tulajdonképpen a testi-lelki örömszerzés ösztönös lépcsőfoka, rövid távú, könnyen megszerezhető élvezetekhez vezet. Ez a „kellemes élet”, ami örömmel, elragadtatással, nyugalommal vagy eksztázissal jár. Az a párkapcsolat, amely csupán ezen a szinten teljesedik be, felszínes és legtöbbször alkalmi jellegű. Az elmélyülés, elkötelezettség szintjén már magasabb szinten jut örömhöz az ember, mint például a művészeti alkotások élvezete, vagy az egyén által örömmel végzett tevékenység. Seligman olyan flow-állapotnak nevezi, ahol az egyén egyé válik a tárggyal, és ennek eléréséhez minden tehetségét, erejét meg kell mozgatnia, ellentétben az előző, pozitív érzélem passzivitásával.

A jól-lét harmadik szintje Seligman (i.m.) felosztásában az értelmes élet, az autonómia, az önfelfogás és a pozitív társas kapcsolatok jellemzik. A következő szint a teljesítmény mint önmagában való cél elérése való törekvés. Az ötödik összetevő a pozitív kapcsolatok, amikor is az egyén mások jelenlétében él meg tapasztalatokat (öröm, büszkeség, élet értelme), és a másokon való segítség okozza a legmagasabb rendű jól-lét érzést. (Kopp és Martos 2011)

A pozitív pszichológia elméletének és gyakorlatának Seligman mellett Csíkszentmihályi a megalkotója. Nevéhez fűződik a flow-élmény terminusának bevezetése, amely akkor következik be, „ha egy tevékenységben annyira feloldódunk, hogy minden más eltörlődik mellette, ha a tevékeny-

¹ A téma részletesebb kifejtését ld. Engler 2017.

seget bármi más módon folytatni akarjuk, pusztán magáért.” (Csíkszentmihályi 2010, 22) Ez a tökéletes élmény nem spontán módon történik meg, hanem általában komoly erőfeszítéseket kell tenni, kihívásoknak megfelelni. A teljesítményt követő vagy kísérő pozitív visszacsatolás erősíti az egyént, újabb energiák szabadulnak fel újabb célok elérésére.

A társas kapcsolatok minősége nemcsak az intim, belső szférában gyakorol befolyást, hanem ennél szélesebb körben fejti ki hatását. Azok az egyének tehát, akiknek kiegyensúlyozott a kapcsolatuk a tágabb környezetükkel magasabb az önbecsülésük, kiegyensúlyozott az életritmük. (Skrabski 2003) Ilyen jellemzőkkel bírnak a koherens személyek, akik nagyobb terhet vállalnak a társadalomban, de ennek ellenére a koherens személyek a társadalom átlagnál egészségesebb csoportjához tartoznak. A magas koherencia kialakulását egyébként a társadalmi háttértényezőknél (nem, kor, iskolázottság) sokkal erősebben magyarázza a magas családi és családon kívüli támogatás és a vallásosság. (Uo.)

Skrabski (i.m.) a társadalmi tőke és a testi, mentális egészség közötti összefüggéseket a Hungarostudy felmérések adatai alapján vizsgálta, amelynek adatfelvételei 1988 és 2002 között történtek a 16 évnél idősebb magyar lakosság körében. A vizsgált időszakban csökkent a közvetlen környezet részéről (szomszéd, munkatárs, iskolatárs, rokonok) várható segítség mértéke. A szülői támogatásra számítók aránya is csökkent, majd némileg növekedett, arányait tekintve azonban magasabb a lazább kapcsolatokról. Minden más kapcsolati formát meghalad azonban a társas támogatás mértéke.

A társas támogatás érzelmi elköteleződést, bizalmat, meghittsége, gondoskodást és törődést jelent, amelyek jelenléte csökkenti a depresszió vagy egyéb pszichés problémák kialakulását, az egyénen keresztül pedig kimutatható a társadalmi jólétre gyakorolt kedvező hatás (Brown 2000).

A hivatkozott Hungarostudy felmérésben (Skrabski 2003) a megkérdezettek mintegy 55%-a nagymértékben számít a házastársa vagy élettársa segítségére, a férfiak szignifikánsan nagyobb mértékben. Még a többi kapcsolati forma (barát, szülő, szomszéd, rokon, munkatárs, iskolatárs) intenzitásában jelentős változás (többnyire csökkenés) állt be, a partnerkapcsolatok értéke jelentősen megnőtt. A férfiak között 51%-ról 76%-ra nőtt azoknak a férfiaknak az aránya, akik nehéz helyzetben biztosan számíthatnak társukra, a nőknél ez az érték 48%-ról 63%-ra emelkedett.

Seligman (2011) kísérlete azt mutatta, hogy az optimista beállítódású emberek kevésbé hajlamosak a betegségekre, mint a pesszimista életségűek. Ezt három okkal magyarázza, az első az életmódból adódik: az optimisták alap-

vetően hisznek magukban és hatásukban a környezetre, tevékenyek, aktívak, egészségesen élnek. A biológiai mechanizmusok szintén az optimista embereknél működnek jobban (pl. élénk reagálás az immunrendszer részéről, jobb megbirkózás a stresszel), ami okozhatja a jobb állapotot. A harmadik, számunkra figyelemre méltó ok a társas támogatás. A hazai pszichológiai életminőség-mutatók és a fizikai egészségérzet is lényegesen kedvezőbb azoknál (kortól, iskolázottságtól függetlenül) akik számíthatnak családtagjaikra a különböző élethelyzetekben (Skrabski és Kopp 2010). A nők esetében a család kiemelt védőfaktor a depresszió ellen, a férfiak hatékonyságát, professzióját növeli a családtagokkal való jó kapcsolat. Mindennek az ellenkezője is igaz, mivel szignifikánsan magasabb azok körében a dohányzás, drogfogyasztás, öngyilkosság, ahol rosszak a családi kapcsolatok (Uo.). Williams és Umberson (2004) ezzel ellentétben nem a családi állapottal hozzák összefüggésbe a jólétet vagy az egészség fokát, hanem a házasság felbomlásából fakadó negatív folyamatok következményeként értékelik az egészségromlást.

A társas kapcsolatok jól-léti hatása valóban nem független a nemi szerepektől és a szocializációtól, azonban az erre vonatkozó elméletek hangsúlya eltolódott, miközben a kapcsolati formák is jelentősen pluralizálódtak. Williams (2003) egy három hullámban történő vizsgálat eredményeire támaszkodva megvétozza azt az évtizedeken át fennálló tézist, hogy a házasság minősége elsősorban a nők mentális egészségére van hatással, míg a családi státusz a férfiak számára fontosabb a pszichológiai jól-lét szempontjából. 1984 és 1994 között mintegy négyezer interjú született, ezek elemzése szerint mindkét nem pszichológiai jól-létére egyformán hat a családi állapot, az abban bekövetkező változások és a kapcsolat minősége. Pikó (2003) vizsgálataiból ugyanakkor kiderül, hogy habár a férfiak kevesebb támogatást kapnak a társas kapcsolatokban, viszont ezt jobban tudják hasznosítani.

Vandeleur és munkatársai (2009) szintén azt találták, hogy a családtagokhoz fűződő érzelmi közelségből a férfiak többet profitálnak, mint a család többi tagja. A férfiak barátaik vagy kollégáik körében töltött időben sem érnek el olyan magas érzelmi jól-léteket, mint társaikkal és gyerekeikkel közös időtöltésük alatt. A nőknél ez az erős hatás nem mutatható ki, sőt, a családon kívüli kapcsolatokban a férfiakhoz képest erőteljesebb érzelmi felfrissülés tapasztalható. A tanulmány szerzői mindezt azzal magyarázzák, hogy a nők felelősek elsősorban a család emocionális egyensúlyáért, amelybe sok energiát fektetnek be. Ők munkálkodnak például az apa és a gyerekei közötti viszony kialakításán, erősítésén, a kiegyensúlyozott családi légkör biztosításán. Ahhoz, hogy ez az „érzelmi menedzselés” sikeres legyen, családon kívüli közösségekben is keresik az érzelmi feltöltődést.

Skrabski és Kopp (2010) szerint a jól működő kapcsolatok ráadásul újfajta kreatív pozitív energiákat szabadítanak fel, amelyek mind az egyéneket, mind a kapcsolatukat gazdagítják. A házastársak közötti együttműködés, bizalom, harmónia – párosulva a férfiak és nők eltérő gondolkodásmódjából származó előnyökkel – a közös munka során olyan produktivitást eredményezhet, amire egy ember egyedül nem lenne képes.

A bemutatott kedvező testi-lelki jól-létből származó hozamok egy részét férfiaknak és nőknek egyaránt újra be kell fektetni a családi életben működő kapcsolatokba és tevékenységekbe, mivel a harmonikus családi légkör megteremtése és fenntartása komoly energiát emészt fel. A megfelelő működéshez a problémák, nehézségek is hozzájárulhatnak, ahogy Skrabski és Kopp (i.m.) fogalmaz: konfliktusokra szükség van, a kapcsolatok komoly hajtóereje lehet, ha jól oldják meg a felek. A feszült helyzeteket legelőször az váltja ki, hogy a jó kapcsolat érdekében valamin változtatni akarnak. Jó kommunikáció esetén a partnerek nem rombolják egymás identitását, hanem ellenkezően, azt erősítik. A fejlett személyiség ugyanis nem szűkíti a másik életterét, hanem bővíti azt, erősítve a társa önazonosságát. (Uo. 23) A megfelelő konfliktuskezelés dupla haszonnal bír: egyrészt erősíti a társkapcsolatot, másrészt mintát ad, hiszen a gyerekek a szülők konfliktus megoldó technikáit veszik mintául.

„A családi élet természetesen magában foglal olyan megkötöttségeket, a felelősség különböző formáit, amelyek módosítják az ember céljait és korlátozzák cselekvési szabadságát. (...) Korlátaink elfogadása felszabadító hatású.” (Csikszentmihályi 2010, 233) A kapcsolatban elkötelezett már nem aggódik a saját maga megkedveltetéséért, a megítéléséért, az elfogadásért. Az ez irányban tett energiák felszabadulnak, s más területeken (mint pl. karrier) használhatók fel.

A társas kapcsolatoknak létezik egyfajta bumeráng hatása: a társas támogatás segíthet a stresszoldásban, de ön-maga is lehet stresszforrás. A kutatások azt mutatják, hogy a házasságban felmerülő problémák olyan fizikai és pszichés tüneteket okoznak, amelyek a napi munka során is kimutathatóak, azaz az otthoni problémák beáramlanak a munkahelyre is. (Martos 2008) Ennek a fordítottja is igaz, sőt, kimutatható azon házastársak egészségében történő változás, ahol egyébként a másik fél küzd munkahelyi problémákkal. Ez utóbbi akkor lép fel, ha a társak egyenként nem tudnak megküzdeni az őket ért stresszel, azt hazaviszik, ami innenről kezdve kettejük ügyévé válik. Ezt közvetett stressznek nevezzük, mivel az egyik fél csak közvetett módon részesül benne. A közvetlen stressz esetén (pl. költözés, haláleset stb.) együttesen élik meg a problémát, és szintén közös feldolgozás (vagy annak próbája) követi.

A stresszelméletek lényegi tényezője a megbirkózás.. Az egyén megbirkózási képességétől függ, hogyan reagál egy

új helyzetre: sikeres megküzdés esetén fejlődik a képesség, a kudarcok szorongáshoz, depresszióhoz vezetnek. A nehézségekkel való sikeres megküzdés magasabb célok elérésére sarkallja az egyént, önbizalmat ad, növeli a hatékonyságot. (Kopp és Skrabski 1995, Bagdy 2015)

Cohen az érzelmek és a betegségek közötti ok-okozati összefüggéseket vizsgálta. (Cohen et al. 2003, idézi Seligman 2011). A kísérletsorozatai egyöntetűen azt mutatták, hogy a kulcsfaktor a pozitív érzelmi stílus. Alanyait különböző érzelmi szintekbe sorolta az interjúk alapján, figyelembe véve a külső tényezőket (életkor, egészségi állapot stb.), majd mesterségesen előidézett betegség lefolyását figyelte meg zárt körülmények között. Minél magasabb (pozitívabb) érzelmi szinten volt valaki (általános közérzet, étellel való elégedettség stb.), annál könnyebben birkózott meg szervezete a betegséggel.

A magány ugyanakkor rendkívül negatívan hat az ember testi-lelki egészségére. Seligman (2011) idézi Cacioppo kutatásait (Cacioppo és Patrick 2008), aki katonák között végzett vizsgálataiban mutatta ki, hogy a túlélés a kollektív képességektől függ. A sikeres túlélők, a győztesek azok közül kerültek ki, akik képesek voltak egymással jól kommunikálni, megérteni egymást, a különbözőségekben rejlő lehetőséget kihasználták egymás bírálása helyett, valamint akik szerették egymást és kockázatot vállaltak egymásért. Érzelmi szociogram készítése során megfigyelték, hogy a magányossággal, depresszióval küszködő emberek közvetlen fizikai környezetében megnő a hasonló problémákkal küszködők száma. Ennél azonban sokkal nagyobb hatással bír a boldogság, ami a környezetre „ragasztva” tartósabban jelen van, mint a negatív érzelmek. (Seligman i.m.)

A megfelelő társas támogatás kialakításában az egyéni és közös célok összehangolása lényeges kritérium. Korábbi kutatásunkban (Engler 2015) megkockáztattuk azt a feltevést, hogy a párkapcsolati elköteleződésnek csupán csak az igénye is befolyásolhatja a szakmai előremenetelt, mivel a kulturális tőke és a társadalmi tőke egymásba fonódása egy olyan modellben is elképzelhető, ahol a felsőoktatás miliójében a kapcsolatok iránti általános beállítódás és a tanulmányok iránti elkötelezettség között összefüggés mutatható ki. Más szóval lehetségesnek láttuk, hogy a társas kapcsolatok terén kedvező attitűddel rendelkezők tanulási, szakmai aspirációjukban is erősnek mutatkoznak, azaz a kapcsolati elköteleződés és a szakmai elköteleződés egymással összefügg.

Hipotézisünk beigazolódtott, a párkapcsolatok terén megfigyelt kötődések mintázata rezonált a felsőoktatási térben kialakult interperszonális kontaktusokkal: a partnerkapcsolatok területén mélyebb elköteleződést, megfontoltságot mutató hallgatók komolyabb erőfeszítéseket tettek kapcsolataik kialakításában és formálásában. A társadalmi tőke kialakítása és kiaknázása érdekében minősé-

gi kapcsolatokat kerestek, nem elégedtek meg a könnyen elérhető, kínálkozó lehetőségekkel, s mindez a sikeres integrációjukban, de a tanulmányi eredményességükben is kézzelfoghatóvá vált.

A karriertervekre is érvényes Csíkszentmihályi (2010) preventív jellegű megfontolása, amikor a személyes célok és szokások módosítására hívja fel a figyelmet. Ha ez ugyanis nem történik meg, zavar támad, a régi elvárások ütköznek az új interakciós helyzetekkel, és frusztráció alakul ki. A célok megváltoztatásával az egyéniség is megváltozik, a két ember egymásra figyel, egymáshoz igazítja elképzeléseit, gondolkodásmódját. Erte kitűnő példa a női munkavállalás dilemmája, hiszen a nők munkaerőpiac elhagyása, majd az oda visszatérése vagy vissza nem térése alapvetően befolyásolja a családi életet. A családok berendezkednek egy adott élethelyzetre, és annak megváltozása zavart okoz a kialakult szerepekben, a napi ritmusban és gyakorlatban. Tipikus példája ennek a nők visszatérése a munka világába: a gyermekszülést követően az anya ellátja az otthoni teendőket és a gyermekgondozást. Ez, a hagyományosnak tekinthető családi munkamegosztás nem tartható fent a reintegrációt követően. A megváltozott helyzet új stratégiát követel, amelyben minden családtag (akár a tágabb rokonság) új vagy átalakult feladatokat kap.

A bemutatott irodalmak alapján elmondható, hogy a házasságban élő emberek boldogabbak, egészségesebbek, emellett alacsonyabb a morbiditási és mortalitási mutatójuk. A képlet azonban talán mégsem ilyen egyszerű, hiszen nem bizonyos, hogy a házasság intézménye önmagában okozza, hordozza a pozitív mutatókat. A szelekciós és protektív elméletek például külső okokat bevonva értelmezik az eredményeket. A szelekciós elmélet azt állítja, hogy a jobb társadalmi helyzetben lévő eleve jobb kapcsolati tőkével, anyagi háttérrel, jobb egészséggel lépnek házasságba, aminek fennmaradása így jobban biztosított. A protektív elmélet ezzel szemben azt feltételezi, hogy a házasság önmagában egészségvédő faktor, ezért a „nem házasság” okozza a kialakult problémákat. (ld. pl. Balog 2008)

A szelekciós elméletet más oldalról közelíti meg Brown (2000). Azt találta, a kutatók egyetértenek abban, hogy a házasság kedvezőbb jól-lét mutatói mögött nem olyan szelekciós folyamat áll, aminek következtében eleve az egészséges pszichével rendelkezők lépnek házasságra, míg az alkalmazkodásban és egyéb társas kompetenciákban gyengébbek csak az együttélésig merészkednének, vagy egyedül maradnának. Ezen dilemmák feltérképezése és eldöntése egy új szempontú megközelítést igényel, amely már egy újabb tanulmány tárgyát képezheti.

A bemutatott kutatási eredmények alátámasztják a minőségi társas kapcsolatok pozitív hatását az egyéni és kollektív jól-létre. A házassági prémium jelenléte jelzi a stabil kapcsolatokban rejlő erőforrást, amelyet a szakmai és a

magánéleti életútban egyaránt kamatoztatni lehet. A válások magas számának ellenére a házasság megítélése kedvező, a felmérések magas bizalmi indexről és házassági szándékról tanúskodnak, ezek realizálódása azonban jóval alacsonyabb. A stabil párkapcsolat egyéni és társadalmi szintű hozadékának disszeminálása nemcsak a társadalmi szemléletváltáshoz járulhat hozzá, hanem a fiatalok családi életre történő felkészítésében is komoly szerepet játszhat.

Hivatkozott irodalom

- Bagdy Emőke 2015. Párkapcsolat: esélyek, veszélyek, remények. Budapest, Kossuth Kiadó.
- Balog Piroška 2008. A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp Mária (szerk.) Magyar lelkiállapot 2008. Budapest, Sémelweis Kiadó. 240-250.
- Brown, Susan L. 2006. Family Structure Transitions and Adolescent Well-Being. *Demography*, Vol. 43. No. 3. 447-461.
- Cacioppo J.T. – Patrick W. 2008. Loneliness: Human Nature and Need for Social Connection. New York, W.W. Norton
- Cohen, Sheldon – Doyle W.J. – Turner, R.B. – Alper, C.M. – Skoner, D.P. 2003. Emotional Style and Susceptibility to the Common Cold. *Psychosomatic Medicine* 65. 652-657.
- Csíkszentmihályi Mihály: Flow. Az áramlat. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2010.
- Engler, Agnes 2015. The effect of student's commitment on career. In: Gabriella Pusztai – Tímea Ceglédi eds. *Professional Calling in Higher Education*. Nagyvárad – Budapest, Partium Press – Personal Problems Solution – Új Mandátum Könyvkiadó. 167-175.
- Engler Ágnes 2017. Család mint erőforrás. Budapest, Gondolat.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád 1995. Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái. Budapest, Corvinus Kiadó
- Kopp Mária – Martos Tamás 2011. A társadalmi összjólét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a mai magyar társadalomban. Életminőség, gazdasági fejlődés és a Nemzeti Összjóléti Index. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 12.évf.3. 241-259.
- Pikó Bettina 2003. Kultúra, társadalom és lélektan. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Price, Joseph 2006. Does a Spouse Slow You Down? Marriage and Graduate Student Outcomes. Ithaca, NY, Cornell University ILR School. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1112&context=workingpapers> Letöltve: 2016.03.18.
- Rendall, Michael S. – Weden, Margaret M. – Favreault, Melissa M. – Waldron, Hilary 2011. The Protective Effect of Marriage for Survival: A Review and Update. *Demography* Vol. 48. No. 2. 481-506.
- Seligman, Martin 2011. *Flourish – élj boldogan. A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése*. Budapest, Akadémia Kiadó.
- Skrabski Árpád 2003. *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban*. Budapest, Hét Szabad Művészet Könyvtára.
- Skrabski Árpád – Kopp Mária 2010. *A boldogságkeresés útjai és útvesztői a párkapcsolatokban*. Budapest, Szent István Társulat.
- Vandeleur, C. L. – Jeanpretre, N. – Perrez, M. – Schoebi, D. – Velma McBride Murry 2009. Cohesion, Satisfaction With Family Bonds, and Emotional Well-Being in Families With Adolescents. *Journal of Marriage and Family* Volume 71, Issue 5, pages 1205–1219.
- Williams, Kristi 2003. Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 44, No. 4. 470-487
- Williams, Kristi – Umberson, Debra 2004. Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 45 No. 1. 81-98.

Szemelvények a családi életre és kapcsolati kultúrára felkészítő hazai törekvésekből

Kulcsszavak: *kapcsolati kultúra, mentálhigiéne, nemzeti alaptanterv*

Családi életre nevelés 1975-1990 között

A családi életre nevelés tematizálódása a hazai köznevelésben több mint 40 éves múltra tekint vissza, s ezen belül három hulláma különíthető el, amelyeket egy-egy szakmapolitikai döntés indított el, 1974-ben, 1994-ben és 2012-ben. Ha a jelenlegi és jövőbeli folyamatot hatékonyabbá szeretnénk tenni, akkor ezek tanulmányozására figyelmet kell fordítanunk. Erre tesz kísérletet jelen tanulmány.

Mikor és miért került a családi életre való felkészítés a köznevelés feladati közé? Mit vártak tőle? Milyen társadalmi, gazdasági és kulturális közegben próbálta feladatát betölteni? Milyen stratégiával vezették be a köznevelésbe és milyen eredménnyel? Kérdések, melyre adott válaszok felfedik a családi életre nevelés történetét.

Az első korszak kezdetén, a 70-es évek elején már társadalmi méretekben jelentkező problémákat regisztráltak a családok elégtelen működéséről. A „Család és házasság a mai magyar társadalomban” címmel Lőcsei Pál szerkesztette kötetben (Lőcsei 1971) már olyan tanulmányok szerepeltek, mint Szabady Egon „A magyar családok demográfiai sajátosságai” (54-69. o.), Andorka Rudolf – Buda Béla – G. Kiss Judit „A család szerepe a deviáns viselkedésformákban” (226-270.o.), vagy Szilágyi Vilmos „A párválasztás és a családalapítás problémái” (70-103. o.), illetve Lőcsei Pál „Felbomlott házasságú budapestiek” (271-310. o.) című írások.

A válási hullám meglepő méreteket öltött, a devianciák számának növekedése is társadalmi szintű gond lett, de legfőképpen a demográfiai adatokban a megszületett, sőt a kívánt gyermekek számának lecsökkenése volt az, ami a figyelmet a családra irányította, s a problémát társadalmopolitikai szintre emelte.

1973-ban minisztertanácsi határozat állapította meg, hogy „A lakosság, különösen pedig az ifjúság körében sem mennyiségében, sem minőségében nem elég elterjedtek azok a biológiai, egészségügyi, etikai, morális ismeretek, amelyek elengedhetetlenek a harmonikus, kívánatos emberi kapcsolatok, a kiegyensúlyozott családi élet megteremtéséhez és ezek során a korszerű családtervezés széles körű megvalósításához. Ezért az állami oktatás minden

formájában, továbbá a lakosság körében végzett ismeretterjesztésben a családi életre való felkészítést szolgáló intézkedéseket kell tenni.” (idézi Komlói 1995, 89.o.)

1974-ben minisztertanácsi határozat alapján, szakértők bevonásával dolgozták ki az „Írányelvek az ifjúság családi életre neveléséhez” című anyagot.

Az Írányelvek az alábbiakban határozta meg, hogy mit várnak a családi életre neveléstől:

- „- nyújtson ismereteket a család és a társadalom viszonyáról,
- formálja a felnövekvő nemzedék érzelmi és értelmi életét,
- keltse fel a kölcsönös felelősséget és tiszteletet, az érdekek egyenrangú érvényesítésének és a kölcsönös támogatásnak az igényét,
- alakítson ki helyes erkölcsi szemléletet a nemek kapcsolatáról,
- alapozza meg a család mindennapi életének megszervezéséhez, a család közösséggé fejlesztéséhez, a családi szerepek (házastársi, apai, anyai) betöltéséhez, a családtervezéshez és a gyermekek neveléséhez szükséges felelősséget, érzelmeket, ismereteket és készségeket,
- aktív egészségneveléssel előzze meg a családtagok egészségét veszélyeztető ártalmakat.” (idézi Komlói 1995, 90.o.)

A 70-es évek elején az egyik fő problémát a fiatalok felgyorsult (akcelerálódó) nemi érésében, s ugyanakkor az iskolázási idő meghosszabbodásában látták. Az Írányelvek kiadása után sorra jelentek meg az addig tabutémaként kezelt szexualitásra vonatkozó könyvek, amelyekkel a fiatalok szexuális felvilágosításában keresték a megoldást (Aszódi – Brencsán 1974, Bágyoni 1974, Szilágyi 1976). De születtek olyan könyvek is, amelyekben a szexualitást a személyiség egészének részeként tekintették, s a pszichoszexuális fejlődést a kapcsolati kultúrába ágyazottan szemlélték. Ilyenek voltak például Buda Béla „A szexualitás modern elmélete” (1972), valamint Buda Béla – Szilágyi Vilmos „Párválasztás. A partnerkapcsolat pszichológiája”

(1974) című könyvek. Mindkettő jelentős szemléletformálást indított el az addig egysíkú szexuális felvilágosítást célzó írásokhoz képest.

1974-ben az Országos Pedagógia Intézet kiadott egy „Felkészítés a családi életre” című módszertani útmutatót, majd 1975-ben a Hazafias Népfront kiadta Gál Erzsébet – Ortutay Zsuzsa „Családi életre nevelés a szülői házban és az iskolában” című munkáját, valamint módszertani útmutató készült „Családi életre nevelés az osztályfőnöki órán.” címmel. 1976-ban az Országos Pedagógiai Intézetben a „Felkészítés a családi életre. Segédanyag a családi életre nevelés iskolai feladataihoz” című kiadványt készítették.

A család működésére vonatkozó kutatások is lendületet kaptak. A hazai családpszichológia is arra törekedett, hogy feltárja a család szerepét az egyén és a társadalom életében, és egyes társadalmi problémák megoldásában keresse a családok bevonásának lehetőségét. A hazai adatok a nemzetközi trendekhez hasonlóan a demográfiai helyzet hanyatlását, a házasságok felbomlásának erősödését és a családok gyermeknevelő funkcióinak elégtelenségét emelték ki, amit az iskolák jelzései és az ifjúkori devianciák növekedése mutattak (Cseh-Szombathy 1978, H. Sas 1976). A családpedagógia figyelme a családi élet fontos aspektusaként figyelt fel a munkára nevelésre, mint a gyermekek személyiségformálása szempontjából jelentős tényezőre (Kömlösi 1974). Cseh-Szombathy László a válások hátterében meghúzódó házastársi konfliktusok elemzésével foglalkozó kutatásáról 1985-ben publikált.

Az 1976-tól bevezetett GYES rendszer lehetővé tette, hogy az anyák három évig otthon maradhassanak gyermekükkel, anyagi támogatást kapva, s ez idő alatt a munkahelyük biztos maradjon. Ez komoly lehetőséget jelentett ahhoz, hogy a következő generáció életének és személyiségfejlődésének indulásához a családi körülmények kedvezőbbek legyenek. Bár nagy jelentőségű rendelet volt, sokan nem tudták örömmel vállalni, mert az anya szerep addigra társadalmi méreteiben leértékelődött a dolgozó nőéhez képest.

Jóllehet, az iskolákban foglalkozni kezdtek a családi élet témaköreivel, de a pedagógusok felkészítése elmaradt. A tanár szakos hallgatók számára azonban készült egy jegyzet 1979-ben „Családi életre nevelés” címen, Dr. Kömlösi Sándor pécsi főiskolai tanár szerkesztésében.

A szerkesztő bevezetőjében az alábbiakban határozta meg a kötet célját:

„Azt a célt szolgálja, hogy ennek az új feladatnak a megoldásához helyes szemléletmódot alakítson ki a leendő pedagógusokban, és olyan alapvető ismereteket adjon nekik, amelyeket majd nevelő munkájukban felhasználhatnak.” Ez a kötet elsősorban azzal segítette, hogy a családról való gondolkodás akkori legújabb szemléletét képviselve mind a rendszerszemléletet, mind a családi életciklus szemléletet

megismertette a hallgatókkal. „A jegyzet a gyermeki személyiség egészének a fejlesztéséből egy részfeladatot emeli ki, és ennek a családi életre nevelésnek a szemszögéből tárgyal mindent.” (Kömlösi 1979, 2. o.) Érdekes látni, hogy az akkori oktatást jellemző módszertani uniformizáltsággal szemben Kömlösi Sándor milyen nagy szabadságot hagy a leendő pedagógusoknak az ismeretanyag kialakítását és átadási módjait illetően. Ebben felismerhetjük mestere, Karácsony Sándor „felnövelő” viszonyulását a diákjaihoz. „Nem közlünk foglalkozás-vázlatokat, sem osztályfőnöki órák tartalmi koncepcióit az alkalmazandó módszer-javaslatokkal. Úgy gondoljuk, hogy a hallgató, ... az adott osztály, gyermekcsoport ismeretében ki tudja választani azokat a problémákat, amelyeket a tanulókkal közösen meg kell oldaniuk. Ezekhez meg tudja keresni a tartalmi megoldásokat és megtervezni ... az optimális módszer-kombinációkat.” (Kömlösi 1979, 2. o.)

A családi életre nevelés iskolai oktatásának a szándéka nemes volt, azonban a megvalósítása dőcögött. Csak elszórtan próbálkoztak az osztályfőnöki órákon, mert a pedagógusok nem érzették magukat felkészültnek erre, a felkészített fiatalok pedig magukra maradtak az ilyen próbálkozásaikkal.

Elmondható, hogy a családi életre nevelés 1975-1990 közötti próbálkozásai nem hoztak változást sem a szexualitásra, sem a családra vonatkozó szemlélet formálásában, sem demográfiai mutatók javulásában. Ennek okait kutatva Kömlösi Sándor egy 1987-es vizsgálat eredményeiből az alábbiakat emelte ki:

- az iskola és a család együttműködésének nincsenek meg a megkívánt feltételei, ebben
- mindkét fél elmarasztható,
- az iskola családi életre nevelése koordinálatlan, a szükséges személyi, felkészültségbeli, tárgyi feltételek hiányosak...

Összegezve a vizsgálat eredményét: az iskola az adott társadalmi körülmények között és családjellemzők mellett a családi életre nevelési határozat nyomán rászabott elvárásokat nem tudja teljesíteni, bár a családi életre nevelés több területén bizonyos kimozdulás tapasztalható volt. A demográfia sem mutatott pozitív eredményt. Az utóbbi években az iskolákban szinte levették a napirendről az e feladattal való komoly foglalkozást.” (Kömlösi 1995, 91.o.)

A 1980-as évekre olyan mértékben megnőtt a diszfunkcionális családok száma és a személyiségfejlődésükben károsodást (alkohol, drog, suicidium) mutató fiatalok száma, hogy szükség lett az okokat és kezelési lehetőségeiket kutató átfogó vizsgálódásokra, az ún. társadalmi beilleszkedési zavarok (TBZ) kutatására (Andorka – Buda – Donga – György 1986), valamint szociológiai kutatásokra (Hankiss – Manchin – Füstös – Szokolczai 1982).

A kor cenzúrája miatt e kutatások teljes anyaga csak belső körökben foroghatott, hiszen a társadalmi közérzet nagymérvű romlását mutatták, s ezeknek publikussá, tudatossá tétele veszélyeztette volna a rendszert.

A 80-as években számos próbálkozás jelezte, hogy a felülösen gondolkodó „humán értelmiség” megpróbál a saját eszközeivel többet megérteni és tenni a családok megsegítése érdekében. Ilyen céllal szerveződött a Népművelési Intézetben Fodor Katalin vezetésével a Családi Klubok országosan kiterjesztett „mozgalma”, mert felismerték, hogy a művelődési orthonok „civil” közönségében „...pszichológiai természetű hiányállapotok munkálnak: a magány, a feleslegesség érzése, örömképtelenség, kapcsolati nehézségek, a problémamegoldási, konfliktuskezelési eszköztár szegénysége.” (Fodor K. – Kovács P., 1992. 29. o.) Ezekre a felismerésekre válaszként szerveződtek lokális Családi Klubok, – ahol a család apraja-nagyja együtt lehetett! -, de szükség volt a szakemberek szemléletformálását szolgáló programokra is. Ilyen „alulról jövő megtűrt” törekvések voltak például a Tatai mentálhigiénés szakmai előadássorozat 1983-ban, (Fodor K. – Kovács P. 1992. 45. o.), az 1988-tól 2000-ig nyaranta megszervezett Gödöllői Családóvó Nyári Egyetemek (Gelencsér Katalin, Fodor Katalin, Dizeri Tamás és Török Iván szervezésében), vagy a felsőoktatásban is teret kiharcoló képzési elemek, mint családi szerepeket átdolgozó személyiségfejlesztést célzó „Pedagógiai gyakorlatok” tantárgy (Komlósi, 1990) bevezetése, s egy Családgondozás témájú továbbképzés megindítása különféle segítő szakmabelieknek a Zsámbéki Tanítóképző Főiskolán (Komlósi P. és Herczog M. vezetésével) a 80-as évek második felében. A segítő szakmabeliek számára kisebb kiadványok is megjelenhettek, mint például a Szociálpedagógiai Műhely keretében elhangzott előadások gyűjteménye, a Családsegítők kézikönyve, (Zsámboki M. – Borgosné L.M., 1987.) amelyben a szerzők a szociálpolitikától (Ferge Zs., Szalai J., Tausz K., Vági G.) a mentálhigiénén keresztül (Buda B., Fodor K.) a családi élet komplex elemzéséig (H. Sas J., Komlósi P.) számos kérdést tárgyalnak, amelyek a családok segítése szempontjából hiánypótlóak és szemléletformálóak voltak. Megjelent egy a család lelki egészségét tárgyaló kötet, amelyben az egyik tanulmány a társadalmi méretű veszteség- feldolgozás elégtelenségének idején a családok működésében próbálja a veszteségek feldolgozását elősegíteni (Komlósi P., 1992).

Ebben a stresszel teli és bajokat elhallgató társadalmi környezetben úttörő munka volt Kopp Mária és férje, Skrabski Árpád 1982-86 között végzett országos reprezentatív kutatása, amelyben Selye János nyomán a stresszfeldolgozást keresve a magyar nép egészség- és lelkiállapotát mérték fel. A kutatásuk eredményei 1992-ben jelenhettek meg (Kopp M.- Skrabski Á., 1992). Itt annyit tudunk csak a nemzetközi is figyelmet felkeltő eredményekből kiemelni,

hogy a hazai adatok alapján is a házasságban, illetve párkapcsolatban élők az egészség szempontjából védő faktornak bizonyult. Koppék adatai rámutattak arra, hogy a férfiak életeresélye – ha párkapcsolatban éltek-, ötször jobbnak, míg a nőké – ha gyermekük volt, ha családjuk/párkapcsolatuk, és ha társas kapcsolataik voltak -, háromszor jobbnak bizonyult! Számos nemzetközi tanulmány is igazolta, hogy a házasságban élők, szemben a nem-házasokkal, boldogabbak, elégedettebbek és egészségesebbek: morbiditási és mortalitási mutatóik jelentősen alacsonyabbak.

Ezek az adatok segítségért kiáltottak, és ismét a család megtartó erejére irányították a figyelmet.

Czeizel Endre is egy könyvvel járult hozzá a probléma megoldásának kereséséhez, a 10-14 éves korúak megszo- lításával. (Czeizel E. 1989)

Családi életre nevelés 1995-2010 között

Az 1990-es politikai változás után a magyar társadalom lelki állapotát Buda Béla így jellemezte: „Különös időköt élünk. A szabadság ránk köszönt... De koránt sem vagyunk szabadok. Köt bennünket a múlt ezer szállal, mint Gullivert a törpék apró kötelékei, amelyek együtt képesek voltak a földre szorítani az erős, nagy testet. Most látjuk, hogy az elmúlt évtizedek hatását nem lehet gyorsan megváltoztatni... Egyszerre kellene alakítanunk új életünket és feldolgoznunk lelki sebeinket és ez együtt nehezen megy... Az ilyen idők próbára teszik a lelket, elbizonytalanítanak, sokszor szorongást keltenek, önvizsgálatra sarkallnak.” (Buda B. 1992. 51. o.). A családok megtartó erejére, s a múltat feldolgozó generációk közötti szabad kommunikációra nagy szükség lett volna, de a hirtelen kialakult, hiteket, sorsokat léthelyzeteket átértékelő társadalmi légkörben sok családban szétzilálódtak a kapcsolatok.

1994-es esztendő az ENSZ a családok évének nyilvánította. Számos társadalmi intézmény lendült aktivitásba, hogy a családi élet jobbításáért tegyenek. A hazai egyházak is erőfeszítéseket tettek. A katolikus egyház számos egyházi és világi szakembert összehívó máriabesnyői Katolikus Családkonferenciájával 1994 szeptemberében „Megkezdődött egy átfogó családpsztorációs terv kidolgozása is. Minderre azért van szükség, mert korunk emberének értékviszlása súlyosan érinti a társadalom egészét, így annak legkisebb természetes egységét, a családot is... Nekünk be kell mutatnunk azt a modellt, amiről életünk bebizonyította, hogy működik... az Evangélium üzenetét a családról és a családnak.” – írta Bíró László püspök a konferencia kötet előszavában. (Harrach P. – Somorjai Á. 1994. 5. o.)

Ennek a munkának folytatásaként megjelent a Magyar Katolikus Püspöki Kar körlevele 1999 karácsonyán „A boldogabb családokért!”, amely megjelölte az egyház és az állam néhány fontos feladatát, s ezzel cselekvésre ösztönözött. Megszerveztek 2001 májusában egy nemzetközi kon-

ferenciát „Neveléssel a boldogabb családokért!”, amely arra a felismerésre épült, hogy az egyház elsősorban a nevelés révén tudja segíteni a mai és a jövő generációk életét.

A 2001-ben megalakult a Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskolán a Családpedagógiai Intézet s vállalta a feladatot, hogy elméleti munkával és gyakorlati képzéssel segíti „a gyermekek és fiatalok hatékonyabb nevelését... védelmezni és erősíteni a családot, és a házasságot, a keresztény illetve általános humán értékrend felmutatása és terjesztése által.” (Hortobágyiné Nagy Á. 2005, 7. o.) Az első CSÉN tanfolyamot (Családi Életre Nevelés) 2001 novemberében indították, majd akkreditáltattak egy 40 órás „Egészséges életmódra és családi életre nevelés” témájú kurzust. Tevékenységük a 2011-es megszűnésükig CSÉNTanácsadók képzése, valamint országwide az iskolákban „Család-órák” tartása és ezekről publikációk, videokazetták készítése volt. Ezekben az érdeklődők számára hozzáférhetővé lettek olyan módszerek, amelyek az életkori sajátosságokhoz igazodva érdekesen, kreatívan, kritikai gondolkodást megmozgatóan készítik a tanulókat a párkapcsolatok, a házasság és a családi élet sokféle problémájának átgondolására. Munkájuk körülményei ugyan néha változtak, de létrehozták a Családi Munka Csoportot és a Kecskeméti SZÉK Egyesülettel folyamatosan dolgoznak a CSÉN képzés 2012-ben indult harmadik ciklusában.

1994-ben a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet kezdeményezésére, a Timóteus Társaság Alapítvány gondozásában indult útjára a Fiatalok az Élet Küszöbén (FÉK) program. „Elindulás óta ezt a küldetést igyekeznek betölteni: vizet fakasztani a gyermekeinket körülvevő önismereti, kapcsolati, érzelmi, lelki pusztaságban.... Ez a pusztaság szomjhalálra ítéli lelküket, érzelmi világukat, kapcsolataikat, apró „vízcseppek” hajszozására kényszeríti őket”, miközben a lelki, érzelmi, kapcsolati „vízbőség” elérhető lenne számukra.” (Grész G. és mtsai, 2016, 1. kötet, 9. o.) A program kidolgozása nemzetközi együttműködésben bővült, s napjainkra valamennyi földrészen folyik.

A hazánkban több, mint 20 éve sikeresen folyó „FÉK” órákon legalább 5 középiskolási generáció nőtt föl, sok tízezer diák vett részt. Grész Gábor a tapasztalatokat így summázza: „Az összegyűlt tapasztalatokból egyértelműen és világosan azt a következtetést kellett levonnunk, hogy azok a szükségletek, amelyek a program létrejöttét motiválták, mind a mai napig, sőt egyre növekvő mértékben jelen vannak a fiatalok életében. A családok nem kerültek jobb helyzetbe, a párkapcsolatok nem lettek stabilabbak, a kiegyensúlyozott együttélést meghatározó értékek (szeretet, önzetlenség, önfeláldozás, tiszteltetés, becsület, őszinteség, stb.) egyre kevésbé vannak jelen. Elmondhatjuk, hogy a rendszerváltás utáni értékvákuumot, értékrendszert keresést hamar felváltotta egy nagyon erőteljes és hangos értékrendszert... A fogyasztás, a karrier és a pénz uralmában minden,

még a kapcsolataink, sőt sokak számára már családjuk is feláldozható lett... a fő irányt meghatározó, a személyt (kapcsolatokat, családot, szerelem, barátság, gyermekvállalás) személytelenre (siker, pénz, karrier, szerelem nélküli szex, stb.) cserélő értékdőmpingben.” (Grész, 2016, 9. o.)

A FÉK program a fiatalok mellett a védőnők ezreinek nyújtott képzést, de elsősorban a pedagógusok, szülők, ifjúságnevelők segítségére kíván lenni és a családi életre nevelés területén a bevált módszereiket átadható formában közkinccsé kívánják tenni.

A program képzési tapasztalatait beépítették a 2012-ben indult CSÉN képzésbe, de megtartották saját komplex képzésüket. A Reális önismeret, a Bensőséges kapcsolataink és a Motiváló célok képezi a 3 nagy témakört, amelyekben belül 16-18 órányi anyag van alaposan kidolgozva, a különböző életkorokra jól alkalmazható elméleti és módszertani útmutatókkal ellátva. Ezt a FÉK programot, amit nemzetközi munkacsoporttal feldolgoztak, mára már a világ minden táján használják fiatalok felkészítésére.

A hazai közoktatásban is jelentkezett szándék a családi életre figyelésben. 1995-re elkészült egy új kiadás a Családi életre nevelésnek, amelyben Buda Béla, a társadalmi beilleszkedési zavarok elleni szakembere azt hangsúlyozza, hogy a családi életre alkalmassá nevelésben „A pozitív tényezők érvényesülése és a zavarok elkerülésének, megelőzésének képessége szervesen hozzátartozik a családi életre való alkalmassághoz.” (Buda B. 1995, 235. o.) Ennek szellemében a kötet átdolgozott kiadása a prevencióra és korrekcióra is figyelmet fordít. (Kömlösi S. 1995). Ennek a szemléletnek sem tudott igazán teret adni az oktatás, mivel a gyakorló pedagógusok felkészítése az iskolákban elmaradt.

A könyvkiadás a családi életre vonatkozó pszichológiai és pedagógiai munkák terén egyre nagyobb igényt keltett, hogy kielégítsen. (Vekerdy T. 2001, Ranschburg J. 2009, Gurtman B. 2009)

2002-ben és 2006-ban megismérelték Kopp Máriaék a 20 évvel ezelőtti országos reprezentatív vizsgálatukat. Az egyik legmegdöbbentőbb adat az volt, hogy 10 évvel korábban jött a férfiak egy csoportjának korai halála (50-55 év közötti korral 20 év múlva a 40-45 éves korúak között jelentek meg kiugró számban a fatális betegségek és halálok). „A férfiak halálozási adatai szoros összefüggést mutatnak a családi állapotukkal, valamint a házasságukból kapott támogatottság mértékével is... A nők körében a korai halálozás nem mutatott összefüggést... azaz, hogy párkapcsolatban él vagy sem, viszont összefüggést mutatott a családi problémákkal, valamint az elégedetlenséggel, amit általában a személyes kapcsolataiban megélt.” (Kopp 2008, 241. o.) Ismét megerősítést nyert, hogy az elégedetlenséget és biztonságot (körödelést) nyújtó kapcsolatban élés az egészség szempontjából védőfaktor.

Családi életre nevelés 2012-2017 között

A CSÉN jelene az iskola falain belül

A családi életre nevelésnek számos színhelye lehetséges; a családi otthon, oktatási-nevelési intézmények (pl. óvoda, iskola, kollégium), gyerekekkel és fiatalokkal foglalkozó egyházi és más egyéb civil közösségek. Mindezek közül a CSÉN kitüntetett területe az iskola, ahol a diákok és a pedagógusok egyaránt célcsoportjai a CSÉN-nek.

A CSÉN továbbképzést pedagógusoknak és más fiatalokkal foglalkozó szakembereknek elsőként a Károli Gáspár Református Egyetem Btk. akkreditáltatta és indította el. Azóta több intézmény és civil szervezet folytat hasonló jellegű képzést a közoktatás falain belül és kívül.

A családi életre nevelés feladatának kitüntetett állami felvállalása 2012-ben jött el.

A CSÉN bekerült a 2012-es NAT-ba, mint nevelési cél és fejlesztendő terület. A Nemzeti alaptanterv a következőkben igazolja a családi életre nevelés program beemelésének jogosultságát a köznevelés területére:

„A család kiemelkedő jelentőségű a gyerekek, fiatalok erkölcsi érzékének, szeretetkapcsolatainak, önismeretének, testi és lelki egészségének alakításában. A szűkebb és tágabb környezet változásai, az értékrendben jelentkező átrendeződések, a családok egy részének működésében bekövetkező zavarok szükségessé teszik a családi életre nevelés beemelését a köznevelés területére. A köznevelési intézményeknek ezért kitüntetett feladata a harmonikus családi minták közvetítése, a családi közösségek megbecsülése. A felkészítés a családi életre segítséget nyújt a gyermekeknek és fiataloknak a felelős párkapcsolatok kialakításában, ismereteket közvetít a családi életükben felmerülő konfliktusok kezeléséről. Az iskolának foglalkoznia kell a szexuális kultúra kérdéseivel is.” (1)

A CSÉN a közoktatás keretein belül elkezdte működését a 2012-2013-as tanévtől. A családi életre nevelés aspektusa, mint fejlesztési terület és nevelési cél, műveltségi területekbe és tantárgyakba beépülve ötvözi a tradicionális értékeket. A családi életre nevelés iskolai körülmények között két formában meghatározott. Egyrészt feladat, hogy a családi életre nevelés minden tantárgy célkitűzései között meg jelenjen. Másfelől a családi életre nevelés kiemelt fontosságára utal, hogy önálló kerettantervet kapott, s lehetőség van, de nem kötelező jelleggel, önálló családi életre nevelés tantárgy keretén belül oktatni.

A CSÉN önálló kerettanterve alapján a tantárgy nagyobb tematikai egységekben valósítja meg nevelési céljait:

- család működése;
- társas kapcsolatok – kommunikáció – konfliktuskezelés;
- jellem és értékrend;
- önismeret és érzelmi intelligencia;
- nemiség – férfi/női identitás – szexualitás – párkapcsolatok;

- útelágazások, zsákutcák, útvesztők (veszélyek és devianciák);
- változások következményei és kezeléseik.

A CSÉN fontosságánál fogva a közoktatás összes évfolyamát érinti, 1-12. évfolyamig kísér végig. Komplexitását mutatja, hogy több közös területe van a NAT-ban meghatározott más fejlesztésre szánt területekkel (mint pl. az Erkölcsi nevelés, Önismeret és társas kultúra fejlesztése, Testi-lelki egészségre nevelés). A családi életre nevelés, mint nevelési cél a pedagógiai folyamat egészét áthatja; megjelenik további kerettantervek leírásában, módszertani elemekben, osztályfőnöki órákon, órai kereteken kívüli iskolai foglalkozásokon, továbbá konkrét tantárgyi tartalmakban. Kitüntetetten: az etika, erkölcsstan, biológia-egészségtan tárgyakban, valamint a jelenismeret önálló kerettantervre épülő tantárgyban.

Családi életre és kapcsolati kultúrára felkészítés 2017 és utána

A családi életre nevelés legújabb kori története 2017-ben jött el, amikor a „Családbarát Ország” projekt (EFOP-1.2.6-VEKOP-17) részévé vált.

A Családbarát Ország projekt (CSBO) általános kitűzött célja, hogy a társadalomban megerősödjön és általánossá váljon a családbarát értékrend. A projekt – különböző programjai révén – alapvetően két irányban fejti ki működését, megfogalmazva a szolgáltatók és szolgáltatók család- és gyermekbarát szemléletének kialakítása, valamint a munka és a családi élet összeegyeztetését elősegítő akcióterv kidolgozása igényét.

A CSBO projekt széleskörű programokat céloz meg, mint a Nőközpontok támogatása empirikus kutatások, felmérések elvégzése; szakmai módszertani anyagok kidolgozása; tananyagfejlesztések; Családbarát Hely védjegy népszerűsítést célzó kampány stb.

A projekt kiemelt részét képezik a családok segítségével résztvevő szakemberek képzései. Többek között ilyen a Női vezetőképzés; a Bölcsődei dajkák képzése; Bölcsődei szolgáltatót nyújtó személyek részére szervezett képzés; Bölcsődei vezetők képzése; Idősügyi referensképzés, valamint a Laktációs képzés.

A CSBO projekt képzési részéhez kapcsolódik a Családi Életre Nevelés és Kapcsolati Kultúra fejlesztésére irányuló pedagógusképzés. Maga a Családbarát Ország koncepció több specifikus célt is megfogalmaz. Az egyik ilyen a „Szakemberek felkészültségének növelése a családpolitika területén”, melyhez illeszkedik az a további rész cél, hogy növekedjen a szakemberek tudásanyaga a családi életre nevelés területén. (2)

A CSÉN alapkonceptiója, hogy felhívja a figyelmet a családok támogatásának – különösen a jövő generációja nevelése kapcsán – elengedhetlenségére, s egyben a kö-

vetkeztes kollektív felelősségvállalás kialakítására a gyermekek családi nevelése kapcsán.

A projekt keretében megvalósuló CSÉN képzés célja, hogy támogatást nyújtson a CSÉN program résztvevőinek abban, hogy a rábizott gyermekeket és családjaikat értőbben támogassák, s a társas kapcsolataikhoz, a közösségi beilleszkedésükhöz és a családi életükhöz szükséges viszonyulásukat nyílt kommunikációval fejleszteni, tudatosabbá tenni segítsék. A CSÉN „útravalója”, hogy a pedagógusok szolgálatba álljanak a családi életre nevelés kompetenciáinak fejlesztése érdekében, kiépítve és növelve a családi életre való alkalmasságot. Ez az alkalmasság Buda Béla megfogalmazásában azt jelenti, hogy az egyén felnövekedvén „*képes a megfelelő pár megtalálására, vele szoros kapcsolat kialakítására, családalapításra és gyermekek harmonikus felnevelésére*”. (Buda 1995) Vagyis elvárás, hogy a pedagógusok a társadalomoktatási és nevelési munkájuk révén, a következő generációt motiváltrá, érdekeltté tegyék arra, hogy egészséges, harmonikus családi életet és pozitív, támogató, együttműködő kapcsolatot működtessenek.

A CSÉN oktatásával foglalkozni szándékozó pedagógusoknak, és egyéb a gyerekekkel, fiatalokkal foglalkozó szakembereknek segítséget nyújtson a CSÉN kiemelt területeinek – a felnövekvő generáció fejlesztésében prioritást kapó ismeretek, készségek és képességek – elsajátításához. Mindehhez a leghatékonyabb eszközök a nevelő szerteágazó és modern ismeretei, a fiatalabb korosztályok szükségleteihez igazodó adekvát módszertani képességei, és mindenekelőtt példát adó gondolkodásmódja és hiteles élete.

A CSÉN, „A Családbarát Ország” projekttel széles spektrumú lehetőséget kapott. A 2018-ban induló eddigi legnagyobb, országos képzés két szakaszban bonyolódik le. Az első szakaszban folyik a gyerekekkel és fiatalokkal foglalkozó pedagógusokat és szakembereket képző szakemberek továbbképzése. Ennek keretében növelésre kerül a CSÉN kiképzők (trénerek) sora (30 fő), akik alkalmassá válnak ahhoz, hogy a fiatalokkal foglalkozó szakembereket kiképezzék a családi életre nevelés szemléletére, ismerettartalmára és módszertanára

A CSÉN program második részében következik a kiképzett CSÉN trénerek által tartott CSÉN képzés, 1000 fő pedagógus számára. Ők jelentik a későbbiekben azokat a pedagógus kollégákat, akik az ország minden pontján képzett CSÉN szakemberként lesznek képesek a CSÉN szemléletét és tudását átadni a fiatalabb generációknak.

A CSÉN képzések sajátossága, hogy annak nevelési céljával összhangban, annak elérése érdekében a tanulási anyagban, s annak elsajátítását megalapozó pedagógiai folyamatban egyaránt jelen van az ismeretszerzés, a gyakorlatias-cselekedtetés, a személyes élményekkel dolgozás, továbbá a példák érzelmi ráhatása is. Maga a CSÉN „tudás” speciális ismereteket, készségeket és képességeket igényel.

Olyan ismeretek átadása képezi a CSÉN tartalmi hátterét, hogy arra tudásában, személyében és személyiségében is felkészült pedagógus szükséges. Nem minden pedagógus alkalmas a feladatra. Különleges felkészültséget, sajátos képességeket igényel ez a terület.

Maga a téma is új formát igényel. A formális oktatáshoz képest oldottabb légkört, valamint az órátartó szakember és diák viszonyában egyenrangúságot és rugalmasságot igényel, melyben a felek megadják egymásnak a kellő tiszteletet, a szólás lehetőségét és a vélemény szabadságát.

A CSÉN területén belül olyan személyes témák kerülnek felszínre, melyhez szükséges a pedagógus részéről a bizalom kialakításának képessége, a kapcsolatépítés képessége, a tanulók elfogadása, a tapintat és tolerancia.

A modul sikerének kulcsa a pedagógus és az osztály összehangolódása, bizalomteljes viszonya. Fontos a megbeszélendő témák adekvát, az adott osztályközösség érettségének és érdeklődésének megfelelő kidolgozása, melyet a pedagógus folyamatosan igazít az osztályhoz, attól függően, hogy az egyes témakörök feldolgozásakor milyen esetleges problémák, kezeletlen konfliktusok vagy váratlan reakciók kerülnek felszínre. Utóbbi valószínűsége jóval nagyobb, mint bármely más tantárgy esetén, így kevésbé vannak kidolgozott sémák az eltérések, nehézségek kezelésére. A közlés minősége, a megvitatás módja szintén befolyásolja a CSÉN hatékonyságát. A pedagógus kreativitására, érzékenységére, érzelmi intelligenciájára és lelki finomságára itt nagy szükség van.

A pedagógus személye, személyisége különösen nagy szerephez jut. Rajta keresztül lehet sikeres vagy sikertelen a nevelési szándék. Így például sok olyan korábbi nehéz élethelyzet, trauma, kérdés kerülhet felszínre egy-egy tanuló életéből, mely akár azonnali beavatkozást igényelhet, így nagyon fontos a nevelő rendelkezésre állása a diákok számára a személyes beszélgetésekhez, illetve reflexiós képessége.

A tábor kiszámíthatatlan élményei és eseményeire a pedagógusnak alkalmazkodnia kell, ezek kezeléséhez nagyfokú rugalmasságra és improvizációs készségre lesz szüksége, ahogy a szokatlan tevékenységformák lebonyolításához is.

Mivel a gyermek és a fiatal mintakövető, külső mintákat átélve saját magát fejleszti, így rendkívül fontos az ÉCSK területek fejlesztésében a felnőttek, köztük a pedagógus példaadása, viselkedés kultúrája, attitűdje és életfelfogása. Egyszerűen hitelessége. Ez tábori körülmények között még inkább szem előtt van. A pedagógus emberi arca, személyisége, hogy neki is van élete, amit így vagy úgy próbál kezelni, még inkább előtérbe kerül.

Minden nevelő tevékenység során, így a családi életre nevelésénél is (sőt!) figyelembe kell venni a gyermek szociális hátterét, lakásviszonyait, életkörülményeit, családi hátterét stb. Így lényeges a tanári kompetenciák közül a differenciált bánásmódról való képesség, mellyel ez esetben

elsősorban nem az egyenlő bánásmód sérül, hanem lehetőség van a különböző képességű és személyiségjegyekkel rendelkező gyerekek integrálására a csoportba.

A CSÉN fejlesztése közben maga a pedagógus is megérintődhet, s felszínre kerülhetnek benne is saját élmények. Ezért nagyon fontos a pedagógusok önismerete, arról való tudásuk, hogy egy-egy kapcsolatban mindkét részről – így a saját részről is! – megjelenhetnek olyan indulatok, érzések, amelyek korábbi élmények nyomaiként maradtak meg és valami hasonlóság folytán váratlanul aktivizálódnak. Nem könnyű felismerni, de fontos, hogy tudjuk ez: „Nem nekem szól”, illetve „Nem neki szól valójában!”

A pedagógus részéről fontos módszertani kompetenciák is szükségeltetnek. Az ismeretek átadása nagyon speciálisan történik. A modul módszereiben legfőképp a nem formális tanulás eszközeit használja: nevelés, rávezetés, elgondolkodtatás, átgondolt kérdések, játékos élmények, gyakorlatok, élménypedagógia egyéb eszközei. Mivel a modul főként lelki, szellemi és mentális kompetenciák fejlesztésére és szemléletformálásra irányul, a diákok érdemjegy szerinti értékelése irreleváns. Helyette meg kell találni azt a versenyhelyzetet nem eredményező mérési formát, mely valamilyen formában visszajelző.

Mind ezek arra mutatnak, hogy a CSÉN területeinek oktatása, mind szemléletében, mind módszertanában specifikumot mutat, s nehezen (vagy nem) összehasonlítható más területek oktatásával. Mindez komoly kihívás elé állítja a hagyományos oktatást, s annak intézményi hátterét. Ez is alátámasztja, hogy mennyire fontos a CSÉN képzés, bővítve a pedagógusok klasszikus tanítás módszertani és szemléletbeli szocializációját.

Felhasznált irodalom

- Andorka Rudolf – Buda Béla – Donga Katalin – György István (1986): *Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon*. Budapest, Kossuth.
- Andorka Rudolf – Buda Béla – G. Kiss Judit (1971): *A család szerepe egyes devians viselkedésművekben*. In: Lőcsei Pál (szerk.), (1971): *Család és házasság a mai magyar társadalomban*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 226-270. o.
- Aszódi Imre – Brencsin János (1974): *A házasság ABC-je*. Budapest, Medicina.
- Bigvoni Artília (1974): *Szex – szerelem – család*. Budapest, Medicina.
- Buda Béla – Szilágyi Vilmos (1974): *Párválasztás. A partnerkapcsolatok pszichológiája*. Budapest, Gondolat.
- Buda Béla (1972, 1978): *A szexualitás modern elmélete*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- Buda Béla (1995): *Családi életre nevelés – a családi és intézményes nevelés feladatai, megelőző és terápiás lehetőségei*. In: Komlói Sándor (szerk.), (1995): *Családi életre nevelés*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó. 235-259. o.
- Buda Béla (1992): *Esszék a magyar önvizsgálat, helyzetdemenz és politikai reménykedés tárgyából*. In: Fodor K. (szerk.) *Személyiségfejlesztés IV. A magyar társadalom lelkiállapota*. Tatabánya, A Közművelődés Háza, 49-90.
- Buda Béla (1995): *Családi életre nevelés – a családi és intézményes nevelés feladatai, megelőző és terápiás lehetőségei*. In: Komlói Sándor (szerk.): *Családi életre nevelés*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó. 235-259.
- Czeizel Endre (1989): *Ki viszi át a szeretetet: felkészülés a családi életre*. Tanulmányok és tanácsok 14-18 éves lányok és fiúk részére. Budapest, Hittér- és Lapkiadó Vállalat

- Cseh-Szombathy László (szerk.), (1978): *A változó család*. Budapest, Kossuth.
- Cseh-Szombathy László (1985): *A házastársi konfliktusok szociológiája*. Budapest, Gondolat.
- Fodor Katalin – Kovács Istvánné (1992): *A közösségi lélekvédelem és a társadalmi jelenségek kölcsönhatása*. In: Fodor K. (szerk.) i.m. 25-48.
- Gál Erzsébet – Ortutay Zsuzsa (1975): *Családi életre nevelés a szülői házból és az iskolában*. Budapest, Hazaifias Népfőnt.
- Grész Gábor és mtsai 2016 FÉK Fialalok az Élet Küszöbén. 1. Reális önismeret. (Úton önmagunk felé.) 2. Bensőségei kapcsolatok. (Úton egymás felé.) 3. Motiváló célok (Úton a jövő felé). Tanári kézikönyv, Budapest, Timóteus Társaság Alapítvány.
- Gutmann Bea (szerk.) (2009) *Családi boldogság, családi pokol? Az együttélés művészete*. Budapest, Jaffa Kiadó.
- H. Sas Judit (1976): *Életmód és család*. Budapest, Akadémia.
- Hankiss Elemér – Manchin Róbert – Füstös László – Szakolczai Árpád (1982): *Kényszerpályán? Műhelytanulmányok sorozat*. Budapest, Szociológiai Kutató Intézet.
- Harrach P. – Somorjai Á. (szerk.) (1994) *Az élet és a szeretet bölcsője. Tanulmányok a családról*. Budapest, Püspökkari Családpasztorációs Bizottság.
- Hortobágyiné Nagy Á. (2005) *Családi életre nevelés az oktatásban*. Budapest, Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola Családpedagógiai Intézete
- Komlói Piroska (1979) *Családi életre nevelés a különböző életciklusokban*. In.: Komlói S. (szerk.) (1979) id. m. 124-197.
- Komlói Piroska (1987) *A családi élet – változások véget nem érő sorozata*. In.: Zsámboki M., Borgosné Lendvai M. (szerk.) *Családsegítők kézikönyve*. Szociológiai füzetek. Budapest, Tudományos Ismeretterjesztő Társulat, 102 – 132.
- Komlói Piroska (1990) *Személyiségfejlesztés a pedagógusképzésben*. In: Fodor K. (szerk.) *Személyiségfejlesztés III. Irányzatok, csoportmódszerek*. Tatabánya, A Közművelődés Háza. 9-22.
- Komlói Piroska (1992) *Veszteségek kezelése a családban*. In: Fodor K. (szerk.) *Személyiségfejlesztés V. Az egészséges családokért*. Tatabánya, A Közművelődés Háza. 23-52.o.
- Komlói Piroska (1995) *A családi életre nevelés feladatai és nehézségei az egyes életkorokban*. In: Komlói S. (szerk.) 1995, i.m. 97-165.
- Komlói Sándor (1974): *Munkára nevelés a családban*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- Komlói Sándor (szerk.), (1979): *Családi életre nevelés. Tanárképző Főiskolák. Egységes jegyzet. Kézirat*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- Komlói Sándor (szerk.), (1995, 1998): *Családi életre nevelés*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád (1992): *Magyar lelkiállapot*. Budapest, Végeken.
- Kopp Mária (szerk.), (2008): *Magyar lelkiállapot 2008*. Budapest, Semmelweis.
- Lőcsei Pál (1971): *Felbomlott házasságú budapestiek*. In: Lőcsei Pál (szerk.), (1971): *Család és házasság a mai magyar társadalomban*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 271-310. o.
- Lőcsei Pál (szerk.), (1971): *Család és házasság a mai magyar társadalomban*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Ranschburg Jenő (2009) *Szülők könyve. A fogantatásról az iskolakezdésig*. Budapest, Saxum.
- Szabady Égon (1971): *A magyar családok demográfiai sajátosságai*. In: Lőcsei Pál (szerk.), (1971): *Család és házasság a mai magyar társadalomban*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 54-69. o.
- Szilágyi Vilmos (1971): *A párválasztás és családalapítás problémái*. In: Lőcsei Pál (szerk.), (1971): *Család és házasság a mai magyar társadalomban*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 70-103. o.
- Szilágyi Vilmos (1976): *Nemi nevelés a családban*. Budapest, Medicina.
- Vekerdy Tamás (2001) *Gyerekek, óvodák, iskolák*. Budapest, Saxum

Jegyzetek

- (1) NAT 2012
- (2) EMMI: Felhívás a családbarát értéktrend, ezáltal a család- és gyermekbarát szemlélet általánossá válásáért elősegítő projekt megvalósítására (7.o.)

Afrikai apa és magyar anya – egy 2015-ös félvér kutatás eredményei

Az elmúlt évtizedekben jelentősen megnövekedett a hazánkban élő afrikaiak száma. A bevándorlók egy része csak átmenetileg tartózkodik hazánkban, majd más EU tagállamba távozik. Mások magyar párral vállalnak gyermeket, így az afrikai-magyar vegyes származású állampolgárok száma is folyamatosan növekszik Magyarországon. Jelen kutatásban az eltérő rasszjegyekkel rendelkező szülők gyermekeiről lesz szó, ezen belül is az afrikai-magyar kapcsolatból született leszármazottokról. Őket néhányan – egyesek szerint tévesen – másodgenerációs afrikai bevándorlóknak nevezik. A kutatásunkban félig afrikai, félig magyar személyeket kérdeztünk arról, hogy szerintük milyen a többségi társadalom róluk kialakított képe, és hogyan határozzák meg a saját identitásukat. Kitérünk a magyar és afrikai kultúrával való azonosulás mértékére, az egyének identitására, valamint a párválasztással kapcsolatos attitűdökre.

Kulcsszavak: afrikai népesség, félvér, demográfia, családszociológia, vándorlás

Bevezetés

Magyarországon csak az elmúlt évtizedekben kezdett növekedni a kevert rasszjegyekkel bírók száma, ezért még kevés hazai kutatás született ilyen személyekről. Sajnos annak megállapítására sincsenek megfelelő adatok, hogy hány embert érint a többrasszúság kérdése.

Azokban az országokban, ahol ezt a témát jobban vizsgálják már, a kutatások alapját a népszámlálások adták.

Az afrikai-magyar vegyes kapcsolatokból származó személyek esetén fokozottan felmerül az a probléma, hogy több rasszba, több nemzethez tartoznak. Az „afrikai-magyar félvér csoporthoz” való tartozást főként származási tényezők határozzák meg. A megfelelő identitás kialakítása több okból kifolyólag is problémás lehet számukra. Egyrészt ezek a személyek külső jegyeikben különböznek mind a magyar, mind az afrikai származási országuk többségi társadalmától. Másrészt az afrikai származás felől nézve se képeznek egységes csoportot, mivel afrikai szülőjük más-más országból származik. Harmadrészt, a magyar társadalomban a társadalmi ranglétra különböző fokain foglalhatnak helyet, mely tovább nehezíti azt, hogy egységes csoport válhasson belőlük, segítve ezzel az önazonosság tudatukat.

Tanulmányunkban, kérdőíves kutatásunk alapján, a „félvér” személyek Magyarországi helyzetét járjuk körül, az ő saját nézőpontjukból.

Migráció Afrika és Magyarország között

Mindenek előtt az Afrika és Magyarország közötti vándorlásról ejtünk néhány szót.

Afrikát egyaránt érintik a fejlett világ (OECD) által kifejlesztett migrációs szívó hatások, a gyors demográfiai nö-

vekedés és a nem kellő számban keletkező munkahelyek által létrehozott toló hatások, amelyek vándorlási kényszerbe torkollanak. A befogadó országok a legképzettebbeket is vonzzák, ezért egyre komolyabb gondot jelent több afrikai országban is a szakemberek elvándorlása. Különösen a mérnökök és orvosok kivándorlása jelent gazdasági csapást a térség számára. (Búr és Taróssy, 2012) Magyarországot az afrikai migráció az 1970-es évektől érinti, ekkor a legtöbben tanulmányi megállapodások keretében kerültek ide, majd megházasodtak vagy hazatértek. Az afrikai országok közül Nigéria a legfőbb kibocsátó ország, Magyarországra is innen érkeznek a legtöbben. (Dövényi, 2012) Napjainkban is sokan tanulmányi céllal jönnek az afrikai országokból hazánkba. A tartózkodási okok közül a családegyesítés is kiemelendő, sok afrikai rendelkezik magyar állampolgár családtagjaként tartózkodási kártyával. A bevándorlók zöme férfi, akik a 18 és 34 év közötti korcsoportba tartoznak. (Urbán, 2012)

1995-ben már 2 081 afrikai állampolgársággal rendelkező ember volt Magyarországon. Ez a 2000-ik évre növekedést mutatott (2559 fő), majd 2001-ben egy jelentős csökkenés volt tapasztalható, a létszámuk 1233 főre esett vissza. Ezt követően szintén egy növekvő tendenciát figyelhetünk meg, 2004-ben már 1455 fő, 2015-ben pedig már 4985 afrikai állampolgársággal rendelkező tartózkodott hazánkban. A hazai adatokból látható, hogy Afrikából jóval nagyobb arányban érkeznek férfiak, mint nők. Ez volt a jellemző 1995-ben, amikor 1759 férfi és 322 nő tartózkodott Magyarországon és ez a férfi többség 2015-re is kitartott, amikor 3402 férfi és 1583 olyan nő élt hazánkban, aki afrikai állampolgársággal is rendelkezett. (KSH, 2015)

Részletes adatokat a 2011-es népszámlálásból ismertetünk, amely során 4065 személy jelölte meg, hogy valamely afrikai országból származik. A külföldön született, de hazánkban élő népesség alig 1,1%-a született Afrikában. Demográfiai szempontból fontos megjegyezni, hogy 72,5%-a 15-49 éves korcsoportba tartozott és 68%-uk férfi.¹

Afrika következő tíz országából származott a legutóbbi népszámláláskor az afrikai népesség 81%-a: Nigéria (1101 fő), Egyiptom (632 fő), Algéria (486 fő), Dél-Afrikai Köztársaság (212 fő), Líbia (208 fő), Tunézia (182 fő), Marokkó (161 fő), Kamerun (152 fő), Szudán (85 fő), Etiópia (83 fő). Ezen tíz országból érkezett népesség korcsoportos megoszlása a következők szerint alakult. (1. ábra)

Afrikai bevándorlók helyzete Magyarországon

A Magyarországon élő afrikaiak társadalmi státusza és életkörülményei szélsőséges képet mutatnak. Egyaránt találhatóak menekültként ide érkezők és olyanok is, akik az afrikai elit tagjaként, jobb anyagi körülmények között élő családból vagy államközi ösztöndíjjal utaztak ide orvosi vagy mérnöki diplomát szerezni.

Az afrikaiak nagy része komoly erőfeszítéseket tesz annak érdekében, hogy társadalmi integrációja minél sikere-

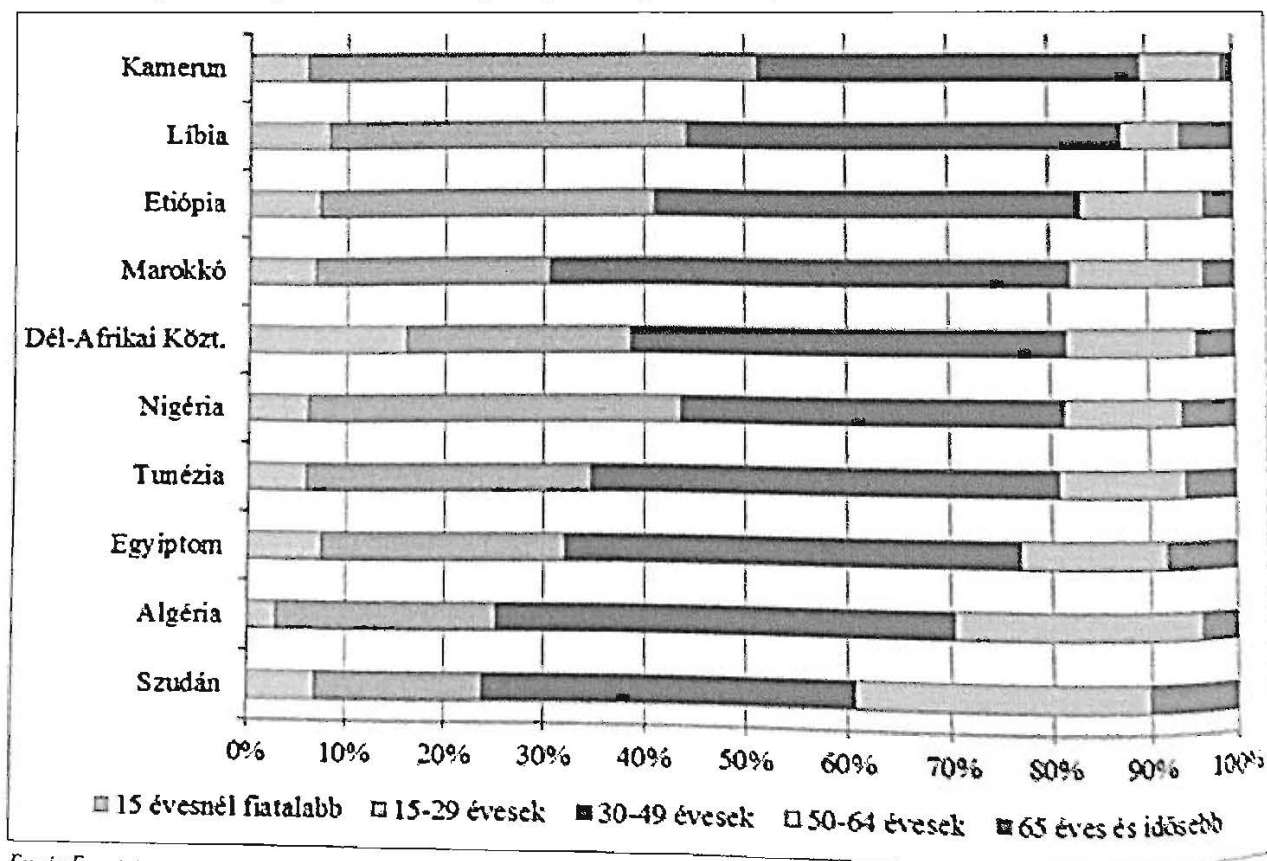
sebb legyen. Azonban sajnos többen küzdenek álláskeresői nehézségekkel. (Simonovits & Szalai, 2013)

Az afrikaiak többsége szegényen érkezik hazánkba, ezért létfontosságú találniuk egy magyar házastársat, akivel megoldottnak tekinthető a lakhatás, az ügyintézés és az állampolgárság megszerzésének problémája, nem beszélve az érzelmi és anyagi biztonságról. (Bernát & Simonovits & Szalai, 2012)

Larry Olomoofe az ezredforduló előtt Magyarországon élő afrikai menekültekről azt állapította meg, hogy „fekete mivoltukat” bocsátották áruba a túlélésük érdekében. Kapcsolataikban a partnerek viszonya egy „megfelelő”, „hagyományos” kapcsolat színlelésével járt együtt, mely állapot kiegészült annak hallgatólagos elismerésével, hogy a különböző anyagi szükségletekről a nő hivatott gondoskodni. (Olomoofe, 2000)

Olomoofe leírásával szemben egyre több olyan közlemény jelenik meg, ahol az afrikaiakat sokkal pozitívabb színben tüntetik fel. Ez talán abból is adódik, hogy a bevándorlók más rétegeiről szólnak. Olomoofe tapasztalataival ellentétben az afrikaiak nagy része tanulási céllal érkezett hazánkba. Az itteni közösségi életnek az irányítói is főként ebből a rétegből kerülnek ki. Lángh Júlia szerint a migráns civil szerveződések közül az afrikaiak által műkö-

1. ábra: Magyarországon élő afrikai népesség korcsoportos megoszlása, 2011



Forrás: Eurostat

¹ Eurostat adatbázisa – Táblakód:[cens_11cob_n] (Letöltés ideje: 2016. augusztus 26.)

retettek a legaktívabbak. Sok mindennel foglalkoznak az emberi jogok védelméről a sporttevékenységen át a kulturális programok szervezéséig. (Lángh, 2009) Azonban fontos megemlíteni, hogy az Afrikával foglalkozó civil szervezetek alapítói és vezetői között kevés afrikai országból származó személy található. Különböző, Afrikával foglalkozó szervezetek a rendszerváltás után kezdtek létrejönni. A kétezres évekre, már az eltérő kultúrájú országokból származó afrikaiak, másodgenerációs utódjaikkal együtt közösen kezdtek dolgozni Afrikáért. (Glied, 2012)

Az „Afrikai identitás” kérdése

Az afrikai-magyar egyes kapcsolatokból származó utódoknak speciális helyzetük van. Magyarországon élnek, de két kultúrához is kötődnek, két rassz jegyeit is magukon hordozzák. Ezáltal önmeghatározásuk, identitásuk kialakítása problémákba ütközhet.

Az eltérő nemzetű vagy rasszú szülőktől származó személyek identitásának vizsgálatában a különböző kutatások különböző kifejezéseket használnak. Van, aki rasszi identifikációról beszél, mások pedig a bikulturális identitás kifejezést alkalmazzák (Hong, Morris, Chiu és Benet-Martínez, 2000). A különbség nagyjából annyi, hogy a rasszi identifikáció inkább a kisebbségi csoporttal való azonosulást jelöli, a bikulturális identitás pedig ennél kicsit többet, az adott csoportok kultúrájában való megfelelő eligazodást. A következő leírásban mind a két fogalom elő fog fordulni.

Számos tényező hatással van a rasszi identifikációra. Elsőként a szociális státusz vagy osztály. A magasabb szociális státuszba tartozó többrasszú emberek kevésbé érzik azt, hogy ők kisebbségi csoporthoz tartoznának. Másodszorban a szociális hálózatok rasszi összetétele is hatással lehet az önazonosságra. Ebből azt emelnénk ki, hogy valószínűbb az, hogy egy többrasszú személy, egy kisebbségi szociális környezetben (barátok, iskola stb.) a kisebbségi csoporthoz sorolja magát és származását. Ezzel szemben többségi szociális környezetben több alternatív lehetőség nyílik arra, hogy a több rasszba tartozó egyének többrasszúként, kétrasszúként vagy fehéreként azonosítsák magukat, vagyis ezt a státuszt válasszák. Harmadrészt pedig a családi struktúrák is szerepet játszanak az identifikáció folyamatában. Példaként, a többrasszú fiatal nők inkább az anyjuk rasszába tartozónak azonosítják magukat. (Brunsma, 2005)

A rasszi identifikációban nagy szerepe van a szülő-gyerekek kapcsolatnak. Több olyan tényező is létezik, amelyek segítségével a szülő hatással lehet a gyerek identifikációjára. Az együtt töltött idő mennyisége vagy a közös programok fontos faktorként tarthatóak számon. A gyerekek ugyanis a szülőkkel folytatott interakciók által szocializálódnak, így a gyakori interakció a szülővel ahhoz vezethet, hogy a gyermek egy szerepmodellt lát arra, hogy mit jelent

egy bizonyos kultúra tagjának lenni. Azok a gyerekek, akik támogató kapcsolatban állnak szüleikkel, talán könnyebben elfogadják az általuk közvetített üzenetet a rasszról. A szocializációs elmélet szerint a gyerekek aszerint látják pozitívnak vagy negatívnak a szüleiket, hogy olyanoknak látszanak-e, amilyenek ők maguk szeretnének lenni. Így azok a szülők, akik jobb minőségű kapcsolatot ápolnak gyermekeikkel, nagyobb hatással vannak azon identitás típusnak a kifejlődésére, amit át akarnak adni. A szülők számára adott a szociális kontroll eszköze is, amikor a rasszal kapcsolatosan csak meghatározott információkat hagynak eljutni gyermekeikhez, keresik a hasonló többrasszú családok társaságát, vagy nem hagyják, hogy túl sokat vegyüljenek más rasszú gyerekekkel. (Bratter, 2009)

A rasszi identifikáció, az, hogy az egyén a kisebbségi vagy többségi csoporthoz sorolja-e magát, sok benső tulajdonságot meghatározhat, többek között a politikai attitűdöt is. (Masuoka, 2008) Közegészségügyi kutatások kimutatták, hogy a magukat több rasszba tartozónak valló kamaszok több pszichológiai distressznek voltak kitéve, több probléma volt a viselkedésükkel, amelynek velejárója lehet az egyrasszú társaikhoz képest rosszabb tanulmányi eredmény. Cheng és munkatársa tanulmányában a több rasszba tartozó tizenévesek társadalmi részvétele általában pozitívabb vagy ugyanolyan szintű volt, mint egyrasszú társaiknak, azonban a megítélésük negatívabb volt. (Cheng, S, J. Lively, K, 2009)

Több tanulmányban is olvasható a bikulturális identitás fogalma. Ez az identitástípus általában olyan személyeknél jelenik meg, akik származásukból adódóan két kultúra elemeit is személyiségükben hordozzák. (Hong, Morris, Chiu és Benet-Martínez, 2000)

LaFromboise (1993) tanulmányában azokat a faktorokat kereste, amelyek a bikulturális egyének életét megkönnyíthetik vagy megnehezíthetik. Hat faktor szerepét hangsúlyozta a bikulturális kompetencia fejlesztésében. Az első tényező a kulturális értékek, hiedelmek ismerete. A második faktor a pozitív attitűd, viszonyulás mindkét csoport irányában. A harmadik tényező a bikulturális hatékonyság nevet kapta, mely azt fedi, hogy a kétkultúrájú egyén elhiszi magáról, hogy kompetens mindkét kultúrában, kompromisszumok nélkül, és hatékonyan tud működni mindkét kultúrában. A negyedik pont a kommunikációs képesség, mely a megfelelő verbális és nonverbális jelzések leadását foglalja magában. Az ötödik tényező a szerepértelmezés, mely a kulturális szituációkhoz megfelelő viselkedésekre utal. Az utolsó elem a támogatottság, ugyanis a kétkultúrájú egyének akkor tudnak igazán kompetensé válni mind két kultúrájuk területén, ha megfelelő támogatást kapnak a környezettől ez irányban.

Benet-Martínez (2002) tanulmányaiban a bikulturális identitás integráció fogalmával is találkozhatunk. A magas

bikulturális identitás integrációval rendelkező személyek mindkét kultúrában otthonosan mozognak, a situációknak megfelelően könnyedén tudnak váltani a két identitás között. Ezzel szemben az alacsony bikulturális identitás integrációval rendelkező személyek úgy érzik, hogy a többségi és etnikai identitásuk komoly ellentétben áll egymással, nagyon különbözőnek érzik a két kultúrát, és ebből adódóan sokszor nem megfelelő viselkedési mintát választanak az adott situációban. (Benet-Martínez és mtsai, 2002) A bikulturális identitás vizsgálatokban megpróbálták egységesen mérni azt, hogy az egyének mennyire érzik összeegyeztethetőnek a két kultúrát, de ezen a téren különösen nagy szerepe van a személyes, egyéni különbségeknek. (Benet-Martínez és Haritatos, 2005)

Szabó Adrienn (2014) magyarországi másodgenerációs afrikai bevándorlók bikulturális identitását vizsgálta interjú módszerrel. A másodgenerációs afrikai bevándorló megnevezés nem feltétlenül helytálló, mert interjúalanyai egytől egyig félig afrikai, félig magyar származásúak voltak. Felmérésében minden alany rendelkezett bikulturális identitással. Ennek szintje pedig főként attól függően változott, hogy voltak-e vagy hányszor voltak az afrikai szülő hazájában. Többen arról is beszámoltak, hogy az afrikai országban töltött idő után nehéz volt visszaszokni az elsődleges kultúrába, mivel nagy különbséget érzékeltek a két ország kultúrája között. Erre példa lehet a boldogság fogalma és megélése is, amely különbözik a két országban. Véleménye szerint a bikulturális hatékonyság azokra az interjúalanyaikra volt magasabb szinten jellemző, akik arról számoltak be, hogy már voltak kint és szívesen eltöltenének több időt vagy kiköltöznének afrikai hazájukba. Továbbá a kommunikációs helyzetekben is könnyedén használták az ottani államnyelvet. (Szabó, 2014)

A megkérdezettek többsége előnyként élte meg „félvérségét”. Azonban mindegyik interjúalany találkozott már diszkriminációval vagy rasszizmussal élete során. Többen a „félvérségüket” azért tartották hasznosnak, mert ezzel képesek voltak kitűnni a tömegből. Ők általában nem szorgalmazzák, hogy más félvérek társaságában legyenek, mert elvesztik különlegességüket. Ezzel szemben néhányan azt mondták, hogy keresik más félvérek társaságát vagy szeretnek olyan külföldi városba menni, ahol végre nem „ufóként” tekintenek rájuk. (Szabó, 2014)

A megfelelő identitás kialakításában problémát jelenthet, hogy nincs egy egységes „félvér csoport” és az ehhez kapcsolódó identitás, ahogyan az „afrikai identitás” sem egységes. A félig afrikaiak szülei Afrika más-más területeiről származnak, más kulturális örökséggel rendelkezhetnek. Magyarországon pedig a társadalmi ranglétra különböző fokain helyezkednek el.

A kutatás rövid leírása

Kutatásunkban fel kívántunk deríteni egy Magyarországon még kevésbé kutatott területet. Célul tűztük ki a Magyarországon élő félig afrikai, félig magyar származású emberek helyzetének vizsgálatát, különösen fókuszálva a kultúrához, illetve az országhoz való kötődésükre, az identitásukra és a származásukhoz kapcsolódó élményeikre.

Kutatásunkat kérdőíves módszerrel végeztük.

A kérdőívek felvételét interneten végeztük 2014 decemberétől 2015 márciusáig.

Internetes csoportokban (pl.: facebook, családhaló.hu) tettük közzé a felhívást.

Az elemzés során leíró és következtetési statisztikai módszereket alkalmaztunk.

Eredmények bemutatása

A mintába került személyek és családjainak demográfiai jellemzői

A mintánkba 65 fő került. Közülük 60% nő, 40% férfi. Életkoruk átlaga 26 év (szórás 7). A legfiatalabb válaszadó 14, a legidősebb 41 éves volt.

A kérdőívek felvételekor csak 5 fő élt Magyarországon kívül. Kétharmaduk fővárosi lakos volt, minden ötödik pedig városban, 8%-uk megyeszékhelyen, 6%-uk faluban lakott.

69%-uk már Magyarországon született és születése óta itt él. A mintába került alanyok 62%-a járt már életében legalább egyszer Afrikában.

Iskolai végzettség szerint elég vegyes volt a minta, minden tizedik alapfokú, 28% középfokú végzettségű, 11%-uknak felsőfokú szakképesítése volt, 29%-uk főiskolát (Ba/BSc) végzett. Egyetemi vagy azzal egyenértékű oklevelet (MA/MSc) minden ötödik válaszadó szerzett. 42%-uk a kérdőívek felvételekor is nappali tagozatos képzésben vett részt.

A vallási hovatartozás szempontjából a keresztények domináltak. Nagy részük (39%) katolikus vallású volt, 5%-uk református, 3%-uk evangélikus, 2% egyéb vallási közösséghez tartozott. Válaszadók közül minden huszadik izraelita, 11%-uk pedig a maga módján vallásos, 6%-uk ateista volt, 17% nem tartozott vallási közösséghez, 12% nem kívánt válaszolni.

A családi állapot szempontjából többségük (56%) nőlen vagy hajadon, 15% élettársi kapcsolatban volt, 9%-uk volt házas, 3%-uk elvált és 17%-uk valamilyen egyéb kapcsolatban élt. Közel minden harmadik válaszadó további 1 személlyel élt együtt egy háztartásban, 12%-uk 3 fő, 25%-uk 4 fő, 9%-uk 5 fő, 3%-uk 6 vagy annál több fő háztartásban lakott. A megkérdezettek 17%-a egyedül élt.

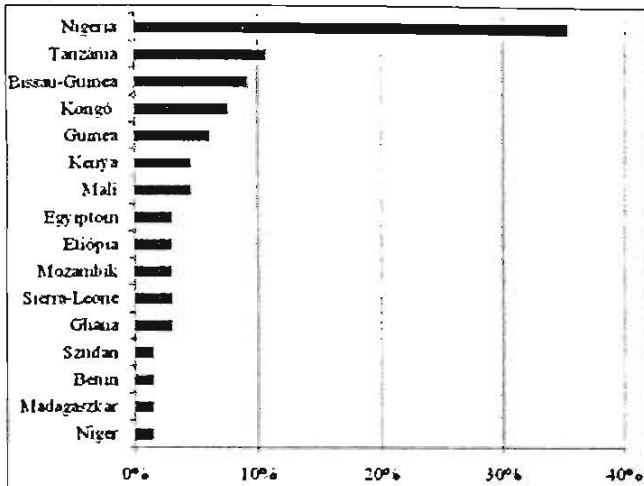
Akik egy másik személlyel éltek egy háztartásban, azok közül a legtöbben (45% vagyis 10 fő) egyenes ági rokonokkal laktak, 22%-uk (5 fő) házastárssal, élettárssal, 16%

(3 fő) egyedül. A többi személy barátal, ismerőssel, oldalági rokonnal vagy egyéb személlyel élt együtt.

A válaszadók között, néhány kivételtől eltekintve, mindenkinek legalább egy fél- vagy édes testvére volt.

A mintába kerülő összes személynek az édesanyja magyar származású volt. Legtöbbjük (35%) édesapja Nigériából származott. (2. ábra)

2. ábra: Édesapa származási országa szerinti (n=65) megoszlás



A kutatásban részt vevők nagyobb részének (80%) édesapja tanulási céllal jött Magyarországra.

Szüleik közel kétharmada (62%) nem élt együtt életvitelszerűen a kérdőívek felvételekor, 56%-uknak pedig afrikai származású édesapja nem is élt életvitelszerűen Magyarországon. Mindössze 23%-uk élt egy háztartásban afrikai szülőjével.

A kultúrával való azonosulás

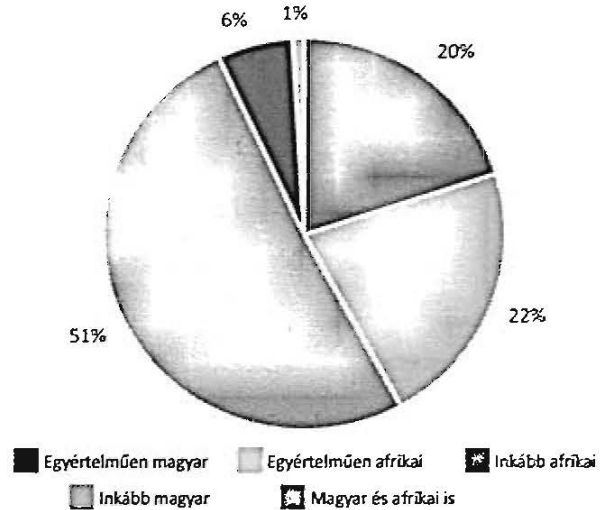
A nemzetiséghez tartozás, mint az identitás meghatározója a kutatás során egyértelműen az édesanyák kulturális közegehez köthető. Arra a kérdésre válaszolva, hogy milyen nemzetiségűnek vallják magukat, a legtöbben, 55%-uk válaszolta azt, hogy mindkét szülő származási országa szerintinek vallja magát. 38% mondta magát az édesanyja származási országa szerintinek, 5% az édesapa származási országa szerintinek. A többiek nem tudták vagy nem adtak választ. Az arányok nemenként nem különböztek.

A közvetlen környezet meghatározása szerint, vagyis arra a kérdésre, hogy a válaszadók szerint afrikainak vagy magyarnak tartják őket a közvetlen környezetében élő személyek, valamivel több, mint felük azt válaszolta, hogy egyaránt magyarnak és afrikainak is. Valamivel többen érzékelték úgy, hogy inkább magyarként határozza meg a környezetük, mint afrikaiaként (3. ábra), azonban ez a válaszadók részéről korántsem volt egyértelmű. Tehát a „fél-

vér” jelleget a kutatásban résztvevők egyértelműen azonosították magukon.

A magyar kultúrával a válaszadók egy 9 fokozatú skálán 7,3 értékre tudnak azonosulni. Az afrikai kultúrával pedig 5,3 pontnyira.

3. ábra: A környezet vélekedése a félig afrikai, félig magyar származásúak hovatartozásáról a megkérdezettek szerint (%) (n=65)



A két kultúrához való kötődésük átlaga egy olyan skálán, ahol az 1-es a magyar kultúrához való teljes mértékű kötődést, a 9-es az afrikai kultúrához való teljes mértékű kötődést jelöli, és az 5-ös érték az, amikor azonos mértékben kötődnek a két kultúrához, a válaszadók átlagosan 3,2-re értékelték a kultúrához való kötődésüket. Tehát látható, hogy a válaszadók a magyar kultúrához kötődnek jobban. Összességében pedig a kultúrához való kötődés közepes (korrelációs együttható: 0,53) erősségű összefüggést mutat.

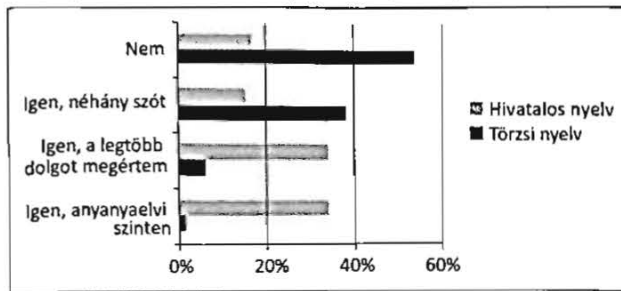
Az anya kultúrájához való kötődés erősebb, mely a jelen kutatásban a magyar kultúrával azonosítható. Ez azért sem meglepő, mert a megkérdezettek nagy része Magyarországon él.

Az afrikai nyelvi kötődésre vonatkozóan két kérdést tettünk föl. Az egyik az apa országának hivatalos nyelvére vonatkozott, míg a másik a törzsi nyelvre. (4. ábra) Elmondhatjuk, hogy a válaszadók több mint kétharmada legalább megérti az apa származási országának hivatalos nyelvét – ami lehet például francia, angol stb. – és mindössze minden tizedik válaszadó jelölte meg, hogy egyáltalán nem beszél a hivatalos nyelvet. Ezzel szemben pedig több mint fele egyáltalán nem beszél az apa törzsi nyelvét, és akik megértik vagy anyanyelvi szinten beszélnek ez utóbbit, az mindössze 8%. Fontos megemlíteni, hogy az afrikai ország hivatalos nyelvén való beszéd nem feltétlenül jelzi az adott országhoz való szorosabb kötődést, mivel ezen országok hivatalos nyelvei az egész világon elterjedt nyelv-

vek, melyeket Magyarországon már az iskolákban is tanítanak. Otthon 80%-uk csak magyarul kommunikál, 20% vegyesen, és senki sincs, aki csak az afrikai szülő nyelvén beszélne otthon.

Érdekes eredmény, hogy a kutatásban résztvevők közel kétharmada már járt Afrikában, valószínűsíthetően az apa származási országában.

4. ábra: „Beszéli Ön az afrikai szülő országának törzsi, illetve hivatalos nyelvét?” (n=65)



Az afrikai (törzsi) kultúráknak a meghatározó szerepéről nem látható egyértelmű kép, nincs egyértelmű kötődés a válaszadók részéről. Ez összefügg az anyákhoz kötődő nyelvi és kulturális adottságokkal, mely meghatározó az egyén szempontjából. A résztvevők 29%-a részben, míg 22%-uk meghatározónak érzi a törzsi kultúrát maga számára.

A kultúrához kapcsolódó ünnepek és szokások alapozzák meg a kulturális identitást, az afrikai szokások megtartását, melyek jellemzően törzsi hagyományok, ugyanakkor a válaszadók háromnegyedének háztartásában egyáltalán nem élnek már. A fennmaradó családoknál pedig néha tartják meg az afrikai szokásokat, és mindössze 3%-ban tartják meg rendszeresen.

Akik tartanak otthon afrikai szokásokat, azok a következőket említették: „az első fizetésből meghívod a családod és a barátaidat ebédre”; „köszönési szokások a tisztelet kifejezése az idősebbek felé”; „alapvető családon belüli rend (az apa a családfő, s a szülők ketten alkotják a „vezetőséget”); ételek; tánc; zene; találkozók; helyi ünnepek tartása (pl.: Függetlenség napja, tabaski).

A LaFromboise (1993) tanulmányában leírt faktorok közül, amelyek a biculturális egyének életét megkönnyítik vagy megnehezítik, többnél is adódhatnak problémák. A kulturális értékek, hiedelmek ismerete sokaknál nem megfelelő, mely csökkenti a biculturális kompetenciát. Többségük nem tartja meghatározónak maga számára a törzsi kultúrát és 74%-uknál nem tartanak otthon afrikai szokásokat sem, mivel többségük Magyarországon született és itt szocializálódott, az afrikai kultúrához már kevésbé kötődik. A kommunikációs képesség, mely a megfelelő verbális és nonverbális jelzések leadását foglalja magában, szintén fontos támogató faktor. A mintánkba be-

kerülteknel láthatjuk, hogy a törzsi nyelvet szinte senki sem beszéli. Ezt részben kompenzálhatja, hogy a többségük beszéli az apja származási országának hivatalos nyelvét.

Arra, hogy érezték-e már konfliktust a két identitásuk között, a megkérdezetteknek közel fele válaszolta azt, hogy még soha sem, 46%-uknál már előfordult, hogy éreztek, 5%-uk pedig rendszeresen érez.

A válaszadók 60%-a gondolta úgy, hogy az afrikai (azon afrikai ország kultúrája, ahonnan az egyik szülő származik) és a magyar kultúra teljes mértékben eltérnek egymástól. 29% szerint inkább eltérnek, 9% azt gondolta, hogy néhány dologban térnek el egymástól. 2% gondolta azt, hogy semmiben nem tér el egymástól a két kultúra.

Benet-Martínez (2002) szerint az alacsony biculturális identitás integrációval rendelkező személyek úgy érzik, hogy a többségi és etnikai identitásuk komoly ellentétben állnak egymással, nagyon különbözőnek érzik a két kultúrát és ebből adódóan sokszor nem megfelelő viselkedési mintát választanak az adott szituációban. Az, hogy a válaszadók 60%-a gondolta úgy, hogy az afrikai és a magyar kultúra teljes mértékben eltérnek egymástól, Benet-Martínez elméletére alapozva nehézségeket okozhat a biculturális identitás integrációjukban.

Identitáskonfliktus (nyitott kérdések)

Ahogy már leírtuk, a válaszadók többségénél már előfordult, hogy érezték konfliktust a két identitása között. Amikor arra kértük őket nyitott kérdésünkben, hogy részletezzék, hogy mikor érezték konfliktust a két identitásuk között, a következő válaszokat adták:

„Pontosan abból, hogy nekem fontos az, hogy magyar vagyok, de rengeteg időbe telik, míg ezt felfogják körülöttem, mert nem nézik ki magyarnak, ugyebár... És még bőven azután is jönnek a kérdések, hogy hogy érzem itt magam, miután elmondom, hogy itt születtem és életemben soha nem éltem máshol. Ezért persze nem hibáztatok senkit, csak simán rossz.”

„Én magamat magyarnak tartom, de a környezetem egyáltalán nem.”

„Heti többször is megdicsérek, milyen szépen beszélem a nyelvet, még ha egyértelmű is, vagy külön mondom, hogy ez az anyanyelvem. Heti többször kell elmesélem, kim honnan származik, majd külön kis előadást tartanom, hogy nem a National Geographic szombati adásából kéne tanulságokat levonni, mégis milyen lehet az élet Afrikában.”

„A konfliktusaim inkább a nagymagyarok erősködéséből, és az emberek hiányos információiból adódó tévhitekkel származik, amit szemtől szemben is előadnak, mint tények.”

A fenti idézetekből az derül ki, hogy a környezeti reakciók vagy a származásuk tekintetében alkotott téves elképzelések okoztak identitáskonfliktust a válaszadók számára.

Van, aki egy személyiségbeli tulajdonságot jelölt meg, mint az önazonosságát megkérdőjelező tényezőt:

„Az afrikai énem hangosabb, ingerlékenyebb, temperamentumosabb.”

A két rasszhoz, két kultúrához való tartozás egyik nagy veszélye, ha az ember egyik kultúrában sem érzi igazán otthon magát. Az alábbi idézetben is erről ír az egyik megkérdezettünk.

„Nemzeti ünnepeken nem igazán tudok azonosulni a magyarságtudatommal, illetve a nagy mértékű antiszemitizmussal, rasszizmussal sem. Azonban, mivel itt szocializálódtam és még soha nem jártam Afrikában. Így azt sem vallom a magaménak.”

A kulturális különbségekkel való szembesülés is egy olyan tényező, mely megingathatja az önazonosságot.

„Viselkedés! A magyarok fiatalok nagyon lazák az afrikai kultúra szerint tiszteletlenek, és nem összetartóak.”

Az identitáskonfliktus mértéke és milyensége attól is függhet, hogy mindkét szülővel együtt él-e a gyermek, és így mennyire hat rá egyik vagy másik kultúra.

„Magyarnak neveltek, és ez kisebb konfliktust okozott, főleg, hogy nem apukámmal nőttek fel, aki közben Nigériában élt. A magyar identitás a külsőmet tekintve sokaknak elképzelhetetlen kategória volt.”

„Az afrikai identitást egyértelműen apámhoz való viszonyom határozta meg, és az hogy 19 éves koromig nem jártam Nigériában (ahol az emberek nevettek, mikor azt mondtam, hogy én magyar vagyok és közölték, hogy én nigériai vagyok).”

A más külső megjelenés a konformitásra való törekvés szempontjából komoly nehézséget jelent. Kisgyermekkorban ezt még nehezebb feldolgozni. Alább is erről olvashatunk.

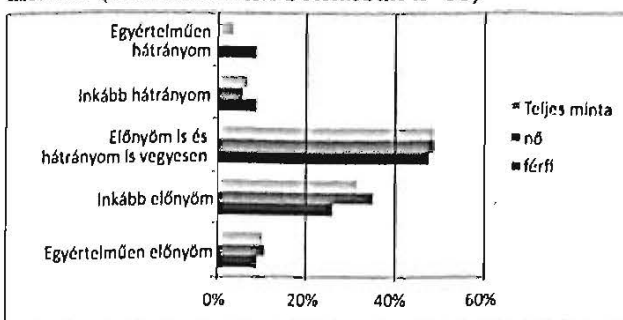
„Kis koromban nem bírtam elviselni azt, ahogy kinéztek. Úgy akartam kinézni, mint a többi körülöttem élő.”

Előnyök és hátrányok

Azzal az állítással, hogy a párkapcsolataiban csak előnye volt annak, hogy félig afrikai, inkább nem értettek egyet a válaszadók (11% teljesen egyetértett, 24% inkább egyet-

értett, 36% részben értett egyet, 16% inkább nem értett egyet, 13% pedig egyáltalán nem értett egyet). Érdekes, hogy ezzel az állítással a nemek szerinti bontásban a nők javára pozitív elmozdulás figyelhető meg, vagyis a női válaszadóknak a párkapcsolataikban ebből inkább származott előnyük. (5. ábra)

5. ábra: Önnek – a párkapcsolatokban – inkább előnye vagy hátránya származik abból, hogy félig afrikai? (nemek szerinti bontásban n=60)



A párválasztással kapcsolatban a válaszadóktól vegyes válaszokat kaptunk, legtöbbször részben értettek egyet azzal, hogy magyar (fehér) feleséget/férjet/életpartnert szeretne magának. Azonban az átlagok alapján inkább a kérdésre igenel válaszolóik irányába van némi elmozdulás (inkább szeretnék magunknak magyar/fehér párt), bár többen jelezték egyértelműen, hogy egyáltalán nem értenek egyet ezzel az állítással (16%).

A kutatásban részt vevők kétharmada nyitottabbnak tartja magát azoknál, akiknek mindkét szülője magyar.

Hivatalos ügyek intézésekor a válaszadók több mint harmada tapasztalta már, hogy furcsán néznek rájuk, azonban ennél jóval többen – több mint kettőtöbbször – nem érzékelték ezt.

Magyarországgal kapcsolatos attitűdkérdések során kiderült, hogy nem feltétlenül tervezik hátrálévként életüket Magyarországon leélni. Ez elsősorban nem a félvér identitás miatt meghatározó, hanem sokkal inkább a fiatalabb életkorból adódó számos lehetőség (külföldi tanulási, illetve munkavállalási lehetőségek). 72%-uk nem ért egyet azzal, hogy munkát csak Magyarországon vállalna, 57%-uk pedig nem ért egyet azzal, hogy munkát csak Európában vállalna.

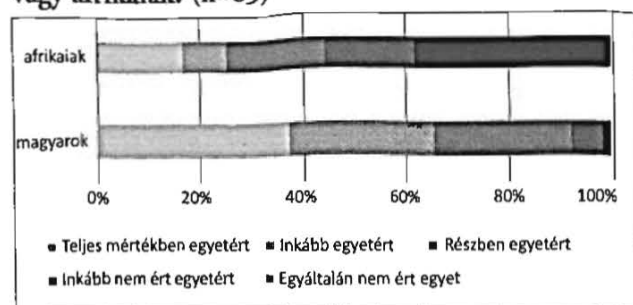
Azzal az állítással, hogy „Már többször tettek megjegyzést a borszínemre Afrikában vagy afrikai társaságában” 26% egyetértett (18%-uk teljes mértékben egyetértett, 8% inkább egyetértett), 19% részben egyetértett, 55%-uk nem értett egyet (17% inkább nem értett egyet, 38% egyáltalán nem értett egyet).

Azzal az állítással, hogy „Már többször tettek megjegyzést a borszínemre Magyarországon.” 65%-uk egyetértett (37% teljes mértékben, 28% inkább egyetértett), 27%-uk

részben egyet értett, 8%-uk pedig nem értett egyet (6% inkább nem értett egyet, 2% egyáltalán nem értett egyet).

Tehát Afrikában/afrikaiak társaságában kevesebben éltek át azt, hogy megjegyzést tettek rájuk a bőrszínük miatt, mint Magyarországon. (6. ábra) Míg hazánkban a válaszadók kétharmada már tapasztalt ilyet, addig Afrikában/afrikaiak társaságában kevesebb, mint egyharmaduk. Annak ellenére, hogy hazánkban több verbális atrocitás érte a válaszadókat, 91%-uk nem ért egyet azzal, hogy megváltoztatná a bőrszínét, ha lenne rá lehetősége.

6. ábra: Mennyire értenek egyet azzal, hogy már többször tettek megjegyzést a bőrszínükre magyarok vagy afrikaiak? (n=65)



Verbális erőszak a válaszadók 86%-át már többször is érte, 9%-ukat pedig legalább már egyszer.

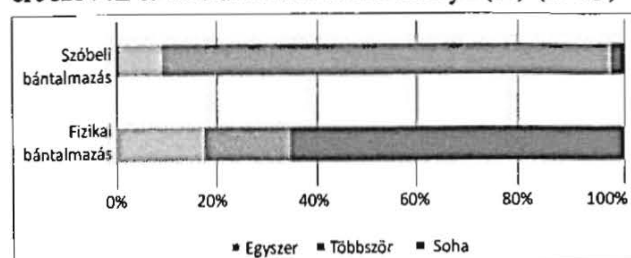
A szóbeli bántalmazás egyik tipikus példáját írta le az egyik válaszadó:

„Illetve ott volt az osztályfőnököm, 8 éven keresztül kezelt ellenségként, hiába voltam a legjobb tanulója szinte (4,9-es átlag és 4 nyelv tanulása párhuzamban jelesre egy 8 osztályos gimnáziumban) és nem egyszer emelte ki, hogy ez itt Európa, úgy kéne viselkedni, a barbár mindenféleszokásaimat otthon lehet hagyni. Hetente kétszer minimum felállított az osztály előtt koholt indokokból, vagy csak hogy megkérdezze, néztem-e ma már tükörbe, kedvenc szállóigéje pedig a »fehér ember nem felejt« volt.»

A kortársaktól is hasonló bántásokat kaphatnak a különböző rasszokhoz tartozó személyek. Erre is egy válaszadótól hozunk egy példát: *„Rám kiabáltak az emeletről az udvarra, hogy mocskos néger vagy (7-8 évesen).»*

Közel 40%-ukat érte már legalább egyszer fizikai bántalmazás is. (7. ábra) Ez nemenként eltérést mutat, a férfiak több mint fele, a nők közel harmada már tapasztalt fizikai erőszakot. A férfi válaszadók 39%-a mondta azt, hogy már többször is érte fizikai bántalmazás, míg a nők csak 5%-a. Egyszer élete során a nők 18%-át, a férfiak 15%-át érte már fizikai bántalmazás. Szóbeli bántalmazás ezzel szemben jóval többször érte már a válaszadókat. Alig volt olyan aki a bántalmazás ezen formájával ne találkozott volna.

7. ábra: A félig afrikai, félig magyar származásúakat ért szóbeli és fizikai bántalmazás aránya (%) (n=65)



Az énkép fontos része, hogy hogyan vélekedünk magunkról. A félvér válaszadók Magyarországon nem érzik, hogy különösebben kilógnának a társadalomból, azonban 27%-uk egyértelműen úgy véli, hogy valamilyen okból eltér a társadalom többi tagjától. Fontos megállapításunk, hogy 87%-uknak több a magyar barátja, mint az afrikai. Ennek a jelentősége abban áll, hogy a társadalomba való beilleszkedésük, illetve a szocializációjuk stabil.

A félig afrikai, félig magyar származásúakra használt kifejezések

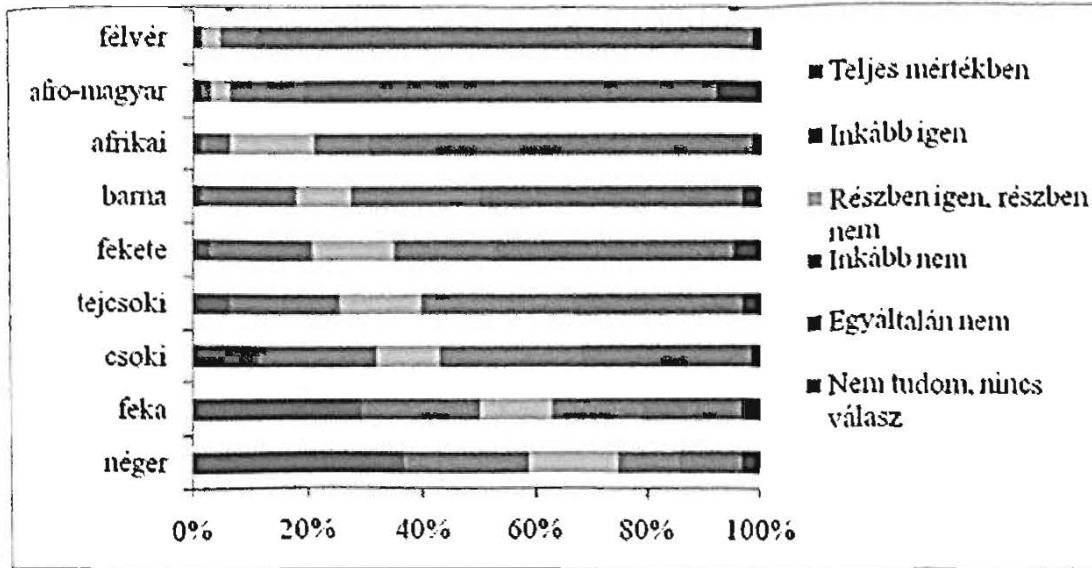
Sok embernek okoz problémát, hogy hogyan szólítsa a félig afrikai származású embereket. Milyen szóval határozza meg, írja le azt, hogy ők két rasszhoz és két nemzethez is tartoznak. A magyar nyelvben főként a teljesen afrikaiakra vannak használatos szavak, azonban ezek sem egyértelműek. Talán a legtisztább kifejezés, az angolból származó „nigger” szó, ami eredetileg nem volt szitokszó, azonban azzá vált, mert ezzel a szóval akarták kifejezni az afrikából behurcolt rabszolgák alsóbbrendűségét. (Kennedy, 2002) Ma Magyarországon ennek a szónak a használata nem elfogadott. Más szavak nem annyira egyértelműek, egyesek a feketét, barnát vagy a néger kifejezést sértőnek tartják, mások pedig ezek közül kedvelik valamely kifejezést, és gyakran használják is a csoportmeghatározásra.

A félig afrikaiakra használatos a magyar nyelvben a félvér kifejezés. Az ehhez hasonló angol kifejezéseket (*half-blood, half-breed*) az amerikaiak sértőnek érzik, mert ezek azt implikálják, hogy az illető csak félig megfelelő vérű. Ehelyett inkább a kevert vagy vegyes származásra utalnak (*mixed-race, mixed ethnicity, mixed background*). (Takács, 2012)

Kutatásunkban arra is törekedtünk, hogy segítsük a félig afrikai, félig magyar személyekre használt szavak tisztázását. A válaszadóink szerint a félig afrikai, félig magyar személyek magukra vonatkoztatva a félvér kifejezést szokták és szeretik használni leginkább. A legkevésbé a „néger” kifejezést szeretik és szokták használni.

Az alábbi ábrán (8. ábra) látható, hogy a legkevésbé sértő kifejezésnek is a félvér szót tartják. Ezt követi az „afro-amerikai” szó mintájára alkotott afro-magyar kifejezés. A „néger” és a „feka” kifejezések számítanak a legsértőbbeknek számukra.

8. ábra: „Mennyire sértik Önt a következő kifejezések?” (n=65)



Összefoglalás

Összességében azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a félig afrikai, félig magyar származású, Magyarországon élő emberek a magyar kultúrához való kötődésüket érzik erősebbnek. Ez nem meglepő, mivel ebben a kultúrkörben szocializálódtak, 69%-uk már Magyarországon született, 38%-uk még soha sem járt Afrikában, és mindössze 23%-uk él egy háztartásban afrikai szülőjével.

51%-uk érzett már konfliktust a két identitása között, ennek fő okai az emberek rájuk irányuló reakciója vagy bántása, az adott kultúrához tartozó viselkedésformák helyeslése vagy nem helyeslése, és a nemzeti ünnepek kapcsán felbukkanó identitásprobléma.

A Magyarországhoz való kötődésük nem egyértelmű. 33%-uk Magyarországon szeretne élni élete hátralévő részében, 30%-uk nem szeretne itt élni, és 37%-uk foglal el köztes álláspontot ebben a kérdésben. Munkavállalási céljal 72%-uk akár külföldre is, 57%-uk pedig Európán kívüli országba is költözne.

Párvalasztásnál nagyobb részük szeretne magyar férjet/feleséget/élettársat találni, de alig vannak kevesebben azok, akik nem magyart szeretnének, sokaknak pedig mindegy, hogy magyar-e vagy nem a jövőbeli párjuk. A párkapcsolatoknál csak a lányok közül voltak olyanok, akik azt mondták, hogy teljes mértékben előnyük származott abból, hogy félig afrikaiak. A legtöbben azt válaszolták, hogy előnyük is és hátrányuk is volt már ebből párkapcsolataikban.

A kutatásban résztvevőket néhány válaszadótól eltekintve már ért szóbeli bántalmazás Magyarországon. Kétharmaduknak már tettek megjegyzést a bőrszínére Magyarországon, sőt 26%-uknak már Afrikában vagy afrikaiak társaságában is. Ebből látható, hogy a több rasszhoz tartozó

személyek mindegyik oldalról ki vannak téve a megjegyzéseknek, szóbeli bántásoknak.

Fizikailag „csak” 35%-ukat bántalmazták Magyarországon, azonban itt eltérés mutatkozott a nemek között. A férfiak nagyobb százalékát érte fizikai bántalmazás, mely összefüggésbe hozható a nemi különbségekkel.

A kutatásról általánosságban elmondható, hogy az alacsony elemszám miatt nem vonhatunk le egyértelmű következtetéseket, de jó iránymutató lehet a magyarországi viszonyok feltérképezésére.

Bibliográfia

- Benet-Martínez, V. – Haritatos, J. (2005): Bicultural identity integration: components and psychological antecedents. *Journal of Personality*, 73. (4), 1015-1050.
- Benet-Martínez, V. – Luu, J., Lee F. – Morris, M.W. (2002): Negotiating biculturalism: cultural frame switching in biculturals with oppositional versus compatible cultural identities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33. (5) 492-516.
- Bratter, J. – Heard, H. E. (2009) Mother's, Father's, or Both? Parental Gender and Parent-Child Interactions in the Racial Classification of Adolescents. *Sociological Forum*, 24, 3, 658-688
- Brunson, D. L. (2005) Interracial Families and the Racial Identification of Mixed-Race Children: Evidence from the Early Childhood Longitudinal Study. *Social Forces*, 84, 2, 1131-1157
- Búr G. – Tarrósy I. (2012) Az afrikai vándorlás háttéréről és jellemzőiről In Tarrósy I., – Glied V. – Keserű D. (2012) Új népvándorlás, Migráció a 21. században Afrika és Európa között, Pécs: Publikon Kiadó, 99-114.
- Cheng, S. – J. Lively, K. (2009) Multiracial Self-Identification and Adolescent Outcomes: A Social Psychological Approach to the Marginal Man Theory *Social Forces*, 88, 1, 61-98. Oxford University Press
- Dövényi Z. (2012) A Magyarországot érintő nemzetközi vándorlás területi aspektusai. In Tarrósy I., – Glied V. – Keserű D. (2012) Új népvándorlás, Migráció a 21. században Afrika és Európa között, Pécs: Publikon Kiadó, 85-95.
- Glied V. (2012) Egy afrikai-magyar „közösségről”. Afrikával foglalkozó civil szervezetek Magyarországon In Tarrósy I., – Glied V. – Keserű D. (2012) Új népvándorlás, Migráció a 21. században Afrika és Európa között, Pécs: Publikon Kiadó, 187-204.

- Hong, Y. – Morris, M.W. – Chiu, C. – Benet-Martínez, V. (2000) Multicultural minds: A dynamic constructivist approach to culture and cognition. *American Psychologist*, 55. (7) 709-720.
- LaFromboise, T. – Coleman, H.L. – Gerton, J. (1993) Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114. (3) 395-412.
- Lágh J. (2009) Afrikai Budapest. In Kovács A. – Rónai G. (szerk) *Bevándorló Budapest*. Budapest: Menedék Egyesület. 28-45.
- Masuoka, N. (2008) Political Attitudes and Ideologies of Multiracial Americans: The Implications of Mixed Race in the United States. *Political Research Quarterly*, 61, 2, 253-267 Sage Publications, Inc. on behalf of the University of Utah
- Olomoofe, L. (2000) Egy fekete közösség létrejötte Budapesten? In Sík E. – Tóth J. (szerk) *Diskurzusok a vándorlásról*. Budapest: Sík Kiadó, 50-59.
- Szabó A. (2014) Másodgenerációs afrikai bevándorlók bikulturális identitása. Szakdolgozat. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Interkulturális Pszichológia és Pedagógia
- Urbán F. (2012) Az afrikai kontinens migrációs sajátosságai In Tarrósy I., – Glied V. – Keserű D. (2012) *Új népvándorlás, Migráció a 21. században Afrika és Európa között*, Pécs: Publikon Kiadó, 115-130.

Internetes hivatkozások

- Bernár, Anikó – Simonovits, Bori – Szalai Boglárka 2012. Bevándorlók társadalmi integrációja a Budapesten élő harmadik országbeli migránsok, valamint helyi vezetők és civilek szemszögéből. In.: Sík, Endre – Simonovits, Bori 2012 *Abena, Sára, Chen és Ali esélyei Magyarországon*. TÁRKI 159-196. http://www.tarki.hu/hu/research/migrans/tarki_cia_tanulmanyok_2011 [Letöltve: 2016-03-09].
- Eurostat adatbázisa: Elérhető: <http://ec.europa.eu/eurostat> [Letöltve: 2016-08-26].
- Kennedy, R. (2002) Nigger: The Strange Career of a Troublesome Word. *The Washington Post* Elérhető: <http://www.washingtonpost.com/wp-srv/style/longterm/books/chap1/nigger.htm> [Letöltve: 2016-03-10].
- KSH (2015) Stadat 1.7. tábla http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wvvn001a.html?down=542 [Letöltve: 2016-02-01].
- Simonovits B. – Szalai B. (2013) Idegenellenesség és diszkrimináció a mai Magyarországon. *Magyar Tudomány*. Elérhető: <http://www.matud.uif.hu/2013/03/03.htm> [Letöltve: 2016-03-09].
- Takács, B. (2012) A fehér médiaszereplők rokonszenvesebbek? *Nyelv és Tudomány* Elérhető: <http://www.nyest.hu/hirek/a-feher-mediaszereplo-ek-rokonszenvesebbek> [Letöltve: 2016-03-10].

Kereszténység társadalmi tanítása – alapelvei és alapvető értékei

*"In necessitas unitas,
in dubiis libertas,
in omnibus caritas."*

Kulcsszavak: *perszonalitás, szolidaritás, szubszidiaritás, közjó, szociális igazságosság*

A perszonalista szemléletű szociálpolitika, mely se nem individualista, se nem kollektivistá, az etikai alapértékek és alapelvek megalapozásánál az emberi személyből indul ki.¹

Az ember mint személy istenképiségeiből fakadóan képes arra, hogy értelem segítségével olyan értékeket ismerjen meg, amelyek megfelelnek belső törekvéseinek, a közösség érdekének, és így egyszerre segíti az egyén és a közösség kibontakozását. Az egyház arra indítja a társadalmat, hogy ezeket az értékeket törvényekkel védje, és biztosítsa azokat az alapvető jogokat, amelyek ezek elérhetőségét lehetővé teszik.

A perszonalista, személyközpontú keresztény etika tehát az Isten képmása, és a krisztusi megváltás révén elnyert fogadott fiúságból eredően, a személy méltóságából vezeti le alapértékeit, de alapelveit is.²

A perszonalitásból levezetett négy alapvető érték az igazság, a szabadság, az igazságosság és a szeretet; s a perszonalitásból levezetett további alapelvek a szolidaritás, a szubszidiaritás és a közjó.

Az értékek „megkívánják az alapelvek alkalmazását” és „az értékeknek megfelelő etikus magatartásformát.”³

Perszonalitás

A kereszténység kulcsfontosságú újítása az ember mivoltának és ezzel együtt az egyén és a közösség viszonyának átértelmezése.

A kereszténység az emberben – minden emberben – Isten élő képmását látja: olyan képmást, aki önmaga egyre mélyebb megismerését Krisztus misztériumában találja meg, és éppen ennek a teljesebb ismeretnek a felfedezésére kap meghívást Krisztus misztériumában, aki a tökéletes képmás, aki Istent és magát az embert nyilatkoztatja ki az ember számára.⁴

Ezekből következnek az ember értékei, méltósága, jogai. Ettől kezdve nem a család, a törzs, a polisz, a nép vagy az osztály mindenek mércéje és a legnagyobb érték, hanem a személy, aki eredendően szabadságra és önállóságra született.

A személyesség jelentése szabadság és felelősségvállalás.⁵ Az ember nem önmagáért van, és önmagában nem tud kiteljesedni. A személyt, akit a kereszténység szabadnak és autonómnak hirdet, egyúttal társas lénynek is tartja. A személyiség-elv a társadalmi lényként értelmezett embert teszi a társadalmi rend mércéjévé. Az emberi méltóságot csak közösségben lehet megvalósítani és megőrizni.

A személyiség-elv mindenképp azt jelenti, hogy a társadalomnak és intézményrendszerének rendeltetése és célja a személy és nem fordítva.

A társadalmi tanítás⁶ az emberértelmezésnek négy aspektusát emeli ki:

1. Az ember mint személy egyrészt az anyagi természet része, másrészt az eszes szubjektivitás önmagáról való tudatában szellemi életet él.

2. Az ember társas lény. Csak emberek között válik emberré.

3. Erköletesi alany. Értelmével képes önmagát meghatározni és szabályozni cselekvését. Az erköletesi döntés szabadsága és egyben felelőssége jellemzi, autonómiára képes.

4. Transzcendens lény. Rákérdez eredetére és élete értelmére. Egzisztenciális Istenkereső.

A perszonalizmus hangsúlyozza az ember sértethetetlen méltóságát, síkra száll elidegeníthetetlen jogáért, és kiemeli a transzcendenciára való irányultságát.

Az ember személyes léte legmélyebben a dialógusban fejeződik ki, abban, hogy az ember képes párbeszédet folytatni.

Bolberitz Pál a dialógus három fokozatát különbözteti meg: a megértést, a szeretetet és a bizalmat.⁷ A megértés biztosíthatja, hogy az egyén nyitott intellektussal közelítsen

¹ J. János Pál: *Sollicitudo rei socialis* körlevele 41., SZIT, Bp., 1988.

² *Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma*, 48. pont, *Igazságosság és Béke* Pápai Tanácsa, SZIT kézikönyvek 12., SZIT, Bp., 2007.

³ *Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma* ld. mű 197. pont.

⁴ *Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma* ld. mű 105. pont.

⁵ Joseph Höffner: *Keresztény társadalmi tanítás*, SZIT, Bp., 2002.

⁶ Arno Anzenbacher: *Keresztény társadalomtanítás*, SZIT, Bp., 2001.

⁷ Bolberitz Pál: *A keresztény bölcsélet alapjai*, Jel Kiadó, Bp., 2002.

a másikhoz a kölcsönös és teljes megértés érdekében. Ehhez érett személyiség kell, aki felismeri, a dialógusban nem veszítem el magamat, mert a másikban, a „te”-ben majd megtalálom magamat.

A dialógus következő fokozata a szeretet, melynek gyökere a szabadságban van. Csak a szabadságban megvalósuló szeretet felel meg a személy igazi méltóságának. Az igazi szeretet ugyanis szabad felek szabad kommunikációja.

A szeretetnek teret a barátság és a házasság biztosít. A barátság feltételez közös érdekeket és közös érdeklődést.

A házasság célja a felbonthatatlanság, a kölcsönös segítség és szeretet, a gyermekáldás vállalása.

A dialógus harmadik fokozata a bizalom, mely feltételezi a kölcsönös megértést és szeretetet. Legbensőbb ügyemet merem a másik kezébe helyezni abban a tudatban, hogy a másik nem fog visszaélni a bizalommal.

A ma társadalmában az emberi kapcsolatok mind jobban elidegenülnek, elembertelenednek.

A társadalom egyensúlya megkívánja, hogy viszonyaink bensőségesebbé váljanak. Ezt segítheti a megértés, a szeretet és a bizalom.

A személyiség és közösségiség védelmének egyik legkiemeltebb területe a házasság és a család.

A Gaudium et Spes konstitúció⁸ ezzel kapcsolatban a következőket rögzíti:

„A személy, valamint az emberi társadalom és a keresztény közösség java szorosan összefügg a házastársi és családi közösség jó helyzetével.” (GS47)

„Az emberi élet továbbadásának és felnevelésének feladatában, amit az őket illető küldetésnek kell tekinteni, a házastársak tudják, hogy ők a teremtő Isten szeretetének munkatársai és értelmezői.” (GS50)

Az emberi személy méltósága alapozza meg a keresztény társadalmi tanítás többi alapelvét és alapvető értékeit. Ezeknek mintegy fundamentuma, szegletköve.

Az emberi méltóság tiszteletét kell szolgálnia az alapelveknek és alapértékeknek. Mindezt így foglalja össze számunkra a társadalmi tanítás:⁹

„Igazságos társadalom csak az emberi személy transzcendens méltóságának riszteletben tartása mellett valósítható meg. A társadalom végcélját az ember jelenti, akiért létrejött: a társadalmi rendnek és fejlődésének tehát mindig a személy javára kell irányulnia, ugyanis a dolgok rendjét kell a személyek rendjéhez szabni, nem pedig fordítva...” (132. pont)

„Az emberi személy semmilyen körülmények között nem válhat eszközzé saját fejlődésén kívüli célok érdekében; ez a fejlődés egyedül Istenben és üdvösségtervében

nyerheti el teljes fogalmának megfelelő kibontakozását, ugyanis az ember benső világát tekintve túllép a világegyetemen, és ő az egyetlen teremtmény, akir Isten önmagáért akart.” (133. pont)

A közjó

Az ember közösségi természetének megfelelően az egyén java szükségképpen kapcsolatban áll a közjával. Senki sem sziget.

A közjó alapelve – amelyhez a társadalmi élet minden elemének igazodnia kell avégből, hogy elnyerje teljes értelmét – valamennyi személy méltóságából, egyszeri voltából és egyenlőségéből ered.¹⁰

A közjó érdekében tehát törekedni kell „azoknak a társadalmi feltételeknek az összességére, amelyek mind a csoportoknak, mind az egyes tagoknak lehetővé teszik, hogy teljesebben és könnyebben elérjék tökéletességüket.”¹¹

A közjó nem egyszerűen a társadalom minden egyes tagját megillető részleges javak összessége. Mivel mindenkéé együtt és külön-külön, s az is marad, a közjó: közös dolog lévén oszthatatlan; csak együtt érhető el, növelhető, őrizhető a jövőben is.¹²

A közjó három lényeges elemet foglal magában.

Először is feltételezi a személy tiszteletét, úgy ahogy az van. A közjó nevében a közhatalomnak tiszteletben kell tartani az emberi személy alapvető és megmásíthatatlan jogait. A társadalom köteles megengedni, hogy hivatásit megvalósítsa. Különbben is a közjó a természetes szabadság gyakorlásának feltételeiben áll fenn, amelyek elengedhetetlenek az emberi hivatás teljes kibontakozásához. „Tehát jog a lelkiismeret rendjének követéséhez, jog a magánélet sérthetetleniségének biztosításához és az igazi szabadsághoz, beleértve a vallásgyakorlás területét is.”¹³

Másodszor: a közjó megköveteli a helyes társadalmi rendet és a szervezetek kibontakozását. A fejlődés az összes társadalmi kötelezettség foglalatja. Igaz, hogy a hatalom önkényessé is válhat a közjó nevében az egyes csoportok érdekei szerint. A hatalomnak lehetővé kell tenni mindenké számára mindazt, ami a tényleges emberi életformához hozzátartozik: a táplálékot, a ruházatot, az egészséget, a munkát, a nevelést, a kultúrát, a megfelelő tájékoztatást, a családalapítás lehetőségét stb.¹⁴

És végül: a közjó magában foglalja a békét, vagyis az igazságos rend állandóságát és biztonságát.¹⁵ Feltételezi, hogy a hatalom biztosítja – tisztességes eszközökkel – mind

¹⁰ Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma, id. mű 164. pont

¹¹ II. Vatikáni zsinat, Gaudium et Spes 26., in: II. Vatikáni zsinat tanításai, id. mű

¹² Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma, id. mű 164. pont

¹³ Gaudium et Spes id. mű 262.

¹⁴ Gaudium et Spes id. mű 262.

¹⁵ A Katolikus Egyház Katekizmusa. 1909-1912, SZIT, Bp., 1994.

⁸ A II. Vatikáni Zsinat tanítása, szerk.: Dr. Cserháti József – Dr. Fábrián Árpád, Dokumentumok, SZIT, Bp., 1975.

⁹ Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma, id. mű

a társadalom, mind tagjainak biztonságát. Ezen alapul a jogos ön- és közösségvédelem.

Ha minden emberi közösség birtokol is olyan közjót, amely lehetővé teszi, hogy magát annak ismerje el, ami lenni akar, annak legteljesebb megvalósulása mégis politikai közösségben érhető el. A politikai közösség, az állam feladata, hogy megvédje és előmozdítsa a polgári társadalom, az állampolgárok és a közbülső testületek javát.

A közjó mindenkor az egyén előrehaladására irányul. „A dolgok rendjét mindig a személyek rendjének kell alávetni és nem fordítva. Ennek a rendnek az alapja az igazság, amit az igazságosság épít és a szeretet élter.”¹⁶

Az Egyház társadalmi tanításában a szabadság és felelősség, az igazságosság és szolidaritás értékei teremtenek egyensúlyt az egyén és a közösség között, aminek hatására az ember felszabadul a testi és szellemi létfeltételeit gátló hatások alól. Ezt a fejlődésre nyitott harmonikus állapotot nevezi a katolikus társadalmi tanítás közjóknak.

A közösség és egyén viszonya sajátos dinamikát hordoz. A közösség érdeke (java) megelőzi az egyének érdekét (javát), ha azonos értékről van szó.

A közösség és az egyén különböző értékei esetén a személy elsőbbséget élvez a közösséggel szemben.¹⁷

A személy méltósága fölülte áll mindennek, jogai és kötelességei egyetemesek és sérthetetlenek.¹⁸

Az egyház társadalmi tanítása szerint a politika „okos fáradozás a közjó érdekében.”¹⁹ A politikának be kell mutatnia a társadalom által kitűzött célok értékét, meg kell teremtenie a feltételeket, amelyek által a kitűzött célok megvalósulhatnak.

Végül a politikának fontos szerepe van a társadalom konkrét problémáinak megvalósulásában, tehát a cselekvés által is.

A demokratikus államban, ahol a döntéseket rendszerint a közakarral választott képviselők hozzák többségi alapon, a kormányzatra az a kötelesség is hárul, hogy országuk közjává ne csupán a többség által meghatározott irány alapján szabják meg, hanem legyenek tekintettel a civil közösség minden tagjának tényleges javára, ideértve a kisebbségi helyzetben élőket is.²⁰

Összegzően a közjóról megállapíthatjuk, hogy három lényeges elemet foglal magában: az alapvető személyi jogok és lelki javak fejlődését és felvirágoztatását; a csoportoknak és a csoportok tagjainak biztonságát és békéjét.²¹

Az emberi méltósághoz hozzátartozik a közjó előmozdítása. Mindenkinek kötelessége azon dolgozni, hogy létrehozza és fenntartsa azokat az intézményeket, melyek legjobban szolgálják az emberi életfeltételeket.

A szolidaritás

A szolidaritás elvében különleges jelentőséget kap az emberi személyek lényegileg közös természete, a méltóság és az emberi jogok minden emberre vonatkozó egyenlősége.²²

A szolidaritás általánosan annak felismerését jelenti, hogy az ember a másik embertől függ, a másik nélkül nem élhet, nem fejlődhet és nem lehet igazán boldog. Az egyház tanítása szerint a szolidaritás a társadalomban megnyilvánuló olyan jóakarat, törekvés, amely minden ember javára irányul.

A szolidaritás tehát „nem valami érzelmi szánalom és bizonytalan irgalmasság, vagy felületes részvétel annyi szenvedő ember iránt, hanem ellenkezőleg: eltökélt akarat, állandó gondoskodás a közjóért, azaz mindenkiért külön-külön és összességében, mert mindnyájan felelősek vagyunk.”²³

A keresztény társadalmi tanítás az ember társadalmi természetét egyszerre tartja ténynek és normatív követelménynek.²⁴

Az ember arra hivatott, hogy mások javára legyen, hogy mások emberi életét és boldogságát elősegítse, és pedig mind közvetlen személyes kapcsolatokban, mind szervezett és intézményes módon.

A keresztény erkölcs szerint a szükségét szenvedőnek segíteni kell. Erre a követelményre épült az európai civilizációban központi szerepet betöltő szociális felelősségvállalás gondolata.

A szolidaritás-fogalom társadalometikai jelentésének meghatározásához két megkülönböztetésre kell ügyelni, különbséget kell tenni – egyrészt az igazságosság és a boldog élet síkján; – másrészt a társadalometikai és individuáletikai szemlélet között.²⁵

E megkülönböztetés azért szükséges, mert a köznapi szóhasználat hajlamos arra, hogy elhanyagolja a szolidaritásnak a társadalmi igazságossággal kapcsolatos társadalometikai jelentőségét, illetve összekeverje az önkéntes karitatív segítőkészséggel és szubjektív együttérzéssel.

A szolidaritás az igazságosság síkján emberjogilag megalapozott, a jogrendben szabályozott jogkötelezettség a társadalom tagjai között.

¹⁶ II. János Pál: Centesimus annus 43-44., SZIT, Bp., 1991.

¹⁷ Beran Ferenc – Lenhardt Vilmos: Az Egyház társadalmi tanítása, SZIT, Bp., 2003.

¹⁸ Gaudium et Spes id. mű 26.

¹⁹ II. János Pál pápa: Laborem exercens. 205., SZIT, Bp., 1981.

²⁰ Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma, id. mű 170. pont

²¹ A Katolikus Egyház Katekizmusa, id. mű 1925

²² Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma, id. mű 192. pont

²³ II. János Pál: Sollicitudo rei socialis kezdetű körlevele 38., SZIT, Bp., 1988.

²⁴ Tomka Miklós: Egyház a társadalomban, Pázmány Társadalomtudomány 8., Piliscsaba, 2007.

²⁵ Arno Anzenbacher id. mű

Emellett egyénenként fontos a szeretetből fakadó önkéntes segítségnyújtás kötelessége, mely megalapozza a boldog életet.

Habermas szerint „társadalomintegráló erejét a jog végső soron a társadalmi szolidaritás forrásaiból meríti.”²⁶

A szolidaritás az ember és a közösség létalapja. A társadalmi tanítás szolidaritásról szóló üzenete nyilvánvalóvá teszi, hogy a szolidaritás és a közjó között, a szolidaritás és a javak egyetemes rendeltetése között, a szolidaritás és az emberek, népek egyenlősége között, valamint a szolidaritás és a béke között szoros kapcsolat van.²⁷

A szolidaritás elve azt is magával hozta, hogy korunk embere egyre inkább tudatában kell legyen kötelességének azzal a közösséggel szemben, amelybe szorosan beletartozik: adósa ugyanis ennek a közösségnek az emberi életet élhetővé tevő létfeltételekért, mint amelyek oszthatatlan és szétszakíthatatlan közös kultúrából, tudományos és technikai tudásból, anyagi és nem anyagi javakból önálló örökséget alkornak – mindabból tehát, amit az ember létrehoz.²⁸

Hasonló adósságot kell lássunk a társadalmi cselekvés olyan megnyilvánulásaiban, amelyek arra irányulnak, hogy az ember előrehaladása ne szűnjék meg, hogy útja nyitva maradjon a jelenlegi és jövőbeli generációk előtt is, akik mind és együttesen hivatottak szolidáris módon osztozni ugyanabban az ajándékban.

Szubszidiaritás

Az alapelv szerint a társadalom csak úgy nyújthat segítséget a rászoruló közösség vagy az egyén számára, hogy figyelembe veszi annak önállóságát, szabadságát, egyéni érdekeit, és nem használja fel azt „magasabb” társadalmi célok érdekében. „Civitas propter cives, non cives propter civitatem.”²⁹ (A társadalom van az egyénért, és nem az egyén a társadalomért.)

A szubszidiaritás alapelvét az egyházon belül először a „Quadragesimo anno” (1931) kezdetű enciklika fogalmazta meg a következő módon: „...amit egy kisebb és alacsonyabb szinten szerveződött közösség képes végrehajtani és ellátni, azt egy nagyobb és magasabb szinten szerveződött társulásra áthárítani jogszerűtlen, súlyos bűn, és a társadalom rendjének felforgatása. A társadalomnak ugyanis lényegénél és a benne rejlő képességeinél fogva segíteni (szubszidiálni) kell a társadalom egyes részeit, de sohasem szabad azokat bomlasztani vagy bekebelezni azokat.”³⁰

²⁶ Jürgen Habermas: Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechts, 1992

²⁷ II. János Pál: Sollicitudo rei socialis, id. mű 107-114. pontjai

²⁸ Az Egyház társadalmi tanítása kompendiuma, id. mű 195. pont

²⁹ XI. Pius pápa: A katolikus orvosok VII. nemzetközi kongresszusához intézett rádióüzenet, Amszterdam, 1956.

³⁰ XI. Pius pápa: „Quadragesimo anno” kezdetű enciklikája 74., in: Az Egyház társadalmi tanítása, SZIT, Bp., 1993.

Az elnevezés a latin subsidium (= segítség, támasz, tartalék, menedék) szóból származik, tehát lényegében a kiállítás elvétől van szó.

Amit az egyén, vagy a család nem képes elérni, abban az alacsonyabb szervezetszintű közösség, például a helyi önkormányzat köteles segíteni, illetve amit ezek a kisebb csoportok, önkormányzatok, autonómiák nem képesek elvállalni, azt a magasabb szervezetszintű közösség, többnyire az állam köteles magára vállalni. Ez tehát egy decentralizáló törekvés, amiben nagy szerepe van az egyéni kezdeményezésnek és a kisebb helyi közösségeknek. Felfoghatjuk ezt az elvet az állam önkormányzatának (szemben akár a diktatórikus, akár a jóléti „atyáskodással”, melyben az állam domináns szereplő), ugyanakkor látható, hogy az állam szerepe nem semmisül meg, mintegy védőhálóként jelen marad a társadalompolitikában.

A szubszidiaritás elve is az emberi személy keresztény felfogásából származik. A személy egyrészt egyén, aki nem rendelhető alá egy személytelen felépítménynek (hiszen a cél az ember és nem a felépítmény); ugyanakkor a személy közösségi lény is, aki nem tagadhatja meg a felelősséget felebarátai, embertársai iránt.

E megfontolás alapján a szubszidiaritás elvét természet-törvényi eredetűnek tekinthetjük.

A szó maga XI. Pius pápa Quadragesimo Anno enciklikájában fordul elő először, de gyökerei ott vannak már a Rerum Novarumban, mely már az individualista (államtalanító) kapitalizmus és a kollektivisták (államosító) marxizmus harcának XIX. század végi eszkalációjában próbált kivezető utat mutatni.

A Quadragesimo Anno születése idején, 1931-ben már a sztálinizmus és a hitlerizmus jelentették azt a két ideológiát, amelyek az államnak totalitárius szerepet tulajdonítottak. XI. Pius pápa ezekkel az ideológiákkal szembe fordulva állította, hogy az állam nem léptethető az ember helyébe, mert abból önkény születik.

A szubszidiaritás elve egyfajta „keskeny út” az individualizmus és a kollektivismus között. Szembesíti a személyt saját önállóságával, saját sorsáért viselt felelősségével, ám szembesíti őt a közösség iránti felelősséggel, az embertársaiért, a közjóért viselt felelősségével is.

Társadalmi igazságosság

Az igazságosság ősi alapelve, a természetes erkölcsi törvény kifejezetten közösségi vonatkozású tételei Aquinói Tamás megfogalmazásában: „Mindenkinek add meg, amivel tartozol, és ne vedd el, ami nem a tiéd.”³¹

Elsőként Plátón fogalmazta meg úgy, hogy az államtanában szervesen kapcsolódott az etikai és a jogi alkalmazása. Az erkölcs azonban megelőzte a jogot. A meghatározás

³¹ Gent III., 129.

első fele – *suum quique* – a római jogásztól, Ulpianustól származik. Ebből következik, hogy: add vissza, „amit más-tól elvettél.”

A katolikus erkölcszociológia sarkalatos erénynek tekinti az igazságosságot, mely arra teszi készséggé az embert, hogy a hit által megvilágított és a szeretettel párosult okos-ság mértéke szerint adjuk meg mindenkinek és mindennek azt, ami megilleti.³²

Az igazságosság tehát erény, mely az ember személyes közreműködése révén bontakozik ki. Az igazságos magatartás aktív formái mellett azonban szerepe lehet az igazságtalanságok passzív megtapasztalásának is. Így a készség egyben sajátos „érzék” is jelent a személyiségben, amikor az igazságosság érvényesítéséről van szó.

Az igazságosság olyan erény, amely arányosan rendezi Isten és ember, illetve ember és ember között a helyes viszonyt. Valójában a tízparancsolat erkölcsi törvénye is erre épül: add meg Istennek, ami neki jár, és az embernek biztosítsd a jogait, ha azt akarod, hogy veled szemben is igazságosak legyenek.

Az igazságosság lehet egy személy tulajdonsága, és lehet szociális állapot. Szociális igazságosságon azt az átfogó igazságosságot értik, amely a közjóra irányuló, harmonikusan strukturált társadalomszerkezetből következik.

A keresztény társadalometika a szegények védelméből indul ki, a szegények iránti elköteleződés értelmében törekszik a szociális igazságosságra.

1. Szociális igazságosság és a közjó

Míg a csoportok és társadalmi testületek többnyire csak tagjaikat képviselik, az állam a minden polgár számára fontos közjóra hivatkozhat. Annyiban szolgálja a közjót, amennyiben szervezeti intézkedéseket hoz, és megteremti a jogrend azon feltételeit, amelyek között minden egyes ember és csoport békésen megvalósíthatja érdekeit, és élvezi jogait.

A szociális igazságosság tehát nem más, mint a társadalom organikus szerkezetéből folyó természetjogi követelmény, amely a tagok, egyének és csoportok részéről a közösség egésze javának biztosítását kívánja meg. A szociális igazságosság az a természetjogi norma, melyhez a társadalmi berendezkedésnek, elsősorban törvényhozásnak alkalmazkodnia kell, mely a természetjogi igényeket és kötele-ségeket minden viszonylatban biztosítja.

Egyén és közösség egymásra van utalva. Csak ha közreműködésével hozzájárul az egyén a közjóhoz, biztosítható részére az egyéniség kifejlesztésére kedvező társadalmi környezet. A szociális igazságosság épp azzal válik az emberi szolidaritás kötelékévé, hogy az értelmes természetnek megfelelő emberiség eszméjének irányítása mellett a

közösség és az egyén jogát egymással összhangba hozza.³³ A szociális igazságosság oly jogrendet tételez fel, amely a sokrétű emberi kultúra különböző területein az egyensúlyt fenntartja, minden igazi érték kibontakozását lehetővé teszi, s a társadalmi tagjainak egymáshoz való viszonyában a jogokat és kötele-ségeket egymással arányba hozza.

A szociális igazságosság követelményei a törvényes szabályozást megelőzően is fennállnak, teljesülésük módja az egyénre van bízva, míg azt a törvény pontosan körül nem írja. De a szociális igazságosság nevében emelhető igények csak a törvényes hatalom útján érvényesíthetők.

2. Az igazságosság elvei és fajtái

Osztó igazságosság (*iustitia distributiva*)

Megadni mindenkinek az őt illetőt, ami neki jár, amihez joga van, vagy ami megilleti – az igazságosság egyik legré-gibb és leghatásosabb elve. Az elv a közösség tagjai egymás közti viszonyát, a vezetők és vezetettek jogait és kötele-ségeit szabályozza, a közös javak és a közterhek igazságos elosztását.

Csereigazságosság (*iustitia commutativa*)

Itt egyrészt minden egyes emberi személy azonos emberi jogának tiszteletéről van szó a társadalmi együttműködésen belüli szerződések esetében, másrészt a társadalmi csoportok közötti szerződési és cserefeltételek tisztességes voltáról.

Míg az osztó igazságosság az „adni kell” vagy a „tégy jót” elve alapján szerveződik, addig a csereigazságosság a „nem elvenni”, „nem ártani” elvére épül. Az előbbi a javak meghatározott szempont vagy elv szerinti kívánatos, tehát igazságos elosztását tartja szem előtt, míg az utóbbi a javak (tulajdon vagy szabadság) már létező elosztásának védelmét megvalósító cselekvést, illetve törvényt tekint igazságosnak.

Részvételi igazságosság (*iustitia contributiva*)

Itt a közjó alakításában való aktív részvételtől van szó. Az egyén köteles aktívan részt venni a társadalmi életben, a társadalomnak viszont az a kötelessége, hogy lehetővé tegye az egyén számára ezt a részvételt.

Eljárási igazságosság (*iustitia legalis*)

Míg az előbbi igazságossági fajták esetében a szociális igazságosság materiális aspektusáról van szó, addig itt a formális oldalról, vagyis a joggyakorlat és a jogérvényesítés tisztességességéről beszélünk. Idesoroljuk többek között a jogalkalmazás pártatlanságának, az ártatlanság vélelmének és a visszamenőleges hatály alkalmazhatóságának elveit. Ez az elv megköveteli a közjót szolgáló igazságos törvények megalkotását, egyben a közösség tagjainak törvényhűségét.

³³ Kecskés Pál: A keresztény társadalomszemlélet irányelvei, Jel Kiadó, Bp., 2001:42

³² Summa theol., II., 58.

A keresztény szociális tanítás neves képviselői, így O. Nell-Breuning, J. Messner, J. Pieper, W. Huber a szociális igazságosság sajátos területét a társadalmi és gazdasági életben jelölték meg. A kölcsönös jogok és kötelességek abból fakadnak, hogy az emberek közösséget alkotnak. Ez a szociális igazságosság magva.

3. Az igazságosság aspektusai

A) Gazdaság és igazságosság

A gazdasági racionalitás önmagában nem enged teret a szolidaritásnak, ami igazságtalanságot okoz. A szabadpiaci verseny kevés gazdagot és sok szegényt eredményez. A szociális igazságosság fogalmát, fentiekre tekintettel, XI. Pius pápa vezette be az egyház szociális tanításában:

„A gazdasági és társadalmi fejlődéssel párhuzamos gazdaságodásból úgy kell részesíteni az egyes embereket és csoportokat, hogy a társadalom egészének java, a közjó sértetlen maradjon. A szociális igazságosság és jogszerűség tiltja, hogy az egyik osztály kizárja a másikat a termelés növekedésében való részesedéséből. [...] Mindenkinek meg kell kapnia a javakból az őt megillető részt, el kell érni, hogy a megtermelt javak elosztása a közjó, vagyis a szociális igazságosság szabályainak megfelelően álljon helyre, és azokhoz igazodjék, mert minden józan ember tudja, hogy ma az elosztás rendjét néhány dúsgazdag és számtalan szegény ember közti mérhetetlen nagy különbség következtében súlyos mértékvesztés nyomorítja meg.”³⁴

Ugyanakkor az igazságosságot nemcsak a korlátlan individualizmussal, de a kényszeregyenlőséget megvalósító kollektívizmussal is szembeállítjuk. Az igazságos emberi élethez el kell fogadni a magántulajdont. A szegények, a hátrányos helyzetűek igazi védelme abban a lehetőségben mutatkozik meg, hogy a szabadságjogok és bérvizonyok együttesen arra képesítik őket, hogy maguk is vállalkozóként jelenhetnek meg. A minden embernek kijáró igazságosság és méltányosság megköveteli, hogy a munkásnak annyi bért fizessenek, amennyi az emberhez méltó élethez és a családtartásra elégséges.

Abból a természetjogi elvből kiindulva, mely szerint Isten a teremtésben az egész emberiségnek adta a Földet: „a Föld, még ha magánemberek között osztják is fel, ezáltal nem szűnik meg a köz javát szolgálni, mert nincs ember, aki ne a Föld termékeiből élne, így akiknek nincs birtokuk, azok munkaerejükre vannak utalva, és azáltal kell biztosítani megélhetésüket és emberi méltóságukat.”³⁵

Ezért a magántulajdon fenntartása mellett a hátrányos helyzetben lévőkre figyelő attitűd szükséges az igazságos bér- és elosztáspolitikához.

B) Személyi méltóság és igazságosság

A keresztény szociális tanítás vallja, hogy minden ember abszolút értéket képvisel. Személyi volta felülmúlja a gazdasági és társadalmi kereteket. Minden ember élete fontos, függetlenül gazdasági és társadalmi hasznosságától.

A demokratikus intézményrendszer feladata, hogy a tulajdon következtében szükségképpen kialakuló egyenlőtlenségeket csökkentse, a szegregációs tendenciákat tompítsa, és biztosítsa a társadalmi mobilitás lehetőségeit.

„A személy tisztelete, az emberi méltóság kijár minden embernek, bármennyire elesett réteghez tartozzon is, függetlenül attól, hogy az elesettség forrása a fizikai erő fogyatkozása vagy a gazdasági és politikai hatalomnélküliség, a hajléktalanság vagy éppen az illető erkölcsi fogyatékosága és bűnei. Az egyház kiáll a kizsájtottakért, a sehoiva sem tartozókért, síkra száll minden diszkrimináció ellen az esélyegyenlőség előmozdítása érdekében.”³⁶

C) Igazságosság és sokféleség tolerálása

A társadalmi igazságosság alapjai a sokféleség elismerése és a segítség kölcsönössége.³⁷ Egy társadalom életrevalósága azon múlik, hogy a különféle életformák mekkora változatosságát képes tolerálni, azaz a különbségeket az együttélés előnyére fordítani.

A sokféleség fenntartásához fűződő közösségi érdek, a szolidáris együttműködés megtapasztalt előnyei, valamint a mások iránti részvétel és tisztelet erkölcsi követelménye egyaránt azt sugallják, hogy egy társadalom ne tűrje el az embertelen bánásmódot egyetlen tagjával szemben sem, és találjon megoldást az ínséget szenvedők megsegítésére. Csak a kölcsönös szolidaritás lehet igazságos.

Szociális igazságosság és szociális szeretet

Igazságosság és szeretet nem zárják ki egymást, sőt csakis szoros összetartozásban biztosítják az emberi társadalom fennmaradását és kibontakozását. Kölcsönösen kiegészítik egymást, egymásnak éltetői és támaszai.

A házastársi szeretettől, a gyermeki szeretettől, a baráti szeretettől eltérően a szorosabb értelemben vett szociális szeretet odaadó elismerése és igénylése mind a társadalmi kötöttségekben és alakulatokban rejlő értékeknek, mind az egyéneket és a csoportokat közjából megillető részesedésének. A szociális szeretet kész a közjó önzetlen szolgálatására, nem sajnálja megadni mindenkinek a maga társadalmi rangját. Fontos feladatok hárulnak a szociális szeretetre a hivatások, csoportok és osztályok kapcsolataiban. A szociális szeretet azon van, hogy a konfliktusokat a

³⁶ Magyar Katolikus Püspöki Kar: Igazságosabb és testvériesebb világot c. körlevele, 1996:24

³⁷ Lányi András: Leher-e a társadalom „igazságos”? In: Világotartó tanulmányok, PTE BTK, 75-76.

³⁴ XI. Pius pápa: Quadragesimo Anno, 1931:57-58

³⁵ XIII. Leó pápa: Rerum novarum, 1891:7

megegyezés eszközeivel simítsa el. Látja és keresi azt, ami békítő, ami közös. Tompítja az igazságosság követelményeinek zordságát és szigorát. Semmi sem idegenebb számára, mint az osztálygyűlölet. Legyen szó akár az osztályok között felvetődő, ám nem fékevesztett, homlokegyenest a szociális szeretetbe ütköző vitáról, ebben a helyzetben mégis mind a szociális igazságosság, mind a szociális szeretet elvárja, hogy a társadalmi viszonyok újrakezdése útján mindent elkövessenek az osztályszakadás megakadályozása érdekében. Mindamellet a szociális szeretet alkotásai és ösztönzései révén nem ritkán a szociális igazságosság útját egyengeti: „A ma igazságossága a tegnap szeretete, a ma szeretete a holnap igazságossága.”³⁸

Az egyes emberek és népek közötti kapcsolatokat nem a félelem, hanem a szeretet határozza meg; sajátja, hogy az embereket őszinte, sokrétű együttműködésre ösztönzi, amiből tömérdek anyagi és szellemi jó sarjad. Arra tanít bennünket, hogy megkülönböztessük a tévedést, amely mindig elvetendő, és a megtévesztőt, amely méltóságát mint személy mindenkor megőrzi, még ha hamis vagy némileg helytelen vallásos felfogások terhelik is.

VI. Pál pápa szólította fel korunk emberiségét, hogy a kudarcba fült kapitalista és kommunista társadalom helyett valósítsa meg a „szereket civilizációját”. Ennek a civilizációnak négy alapelve van:

- Mindennél fontosabb az ember, tehát fontosabb az ember a tőkénél, pénznél, a vagyonnál, a haszonnál, a hatalomnál, a szervezeteknél, a szabályoknál, a szertartásoknál. Tehát nem a tőke, hanem a munka legyen a gazdasági rend alapja. Az Isten által teremtett minden földi jó elsősorban az összemberiség életének fenntartására van rendelve. A magántulajdon rendszere csak eszköz arra, hogy ezek a javak bőségesen, az igazságosság és szeretet mércéje szerint jussanak minden embernek. A magántulajdon tehát jogos, de vannak korlátai. Ezért az állam joga és kötelessége, hogy megfelelő adórendszerrel, földreformmal és egyéb intézkedésekkel biztosítsa azt, hogy a magántulajdon joga ne fajuljon mások kizsákmányolásává és kirívó társadalmi egyenlőtlenségek forrásává.
- Szeretemben egyesülve létezni fontosabb, mint anyagi javakat birtokolni. A létezés és a birtoklás problémája a mai világ egyik legégetőbb kérdése. Sok mai ember javak halmozásával törekszik boldoggá lenni, de hiába. A féktelen birtoklásvágy csak vizslyt és elégedetlenséget szül. Birtoklási vágy nélkül tisztelni a szépséget, birtoklás vágy nélkül szeretetben egyesülni az Istennel és az emberekkel: ez az igazi boldogság útja.
- Az etika fontosabb, mint a technika. A tudomány és technika vívmányai döntően járulhatnak hozzá az

emberek boldogításához, de csak akkor, ha követik az etika követelményeit. Az olyan technika értékes, mely az ember életét előmozdítja, kultúráját növeli, kapcsolatait mélyíti, testi-lelki fejlődését elősegíti.

- A társadalom igazságosságon és irgalmas szereteten alapuljon. Igazságosság nélkül nincs tartós béke, és nincs emberhez méltó élet. De, amint II. János Pál pápa *Dives in misericordia* Deus kezdetű enciklikájában kifejtette, nem elegendő az igazságosság. Mint-hogy a társadalom esendő, gyenge emberekből áll, az igazságosságon kívül feltétlenül szükség van megbocsátó, irgalmas szeretetre. Akik irgalmas szeretet nélküli igazságossággal akarnak új és jobb társadalmat alkotni, azok az előző társadalomban látható igazságtalanságoknál is nagyobb igazságtalanságokat fognak teremteni.

Aquinói Szent Tamás úgy fogalmaz: „Az igazságosság nélküli irgalmasság felbomlást szül, de az irgalmasság nélküli igazságosság egyenlő a kegyetlenséggel. Az emberek közötti békét és egyetértést az igazságosság parancsára nem őrizhetjük meg, csak akkor, ha meggyökerezik közöttük a szeretet.”

Szociális szeretet

A szeretet az egész társadalometika legmagasabb rendű, egyetemes kritériuma. Az igazság, az igazságosság és a szabadság értéke a szeretetből mint legmélyebb forrásokból születik meg és fejlődik.³⁹

Az igazságosság és a szeretet valóban elválaszthatatlanok a társadalmi és gazdasági élet valóságában, miként az Isten és az embertárs szeretete. A szeretet minimuma az igazságosság, ami az ember jogainak elismerését és tiszteletben tartását jelenti.⁴⁰

Az igazságosság csak a szeretet által éri el a maga teljességét. A szeretet és emberbecsülés hazug közhely és botrányos képmutatás mindaddig, amíg a szociális igazságosságnak a társadalmi élei minden vonalán, de legfőképpen a gazdaságpolitikában érvényt nem szerez. A szociális szeretet kész a közjó önzetlen szolgálatára, s nem sajnálja megadni mindenkinek a maga társadalmi rangját. Fontos feladatok hárulnak a szociális szeretetre, különösképp a rendek, hivatások, csoportok és osztályok kapcsolataiban.⁴¹

A szociális szeretet azon van, hogy a konfliktusokat a megegyezés eszközeivel simítsa el. Látja és keresi azt, ami

³⁹ Az Egyház társadalmi tanításának compendiuma. Az Igazságosság és Béke Pápai Tanács, Szent István Kézikönyvek 12., SZIT, Budapest, 2007.

⁴⁰ Muzslay István: Az Egyház szociális tanítása, Márton Áron Kiadó, Budapest, 1997.

⁴¹ Joseph Höffner: Keresztény társadalmi tanítás, SZIT, Budapest, 2002.

³⁸ VI. Pál pápa: *Evangelii Nuntiandi*, 1975

békítő, ami közös. Semmi sem idegenebb számára, mint az osztálygyűlölet.

A keresztény szociális tanítás előtt célként egyfajta rendstruktúra lebeg, „amely az igazságban gyökerezik, az igazságosság irányelvei szerint épül fel, az élő szeretet tölti ki, és végül a szabadságban valósul meg. Az egyes emberek és népek közti kapcsolatokat nem a félelem, hanem a szeretet határozza meg; ugyanis a szeretetnek mindenekelőtt az a sajátja, hogy az embereket őszinte, sokrétű együttműködésre ösztönzi, amiből temérdek anyagi és szellemi jó sarjad.”⁴² A szeretet feltételezi az igazságosságot, egyszersmind meghaladja azt, mert az igazságosság „a szeretetben találja meg a maga teljességét.”⁴³

Az emberi viszonyok egyedül a pusztá igazságosság mércejével nem szabályozhatók. Az igazságosságot tehát „az emberek közötti kapcsolatok minden területén a szeretetnek kell helyes irányban módosítania, akár jelentős mértékben is, mert a szeretet, mint Szent Pál kijelenti, »türelmes« és »jóságos«, más szóval: önmagában hordja az irgalmas szeretet karakterjegyeit, amelyek olyannyira lényegesek az evangéliumban és a kereszténységben.”⁴⁴

A szeretetnek nemcsak az egyéni cselekvés szintjén kell megmutatkoznia, hanem teljes mélységükben és belső szerkezetükben meg kell újítani a társadalom szerveződéseit és jogrendjét. Ebben a távlatban a szeretet társadalmi és politikai szeretetté lesz.⁴⁵

A társadalmi szeretet alkalmassá tesz minket arra, hogy szeressük a közjót, hatékonyan keressük minden ember javát úgy, hogy embertársainkat nem csupán mint egyéneket tekintjük, hanem az őket összekapcsoló társadalmi dimenzióban is elhelyezve.

A társadalmi szintű szeretet a helyzettől függően olyan társadalmi eszközök használatát jelenti, amelyek révén könnyebbé válhat, illetve amelyek képesek megszüntetni a nélkülözést okozó társadalmi tényezőket.⁴⁶ Olyan társadalomszervezet és társadalomszervezet létrehozására irányul, ahol az embertárs eleve nem kényszerül nyomorban élni.

Josef Pieper három olyan korlátot lát az igazságosság elve érvényesülésének útjában, mely szükségessé teszi a szociális szeretetet.⁴⁷ Az egyik, hogy az ember teremtmény. Isten az embert szeretetből teremtette, majd Krisztus által megigazulttá tette. Az embernek az a legfontosabb feladata, hogy az isteni szeretetre választ adjon, és nem az, hogy

a jog szerint cselekedjen. Az igazságosság elvének másik korlátja az, hogy az ember tökéletlen. A tökéletlen ember nem képes arra, hogy az emberi természetének megfelelő jogait hiánytalanul felismerje és megfogalmazza. Ezeket a hiányokat kell a szeretetnek kitölteni. Végül a harmadik ok, amely korlátozza az igazságosságot, hogy az ember bűnös. Az ember bűnössége miatt szükség volt arra, hogy Isten pozitív törvényt adjon az ember számára. Ez a törvény azonban csak a cselekedetekre vonatkozik, és nem a szándéokra. A szeretet annyiban több, mint a törvényre épülő igazságosság, hogy az emberi jó szándékot is megköveteli.

Nekünk, keresztényeknek az a meggyőződésünk, hogy aki odaadja magát, és akár egészen elégeti magát szeretetből, az gyűjt kincseket. És aki csak gyűjt, az voltaképpen szétszór.⁴⁸ A társadalom világában ez a szemlélet nem érvényesül. De a társadalom is meggyőződhet arról, hogy ha mindannyian kíméljük az eszközöket, tartózkodunk az indokolatlan haszonszerzéstől, kölcsönösen próbálunk egymás emelkedésén is dolgozni, és igyekszünk az egész világunkat kellemes és szép világgá tenni, ha a társadalmi felfogás olyan, hogy az ügyeskedők nem tapsot kapnak, hanem sajnálatot vagy rosszállást, akkor ez a világ kellemesebb világ lesz, mint az, amelyben a gyengébbek eltiposása, selejteződése, víz alá nyomása érvényesül.

A krisztusi szeretet evangéliumi törvénye a kegyelem és a szabadság törvénye. A szeretetnek jelenvalónak kell lennie a társadalmi viszonyokban, és azok egészét át kell hatnia.⁴⁹

A szeretet a legmagasabb rendű és legnemesebb társadalmi kapcsolati forma, melynek a nemzetközi kapcsolatokat is át kell hatnia. Csak olyan emberiség örülhet valódi és tartós békének, amelyet a szereter civilizációja urál.⁵⁰

Irodalom

- Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma.* SZIT Kéziratok 12. SZIT, Budapest, 2007.
- Anzenbacher, Arno (2001): *Keresztény társadalomtanítás.* Budapest, Szent István Társulat
- Aquinói Szent Tamás (1996-98): *Summa teologiae* I-II. (II. 662.). Budapest. Gondolat Kiadó
- Arisztotelész (1987): *Politika* II. (12606-12626.). Budapest. Európa Kiadó
- Arno Anzenbacher: *Keresztény társadalomtanítás.* SZIT, Budapest, 1993
- Arisztotelész: *Politika.* Gondolat Kiadó, 1984.
- Arisztotelész: *Nikomakhoszi Etika.* Európa Kiadó, 1997.
- Aquinói Szent Tamás: *De Caritate, art 9.* Gondolat Kiadó, Budapest, 1997
- Augustinus: *De Civitate Dei.* Kairosz Kiadó, Budapest, 2006-2008
- Beke Pál (2001): *Méltóságkereső.* Budapest, EPL Kiadó
- XVI. Benedek Pápa (2005): *Deus caritas est* kezdetű enciklika. Budapest. Szent István Társulat
- XIV. Benedek: *Caritas in veritate.* SZIT, Budapest, 2009.
- Beran Ferenc: *Etika.* Gondolat Kiadó, Budapest, 2004.

⁴² XXIII. János: Pacem in terris V., In: Egyház társadalmi tanítása, id. mű

⁴³ XXIII. János: Pacem in terris V., In: Egyház társadalmi tanítása, id. mű

⁴⁴ II. János Pál pápa: Dives in misericordia kezdetű körlevele, AAS 96 (2004) 120.

⁴⁵ Az egyház társadalmi tanításának kompendiuma id. mű 204–208.

⁴⁶ Az egyház társadalmi tanításának kompendiuma id. mű 204–208.

⁴⁷ Josef Pieper: *A négy sarkalatos erény.* Vigilia Kiadó, Budapest, 1996.

⁴⁸ Zlinszky János: *Keresztény erkölcs és jogászai etika.* SZIT, Budapest, 1994.

⁴⁹ A Karolikus Egyház Katekizmusa, 1889, SZIT, Budapest, 1994.

⁵⁰ II. János Pál pápa: *Üzenet a béke világnapján.* id. mű

- Beran Ferenc – Lenhardt Vilmos: *Az ember útja*, SZIT, Budapest, 2012.
- Beran Ferenc – Lenhardt Vilmos (2003): *Az Egyház társadalmi tanítása*, Budapest, Szent István Társulat
- Boda László: *Emberré lenni, vagy birtokolni*. Don Bosco Kiadó, Budapest, 1991.
- Boda László: *Természetjog, erkölcs, humánnum*. SZIT, Budapest, 2001.
- Bolberitz Pál (2002): *A keresztény bölcsélet alapjai*, Budapest, Jel Kiadó
- Bolberitz Pál: *A keresztény bölcsélet alapjai*. SZIT, Budapest, 2003.
- Bourdieu, Pierre: *Az identitás és a reprezentáció*, Szociológiai szemle, 1989/2.
- Böckle, Franz: *A mordteológia alapfogalmai*, Bécs, OMC, 1975.
- Böhm Antal (2003): *Helyi társadalom, önkormányzatok, településfejlesztés*, Budapest, Agroinform Kiadó
- Dr. Cserháti József – Dr. Fábíán Árpád (szerk.) (1975): *II. Vatikáni Zsinat tanítása*, Dokumentumok, Budapest, Szent István Társulat
- Dr. Cserháti József – dr. Fábíán Árpád (szerk.): *A II. Vatikáni Zsinat tanítása – Gaudium et spes konstitúció*. SZIT, Budapest, 1975.
- Dworkin, Ronald: *Taking Rights Seriously*. London, 1984.
- Az Egyház társadalmi tanításának kompendiuma [ETTK] (2007), Budapest, Szent István Társulat /Szent István Kézikönyvek/
- Farkas Péter: Szegénység, kirekesztettség – keresztény válaszok, *Távlatok*, 2004. Húsvéti szám
- Farkas Péter (2005): *Egyháza kapaszkodva*, Budapest, L'Harmattan Kiadó
- Farkas Péter: *A szeretet közössége*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2006.
- Farkas Péter: *A szeretet civilizációjáért*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2012.
- Freinberg, Joel: *Társadalomfilozófia*. Osiris Kiadó, Budapest, 1999.
- Fromm, Erich: *Birtokolni vagy létezni?* Akadémia Kiadó, Budapest, 1994.
- Frivaldszky János: *A természetjog történeti nézőpontjából*. SZIT, Budapest, 2002.
- Gießwein Sándor: *Társadalmi problémák és keresztény világnézet*. SZIT, Budapest, 1907.
- Gillet, Michel: *Justice et Charitate*. Párizs, 1928.
- Habermas, Jürgen: *A kommunikatív cselekvés elmélete I-II.*, ELTE, Budapest, 1985.
- Habermas, Jürgen (1992): *Faktizitat und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechts*
- Hayek, F.A.: *Úr a szolgáshoz*. Századvég Kiadó, Budapest, 1992.
- Höffner, Joseph: *Keresztény társadalomelmélet*. SZIT, Budapest, 1992.
- Höffner, Joseph (2002): *Keresztény társadalmi tanítás*, Budapest, Szent István Társulat
- Igazságosabb és testvériesebb világot*, MKPK (1996), Budapest, Szent István Társulat
- II. János Pál pápa (1981): *Laborem exercens*, Budapest, Szent István Társulat
- II. János Pál pápa (1988): *Sollicitudo rei socialis* kezdetű körlevele, Budapest, Szent István Társulat
- II. János Pál: *Centesimus Annus*. SZIT, Budapest, 1991.
- II. János Pál pápa (1991): *Centesimus annus*, Budapest, Szent István Társulat
- Karácsony Sándor: *Magyar lélek*. Helikon Kiadó, Budapest, 1986.
- Karitás Magyarországon – www.karitasz.hu, 2012.
- www.karitasz.hu. Bábel Balázs érsek írása a 80 éve alapított és 20 éve újraindított évforduló alkalmából (2011).
- Katolikus Egyház Katekizmus* (1994): Budapest, Szent István Társulat
- Kecskés Pál: *A keresztény társadalomszemlélet irányelvei*. Jel Kiadó, Budapest, 2001.
- Kovrig Béla: *Magyar társadalompolitika 1920–1945*. New York, 1954.
- Lányi András: *Válogatott tanulmányok*. PTE BTK, Pécs, 1996.
- Mesner, Johannes (1984): *Das Naturrecht*, Berlin, Duncker&Humbolt
- Johannes Messner: *Das Naturrecht Hunboldt*, Berlin, 1984.
- Mihelics Vid: *Az új szociális állam*. SZIT, Budapest, 1931.
- Muszolay István: *Az egyház szociális tanítása*, Márton Áron Kiadó, Budapest, 1997.
- Muszolay István (1997): *Az Egyház szociális tanítása*, Budapest, Márton Áron Kiadó
- Nell-Breining, Oswald van: *Kapitalismus-kritisch betrachtet*. Herder, Freiburg, 1986.
- Nozick, Robert: *Anarchy, State and Utopia*. New York, 1974.
- Pieper, Josef: *A négy sarkalatos erény*. Vigilia Kiadó, Budapest, 1996.
- XI. Pius pápa (1956): *A katolikus orvosok VII. nemzetközi kongresszusához intézett rádióüzenet*, Amszterdam
- XI. Pius pápa (1993): *Quadragesimo anno* kezdetű enciklikája, in: *Az Egyház társadalmi tanítása*, Budapest, Szent István Társulat
- Platón: *Az állam*. Európa Kiadó, Budapest, 1987.
- Pukánszky Béla (2001): *A gyermekkor története*, Budapest, Műszaki Kiadó
- Rawls, John: *Az igazságosság elmélete*. Osiris Kiadó, Budapest, 1997.
- Strauss, Leo: *Természetjog és történelem*. Pallas Studio, Budapest, 1999.
- Tomka Miklós: *Egyház a társadalomban*. PPKÉ Társ. tud. műhely 8., Piliscsaba, 2006.
- Tomka Miklós (2007): *Egyház a társadalomban. Pázmány Társadalomtudomány 8.*, Budapest-Piliscsaba
- Tomka Miklós – Goják János szerk.: *Az Egyház társadalmi tanítása – Dokumentumok*, SZIT, Budapest, 1993.
- Tomka Miklós – Goják János (szerk.) (1993): *Az Egyház társadalmi tanítása*, Budapest, Szent István Társulat
- Török József (1996): *Egyetemes egyháztörténelem I-II.*, Budapest, Szent István Társulat
- Domitius Ulpianus: *Ad edictum libri LXXXV.*, Gondolat Kiadó, Budapest, 1992.
- Virth László: *Katolikus társadalmi alapértékek*. Márton Áron Kiadó, Budapest, 1999.
- Zlinszky János: *Keresztény erkölcs és jogászai etika*. SZIT, Budapest, 1998.

A kora gyermekkori intervenció fejlesztési irányai

A kora gyermekkori intervenció értelmezési keretei teremtik meg a kontextust, amelyben a rendszerben jelenlévő problémák azonosítása, illetve ehhez illeszkedően a fejlesztési irányok kijelölése megtörténik. A nemzetközi trendek figyelemmel kísérése és a működő szolgáltatói rendszerek adaptálható elemeinek hazai modellbe való integrálása egy hatékonyabban működő kora gyermekkori intervenció rendszer kialakításához nyújt lehetőséget. A nemzetközi tapasztalatokra és a korábbi kutatási, fejlesztési eredményekre építve a kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztését célzó projekt az egységes, áttekinthető gyermekút kialakítását valósítja meg, és egy koordinált, integrált, interdiszciplináris team működésén alapuló rendszer alapjait rakja le.

Kulcsszavak: kora gyermekkori intervenció, szolgáltatói rendszer, gyermekút, interdiszciplináris team

Bevezetés

A hazai szakmai és közgondolkodásban egyre elfogadottabbá válik az a megközelítés, amely az élet első éveiben nyújtott prevenció és intervenció szolgáltatásokat a gyermek fejlődésére és későbbi életlehetőségeire gyakorolt hatásuk szempontjából kulcsfontosságúnak tartja. Az említett tevékenységek nem csak a gyermek egyéni kibontakozása, jövőbeli testi és lelki egészsége tekintetében meghatározóak, ugyancsak hatással vannak a család helyzetének stabilitására, kompetenciáinak megerősítésére, és emellett társadalmi hasznosságuk, a társadalmi integrációra, a gazdasági életre tett hosszú távú befolyásuk is jelentős.

A kora gyermekkori intervenció területéhez köthető kutatásoknak, fejlesztési programoknak, a szakmai érdekek erőteljesebb képviselésének és az európai uniós célok mentén megfogalmazódó törekvéseknek köszönhetően hazánkban is kiemelt figyelmet kapott a kora gyermekkori intervenció ügye. A területet 2014-től az EMMI Család- és ifjúságügyért Felelős Államtitkársága koordinálja, 2015-ben pedig kormányhatározatban kerültek összefoglalásra a kora gyermekkori intervencióhoz kapcsolódó legfontosabb intézkedések [A Kormány 1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozata az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről].

Az utóbbi tíz évben a különböző érintett ágazatok égisze alatt több kora gyermekkori intervenciót érintő projekt zajlott, amelyek keresték ugyan egymással a kapcsolódási pontokat, azonban átfogó, rendszerszintű változást nem tudtak elérni. Ez tette indokolttá egy, az eddigi eredményeket becsatornázó, a társágazatok (egészségügy, köznevelés, családügy, szociális és társadalmi felzárkózás) együttműködésével zajló közös projekt kezdeményezését, amely a kora gyermekkori intervenció komplex, interdiszcipliná-

ris megközelítésű szemléletét és annak a megvalósulás során való érvényesülését jobban tudja biztosítani. 2017 februárjában elindult az EFOP 1.9.5 *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* kiemelt projekt, amelynek elsődleges célja a korai ellátórendszer kliensközpontú átalakítása, az iskoláskor előtti, speciális támogatást igénylő gyermekek és családjaik szükségletükhöz illeszkedő ellátáshoz, szolgáltatáshoz való hozzájutásának biztosítása.

A kora gyermekkori intervenció értelmezése

A kora gyermekkori intervenció fogalmának eltérő megközelítéseivel lehet találkozni a nemzetközi és hazai szinten egyaránt, ugyanakkor tapasztalható, hogy a fogalom tartalma egy komplexebb szemlélet irányába fejlődik. Hazai terepen a European Agency for Special Needs and Inclusive Education (EASNIE, magyarul: Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulókért és az Inkluzív Oktatásért) megközelítését, a szakemberek definícióinak egymásra épülő eredményeit, valamint a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztását figyelembe véve egyre szélesebb értelművé vált a meghatározás.

Ennek megfelelően *a kora gyermekkori intervenció magában foglalja a pre-, illetve perikonceptcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és*

jelzésétől kezdve az állapotmegismerésen, diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző rehabilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó, korai fejlesztő és gondozó tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztetett kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását. (Kereki, 2015a; Kereki és Szvatkó, 2015)

A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció prekonceptuális szakaszában a tudatos és eredményes családtervezésre való felkészülés összekapcsolódik a felelősségteljes párkapcsolatok kialakítására való neveléssel és az egészséges magzat kihordásához szükséges egészségi állapot megőrzésével, amire már gyermek- és serdülőkortól fel lehet készülni az egészségügyi és a köznevelési rendszer együttműködésében. (Rósa és mtsai, 2013) A perikonceptuális időszakban a gyermeket tervező pár (és a születendő gyermek) szükségleteit figyelembe véve cél, hogy a gyermek tudatos, felelősségteljes döntés eredményeképpen, optimális időben jöjjön a világra, amihez hozzásegít a fogamzás előtti gondozás és a genetikai tanácsadás az egészségügyi alap- és szakellátás keretében. A várandósság időszakában a magzatra, a várandós anyára és családjára irányuló ellátások tekintetében elsősorban az egészségügyi és a szociális, gyermekvédelmi rendszer szolgáltatásai kerülnek előtérbe.

A gyermek korai életszakaszában nyújtott ellátások, szolgáltatások mindhárom ágazathoz kapcsolódnak. Lehetnek egyrészt mindenki által általánosan hozzáférhetőek, azaz univerzálisak, ilyenek pl. a védőnői ellátás, másrészt célzottan több különböző, speciális támogatást igénylő csoportra fókuszáló (pl. pedagógiai szakszolgálat). A teljeskörűség magában foglalja a differenciált megközelítés gondolatát, amely ezeknek a gyermekcsoportoknak, illetve családjaiknak különböző szükségletei felől határozza meg a prevenció, illetve intervenció tevékenységek tartalmát. A kora gyermekkori intervenció célcsoportjai az eltérő szükségletek felől közelítve, valamint a hazai ellátórendszerben megjelenő és jogszabály által is azonosított kategóriákat figyelembe véve rendszerezhetőek. Az említett szempontok alapján az alábbi csoportokat különböztetjük meg:

(1) a biológiai rizikóval élő, illetve biológiai (organikus) szinten érintett: a fejlődési rizikóval született (pl. koraszülött), a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, valamint a krónikus beteg gyermekek;

(2) a pszichés fejlődés szempontjából sérülékeny;

(3) a szociálisan hátrányos helyzetű (HH, HHH), valamint

(4) a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő halmazait alkotják. (Kereki, 2015b)

A kora gyermekkori intervenció nemzetközi trendjei

A kora gyermekkori intervenció területe gyorsan fejlődik, számos kialakuló trend azonosítható, melyek elsősorban a családközpontúság előtérbe kerülése és az integrált, koordinált szolgáltatói modellek felé való továbblépési irányok mentén fogalmazódnak meg.

A gyermek fókuszú és elsősorban deficitorientált megközelítésről a hangsúly a családfókuszú megközelítésre helyeződött át, a gyermek mellett a család, sőt annak szűkebb illetve tágabb környezete is a szolgáltatások központjába került, összefüggésben az erősségalapú megközelítés terjedésével (Turnbull, Turbiville és Turnbull, 2000; Bernheimer és Weisner, 2007; Coulthard, 2009). A jelenség összekapcsolódik az ökológiai rendszerszemléletű modell térnyerésével, amely a család működésének izolációs modellje helyett a család működését a szűkebb és a tágabb környezet kontextusában értelmezi (Bronfenbrenner, 1994; Guralnick, 2005). Lényeges stratégiai elvvé vált a szülők és szakemberek közötti együttműködés, a családközpontú gyakorlat és a magas minőségű technikai támogatás annak érdekében, hogy a családok a gyermekük számára annak fejlődését, tanulását elősegítő élményeket, megfelelő ingerekkel teli környezetet tudjanak biztosítani (Moore, 2011, 2012). Fontos a szociális támogatási háló és a közösségi erőforrások azonosítása és mobilizálása, a család kulturális hátterének az ismerete, valamint annak tudása, hogy a kulturális értékek és nézetek hogyan hatnak a gyerekekkel, családokkal és a szakemberekkel való interakciókban (Coulthard, 2009).

A multidiszciplináris team működéstől az interdiszciplináris team munkán keresztül a transzdiszciplináris megközelítésű team tevékenység vált követendővé. (Carpenter, 2000, Rapport, McWilliam és Smith, 2004; Moore, 2004; Drennan, Wagner és Rosenbaum, 2005). A széttervezett szolgáltatásoktól elmozdulás történt a családoknak nyújtott holisztikus megközelítésű egységes integrált szolgáltatások felé (Guralnick, 2008). A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a koordinált, interdiszciplináris együttműködésen alapuló, integrált szolgáltatói hálózatok hatékonyabban működnek. Jellemzően ezek egyelőre inkább a jó gyakorlatok, helyi programok szintjén valósulnak meg, és nem rendszerszintű szervezethez jellemző rájuk (KPMG, 2014; Moore, 2011). Egyetértés mutatkozik meg abban, hogy a multiszektoriális megközelítéstől az interszektoriális (ágazatok közötti) megközelítés irányába történő elmozdulás integráltabb szolgáltatásnyújtást eredményez, amely jobban biztosítja a gyermekek számára, hogy egyenlő eséllyel elérjék egyéni fejlődésük potenciáljának maximumát (Engle és mtsai, 2011, Neuman és Devercelli, 2013; KPMG, 2014; Woodhead és mtsai, 2014). A hatékony koordináció kiterjed a növekvő fontosságú nem

állami szereplőkre is, így a profitorientált magánintézményekre, non-profit szervezetekre és a közösségi alapú szolgáltatókra. Az integrációval kapcsolatos aggodalmak gyakran csak az állami szektorra vonatkoznak, és kevésbé irányulnak a nem állami szereplőkre, miközben azok sokszor működnek hatékony irányítási rendszerek nélkül, gyakran gyengén szabályozottak, és országonként nagyon változó mértékben integráltak. (Woodhead és Streuli, 2013) Az integrált kora gyermekkori fejlődést támogató rendszerek inkluzívak, a méltányosságot szem előtt tartva különösen figyelnek a marginális helyzetben lévő, hátrányos helyzetű, eltérő fejlődésű, fogyatékos gyermekekre. A rendszer biztosítja a folyamatosságot az életkori szakaszok között és az egyenletes átmenetet a különböző életaszakaszokhoz kapcsolódó szolgáltatások vonatkozásában. A kapacitásépítés prioritás, a szakértők képzése elsődleges fontosságú, jellemző a kora gyermekkori fejlődésre vonatkozó közös szemlélet megtartása. (Woodhead és mtsai, 2014)

Rövid hazai helyzetértékelés

Az utóbbi tíz évben több kutatás zajlott az érintett területen, amelyek fontos lépéseket tettek a kora gyermekkori intervenció rendszerének működésével kapcsolatos problémák azonosítására. Nemcsak az ellátatlan gyermekszámra adtak becsléseket – közel 40%-ra téve a kora gyermekkori intervenció ellátásból kiszoruló arányát, de az emögött álló rendszerszintű problémákat és strukturális egyenlőtlenségeket is összegezték (Kereki és Lannert, 2009; Kereki, 2011, 2013, Kereki, 2015d).

Egységes szemlélet és gyermekút hiánya

A különböző ágazati együttműködések összehangolására az elmúlt években kormányzati szinten is történtek lépések, ennek ellenére a több ágazatot is érintő kora gyermekkori intervenciót tekintve továbbra sem érvényesül az egységes szemléletmód, ami a szabályozási és a finanszírozás környezet ellentmondásaiban is megnyilvánul. A szakemberek közötti együttműködés hiánya, az információk megosztásának elmaradása, a felelőségek rendezetlensége kedvezőtlenül befolyásolja a működés hatékonyságát. A szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit, illetve ezek a kompetenciák nem tisztázottak. Több új protokoll, irányelv született az utóbbi években, amelyek segítik a szakemberek munkáját, mégis vannak olyan területek, ahol semmilyen eljárásrend nem támogatja az egységes megoldásokat. Az egyértelműen követhető, szabályozott gyermekút hiánya „bolyongásra” készíti a szülőt a különböző szolgáltatások között, és bizonytalanságban tartja a szakembereket.

A TÁMOP 3.1.1. projekt keretében 2014-ben két megyére kiterjedően lezajlott egy vizsgálat,¹ amely az optimális kliensút modell kialakításához nyújtott muníciót (Kereki, 2015c).² A korai ellátórendszerben dolgozó különböző ágazati irányítású intézmények szakemberei 27 jogosultsági csoport továbbküldési útjainak leírása kapcsán a jogosultsági csoportok háromnegyed részénél elsődlegesen az egészségügyi ellátás keretében látják az ellátás megoldását, a pedagógiai szakszolgálatot kevés esetben tekintik „úticélnak”. A szakemberek a saját intézményükön belüli együttműködésekért itélték meg legpozitívabban, a saját ágazaton belüli kapcsolatokat a semlegesnél kicsit jobbnak, míg az ágazatközi szakmai együttműködést inkább negatívan értékelték, különösen a feladatok és felelőségek ágazatok közötti elhatárolását illetően. Leginkább a más intézményekben folyó munkáról való tájékozatlanságot, a kapcsolódási lehetőségek ismeretének alacsony szintjét, az egymás munkájára való odafigyelés elégtelenségét, a találkozási fórumok és az ismeretség hiányát jelölték meg akadályozó tényezőként.

Elégtelen kapacitás és tudáshiány

A szakemberhiány több ellátási területen jelent problémát. A betöltetlen védőnői álláshelyek aránya 2015-ben 8,3% volt (Központi Statisztikai Hivatal, 2016a). Az Országos Alapellátási Intézet 2016. március 1-i adatai alapján a tartósan betöltetlen házi gyermekorvosi és vegyes praxist folytató házi orvosi álláshelyek száma 251, amely a praxisok 8,3%-át jelenti (Országos Alapellátási Intézet, 2016). Mind a házi orvosi, mind a házi gyermekorvosi ellátás a jövőre nézve komoly humán erőforrás gondokkal küzd, jellemző az elöregedés, a házi gyermekorvosok átlag életkora 56 év (Kósa és mtsai, 2014). Az utánpótlást jelentő szakorvosi képesítést elnyerők száma is csökken, az egészségpolitika a csecsemő- és gyermekgyógyászatot hiányszakmaként nevezte meg (Simmelweis terv, 2011; „Vasgyúró” gyermekegészségügyi program, 2013). A pedagógiai szakszolgálati intézményekben megközelítőleg ötezer szakember dolgozik, a jogszabály szerint előírt létszám ennél körülbelül 1300 fővel több (KIR-STAT, 2016). A terület súlyos szakemberhiánnyal küzd, amely orvosolható új szakképzettséget vagy speciális tudást adó képzések nyújtásával.

¹ A vizsgálat Békés és Zala megye területén zajlott, célcsoportja a kora gyermekkori ellátás területén dolgozó egészségügyi alap- és szakellátás, a köznevelés, valamint a szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti területen dolgozó szakemberek köre volt. A válaszadók száma összesen 217 fő (a válaszadási arány közel egyharmados). A vizsgálat a Békés megye területén zajló kliensút modell pilot bemeneti mérése volt, Zala megye kontroll megyeként szerepelt a pilot mellé tervezett hatásvizsgálathoz.

² A megkérdezettek körébe védőnők, házi gyermekorvosok, házi orvosok, szakellátó szakorvosok, kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok, gyermekjóléti alapellátásban dolgozó családgondozók, pedagógiai szakszolgálatok gyógypedagógusai, pszichológusai tartoztak bele.

A neurobiológia, a viselkedéstudományok és társadalomtudományok területén zajló kutatások eredményeinek köszönhetően a kora gyermekkori irányuló figyelem csak az elmúlt néhány évtizedben kezdett megnövekedni, amely elégtelenül és differenciálatlanul csapódott le a különböző szakemberek képzésében és tudásának hangsúlyaiiban. A gyermek születésétől az iskolába lépéséig tartó időszakban a gyermek ellátásában részt vevő szakembereknek a gyermeki fejlődésről, a fejlődésbeli eltérések felismeréséről való tudása, az ellátórendszerrel, illetve a különböző szakemberek munkájáról, kompetenciájáról való ismerete heterogén, gyakran hiányos, korszerűtlen. A tudásbeli hiányosságok hozzájárulnak ahhoz, hogy a gyermekek fejlődési problémáinak a korai életszakaszban történő felismerése késik, nem, vagy későn kerülnek be az ellátórendszerbe és jutnak hozzá a szükségletalapú ellátáshoz. A születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekekkel és családjaikkal foglalkozó egyéb szakterületekkel összevetve a gyermekjóléti alPELLÁNISBAN dolgozó családgyógyászok azok, akiknek az eltérő, megkésett fejlődésről, a pszichés sérülékenységről való tájékozottságuk, illetve a rendszer működéséről, továbbküldési, jelzési utakról való tudásuk a leginkább hiányos (Kereki, 2015c). Ez azonban nem jelenti azt, hogy a köznevelési intézményekben dolgozóknak a korai életszakaszban zajló fejlődési folyamatokról, az eltérések felismeréséről, az állapotmegismerésről vagy akár a gyógynevelési tanácsadásról, korai fejlesztésről, terápiás ellátásról naprakész ismereteik lennének. Mivel a gyermek és családja körüli interdiszciplináris együttműködés kialakítása alapvető feltétele az ellátás hatékonyabb működésének, elengedhetetlen a minderről való közös, egységes tudás megteremtése.

Szülők ismereteinek és tájékoztatásának hiánya

A szülőknek a kora gyermekkori fejlődéssel, illetve gyermekneveléssel kapcsolatos ismeretei hiányosak, ezért nehezen alakul ki ezeken a területeken a megfelelő szülői kompetencia és felelősségérzet. Már a prekonceptcionális, illetve a perikonceptcionális időszakban fontos a jövőbeli szülők szülőiségre, gyermekvállalásra való felkészítésének támogatása. Ugyanígy elengedhetetlen a gyermekvállalás után megkezdődő időszakban a szülők edukálása, annak tudatosítása, hogy a korai tapasztalatoknak, a gondoskodó kapcsolatoknak, illetve a környezeti tényezőknek erőteljes hatásuk van a fejlődésre. Hiszen a fejlődés annak a dinamikus viszonyoknak az eredménye, amely a gyermek biológiai adottságai, készségei, képességei, viselkedése, valamint a szülőnek, gondozónak az ezekre adott válaszai és különféle környezetfüggő változók között bontakozik ki, amely interakció nemcsak a gyermek, hanem a szülő és a család fejlődését is szolgálja (Sameroff és Chandler, 1975; Sameroff és Fiese, 2000). A szeretettel, biztonságos közeg-

ben nyert környezeti tapasztalatok a kora gyermekkori fejlődés minden aspektusára hatnak, az agyi struktúrák fejlődéséről a gyermek empátiás képességének az alakulásáig, már a prenatális időszakról kezdve. A korai fejlődéssel foglalkozó tudományok számára egyértelmű a szülőiség (parenting) és a rendszeres, gondoskodó kapcsolat fontossága. (Shonkoff és Phillips, 2000)

A szülők tájékoztatása, információkhoz való hozzájutása – bár elsősorban történnék erre törekvések – nem megfelelő. Az ellátórendszert nem ismerik, nincsenek tisztában azzal, hogy ha gyermekük fejlődésével kapcsolatban granul merül fel, mely esetben hová fordulhatnak, milyen szolgáltatásokat vehetnek igénybe. Továbbra sincs olyan egységes tájékoztatási rendszer, adatbázis, amely a szolgáltatókról, a módszerekről, a megállapított diagnózishoz kapcsolódó más lényeges tudnivalóknál – például a vonatkozó hatályos jogi szabályozásról, pénzügyi támogatásokról, az ellátórendszer működéséről, a követendő gyermekútról –, illetve a területen működő szakmai és érdekvédelmi szervezetek tevékenységéről és elérhetőségeiről informálná a szülőt.

Informatikai adatáramlás elégtelensége

Egy 2012-ben zajló vizsgálat során az adatgyűjtési rendszerek áttekintése kapcsán megállapításra került, hogy az adatkezelési rendszerek használhatósága és összekapcsolhatósága, illetve az eltrárolt információk validitása és ezzel elemezhetősége is kérdéses. A kora gyermekkori intervencióban érintett intézmények működő adatkezelési gyakorlatait tekintve a legelterjedtebb forma a papíralapú adat rögzítés volt. (MKIK GVI, 2012) A helyzet azóta megváltozott, hiszen a különböző ágazatokban több szakterületen került sor informatikai fejlesztésre, a dokumentációs, illetve a nyomon követő rendszer megújítására, egységesítésére. Ezek a rendszerek azonban további fejlesztést igényelnek, a gyakorlatból érkező visszajelzések alapján kerülnek kijelölésre a fejlesztési feladatok (például a pedagógiai szakszolgálatoknál az Integrált Nyomonkövető Rendszer, vagy a védőnők által használt Egységes Védőnői Informatikai Rendszer esetében).

Az egészségügyi, a köznevelési és a szociális alrendszer intézményei nem sokat tudnak egymásról, a különböző ágazati adatgyűjtési rendszerek között nincs kapcsolat. A kora gyermekkori ellátás szempontjából fontos információk cseréje – minden eddigi próbálkozás ellenére – esetleges, személyfüggő, még azokon a területeken is, amelyekre vonatkozóan léteznek szabályozások. Mind az egészségügyi, mind a köznevelési, illetve a szociális területen szükséges lenne a hozzáférés egységes rendszerbe szervezése, az adatok kölcsönös hozzáféréseinek biztosítása. Mindez az ellátás minőségének és hatékonyságának javítását, a gyermekútró nyomonkövethetőségét szolgálná, ugyanakkor az elemzési lehetőségek kiterjesztését is lehetővé tenné, amely az

evidenciaalapú szakpolitikai döntéshozatal számára fontos kiindulási pontként szolgál.

Az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei

Az ellátáshoz való hozzáférést tekintve egyenlőtlenségek figyelhetők meg a területi elhelyezkedés, településtípus illetve a szociális háttér függvényében. Különösen a hátrányos helyzetű illetve leghátrányosabb helyzetű (újabbban áttekinthetőleg kedvezményezett, illetve kedvezményezett)³ településeken élő kisgyermek és családjuk szolgáltatáshoz való hozzáférése nem biztosított. Ez indokolja a szolgáltatások helybe való eljuttatásának elősegítését.

A minőségi, hárékony védőnői támogatás Észak-Magyarországon a legkevésbé garantált, az álláshelyek egyhete betöltetlen. Legkedvezőtlenebb helyzetben a Nógrád megyei ellátottakat találjuk, ott az álláshelyek közel 25%-a betöltetlen, helyettesítéssel ellátott (Központi Statisztikai Hivatal, 2016a). A területi védőnői jelentések alapján az országosan nyilvántartott, gondozott családok több mint 10%-a él a leghátrányosabb helyzetű (kedvezményezett) településeken. Itt magas az ellátandó települések száma, ugyanakkor a tartós helyettesítés, amellyel nem lehet megfelelő mértékű és mélységű gondozást, ellátást biztosítani, alapvetően ezekben a térségekben figyelhető meg (Kósa és mtsai, 2014). Kutatási adatok szerint ez a hátrány az említett területeken kb. 77 ezer 0–7 éves életkorú gyermeket érint (Bíró, Nagy és Szigeri, 2015). A házi gyermekorvosi és a vegyes praxisú háziorvosi szolgáltatásokhoz való hozzáférést szintén egyenlőtlenség jellemzi. A hátrányos helyzetű régiók mindegyikében, de különösen Észak-Magyarországon jelen ez gondot, ahol az országos átlagnak több mint kétszerese a betöltetlen praxisok száma (Borsod-Abaúj-Zemplén megyében található a betöltetlen praxisok egyhete) (Országos Alapellátási Intézet, 2016). Ugyancsak hátrányt jelent, ha egy gyermeket nem házi gyermekorvos, hanem vegyes praxist folytató háziorvos lát el, akik kevesebb rutinnal rendelkeznek a kora gyermekkori fejlődés követésében (Kádár és mtsai, 2010, 2011; Báronyné Kis és mtsai, 2014). Ez a praxisok közel felében, a gyermekek közel 20%-nál tapasztalható így. Ugyanakkor éppen Észak-Magyarországon jóval magasabb a vegyes praxisok aránya az átlagnál (67%), az általuk ellátott gyermekek aránya pedig közel 40%. (KSH Tájékoztatói adatbázis, 2015) A szakellátó szakorvosokat tekintve az ellátottság szempontjából legkedvezőtlenebb a helyzet Közép-Dunántúlon és Észak-Magyarországon (Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, 2015; KSH Tájékoztatói adatbázis, 2015).

A család- és gyermekjóléti szolgáltatások terén évek óta hozzáférési és kapacitásbeli problémák azonosíthatóak. A gyermekek napközbeni ellátása az utóbbi időben javult, a bölcsődés korúaknak biztosított férőhelyek száma nyolc év alatt több mint kétszeresére – a 2008-as 7%-ról 2016-ra 16,8%-ra – nőtt (Központi Statisztikai Hivatal, 2016b). Ez azonban még mindig alatta marad az Európai Tanács által kívánatosnak tartott 33%-os aránynak (Szilas, 2015). Az intézményi ellátottság regionális különbségeit tekintve, Észak-Magyarországon és Dél-Dunántúlon a legkevésbé biztosított a bölcsődei ellátás (7,3% és 8,9%) (Központi Statisztikai Hivatal, 2015; KSH Tájékoztatói adatbázis, 2015). Az óvodákban évről-évre nő a sajátos nevelési igényű gyermekek létszáma, többségük (81%) integrált nevelésben részesül. Ugyanakkor 2016-ban az iskola első osztályában 41% volt az újonnan sajátos nevelési igényűvé nyilvánított gyermek, a leghátrányosabb helyzetű két régióban, Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön pedig a gyermekek feléről csak az iskolába lépéskor derült ki a fejlődésükben megmutatkozó eltérés vagy zavar (Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017). Ugyancsak ez a két régió az, ahol a korcsoportos népességet tekintve az átlaghoz képest (0,8%) leginkább elmarad a 0–5 évesek között a korai fejlesztésben részt vevők aránya (0,5% és 0,6%) (Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017). Nagy valószínűséggel a hátrányos helyzetből fakadó, halmozottan jelenlévő akadályozó tényezők (kedvezőtlen szocioökonómiai háttér, a közlekedési nehézségek, a szakemberhiány vagy akár a probléma felismerésében való járatlanság) növelik annak esélyét, hogy ezekről a területekről kevésbé jutnak hozzá az ellátást igénylő gyermekek és családok a megfelelő szolgáltatásokhoz.

Fejlesztési lehetőségek

Hazai modellek

A nemzetközi folyamatok nyomán követésével, nemzetközi modellek adaptálható elemeinek beépítésével, korábbi hazai kutatások, fejlesztések eredményeinek figyelembevételével került kifejlesztésre és kipróbálásra 2014–2015-ben a TÁMOP 3.1.1. XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció) kiemelt projekt *Kora gyermekkori ellátótrendszer támogatása* alprojektje keretében az optimális kliensút modell. Az optimális kliensút modell elsődleges célja az ágazatok közötti együttműködések kialakítása, facilitálása, hatékonyabbá tétele, a szakemberek kompetenciáinak bővítése valamint a gyermekek és családok minél korábbi ellátásba kerülésének támogatása. A fejlesztés figyelembe vette az aktuális szabályozási környezetet, a fennálló szolgáltatórendszert és a napi gyakorlatot, a rendelkezésre álló forrásokat, valamint a munkaerő-kapacitást. A kliensút/gyermekekút lerövidítését, a minél korábbi ellátásba kerülést a különböző ágazati szereplők – elsősorban

³ A 195/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről módosított a besorolás feltételein és új megnevezést alkalmaz az érintett településekre.

az egészségügy és a köznevelés – továbbküldési útjainak összekapcsolásával, az átjárhatóság biztosításával, az együttműködések szorosabbra vonásával kívánta elérni. A modell kialakításának keretében 27 jogosultsági csoport esetében a kora gyermekkori intervenció három szakaszában, azaz a szűrés, felismerés, az állapotmegismerés, diagnosztika és a terápiás, fejlesztő eljárások, juttatások dimenziói mentén leírásra került, hogy mely esetben kinek mi a teendője, hová kell továbbküldenie az érintett gyermeket és családját, illetve kinek és mikor kell jelzést tennie.⁴ A modellben egy kulcsszemély, adott esetben a védőnő az, aki a gyermek útját nyomon követi, és az ellátókkal, szolgáltatókkal – illetve a kijelölt kontaktszemélyekkel – kapcsolatot tart. A modell egy pilot keretében kipróbálásra került egy megye két nagyvárosában,⁵ ahol a különböző szakterületekről érkező szakemberek komplex, vegyes képzések keretében sajátították el a rendszerről való tudást, a továbbküldési, jelzési utakat. Minden kulcsszemély és az ellátó intézmények kijelölt *kontaktszemélyei* birtokába jutottak az összes megyei ellátó intézmény címlistájának, azok kontaktszemélyeinek elérhetőségével, így mindenkinek rendelkezésére állt a saját *kommunikációs hálója*. A kliensút modellben az érintett gyermekek ellátásának nyomon követését a védőnő az általa, és a többi, ellátásban résztvevő szakember által vezetett közös dokumentum, az ún. *Ellátási lap* segítségével végezte, amely a szülő birtokában lévő Gyermekeszközgyógyi kiskönyvhöz csatolva az érintett ellátóktól bejövő legfontosabb információkat tartalmazta. A hatékonyabb működéshez természetesen elengedhetetlen az elektronikus formában történő dokumentáció, amely optimális esetben a különböző ágazatok informatikai rendszereinek összekapcsolását jelenti. (Kereki, 2015c)

A pilot tapasztalatai azt mutatják, hogy az egészségügyi ellátásból több gyermek érkezett a pedagógiai szakszolgálatok diagnosztikus csoportjaihoz, mint a megelőző időszakokban. A szakemberek jobban átlátták az egész ellátórendszer működését, más szakterületekről való tudásuk teljesebb lett, szorosabban működtek együtt más ágazatok szakembereivel, különösen az egészségügyi alapellátás kulcsszereplőjével, a védőnővel való kapcsolattartás erősödött meg. (Kereki, 2015d)

Egy másik modell az egészségügyben lezajlott TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 év) projekt által került kifejlesztésre, szintén nemzetközi modellek adaptálható elemeinek beépítésével, valamint hazai tapasztalatokra építve, ám pilot keretében történő kipróbálása nem történt meg, ez az induló ágazatközi projektben valósul meg. A modell-

ben a gyermek, illetve a család útja a perikonceptcionális szakasztól kezdődik, ahol a családtervezésre, illetve a gyermekvállalásra való felkészítéshez az érintettek elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben, a koordinatív szerepet ellátó Családvédelmi és Családtervezési Szolgálathoz fordulhatnak. A várandóssági és a perinatális szakaszban, valamint az újszülött hazakerülése után az új rendszerelemként megjelenő Koordinációs Csoport válik érintetté a koordinációban, ez a csoport állítja össze a diagnosztikus csapatot, végzi a folyamatdiagnosztikát, szervezi a szükségletalapú ellátást. Működésében a gyermek körül kialakított interdiszciplináris teammunka fontossága hangsúlyos. A Koordinációs Csoport folyamatos kapcsolatot tart az egészségügyi alap- és szakellátással, a köznevelési intézményrendszer diagnosztikus és korai fejlesztő, terápiás ellátást végző intézményeivel, a pedagógiai szakszolgálatokkal, az ellátórendszerbe integrált magánellátókkal, valamint a szociális/gyermekvédelmi intézményekkel, akikkel együttműködik a szolgáltatások tervezésében, kivitelezésében és értékelésében. (Kereki és mtsai, 2014)

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése

A rendszer működésében jelen lévő problématerületek azonosítása, az ismertetett optimális kliensút modell és kipróbálásának tapasztalatai, valamint a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 év) projekt eredményei komoly alapot szolgáltatnak a 2017. februárban induló négy évig tartó EFOP 1.9.5 *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* című projekthez, amely több ágazat konzorciumi együttműködésben valósul meg.⁶

A komplex ágazatközi fejlesztés *célja* az iskoláskor előtti gyermekek és családjaik hatékonyabb, magasabb színvonalú ellátásához, a szükségletekhez igazodó szolgáltatásokhoz való hozzájutásának biztosítása, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletű csoportokra. A kiemelt projekt azoknak a problémáknak az enyhítésére, megszüntetésére törekszik, amelyek a jelenlegi intézményrendszer hiányosságaiából, működési jellegzetességeiből fakadnak, illetve olyan fejlesztéseket tervez, melyek javítják a jelenlegi szolgáltatások minőségét. A projekt feladata a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek támogatása képzettségük, eszközellátottságuk és alkalmazott módszertanuk fejlesztésével, megújításával. A konstrukció középpontjában, mint közvetlen célcsoport a kora gyermekkori

⁴ A különböző jogosultságcsoportok esetében a felismerést a probléma, elterés, fogyatékoság részletes leírása segíti, amely a tüneti kép felől közelít, szemléletében a multikauzális megközelítés érvényesül.

⁵ Békés megyében, Békéscsaba és Gyula korai ellátásban résztvevő intézményeinek, illetve azok szakembereinek bevonásával zajlott a projekt.

⁶ A konzorcium vezetője a Család- és ifjúságyügyért Felelős Államtitkárság háttérintézménye, a Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. az egészségügyi ágazatot az Országos Közegészségügyi Intézet, a szociális területet a Szociális- és Gyermekvédelmi Főigazgatóság és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság jogutódja, a Magyar Államkincstár, a köznevelés területét pedig a Klebelsberg Központ, illetve további belépő partnerként az Oktatási Hivatal képviseli.

intervencióban résztvevő szakemberek, illetve a gyermekek és (leendő) szülei, családjaik állnak. Közvetetten az iskoláskor előtti gyermekekre és családjaikra irányul a projekt, különös tekintettel a speciális támogatást igénylő gyermekekre és családjaikra.

A projekt céljának elérése érdekében fontos feladat az egységes gyermekút kialakítása, amelynek érvényesülését nagy volumenű képzések biztosítják. Az eredményes működést segíti a szülők és a szakemberek partneri kapcsolatának támogatása, a szülői kompetenciák szélesítése. Az ellátási egyenlőtlenségek nivellálását a szolgáltatáshiányos területekre való szolgáltatás eljuttatás hivatott elősegíteni. Fontos szempont a fenntarthatóság biztosítása a megfelelő jogszabályi háttér kiépítésével, valamint a fejlesztés hosszútávú kimeneteinek mérése, amelynek érdekében a projekt keretében harászvizsgálat zajlik.

Gyermekút kialakítása módszertani támogatással

Az intézményrendszer hatékonyabb működéséhez kialakításra kerül egy egyértelműen követhető, szabályozott gyermekút (az optimális kliensút modell továbbfejlesztésével), amely pontról pontra tartalmazza a különböző szükségletű (beleértve az eltérő, megkésett fejlődésű vagy annak kockázatának kirett) gyermekek és családjuk továbbküldési útját. Az ehhez szükséges szakmai háttér, közös irányelvek, protokollok kidolgozása is megtörténik, többek között egy egészségügyi irányelv kerül kifejlesztésre, amely a perinatális/neonatalis intenzív központokba bekerült koraszülött gyermekek utógondozásának egységes eljárásrendjét tartalmazza, a különböző használatban lévő fejlesztő és terápiás eljárások evidenciaszintű besorolásával. A köznevelés területén a pedagógiai, gyógypedagógiai szűrések egységes rendszerének kialakítása, a mozgásfejlesztő és mozgásterápiás eljárások használatának egységes protokollja, illetve egy korszerű iskolábalépési protokoll kerül kifejlesztésre, amelyek mind a gyermekút használatát támogatják.

A projekt keretében sor kerül a szolgáltatások típusainak és formáinak bővítésére, különösen a szülő-gyermek kapcsolat támogatása érdekében, valamint korszerű, adaptált szűrési módszerek, vizsgáló eljárások bevezetésére, mint pl. a szenzoros integrációs vizsgálóeljárás hazai fejlesztését érintően. Ehhez kapcsolódva a gyenge lábakon álló eszközellátottságot is igyekszik kompenzálni a projekt, elsősorban diagnosztikai eszközök beszerzésével, amelyek a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságai számára kerülnek átadásra.

A szakemberek módszertani támogatása érdekében olyan gyakorlatközpontú módszertani kézikönyvek kerülnek kidolgozásra, amelyek a kora gyermekkori intervenció három nagy szakaszához kapcsolhatóak. Így a felismerés szintjét segítik majd elsősorban az alapellátásban dolgozó szakemberek (kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok,

szociális munkások) számára a gyermeki fejlődésről, az eltérő fejlődés gyanújeleiről, valamint a tipikus nevelési helyzetekről és azoknak megoldásáról való ismeretek összefoglalása. Elsősorban a pedagógiai szakszolgálatok szakembereit célozza meg a fejlődési zavarok korai szűrésének, azonosításának, állapotmegismerésének, diagnosztikájának módszertana, illetve a korai komplex családközpontú tanácsadás, korai fejlesztés, gondozás, terápiás ellátás témaköréhez készülő kézikönyv. Az eredményes munkavégzés egyik sarokköve a megfelelő kommunikáció. Mind a felismerés, a szűrés, mind az állapotmegismerés, a diagnosztika és a terápiás, fejlesztő ellátások szintjén a szülővel, a többi szakemberrel illetve a gyermekkel való kommunikáció elsajátítása is részét képezi a komplex és a specifikus képzéseknek egyaránt.

Az iskoláskor előtti gyermekek egészségügyi alapellátásában, szakellátásában résztvevő szakemberek, valamint a szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti szakemberek, a köznevelés releváns szereplői, a kora gyermekkori intervenció egyéb résztvevői, a családokat támogató állami, önkormányzati intézmények, hálózatok, illetve civil szervezetek közötti együttműködés erősítése, a kompetenciák és feladatok lehatárolása, a köztük lévő kommunikáció támogatása fontos alapelv. A feladatok lehatárolása természetesen érinti a jogszabályok, a szakmai irányelvek és a dokumentációs rendszer felülvizsgálatát is. A különböző ágazatok informatikai szakrendszereit összekapcsoló informatikai háttér kiépítéséhez megtörténik a különböző szakterületek számára szükséges adattartalmak lehatárolása és a jogosultsági szintek meghatározása.

Szakemberek kompetenciáinak növelése, egységes szemlélet kialakítása

A gyermeki fejlődésről, az fejlődési eltérésekről, illetve az ellátórendszer működéséről, az egységes gyermekútról való tudás a kora gyermekkori intervencióban részt vevő szakemberek kompetenciáinak növelését, egységes szemléletük formálását igényli. Ennek jegyében a projekt módszertani fejlesztéseinek nagy része komplex képzésekbe csatornázódik be, és a különböző szakterületeken dolgozó szakemberek részére egyes kiscsoportokban kerül oktatásra, kiaknázva az ily módon történő tudásátadás szemléletformáló erejét. Emellett témaspecifikus képzések keretében ismerkednek meg a szakemberek pl. a fejlesztésre kerülő szűrő és vizsgáló eljárásokkal vagy a korai komplex családközpontú tanácsadás, intervenció témájával. Célcsoport-specifikus képzésben vesznek részt például a kisgyermeknevelők, óvodapedagógusok a pedagógiai tanácsadás témakörében vagy a felsőfokú szakképzettséggel nem rendelkező szakemberek tudásuk megújítása érdekében. A projekt keretében 10 ezer szakember képzése zajlik majd, jórészt kiscsoportos foglalkozás keretében, másrészt távoktatás formájában. A szemléltetést

és az információk vizuális úton való továbbítását segíti a projekt keretében készülő 100 db rövid oktató film.

A rendszerszintű megközelítés szem előtt tartásával hangsúlyos szempontként jelenik meg a képzési tartalmak graduális képzésben való megjelenése is. Ennek érdekében a felsőoktatási képző intézmények rendszeresen összehívott műhelyei a különböző szakterületeken folyó képzések közös képzési kimeneteit, tartalmait és a projekt eredményeinek a graduális képzésbe való becsatornázását hivatottak elősegíteni. Mind a pedagógusképzés (csecsemő- és kisgyermeknevelő, óvodapedagógus, gyógypedagógus és konduktor), mind a bölcsészettudományi (pszichológus) és a társadalomtudományi (szociális munkás, szociálpedagógus), valamint az egészségtudományi szakok közül a gyógytornászokat képző helyek részt vesznek ebben a folyamatban.

A családokkal való partneri együttműködés kialakítása

A projekt fontos feladatnak tartja a korai ellátásban részt vevő szakemberek mellett az iskoláskor előtti gyermekek szüleinek edukálását, a kora gyermekkori fejlődéssel, illetve gyermekneveléssel kapcsolatos ismeretek bővítését, a megfelelő szülői kompetencia, tudatosság és felelősségérzet erősítését. A kora gyermekkori intervenció egyik sarkalatos pontja a szolgáltatásokhoz való mielőbbi hozzáférés. Ezért lényeges a szülők számára az ellátórendszer, a gyermekút megismerése, az ellátórendszerhez kapcsolódó ismeretek bővítése. Fontos szempont az is, hogy nemcsak a szakembereknek szükséges egy egységes tudás megszerzése, a szülőknek ugyanezt a tudást a megfelelő „szülői nyelven” át kell adni ahhoz, hogy a szakemberek és szülők között a közös tudás alapú együttműködés kialakulhasson. Az ismeretek átadása érdekében tájékoztató anyagok készülnek a családok részére, valamint workshop-ok, előadások, tréningek kerülnek megrendezésre, amelyek az ellátórendszer működéséről, a követendő gyermekútról, a vonatkozó hatályos jogi szabályozásról, pénzügyi támogatásokról, illetve a területen működő szakmai és érdekvédelmi szervezetek tevékenységéről és elérhetőségeiről informálják a szülőket. Honlap segíti az elektronikus információátadást, interaktív módon mutatva be a különböző jogosultsági csoportok esetében a követendő ellátási utat. A mentálhigiénés támogatás keretében új módszertani megközelítésben szülő – szakember esetmegbeszélő csoportok, illetve a kompetencia szélesítése érdekében szülőképző csoportok indulnak, amelyek részben az eltérő fejlődésű gyermekek szüleinek megajánlott tematikát is magukban foglalják.

Ugyanakkor a szülők képzése indirekt módon, a szakembereken keresztül is megvalósul, hiszen a gyermekek fejlődésével, nevelésével, az eltérések felismerésével, az ellátórendszer működésével kapcsolatos legkorszerűbb információk átadásával az ellátásban résztvevő szakemberek

az érintett témákkal kapcsolatban felmerülő kérdésekben kompetens szakértőként tudják segíteni a szülőket. Ezzel is előmozdítva, hogy a szülők képessé váljanak gyermekük erősségeinek, képességeinek felismerésére, támogatására, megtanuljanak (speciális) szükségleteire adekvát választ adni, és hatékonyan tudják képviselni érdekeiket.

A gyermekekkel foglalkozó szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása

A hozzáférésben megmutatókozó egyenlőtlenségekre tekintettel a projekt kiemelten kezeli a születéstől az iskolába lépésig tartó időszakban a gyermekek és családjaik szolgáltatáshoz való hozzáféréseinek támogatását. Ennek érdekében szorgalmazza elsősorban a kedvezményezett és ámenetileg kedvezményezett településeken élőkhoz a szolgáltatások helybe való eljuttatásának elősegítését. Egy olyan komplex, mozgó szolgáltatói modell került kidolgozásra, amely a szolgáltatáshiányos területeken koordinált, a területspecifikus szükségletek lefedésével működő hálózatot hoz létre, és 100 településen nyújt szolgáltatást a hiányzó szűrések, vizsgálatok és a terápiás, fejlesztő ellátások lebonyolításával. A fenntartást az érintett területek ellátására ösztönző rendszer (pl. ösztöndíjak) kidolgozása és működtetése kívánja biztosítani, amely a szakemberek számára nyújt lehetséges perspektívát.

Az ellátáshoz való hozzájutást támogatja egy olyan ágazatközi, központi kiszolgáló informatikai háttér kialakítása, amelyen keresztül az intézményi adatáramlásba bevonni kívánt IT szaksziszterek kommunikálnak egymással. Megtörténik a koragyermekkori információáramlásban szükséges adatkörök figyelembevételével az ágazatok informatikai rendszereinek egyenkénti továbbfejlesztése, az ágazatközi kommunikációs szolgáltatásokhoz való illesztése. Az ágazatok közötti kommunikációs kapcsolat megteremtése segítségével javul és felgyorsul a különböző ágazati szaksziszterek közötti információáramlás, mely segíti a köznevelési, szociális és egészségügyi ágazatok szakembereinek munkáját, így hozzájárulva a gyermekek fejlődésének, ellátásának nyomon követéséhez.

Összefoglalás

A hazai kora gyermekkori intervenciók ellátórendszer hatékonyabb működésének biztosításához az ellátórendszer és a szabályozási, finanszírozási háttér ismeretén túl lényeges azoknak a problématerületeknek az azonosítása, amelyek kiinduló pontként szolgálhatnak a fejlesztési irányok kijelöléséhez. A rendszerfejlesztéshez elengedhetetlen a nemzetközi trendek ismerete, a kialakult és jól működő gyakorlatok alapján a hazai ellátási modellbe beépíthető adaptálható elemek azonosítása. A nemzetközi tapasztalatok az integrált, koordinált szolgáltatói modellek létjogosultságát támasztják alá. A jól működő kora gyermekkori

intervenciók rendszereket alapvetően családközpontú ellátási filozófiát fogalmaznak meg, ahol interdiszciplináris (szervezettebb működés esetén transzdiszciplináris) team épül ki a gyermek illetve a családja köré, a szakemberek és családtagok szoros együttműködésére alapozva, a nyomkövetést segítő „kulcsszemély” közreműködésével.

A fejlesztés sikeressége szempontjából ugyancsak fontos az evidenciákra alapuló kutatási eredmények becsatornázása, a korábbi fejlesztési programok eredményeinek felhasználása. A legutóbbi években zajló kora gyermekkori intervenció témáját érintő projektek eredményeinek egymásra épülése, egy tudatosan felépített fejlesztési ívvé állt össze, amely a jelenleg zajló *A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése* projektben teljessé válik. Egy hatékonyan működő rendszer kialakításához nélkülözhetetlen az ágazatközi együttműködések megerősítése, az egységes gyermekút kialakítása, és a nyomkövetés informatikai támogatása a szakrendszerek összekapcsolásával. A gyermekút működéséhez szükséges a kora gyermekkori intervenció rendszerben dolgozó szakemberek ismereteinek bővítése, az egységes szemlélet kialakítása. A hatékony és eredményes munka érdekében elengedhetetlen a szülők bevonása, kompetenciáinak szélesítése a velük való partneri együttműködés kialakítása és a családra irányuló figyelem fókuszba állítása. A kisgyermek megfelelő fejlődéséhez, neveléséhez szükséges tájékoztatás biztosítása a gyermek természetes környezetben való optimális működését segíti elő.

Irodalom

- Báronyné Kis Klára, Masa Andrea, Németh Anikó, Lantos Katalin, Pukánszky Judit, Lobonov Budai Éva és Tobak Orsolya (2014): Védőnők, vegyes praxissú házi orvosok/házi gyermekorvosok kompetenciáinak, moriváltságának és a családokkal szembeni elvárásainak felmérése a gyermeki fejlődés köverésében (szakemberi artitüdvizsgálat). Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- Bernheimer, L. C., és Weisner, T. S. (2007): 'Let me just tell you what I do all day...' The family story at the center of intervention research and practice. *Infants and Young Children*, 20 (3), 192–201.
- Büro Lajos, Nagy Erna és Szigeri Szonja (2015): Szülői artitüdvizsgálat pilor országos kiterjesztése. Zárótanulmány. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkoti (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- Bronfenbrenner, U. (1994): Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Elsevier, Oxford. Reprinted in: Gauvain, M. és Cole, M. (eds.): *Readings on the development of children*, 2nd Ed. (1993, pp. 37–43). NY: Freeman. <http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/BronfenbrennerModelofDevelopment%20Short%20version%29.pdf> (Letöltés dátuma: 2017. 07. 31.)
- Carpenter (2000): Sustaining the family: Meeting the needs of families of children with disabilities. *British Journal of Special Education*, 27, No. 3 (September 2000) 135–144.
- Coulthard, N. (2009): *Service Trends and Practitioner Competencies in Early Childhood Intervention: A review of the literature*. Victorian Chapter of Early Childhood Intervention Australia (ECIA). <http://www.eciavic.org.au/documents/item/26> (Letöltés dátuma: 2017.10.15.)
- Dennan, A., Wagner, T., és Rosenbaum, P. (2005): *The 'Key Worker' Model of Service Delivery. Keeping Current #1-2005*. CanChild Centre for Disability Research, Hamilton, Ontario. <http://bluewirecs.rzo.com/canchild/kc/KC2005-1.pdf> (Letöltés dátuma: 2017. 10. 10.)
- Engle, P. L., Grantham-Mcgregor, S., Black, M., Walker, S. és Wachs, T. (2007): How to avoid the loss of potential in 7 over 200 million young children in the developing world. *Child Health and Education* (1, 2), 68–87.
- Guralnick, M. J. (ed.) (2005): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention*. Paul H. Brookes, Baltimore, Maryland.
- Guralnick, M. J. (2008): International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of Early Intervention*, 30 (1), 90–101.
- Kádár F. – Paksy L. – Kálmán M. – Póta Gy. – Dolowschiák A. (2010): Ki látja el a gyerekeket 2020-ban? *Hirvivő*, XV, 4, 2–4.
- Kádár Ferenc, Kálmán Mihály, Paksy László és Paksy András (2011): Gyermekorvosok és házi orvosok gyermek-alapellátásának összehasonlítása. *Hirvivő*, XVI, 11, 6–9.
- Kerki Judit és Lannert Judit (írta és szerk.) (2009) A kora intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés. TÁRKI-TUDOK ZRT – FSZK, Budapest. <http://fszk.hu/kiadvany/a-korai-intervencio-intezmenyrendszer-hazai-mokodesei/> (Letöltés dátuma: 2016. 07. 11.)
- Kerki Judit (írta és szerk.) (2011): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megvalósításához*. Kuratási zárójelentés. Budapest, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzeterrekeles_kezirat.pdf (Letöltés dátuma: 2016. 07. 11.)
- Kerki Judit (2013) A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. In: *Gyógypedagógiai Szemle*, 2013., XLI. évf., 1.sz., 23-38.
- Kerki Judit és mtsai (2014): *Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, leheerséges modell*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkoti program. Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Kerki Judit (2015a): A koragyermekkoti iutervenció rendszere – utak és kapcsolódások. Gyermeknevelés. „Korai intervenció” különszám, 55–76. http://gyermeknevelés.tok.elte.hu/6_szam/pub/kerki.html (Letöltés dátuma: 2017. 10. 01.)
- Kerki Judit (szerk.) (2015b): *Kliensút Kalauz*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Kerki Judit (2015c): Kuratás-fejlesztési program megvalósítása a kora gyermekkoti ellátórendszer, valamint a köznevelés rendszerében biztosított kora gyermekkoti ellátás optimális kliensút modelljének kifejlesztésére. AITA 2014 konzorcium – Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Kerki Judit (2015d): Utak és leheerségek. A kora gyermekkoti intervenció rendszer szintű megközelítése. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Kerki Judit és Szvarkó Anna (2015): A koragyermekkoti intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati pratorokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Kósa Zsigmond, Gyulai Anikó, Jávorné Erdei Renáta, Nagy Józsefné, Rákóczi Ildikó, Sárváry Andrea, Sárváry Attila, Takács Péter és Vincze Ferenc (2014): *Védőnői és házi gyermekorvos-ivvegyes praxissú házi orvos feladatszervezés felmérése, időmérleg vizsgálat*. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkoti (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- KPMG (2014): *Early childhood intervention – an overview of best practice*. KPMG International Cooperative. http://www.communityservices.act.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/635695/Early-Intervention-Best-Practice.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 10. 05.)
- MKIK GVI (2012): Adatnyilvántartás, adatáramlás és adat-összekapcsolási leheerségek a kora gyermekkoti intervenció területén. MKIK Gazdaság- és Vállalkozáskutató Intézet, Budapest.
- Moore, T. G. (2004): *Blazing new trails: Finding the most direct routes in early childhood intervention*. In Proceedings of the Sixth Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, 25–27 July 2004, Melbourne, Victoria. http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/TM_ECIAConf04_Blazing_new_trails.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 10. 27.)
- Moore, T. G. (2011): *Early childhood intervention reform project. Executive summary. Revised literature review December 2010*. Programs and

- Partnerships Division Department of Education and Early Childhood Development, Melbourne.
- Moore, T. G. (2012): *Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice*. Pauline McGregor Memorial Address presented at the 10th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia, and the 1st Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference, Perth, Western Australia, 9th August. http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/coch/profdev/ECLA_National_Conference_2012.pdf (Letöltés dátuma: 2017. 10. 27.)
- Neuman, M. J., és Devercelli, A. E. (2013): *What Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper. Systems Approach for Better Education Results (SABER) working paper series; no. 5. World Bank, Washington, DC.* © World Bank.
- Rapport, M. J., McWilliam, R. A. és Smith, B. J. (2004): Practices Across Disciplines in Early Intervention. *The Research Base. Infants and Young Children*, 17, 1, 32–44.
- Rósa Ágnes, Molnárné Tóth Magdolna, Huszár András, Tigyiné Pusztalvai Henriett és Csabáné Lénárt Borbála (2013): *Ellátási szükségletek a prekonceptuális életkortól az iskoláskorig. Célszerű és hatékony feladatmegosztás az egészségügyi alapellátásban. TÁMOP-6.1.4 Koragyermek-kori (0–7 év) program, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.*
- Sameroff, A. J. és Chandler, M. J. (1975): Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: Horowitz, F. D., Hetherington, E. M., Scarr-Salaparek, S. és Siegel, G. M. (eds.): *Review of child development research*. 4. University of Chicago Press, Chicago, 187–244.
- Sameroff, A. J. és Fiese, B. (2000): Transactional Regularion: The Developmental Ecology of Early Intervention. In: Shonkoff, J. P. és Meisels, S. J. (eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press, 135–159.
- Semmelweis terv az egészségügy megmentésére (2011): Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.
- Shonkoff, J. P. és Phillips D. A. (2000): From neurons to neighbourhood. *The science of early childhood development*. National Academy Press, Washington.
- Szilás István (2015): Sikeres-e a magyar családpolitika? *Pénzügyi Szemle On-line*, 2015. május 19. <http://www.penzugyiszemle.hu/viraforum/sikeres-e-a-magyar-csaladpolitika-3> (Letöltés dátuma: 2017. 10. 25.)
- Turnbull, A. P., Turbiville, V. és Turnbull, H. R. (2000): Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for the early twenty-first century. In J. P. Shonkoff és S. J. Meisels (eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press, Cambridge, Massachusetts, 630–650.
- „Vasgyűrű” gyermekegészségügyi program, 60 lépés gyermekeink egészségéért 2013–2016. (2013) Kézirat. Budapest.
- Woodhead, M. és Streuli, N. (2013): Early Education for All: Is there a role for the private sector? In: Britto, P. R., Engle, P. L. és Super, C. M. (eds.): *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy*. Oxford University Press, Oxford.
- Woodhead, M., Fearherson, I., Bolton, L. és Robertson, P. (2014): *Early Childhood Development: Delivering Intersectoral Policies, Programmes and Services in Lowresource Settings. Topic guide, November 2014*. Health & Education Advice & Resource Team (HEART), Oxford.

Jogszabályok, adatforrások

- 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről
- A Kormány 1246/2015. (IV. 23.) Korm. határozata az eredményes kora gyermekkori intervencióhoz szükséges intézkedésekről
- Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal adatbázisa, 2015 KIR-STAT, 2016
- Köznevelés-statisztikai adatgyűjtés, 2016/2017
- Központi Statisztikai Hivatal (2015): Szociális Statisztikai Évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal (2016a): Egészségügyi Statisztikai Évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Központi Statisztikai Hivatal (2016b): Szociális Statisztikai Évkönyv. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KSH Tájékoztatói adatbázis, 2015
- Országos Alapellátási Intézet adatbázisa, 2016

Pszichiátriai betegek a közösségi és a nappali ellátásban*

A pszichiátriai betegek ellátásáról a szociális törvény (1993: III. tv. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, Szocvtv.) rendelkezik. A pszichiátriai betegek ellátása az Szt. hatálybalépésének idején még nem volt alapellátási feladat. A közösségi pszichiátriai ellátás először a speciális alapfeladatok között került bevezetésre a törvény 2003-ban hatályba lépő módosításainak során. A Szocvtv. 2005. 01. 01-gyel hatályba lépő módosításai többek között az alapellátások megnevezését alapszolgáltatásokra változtatta, és a nappali ellátásokat ennek részévé tette.¹ A nappali ellátások között is a meglévő pszichiátriai betegellátás viszont már 1999 októberétől része a szociális törvénynek, tehát gyakorlatilag 2000-től hatályos. A szakosított ellátások között szereplő pszichiátriai betegellátás ezzel szemben már a kezdetektől benne van a szociális törvényben, de ezekre a bentlakásos ellátásokra nem térünk ki részletesen a továbbiakban. Megemlítjük, hogy erről, ehhez kapcsolódó területekről is több adatfelvételt publikáltak már nem KSH forrásból is (Gyarmati 2012, Hronyecz-Mátics 2003, 2004).

Kulcsszavak: *pszichiátria, nappali ellátás, bentlakásos intézmény, alapellátás*

Az adatgyűjtés módszertana

A szociális statisztika követi a szociális intézményrendszer alakulását. A szociális intézményrendszeréről az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) gyűjt adatokat, követe a jogrendszerben végbemenő változásokat. A közösségi pszichiátriai ellátással kapcsolatos adatok először 2004-ben jelennek meg az alap- és nappali ellátások adatait tartalmazó kérdőívben, a nappali ellátásban lévő pszichiátriai betegek intézeteinek adatai 2001-től. Bár a 2005-ös módosulások a nappali ellátásokat az alapszolgáltatások közé sorolta, de a statisztikai adatgyűjtésben továbbra is elkülönül az alap- és a nappali ellátás, továbbá a bentlakásos intézményrendszer is, amely utóbbi külön kérdőívben is kerül lekérdésre. A statisztikai vizsgáldásban tehát – a fenti fogalmi megkülönböztetések megtertele után – helye van az alap- és nappali ellátások megkülönböztetésének, illetve az ezek mentén való elemzésnek.

Látható, hogy az első adatok a törvény hatályba lépését követő évben jelennek meg az adatgyűjtésben. A szociális (és gyermekvédelmi) OSAP adatokat évente egyszer töltik ki az adatszolgáltatásra kötelezett intézmények. Az alap- és nappali ellátásokkal kapcsolatos adatok forrása a 1207-es számú OSAP adatgyűjtés, amelyet a KSH évente összesít és részben közzé is tesz a kiadványaiban. Az OSAP adatok feldolgozhatóságának módszertani kérdéseit már számos

tanulmányban részletesen is kifejtettük, ezeket felidézve elmondható, hogy

- A kitöltött kérdőívek adatait visszajuttatás után a KSH intézményi szinten aggregálja és adatbázist alakít ki ezekből. Az így kialakított adatállomány alkalmas arra, hogy a vizsgálódó áttekintést kapjon a vizsgált intézmény legfontosabb számszerűsíthető tevékenységi kérdéseiről, ezeknek az országon belüli területi megoszlásairól, elsősorban megyék és régiók szerint. Ezen túlmenően az adatok idősorba rendezhetők, ami a tendenciákról árulhat el összefüggéseket.
- A KSH az adatokat azonos módszertani bázison, professzionális keretek között dolgozza fel, ennek eredményeképp pontos, megbízható, teljeskörű, ellenőrizhető adatok keletkeznek, amelyeknek különösen az idősoros elemzéseknél van nagy jelentősége. Ennek ellenére a statisztikai adatok nem jelentenek csodaszert valamely kérdés vizsgálatánál, nem adnak minden kérdésre választ, és a felvetődő problémákhoz szükséges lehet figyelembe venni más, nem statisztikai tényeket is (Papházi 2015: 6, 7).

A továbbiakban áttekintjük a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásának adatait, részben idősorok alapján, részben pedig a területi (megye, régió), népességnagyság-szerinti és fenntartói bontások segítségével.

* Készült az Emberi Erőforrások Minisztériuma és a Gyógynevelési Alapítvány 59467/2015. számú szerződése alapján „Országos kutatás lebonyolítása útján a pszichoszociális fogyatékos személyek körének, társadalmi helyzetének, valamint az általuk igényelt szolgáltatások körének és jellegének feltárása” megnevezésű kutatási programban.

A pszichiátriai betegek OSAP statisztikája

A pszichiátriai betegekkel kapcsolatos adatgyűjtés azt célozza, hogy az intézményrendszernek a legfontosabb mennyiségi jellemzői nyomon követhetők legyenek, az időbeli összehasonlíthatóságot az adatgyűjtő szervezet speciális szaktudásai garantálják. Az alap és a nappali ellátás idősoros vizsgálatában elsősorban az ellátottak, és a foglalkoztatottak alakulásának összevetésére nyílik lehetőség, kiegészítve olyan bontásokkal, mint az ellátottak nemi és korcsoportos megoszlása, megyés-régiós és településnagyság, valamint fenntartók szerinti összehasonlításokkal. A nappali ellátásban a férőhelyek adatai is részben rendelkezésre állnak, a népesség adatainak bevonásával és megoszlási viszonyszámok létrehozásával számos mutató is készíthető. Az adatok alapján elsősorban az ellátottság kiterjedtségére következtethetünk, ami összevetési lehetőséget kínál a jogszabályi előírásokkal. A területi adatok annak megvilágítását segíthetik, hogy az ellátásban megyei, regionális szinten milyen különbségek mutathatók ki. Vagyis a statisztikai adatok olyan kérdésekre közvetlenül sem adnak választ, hogy pl. milyen az ellátottak elhelyezése, a velük való bánásmód, jogaik tiszteletben tartása, állapotuk súlyossága, hanem csak arra, hogy hány személy került be illetve van az ellátásban, valamint a gondozó intézményrendszer milyen főbb statisztikai paraméterekkel jellemezhető. Ráadásul a szakmai érdeklődésben a pszichiátriával összefüggésben megjelenő problémák, mint a gondozottak helyzete, emberi jogaik, életminőségük, elsősorban a bentlakásos otthonokkal kapcsolatosan jelennek meg, az alap- és nappali ellátás kliensei, kedvezőbb állapotuknak is köszönhetően, ezekben sokkal kevésbé érintettek.

Az ellátottak adatai

A 1207-es OSAP adatgyűjtésben a legtöbb adat az ellátottakra vonatkozik, ezenkívül a foglalkoztatottakra és a költségekre is kiterjed az adatgyűjtés. A tanulmány további részében a közölt táblázatok és ábrák forrásai a KSH 1207-es OSAP adatgyűjtéséből, valamint az ez alapján történő számításokból származnak, ezért a forrást csak ettől eltérő esetben tüntetjük fel külön.

Összehasonlító adatok

Szakértők korábban már megállapították, hogy „Magyarországon jelenleg nincs pontos adat arról, hány pszichiátriai beteg van összesen. Ennek oka, hogy a pszichiátriai betegek kezelése és gondozása megosztva történik az egészségügyi, illetve a szociális szférában” (Bányai – Légmán 2009: 8). Az egészségügyben és a szociális szférában nyilvántartottak számáról az alábbi táblázat ad áttekintést (1. tábla).

1. tábla: A pszichiátriai intézetekben valamint az alap, nappali és bentlakásos ellátásban gondozottak száma, 2005, 2010, 2013 (fő)

| Megnevezés | 2005 | 2010 | 2013 |
|---|--------|--------|--------|
| A pszichiátriai intézetekben nyilvántartott gondozottak száma, fő ^{a)} | 142210 | 136824 | 138761 |
| Pszichiátriai betegek közösségi ellátásában részesülők száma, fő ^{b)} | 1136 | 5321 | 4205 |
| Pszichiátriai betegek nappali intézményében ellátottak száma, fő ^{c)} | 704 | 2131 | 2877 |
| Pszichiátriai betegek otthonokban ellátottak száma, fő ^{d)} | 8074 | 8775 | 8760 |

a) Forrás: Magyar statisztikai évkönyvek, KSH.

b) c) d) Forrás: KSH OSAP 1202, 1207 adatgyűjtések, tárgyév december 31-évi adatai.

Az 1. táblázat adataiból látható, hogy a pszichiátriai problémákkal küzdők döntően az egészségügyi intézményrendszer keretében kapnak gondozást, ehhez képest az szociális intézményrendszer ellátó tevékenysége jóval kisebb kiterjedtségű. Az intézményrendszer kapacitása nyilvánvalóan befolyásolja azok számát, akik ennek keretében ellátást kaphatnak, amelyet a szociális intézményrendszer adatai alapján mutathatunk be (2. tábla).

A 2. táblázatból látható, hogy a nappali és a bentlakásos ellátások férőhelyeinek és ellátottjainak adatai ábrázolva szinte párhuzamosan futnának.² A férőhely-kihasználtsági mutató a bentlakásos intézményrendszerben gyakorlatilag 100 %-os. A nappali ellátás intézményrendszerében viszont minden vizsgált évben több az ellátott, mint az engedélyezett férőhely, 2005-ben az ellátottak száma 50 %-kal haladta meg ezt a limitet. Noha ebben az ellátástípusban 2005-ről 2014-re a férőhelyek száma hatszorosára nőtt, még 2014-ben is 100 engedélyezett férőhelyre 105 fő jutott, amiből mindenekelőtt az ellátás iránti igényekre lehet következtetni.

Az ellátottak adatai a szociális alapszolgáltatásokban

Noha a pszichiátriai betegek nappali ellátásának keretében a gondozottak száma 2005-ről 2014-re több mint négyszeresére nőtt, mégis ez az ellátástípus, ahol a legkevesebb a kliensek száma (1. ábra). Vizsgálódásunk köréből kiesik a bentlakásos ellátás, ezért a továbbiakban a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátását vesszük szemügyre részletesebben.

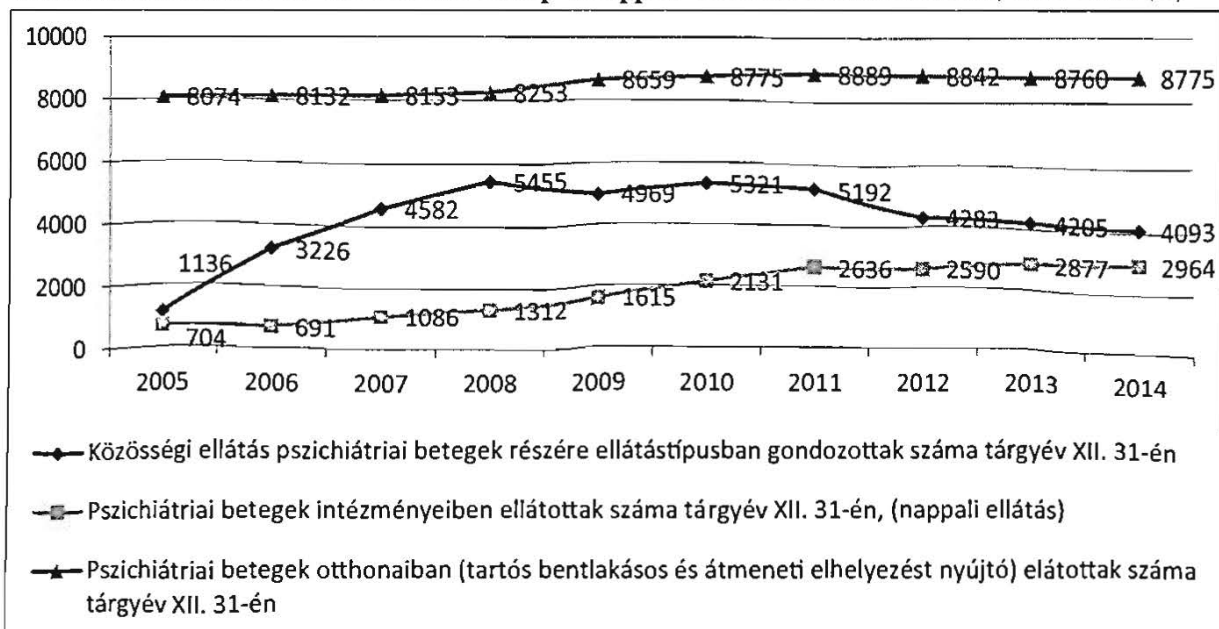
Az adott év utolsó napján nyilvántartottak száma úgy keletkezik, hogy az előző év végén nyilvántartottak számához hozzáadják az év során ellátásba kerültek számát és kivonják ebből azokat, akik kikerültek az ellátásból. A közösségi ellátásban 2005 és 2009 között a bekerülők száma meghaladta a kikerültekét, 2010-től 2014-ig viszont már nagyobb azoknak a száma, akik kimaradtak ebből az

2. tábla: Pszichiátriai betegek nappali és bentlakásos intézményei férőhelyeinek és ellátottjainak száma, 2005-2014 (fő)

| Megnevezés | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Pszichiátriai betegek intézményeiben engedélyezett férőhelyek száma XII. 31-én, (nappali ellátás) | 469 | 577 | 820 | 1207 | 1557 | 1929 | 2464 | 2497 | 2751 | 2830 |
| Pszichiátriai betegek intézményeiben ellátottak száma tárgyév XII. 31-én, (nappali ellátás) | 704 | 691 | 1086 | 1312 | 1615 | 2131 | 2636 | 2590 | 2877 | 2964 |
| Pszichiátriai betegek otthonainak (tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó) férőhelyszáma (engedélyezett, XII. 31.) | 8069 | 8103 | 8180 | 8334 | 8715 | 8823 | 8991 | 9023 | 8884 | 8893 |
| Pszichiátriai betegek otthonaiban (tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó) ellátottak száma (fő, XII. 31.) | 8074 | 8132 | 8153 | 8253 | 8659 | 8775 | 8889 | 8842 | 8760 | 8775 |
| Pszichiátriai betegek intézményeinek férőhelykihasználtsága (%) | 150,1 | 119,8 | 132,4 | 108,7 | 103,7 | 110,5 | 107,0 | 103,7 | 104,6 | 104,7 |
| Pszichiátriai betegek otthonainak férőhelykihasználtsága (%) | 100,1 | 100,4 | 99,7 | 99,0 | 99,4 | 99,5 | 98,9 | 98,0 | 98,6 | 98,7 |

Forrás: KSH, OSAP 1207 és 1202 adatgyűjtések, valamint saját számítás.

1. ábra: Az ellátottak számának változása az alap- a nappali- és a bentlakásos ellátásban, 2005-2014 (fő)



Forrás: KSH, OSAP 1207 és 1202 adatgyűjtések.

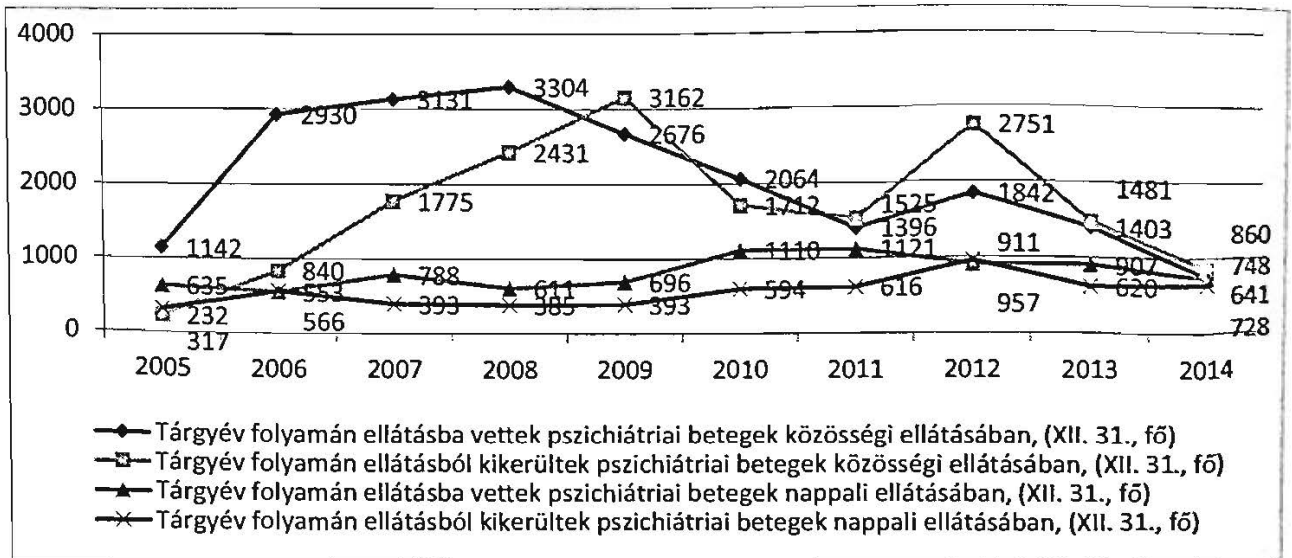
ellátásból, ez eredményezi, hogy az ellátottak száma először felfut, aztán hanyatlik. A nappali ellátás esetében azonban mindkét időintervallumban a bekerülők száma nagyobb, ez eredményezi a nappali ellátásba kerülők szinte egyenletes emelkedését 2005 és 2014 között (2. ábra).

Az ellátottak neme és kora

A devianciák, – különösen az addiktológiai területtel összefüggő társadalmi normáktól eltérő magatartásmódok – tudása, Buda Béla, úgy írja le a közösségi pszichiátriai ellátás klienseit, hogy ők „...főleg skizofrén betegek, általában fiatalabbak, mint az addiktológiai betegek, gyakrab-

ban élnek működő családban és rokonsági rendszerben. Fő életproblémájuk a kiesés a munkaerőpiacból, korábbi foglalkozásuk folytatásának ellehetetlenülése. Tüneteik általában megzavarják a természetes emberi kommunikációs és interakciós folyamatokat, és érzelmi eltávolodást, elidegenedést okoznak. A kapcsolatokban téveszmék, téves (paranoid) attribúciók keletkeznek, és általában megzavarodik a kommunikációs kölcsönösség és egyenrangúság az együttműködésekben. A közösségi ellátásban azért nagy hangsúlyt kap a munkaköri ill. foglalkozási rehabilitáció és a szociális viselkedést fejlesztő tréning. (...) A betegek viselkedésében elsődleges a gátlás, indítékhiány, érzelmi

2. ábra: Ellátásba vettek és ellátásból kikerültek száma, a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásában, 2005-2014 (fő)



Forrás: KSH, OSAP 1207 és 1202 adatgyűjtések.

rezonanciaképtelenség. Ezt szedett gyógyszerek gyakran átmenetileg kiváltják, vagy erősítik. Az öngyilkosság veszélye az ellátásban fennáll és folyamatos figyelmet igényel.” (Buda 2006: 29.)

Ezzel szemben az alap- és a nappali ellátások klienseiről a 1207-es OSAP adatgyűjtés az ellátottakról csak a nemüket és a korcsoportokhoz tartozásukat veszi számba. Ha megvizsgáljuk az adatokat, azt tapasztaljuk, hogy nemek, korcsoportok és ellátástípusok között egyaránt különbségek mutathatók ki. Mindenekelőtt megállapíthatjuk, hogy mind az alap, mind pedig a nappali ellátástípusban a pszichiátriai betegek között több a nő, mint a férfi. A 2005-2014 közötti időszakban a nők és a férfiak számának változása lényegében párhuzamos görbét ír le, a kimutatott létszám nemenként is 2010-ig emelkedik, ezután csökken. A férfiak száma a bázisához mintegy háromszorosára nő, a nők száma viszont négyszeresére emelkedik, tehát a nők bekerülése a pszichiátriai betegek közösségi ellátásába ebben az időszakban intenzívebbnek tekinthető. Ugyanezt tapasztaljuk, ha a két nem számosságának alakulását a

nappali ellátás keretében vizsgáljuk. Az OSAP adatok szerint ebben az ellátástípusban is minden vizsgált évben nagyobb a nők száma, és lényegében párhuzamosan emelkedve a férfiakéval, nagyobb arányú növekedést eredményez, mint a másik nemhez tartozó ellátottak esetében (3. tábla).

A nők fokozottabb jelenléte ezekben az ellátásokban a nemek arányát is meghatározza. Mindkét ellátástípusban a nők aránya magasabb, a közösségi ellátás ellátottjainak kétharmada nő a vizsgált időszak átlagában, míg a nappali ellátásban valamivel kevesebb a különbség, mert itt a nők átlagos aránya 60 % (4. tábla).

Korcsoportok szerint vizsgálódva különbségeket találunk az életkori kategóriák között a két ellátástípusban.³ A 0-17 évesek száma mind az alap, mind pedig a nappali ellátásban minimális létszámot jelent, egyik ellátástípusban sem haladja meg az 50 főt, ezért ez a korosztály a pszichiátriai betegek vizsgált ellátástípusaiban a statisztikai szempontból gyakorlatilag figyelmen kívül hagyható. Megállapítható, hogy a 2005-ös bázisához képest minden

3. tábla: Férfiak és nők száma a pszichiátriai betegek alap és nappali ellátásában, 2005-2014 (XII. 31., fő)

| Megnevezés | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | | | | | | | | |
| Férfiak száma | 434 | 1316 | 1453 | 1824 | 1611 | 1716 | 1629 | 1334 | 1343 | 1277 |
| Nők száma | 702 | 1910 | 3129 | 3631 | 3358 | 3601 | 3563 | 2949 | 2862 | 2816 |
| Összesen | 1136 | 3226 | 4582 | 5455 | 4969 | 5317 | 5192 | 4283 | 4205 | 4093 |
| Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | | | | | | | | | |
| Férfiak száma | 307 | 326 | 481 | 586 | 595 | 750 | 958 | 974 | 1036 | 1034 |
| Nők száma | 397 | 365 | 605 | 726 | 1020 | 1381 | 1678 | 1616 | 1841 | 1930 |
| Összesen | 704 | 691 | 1086 | 1312 | 1615 | 2131 | 2636 | 2590 | 2877 | 2964 |

4. tábla: Nemek aránya a pszichiátriai betegek alap és nappali ellátásában, 2005-2014 (%)

| Megnevezés | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2005-2014 évek átlaga |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|
| Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | | | | | | | | | |
| Férfiak | 38,2 | 40,8 | 31,7 | 33,4 | 32,4 | 32,3 | 31,4 | 31,1 | 31,9 | 31,2 | 33,5 |
| Nők | 61,8 | 59,2 | 68,3 | 66,6 | 67,6 | 67,7 | 68,6 | 68,9 | 68,1 | 68,8 | 66,5 |
| Összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | | | | | | | | | | |
| Férfiak | 43,6 | 47,2 | 44,3 | 44,7 | 36,8 | 35,2 | 36,3 | 37,6 | 36,0 | 34,9 | 39,7 |
| Nők | 56,4 | 52,8 | 55,7 | 55,3 | 63,2 | 64,8 | 63,7 | 62,4 | 64,0 | 65,1 | 60,3 |
| Összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

5. tábla: Korcsoportokhoz tartozók száma a pszichiátriai betegek alap és nappali ellátásában, 2005-2014 (XII. 31., fő)

| Megnevezés | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2005 =100% |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------------|
| Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | | | | | | | | | |
| 0-17 éves | 11 | 41 | 21 | 16 | 7 | 3 | 2 | 7 | 10 | 1 | 9,1 |
| 18 - 39 éves | 289 | 906 | 1247 | 1540 | 1386 | 1432 | 1353 | 998 | 974 | 905 | 313,1 |
| 40 - 59 éves | 537 | 1456 | 2248 | 2587 | 2505 | 2678 | 2647 | 2217 | 2208 | 2063 | 384,2 |
| 60 - 64 éves | 120 | 329 | 335 | 563 | 435 | 558 | 537 | 475 | 498 | 584 | 486,7 |
| 65 éves és idősebb | 179 | 494 | 731 | 749 | 636 | 646 | 653 | 586 | 515 | 540 | 301,7 |
| Összesen | 1136 | 3226 | 4582 | 5455 | 4969 | 5317 | 5192 | 4283 | 4205 | 4093 | 360,3 |
| Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | | | | | | | | | | |
| 0-17 éves | 13 | 18 | 31 | 50 | 15 | 1 | 21 | 0 | 4 | 0 | 0,0 |
| 18 - 39 éves | 260 | 202 | 354 | 416 | 459 | 585 | 689 | 631 | 676 | 656 | 252,3 |
| 40 - 59 éves | 312 | 324 | 517 | 660 | 933 | 1209 | 1489 | 1422 | 1620 | 1603 | 513,8 |
| 60 - 64 éves | 41 | 65 | 103 | 86 | 114 | 173 | 229 | 285 | 307 | 386 | 941,5 |
| 65 éves és idősebb | 78 | 82 | 81 | 100 | 94 | 163 | 208 | 252 | 270 | 319 | 409,0 |
| Összesen | 704 | 691 | 1086 | 1312 | 1615 | 2131 | 2636 | 2590 | 2877 | 2964 | 421,0 |

korcsoport ellátotti létszáma emelkedett, legnagyobb arányban a 60-64 éveseké. A nappali ellátásban lévők száma összességében valamennyivel nagyobb emelkedést mutat, mint az alapellátásban lévőké, viszont a 65 évesek és idősebbek korcsoportja mindkét ellátástípusban kisebb arányú növekedést mutat, mint a 40-59 évesek (5. tábla). Ennek valószínű oka, hogy a 65 éves és idősebb korosztály már nem az alap- és a nappali ellátások között kap gondozást, hanem inkább a bentlakásos intézményrendszer kliensévé válik pszichiátriai problémáinak esetében.

Noha a bázisévhez képest a 60-64 évesek száma növekedett leginkább, a pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátásában nem ennek a korosztálynak a létszáma dominál. Mind a közösségi, mind pedig a nappali ellátásban a 40-59 évesek jelenléte a legnagyobb arányú, a vizsgált időszak átlagában ők teszik ki a gondozottak felét. A második

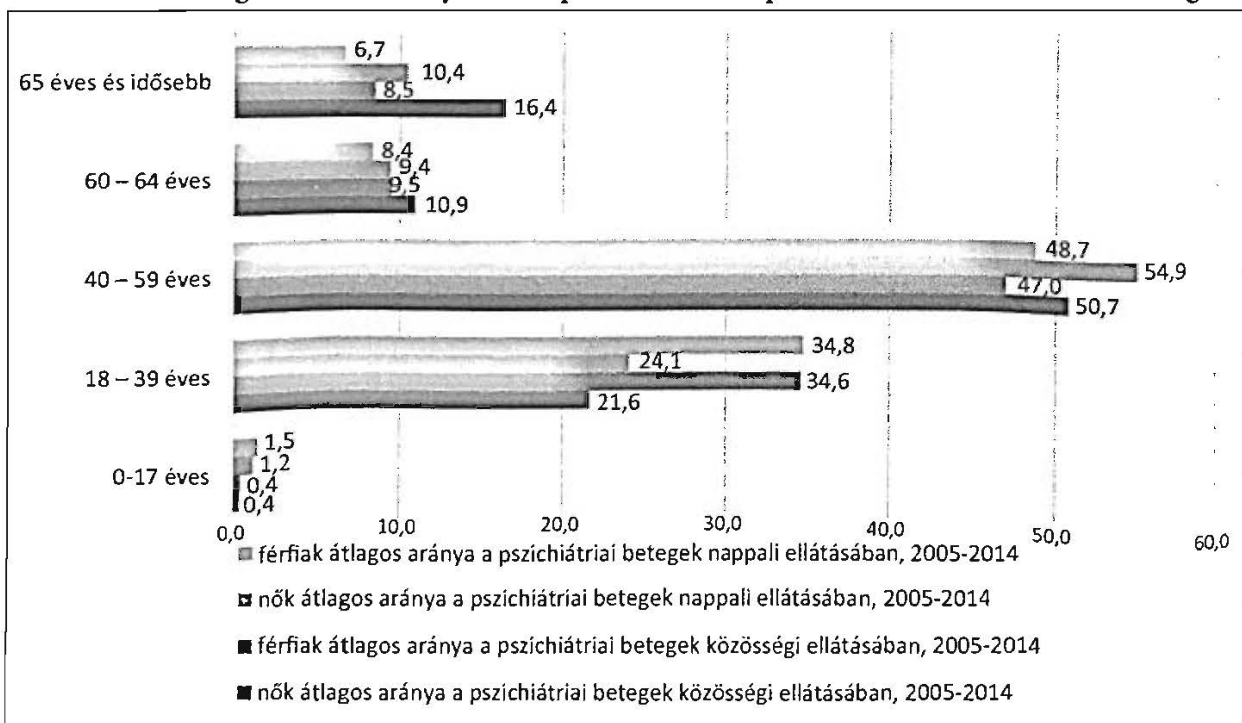
legnépesebb korcsoport az időintervallum átlagában a 18-39 éveseké, akik így számítva a gondozottak több mint negyedét jelentik, viszont arányuk fokozatosan csökken. Ezzel szemben a 60-64 évesek aránya 2010 óta emelkedő trendet mutat mindkét ellátástípusban (6. tábla).

Ha az életkori csoportok szerinti vizsgálódásba a nemek szerinti bontást is belevisszük, akkor csak mennyiségi eltérést tapasztalunk, amennyiben a 60-64 éves korú nők számának emelkedése nagyobb arányú 2005-ről 2014-re, mint az ugyanebbe a korcsoportba tartozó férfiaké. Az időszak átlagos ellátotti arányait életkori bontásban tekintve megállapíthatjuk, hogy a 18-39 éves korcsoportban még a férfiak átlagos aránya nagyobb mindkét ellátástípusban, előttről viszont már a nők jelenléte válik dominánssá (3. ábra).

6. tábla: Korcsoportokhoz tartozók aránya a pszichiátriai betegek alap és nappali ellátásában, 2005-2014 (%)

| Megnevezés | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2005-2014 évek átlaga |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | | | | | | | | | |
| 0-17 éves | 1,0 | 1,3 | 0,5 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,4 |
| 18 – 39 éves | 25,4 | 28,1 | 27,2 | 28,2 | 27,9 | 26,9 | 26,1 | 23,3 | 23,2 | 22,1 | 25,8 |
| 40 – 59 éves | 47,3 | 45,1 | 49,1 | 47,4 | 50,4 | 50,4 | 51,0 | 51,8 | 52,5 | 50,4 | 49,5 |
| 60 – 64 éves | 10,6 | 10,2 | 7,3 | 10,3 | 8,8 | 10,5 | 10,3 | 11,1 | 11,8 | 14,3 | 10,5 |
| 65 éves és idősebb | 15,8 | 15,3 | 16,0 | 13,7 | 12,8 | 12,1 | 12,6 | 13,7 | 12,2 | 13,2 | 13,7 |
| Összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | | | | | | | | | | |
| 0-17 éves | 1,8 | 2,6 | 2,9 | 3,8 | 0,9 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 1,3 |
| 18 – 39 éves | 36,9 | 29,2 | 32,6 | 31,7 | 28,4 | 27,5 | 26,1 | 24,4 | 23,5 | 22,1 | 28,2 |
| 40 – 59 éves | 44,3 | 46,9 | 47,6 | 50,3 | 57,8 | 56,7 | 56,5 | 54,9 | 56,3 | 54,1 | 52,5 |
| 60 – 64 éves | 5,8 | 9,4 | 9,5 | 6,6 | 7,1 | 8,1 | 8,7 | 11,0 | 10,7 | 13,0 | 9,0 |
| 65 éves és idősebb | 11,1 | 11,9 | 7,5 | 7,6 | 5,8 | 7,6 | 7,9 | 9,7 | 9,4 | 10,8 | 8,9 |
| Összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

3. ábra: Férfi és nő gondozottak arányai korcsoportok és ellátástípusok szerint a 2005-2014 évek átlagában, (%)



Az ellátottak fenntartók, megyék és településnagyság szerint

Az OSAP adatok elemzésénél lehetőség van arra, hogy az ellátottakat fenntartók, területi egységek és településnagyság kategóriák szerint is megvizsgáljuk. A fenntartók esetében inkább a férőhelyek fenntartásáról beszélhetnénk, mintsem az ellátottakéről, viszont a közösségi ellátás esetében a férőhelyek nem értelmezhetők, ezért az összehasonlíthatóság érdekében itt is az ellátottak adatai alapján állapíthatunk meg összefüggéseket, úgy tekintve, hogy az

ellátottakat gondozó intézmények fenntartóit vesszük statisztikailag szemügyre. (Területi egységek és településnagyság kategóriák esetében az ellátottak megoszlása már nyelvi megszorítás nélkül is értelmezhető.)

Fenntartók

A pszichiátriai betegek közösségi ellátásában legnagyobb részt települési önkormányzatok és önkormányzati intézményfenntartó társulások vesznek részt, kisebb részben pedig nonprofit szervezetek: alapítványok, egyesületek.

nonprofit gazdasági társaságok (2007. 07. 01. előtt közhasznú társaságok). A 2005-től 2014-ig tartó időintervallumban azonban jelentős átstrukturálódás ment végbe a pszichiátriai betegek közösségi ellátását biztosító intézmények fenntartásában. Míg 2005-ben az ellátottak kétharmada tartozott valamely települési önkormányzat által fenntartott intézményhez, 2010-ben már csak ötödük, 2014-ben pedig nyolcaduk. Ezzel párhuzamosan viszont megnőtt az önkormányzati intézményfenntartó társulások jelentősége: ezek fenntartó szerepe folyamatosan emelkedve elérte, hogy 2014-re már az ellátottak 35,9 %-a tartozott hozzájuk, 2005-ben még csak 12,7 %-uk kapcsolódott ezekhez a társulásokhoz. Az adatok alapján tehát a vizsgált ellátástípusban az nem igazolható, hogy „A közösségi alapú szolgáltatások működtetői leginkább civil szervezetek” (Bugarszki 2011: 81.). A nonprofit szervezetek közül az alapítványok fenntartó tevékenysége a legjelentősebb, a három kiválasztott év átlaga alapján. Az egyesületek ellátó szerepe az alapítványokétól elmaradva, de egyenletes nö-

vekedést mutat, míg a nonprofit gazdasági társaságok (kht.-k) 2005-ről 2010-re erőteljes emelkedést mutattak fel, 2010-ről 2014-re viszont csökkent a hozzájuk tartozó ellátottak aránya (7. tábla).

Tendenciáit tekintve teljesen hasonló a helyzet a pszichiátriai betegek nappali ellátásának tekintetében is, némi eltéréssel. Ezek közül kiemelhetjük, hogy a települési önkormányzatok 2005-ben még kisebb arányban vették ki a részüket ennek az ellátástípusnak a fenntartói tevékenységéből, de 2014-re azonos szintre kerültek a közösségi ellátással. Az alapítványok pedig 2005-ben az ellátottaknak még közel háromnegyedét látták el, viszont 2014-ben már csak 31,1 %-ukat. Ennek ellenére a nappali ellátások körében az alapítványok és egyesületek 2014-ben is több klienst látnak el, mint az önkormányzati szervezetek.

Vannak olyan fenntartók, akiknek ellátó tevékenysége folyamatosan nem mutatható ki a statisztikai adatok alapján. Ilyen az egyházaknak, egyházi szervezeteknek a jelenléte, akik 2005-ben még nem folytattak statisztikában

7. tábla: Pszichiátriai betegek alap és nappali ellátása az intézmények fenntartói szerint, 2005-2014 (XII. 31., fő)

| Fenntartók | Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | |
|---|--|-------|-------|--|-------|-------|
| | 2005 | 2010 | 2014 | 2005 | 2010 | 2014 |
| Ellátottak száma (fő) | | | | | | |
| Települési önkormányzat | 759 | 1067 | 529 | 190 | 278 | 379 |
| Megyei (fővárosi) önkormányzat | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Önkormányzati intézményfenntartó társulás | 144 | 746 | 1470 | 0 | 47 | 527 |
| Egyház, egyházi intézmény | 0 | 500 | 240 | 0 | 244 | 566 |
| Közhasznú társaság (nonprofit gazdasági társaság) | 29 | 725 | 479 | 11 | 237 | 233 |
| Alapítvány | 175 | 682 | 750 | 503 | 895 | 922 |
| Egyesület | 29 | 518 | 541 | 0 | 217 | 333 |
| Társas vállalkozás | 0 | 0 | 46 | 0 | 27 | 0 |
| Központi költségvetési intézmény | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Közalapítvány | 0 | 0 | 38 | 0 | 0 | 0 |
| Többcélú kistérségi társulás | 0 | 1083 | 0 | 0 | 183 | 0 |
| Összesen | 1136 | 5321 | 4093 | 704 | 2131 | 2964 |
| Ellátottak aránya (%) | | | | | | |
| Települési önkormányzat | 66,8 | 20,1 | 12,9 | 27,0 | 13,0 | 12,8 |
| Megyei (fővárosi) önkormányzat | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Önkormányzati intézményfenntartó társulás | 12,7 | 14,0 | 35,9 | 0,0 | 2,2 | 17,8 |
| Egyház, egyházi intézmény | 0,0 | 9,4 | 5,9 | 0,0 | 11,5 | 19,1 |
| Közhasznú társaság (nonprofit gazdasági társaság) | 2,6 | 13,6 | 11,7 | 1,6 | 11,1 | 7,9 |
| Alapítvány | 15,4 | 12,8 | 18,3 | 71,4 | 42,0 | 31,1 |
| Egyesület | 2,6 | 9,7 | 13,2 | 0,0 | 10,2 | 11,2 |
| Társas vállalkozás | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 1,3 | 0,0 |
| Központi költségvetési intézmény | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Közalapítvány | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Többcélú kistérségi társulás | 0,0 | 20,4 | 0,0 | 0,0 | 8,6 | 0,0 |
| Összesen | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

megjelenített fenntartói tevékenységet ezen a területen. Később szerepük elsősorban a nappali ellátás tekintetében mondható jelentősnek, 2014-ben már az itt ellátottak csaknem egyötöde egyházi fenntartású intézményben kap gondozást.

Vannak olyan fenntartók, amelyek ellátói tevékenysége inkább kivételesnek mondható, ide tartoznak a társas vállalkozások és a többcélú kistérségi társulások; a megyei (fővárosi) önkormányzatok, központi költségvetési intézmények, közalapítványok; előbbieket valódi fenntartói tevékenysége is kérdéses a számok alapján. Bugarszki korábban azt állapította meg, hogy „A pszichiátriai otthonok fenntartói az esetek többségében megyei önkormányzatok” (Bugarszki 2011: 72), vagyis a megyei önkormányzatok inkább a bentlakásos intézmények fenntartásában játszanak szerepet. Végül említsük meg, hogy a kiválasztott években, ezekben a szociális szolgáltatásokban egyáltalán nem volt semmiféle kimutatható fenntartói tevékenysége az

egyéni vállalkozásoknak és a kisebbségi önkormányzatoknak, ezért ezek a szervezetek a táblázatban sem kerültek feltüntetésre.

Megyék és régiók

A pszichiátriai betegek ellátotti adatai arra a kérdésre is választ adhatnak, hogy vannak-e olyan területi egységek, amelyekben az ellátottak száma eltér az országos átlagtól, méghozzá ezt meghaladóan. Mivel az ellátottak száma, mint már láttuk, viszonylag kevés, ezért a megyénél kisebb területi egységet nem célszerű figyelembe venni. Az összehasonlítást intenzitási viszonyszámok segítségével tehetjük meg, mivel az egyes megyék különböző lakosságáma miatt az abszolút számok önmagukban nem tükrözik az ellátásokban részesülők valódi nagyságrendjét (8. tábla). Az adatok értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy az alap és nappali ellátások létesítése nem általánosan kötelező önkormányzati feladat, ezért az ellátottak száma, vala-

8. tábla: Százezer lakosra jutó ellátott megyék és régiók szerint, 2005-2014 (XII. 31-én, fő*)

| Terület | Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | |
|------------------------|--|------|------|--|------|------|
| | 2005 | 2010 | 2014 | 2005 | 2010 | 2014 |
| Budapest | 18 | 72 | 37 | 23 | 30 | 28 |
| Pest | 12 | 19 | 24 | 2 | 2 | 2 |
| Közép-Magyarország | 15 | 50 | 31 | 15 | 18 | 18 |
| Fejér | 12 | 22 | 33 | 0 | 11 | 11 |
| Komárom-Esztergom | 0 | 29 | 36 | 6 | 7 | 7 |
| Veszprém | 7 | 37 | 29 | 0 | 6 | 19 |
| Közép-Dunántúl | 7 | 29 | 32 | 2 | 8 | 12 |
| Győr-Moson-Sopron | 6 | 42 | 29 | 3 | 15 | 15 |
| Vas | 21 | 76 | 35 | 4 | 29 | 82 |
| Zala | 0 | 78 | 47 | 0 | 23 | 36 |
| Nyugat-Dunántúl | 8 | 61 | 36 | 2 | 21 | 38 |
| Baranya | 0 | 58 | 61 | 0 | 9 | 21 |
| Somogy | 10 | 53 | 76 | 0 | 0 | 0 |
| Tolna | 25 | 73 | 63 | 0 | 4 | 4 |
| Dél-Dunántúl | 9 | 60 | 67 | 0 | 5 | 9 |
| Borsod-Abaúj-Zemplén | 0 | 8 | 29 | 14 | 15 | 15 |
| Heves | 2 | 29 | 47 | 0 | 4 | 4 |
| Nógrád | 0 | 46 | 71 | 0 | 0 | 0 |
| Észak-Magyarország | 0 | 20 | 41 | 8 | 10 | 10 |
| Hajdú-Bihar | 7 | 120 | 70 | 2 | 26 | 87 |
| Jász-Nagykun-Szolnok | 0 | 39 | 40 | 0 | 44 | 65 |
| Szabolcs-Szatmár-Bereg | 15 | 68 | 44 | 0 | 48 | 59 |
| Észak-Alföld | 8 | 79 | 52 | 1 | 39 | 70 |
| Bács-Kiskun | 14 | 55 | 26 | 0 | 3 | 4 |
| Békés | 34 | 87 | 66 | 26 | 111 | 146 |
| Csongrád | 25 | 79 | 60 | 7 | 32 | 37 |
| Dél-Alföld | 23 | 71 | 48 | 10 | 42 | 54 |
| Összesen | 11 | 53 | 42 | 7 | 21 | 30 |

*Kerekített értékek. A tárgyévet követő év január 1-ének népességadatai alapján.

mint ingadozása az önkormányzatok e téren történő szerepvállalásait is tükrözi, valamint függ attól is, hogy milyen nagyságrendű a területen az ellátásra kötelezett önkormányzatok száma.

A szociális statisztikában általában a tízezer lakosra jutó mutatót közlik, de mivel a számlálóban szereplő ellátotti számok kicsik, ezért a könnyebb összehasonlíthatóság és áttekinthetőség érdekében a százezer lakosra jutó értéket számítottuk ki. A megyénkénti ellátotti adatok évenként és ellátástípusok szerint is mutatnak eltéréseket.

A pszichiátriai betegek közösségi ellátásának területi adatai szerint az országos átlagnál elsősorban Békés, Csongrád és Tolna megyékben volt több a százezer lakosra jutó gondozottak száma, és még további hat megyében volt 11 fő feletti az ily módon számított kliensszám. 2014-ben már a kliensszám növekedése miatt 42 fő közösségi ellátásban résztvevő jut százezer lakosra országosan, a legtöbb ellátott viszont Somogy, Nógrád és Hajdú-Bihar megyékben van, a 2005-ben még leginkább kiugró megyék ezek mögé szorulnak. A nappali ellátásban ezzel szemben Békés, Budapest és Borsod területén van az országos szintet meghaladó gondozotti létszám, 2014-re Békés megye mellett Hajdú Bihar és Vas megyék kerülnek a legtöbb gondozottat felmutató területi egységek közé.

Amellett, hogy a gondozottak területi megoszlása függ az ellátórendszer megyei, regionális kialakításától is, az adatokból látható, hogy vannak olyan megyék, ahol a gondozottak intenzívebb jelenléte mutatható ki. Első helyen Békés megye említhető, amely 2005-ben és 2014-ben egyaránt az országos szintet meghaladón mutatót ki pszichiátriai betegeket, mind az alap-, mind pedig a nappali ellátás keretében. Mindkét ellátástípusban kiemelkedő a százezer lakosra jutó ellátottak száma Hajdú Bihar megyében 2014-ben, de ide sorolhatjuk még Szabolcs Szatmár és Zala megyét is. Budapest ugyanakkor 2014-re már nem mutat fel kiemelkedő értéket a vizsgált mutató tekintetében. Az azonban nem állítható, hogy ezekben a megyékben a pszichiátriai betegek számának a megoszlása is ezt a sortrendet tükrözi, mert az önkormányzatok intézménylétrehozási szándéka is megjelenik az adatokban.

Településnagyság

A szociális ellátásokról szóló 1993: III. tv. (Szocvtv.) a települési önkormányzatok kötelező feladatait a népességnagyság kategóriái szerint részletezi. Ezek a feladatok időben változtak, 2005-ben még a törvény 86. § (2) bek. b) pontja szerint nappali ellátást kell biztosítani azokon a településeken, ahol a háromezer főnél több állandó lakos él, és ugyanezen bekezdés c) pontja szerint a tízezer főnél több állandó lakossal rendelkező településeken még közösségi ellátásokat is köteles volt biztosítani – a pszichiátriai betegek részére is. A 2014-ben hatályos törvényszöveg szerint

viszont nappali ellátást már csak tízezer fős településnagyság fölött kell biztosítani, a közösségi ellátások biztosításának kötelezettsége pedig átkerült a megyei jogú városok kötelezettségei közé.⁴

A rendelkezésre álló településnagyság kategóriái sem tükrözik a szociális törvény népességnagyság csoportok szerinti megközelítését. Az adatok vizsgálatából – amely a fentebb említettek szerint ugyancsak a százezer lakosra jutó mutató alapján végezhető – azt állapíthatjuk meg, hogy mindhárom kiemelt évben az országos átlagtól való legnagyobb eltérés a 10-19 ezer és az 50-99 ezer lakosságszámú kategóriában figyelhető meg, közösségi és nappali ellátás keretében egyaránt. Budapesten, ahol mindkét ellátástípusban a százezer lakosra jutó ellátottak száma az országos átlagnál magasabb volt 2005-ben és 2010-ben, 2014-re az ellátottak száma már nem érte el az országos átlagot (9. tábla).

9. tábla: Ellátottak alakulása településnagyság szerint százezer lakosra, 2005, 2010, 2014 (XII. 31-én, fő*)

| Településnagyság | Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | |
|------------------|--|------|------|--|------|------|
| | 2005 | 2010 | 2014 | 2005 | 2010 | 2014 |
| x – 499 fő | 0 | 0 | 15 | 7 | 21 | 61 |
| 500 – 999 fő | 1 | 20 | 18 | 0 | 9 | 0 |
| 1000 – 1999 fő | 4 | 0 | 0 | 1 | 13 | 6 |
| 2000 – 4999 fő | 11 | 32 | 21 | 5 | 11 | 18 |
| 5000 – 9999 fő | 15 | 52 | 46 | 1 | 20 | 31 |
| 10000 – 19999 fő | 12 | 108 | 88 | 0 | 34 | 58 |
| 20000 – 49999 fő | 12 | 44 | 52 | 4 | 13 | 19 |
| 50000 – 99999 fő | 13 | 78 | 67 | 17 | 38 | 66 |
| 100000 – x fő | 11 | 62 | 47 | 0 | 20 | 31 |
| Budapest | 18 | 72 | 37 | 23 | 30 | 28 |
| Ország összesen | 11 | 53 | 42 | 7 | 21 | 30 |

*Kerekített értékek. A tárgyévét követő év január 1-ének népességszáma alapján.

Foglalkoztatottak adatai

A pszichiátriai betegek alap- és nappali ellátására vonatkozó OSAP adatfelvétel még leginkább a foglalkoztatottakkal kapcsolatban tartalmaz elemezhető adatokat. Ezek az ellátottakénál jóval kisebb terjedelemben állnak rendelkezésre és elemzésük az adatfelvétel kérdéseiben történt változások is befolyásolják.

Az adatgyűjtésben 2005-től 2012-ig a foglalkoztatottak száma a tárgyév utolsó napjára volt kiszámítva, és tartalmazta a teljes- és részmunkaidős munkavállalók számát is, külön az ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők és külön a szakképzett dolgozók számának tekintetében. 2013-tól a kérdőív már másként tartalmazza az alkalmazottakra vonatkozó kérdéseket: a foglalkoztatottak összes száma helyett a szervezet tevékenységében részt vevők összes számát szerepelteti, amely már az alkalmazásban állók éves átlagos állományi létszámának és a szervezet

tevékenységében részt vevő egyéb foglalkoztatottak éves átlagos állományi létszámának összege. Ezt bontja az elemzésünk szempontjából fontos ápolási, gondozási munkát végzőkre, ezen belül szakképzettekre; a teljes- és részmunkaidősök számát már nem kérdezi a kitöltő intézményektől. Az idősor szempontjából tehát a foglalkoztatottakra vonatkozóan 2013-ban és 2014-ben az adatok tartalma éves átlagszám, nem pedig egy év végi állapotmutató. Ennek jelentősége, hogy az időbeli változás, mind az abszolút számok, mind a belőlük számított mutatók tekintetében, 2005-től csak 2012-ig követhető nyomon, a 2014-es változások csak 2013-hoz viszonyíthatók (10. tábla).

Az adatokból az látható, hogy a közösségi ellátásban foglalkoztatottak alakulása, mindegyik alkalmazotti típusban, hasonló görbét ír le, mint az ellátottak alakulása. De az ellátottak száma csak 2011 után kezd csökkenni, addig a foglalkoztatottak számának csökkenése már ezt megelőzően, 2009-től megindul. Felvethető kérdés, hogy a foglalkoztatottak számának csökkenése befolyásolhatta-e az ellátottak számának csökkenését, ez azonban az adatok alapján nem válaszolható meg. A nappali ellátásban viszont a foglalkoztatottak száma – hasonlóan az ellátottakéhoz – egyenletes emelkedést mutat.

Az adatok alapján a foglalkoztatottsággal összefüggésben feltehetően olyan kérdések, hogy hogyan alakul az ellátottakra jutó szakképzettek száma, valamint milyen arányú a szakképzetteknek a jelenléte az összes foglalkoztatotton belül.

Mindkét ellátástípusban hasonlóan alakul a szakmai munkakörökben foglalkoztatottakra jutó ellátottak száma, akár az ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők, akár ezek számán belül a szakképzetteket vesszük figyelembe: bár hullámzásokkal, de 2006-tól inkább emelkedő trend figyelhető meg a szakmai foglalkoztatottakra jutó ellátottak száma tekintetében 2012-ig, azaz egyre több ellátott jut a szakszemélyzetre eddig a vonatkoztatási időpontig (4. ábra). 2013-ról 2014-re az új számítási módszer szerint viszont már csökken az egy főre jutó ellátotti létszám.

A foglalkoztatási helyzet romlására utalhatna az a tény is, hogy 2012-re mindkét vizsgált ellátástípusban a szakképzettek aránya, bár hullámzóan, de valamelyest csökken 2005-höz képest, akár az összes foglalkoztatottakon belül, akár pedig az ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők kategóriáját vesszük alapul (11. tábla). 2013-ról 2014-re azonban javuló arány mutatkozik az új számítási módszer szerint, de két év adatai nem teszik lehetővé kellően megalapozott következtetések levonását.

Összegzés

Az OSAP adatgyűjtésekből az egyes szociális intézmények alapstatisztikái ismerhetők meg. Tanulmányunkban a pszichiátriai betegek közösségi és nappali ellátásának adatait vizsgáltuk, területi, fenntartói és népességnagyság kategóriák szerinti bontásban. A pszichiátriai betegek közösségi

10. tábla: A foglalkoztatottak számának változása, 2005-2014 (fő)*

| Megnevezés | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | | | | | | | | |
| Foglalkoztatottak száma összesen | 94 | 260 | 346 | 402 | 350 | 340 | 350 | 303 | 279 | 248 |
| Ebből ^{a)} : ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők száma | 91 | 259 | 341 | 394 | 340 | 337 | 332 | 283 | 220 | 218 |
| - teljes munkaidőben | 69 | 182 | 263 | 310 | 237 | 241 | 231 | 195 | | |
| - részmunkaidőben | 21 | 62 | 73 | 71 | 65 | 53 | 58 | 56 | | |
| Ebből ^{b)} : a szakképzett foglalkoztatottak száma | 87 | 230 | 297 | 367 | 314 | 302 | 295 | 266 | 196 | 199 |
| - teljes munkaidőben | 66 | 159 | 227 | 294 | 222 | 223 | 208 | 184 | | |
| - részmunkaidőben | 20 | 58 | 66 | 61 | 58 | 42 | 51 | 55 | | |
| Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | | | | | | | | | |
| Foglalkoztatottak száma összesen | 51 | 69 | 92 | 125 | 163 | 176 | 206 | 223 | 273 | 241 |
| Ebből ^{a)} : ápolási, gondozási munkát végzők, személyes segítők száma | 49 | 66 | 89 | 116 | 160 | 168 | 194 | 201 | 164 | 197 |
| - teljes munkaidőben | 33 | 48 | 62 | 67 | 83 | 109 | 137 | 140 | | |
| - részmunkaidőben | 11 | 12 | 20 | 39 | 61 | 34 | 39 | 38 | | |
| Ebből ^{b)} : a szakképzett foglalkoztatottak száma | 41 | 57 | 77 | 94 | 117 | 151 | 167 | 164 | 140 | 185 |
| - teljes munkaidőben | 28 | 45 | 58 | 57 | 65 | 99 | 121 | 111 | | |
| - részmunkaidőben | 11 | 9 | 16 | 33 | 36 | 29 | 29 | 37 | | |

*2005-2012 között tárgyév XII. 31-én foglalkoztatottak száma, 2013-tól az éven belüli átlagos állományi létszám alapján.

a) Az összes foglalkoztatottból.

b) Az ápolási, gondozási munkát végzőkből.

és nappali ellátásáról a hivatalos statisztika meglehetősen kevés adatot rögzít, leginkább az ellátottak és az ellátásra várakozók száma ismerhető meg belőlük, előbbiek nemi és életkori bontása is rendelkezésre áll. Ezzel kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy a nők inkább kerülnek be ezekbe az ellátástípusokba, ami felveti az intenzívebb növekedés kérdését a pszichológiai túlterhelésekkel szemben. A leginkább veszélyeztetett korosztálynak a 60-64 évesek tekinthetők, mintha ez a nyugdíj előtt álló, vagy frissnyugdíjas korosztály fokozottabban lenne alanya a pszichiátriai ellátásoknak.

Mivel a statisztikailag kimutatható férőhelyek száma kisebb, mint az ellátottak száma, ebből arra következtethetünk, hogy a pszichiátriai intézményrendszerben a nappali ellátás szociális szolgáltatásaira nagyobb igény mutatkozik, mint amennyi a rendelkezésre álló keretek között kielégíthető. Ennek alapján igazolhatónak látszik Bugarszki megállapítása: „Mára az ún. krónikus ellátásoknál világsszerte nyilvánvalóvá vált, hogy sem a szociális, sem az egészségügyi intézmények nem képesek lefedni az egyre nagyobb ellátási igényeket. Legyen szó idősekről, szenvedélybetegekről, pszichiátriai betegekről vagy akár fogya-

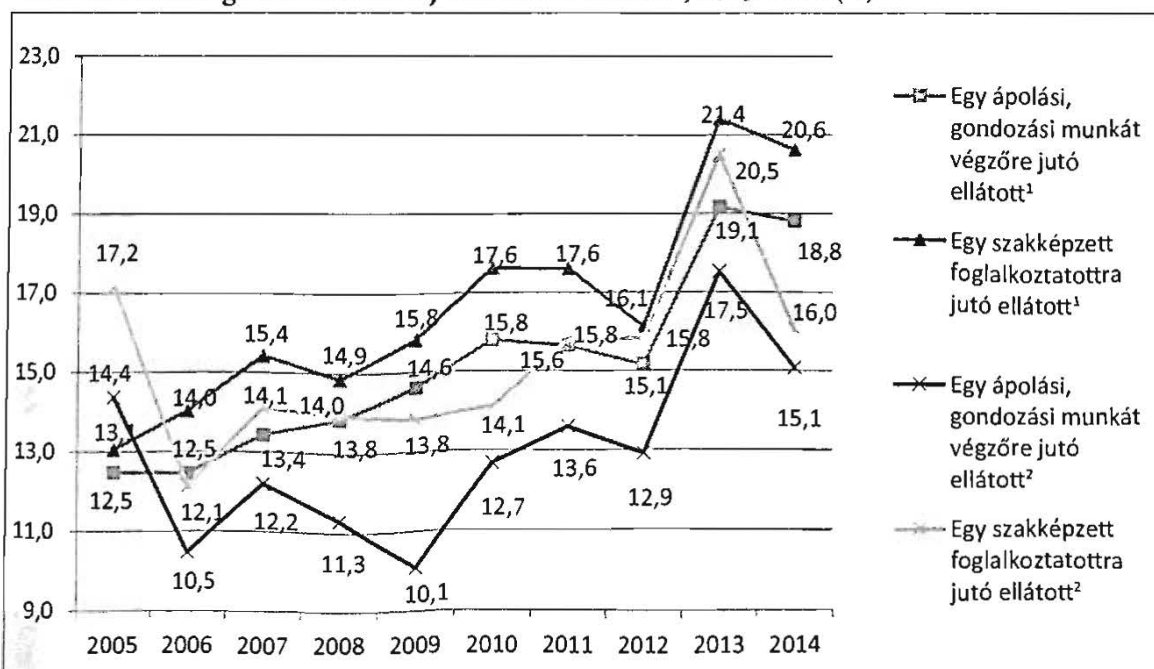
11. tábla: Szakmai foglalkoztatottak aránya a foglalkoztatottak között, 2005-2014 (%)*

| Megnevezés ¹ | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Pszichiátriai betegek közösségi ellátása | | | | | | | | | | |
| Ápolási, gondozási munkát végzők aránya a foglalkoztatottak között | 96,8 | 99,6 | 98,6 | 98,0 | 97,1 | 99,1 | 94,9 | 93,4 | 78,7 | 87,9 |
| Szakképzettek aránya a foglalkoztatottak között | 92,6 | 88,5 | 85,8 | 91,3 | 89,7 | 88,8 | 84,3 | 87,8 | 70,4 | 80,1 |
| Szakképzettek aránya ápolási, gondozási munkát végzők között | 95,6 | 88,8 | 87,1 | 93,1 | 92,4 | 89,6 | 88,9 | 94,0 | 89,4 | 91,1 |
| Pszichiátriai betegek nappali ellátása | | | | | | | | | | |
| Ápolási, gondozási munkát végzők aránya a foglalkoztatottak között | 96,1 | 95,7 | 96,7 | 92,8 | 98,2 | 95,5 | 94,2 | 89,9 | 60,2 | 81,6 |
| Szakképzettek aránya a foglalkoztatottak között | 80,4 | 82,6 | 83,7 | 75,2 | 71,8 | 85,8 | 81,1 | 73,3 | 51,4 | 76,7 |
| Szakképzettek aránya ápolási, gondozási munkát végzők között | 83,7 | 86,4 | 86,5 | 81,0 | 73,1 | 89,9 | 86,1 | 81,6 | 85,5 | 94,0 |

*2005-2012 közötti tárgyév XII. 31-én foglalkoztatottak száma, 2013-tól az éven belüli átlagos állományi létszám alapján.

a) Az ápolási, gondozási munkát végzők között vannak a személyes segítők is.

4. ábra: Szakmai foglalkoztatottakra jutó ellátottak száma*, 2005-2014 (fő)



*2005-2012 közötti tárgyév XII. 31-én foglalkoztatottak, 2013-tól az éven belüli átlagos állományi létszám alapján.

1) Pszichiátriai betegek közösségi ellátása.

2) Pszichiátriai betegek nappali ellátása.

tékkal élőkrol, nyilvánvaló, hogy az intézmények kapacitása elégtelen, a professzionális gondozó szolgáltatások túlterheltek. Az érintettek döntő többsége saját lakókörnyezetében él, és a feljük forduló gondoskodást (ezt, ha szakemberektől érkezik, azonnal ellátásnak hívjuk) a családtag illetve a közvetlen környezet oldja meg. Ma úgy tűnik, hogy a krónikus ellátás akkor oldható meg, ha az érintettek közvetlen ellátása helyett a természetes támogató közeget erősítjük. Az intézmények számának nagyságrendekkel történő növelése financiálisan illuzórikus, és szakmailag sem optimális megoldás” (Bugarszki 2003: 68).

Területi szempontból kiemelkedik Békés megye, ahol kiugróan magas az ellátottak száma, ez azonban az önkormányzatok ellátási elkötelezettségével is magyarázható. A fenntartók elemzése azt mutatja, hogy az önkormányzatok szerepvállalása legnagyobb a közösségi ellátásokban, míg a nappali ellátásban az alapítványok és az egyesületek szerepe kiemelkedő.

A foglalkoztatottak adataiból nem vonhatók le egyértelmű következtetések az adatfelvételi módszer változásai következtében. 2005-től 2012-ig azt valószínűsíthetnénk, hogy a foglalkoztatottak helyzete romlott ezekben az ellátástípusokban, mert egy szakképzett ápolási, gondozási munkát végzőre nagyobb számú ellátott jut az időszak végére. Az új számítási módszer bevezetése miatt azonban 2013 után az egy főre jutó ellátottak száma csökken és a szakképzettek aránya is növekedést mutat, ami az ellátottak helyzetének a javulását is valószínűsítheti.

Az adatok részletezettsége csak korlátozott elemzést tesz lehetővé, ezért számos kérdés marad továbbra is nyitva, amelyet a statisztikai adatok elemzése nem válaszolhat meg, – vagy nem kielégítően, – ezért az adatok alapján levonható következtetéseket hipotéziseknek lehet tekinteni a további vizsgálatokhoz.

Irodalom

- Bányai Borbála: Intézmények a munkaerőpiaci rehabilitáció területén – Pszichiátriai betegek diagnosztizáltak a munkaerőpiacon. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia Doktori Iskola, Budapest 2014. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/851/1/Banyai_Borbala.pdf
- Bányai Borbála – Légmán Anna: Az állam szerepének változásai a pszichiátriai ellátórendszerben. Kézirat, MSZT 2009. éves konferencia anyaga, http://www.szociologia.hu/dynamic/BanyaiB_LegmanA_MSZT_konf_2009_tanulmany.doc
- Dr. Buda Béla A közösségi ellátás elméleti megközelítése. *Kapocs*, 2006. 2., 28-29. old. <http://ncsszi.hu/kiadvanyok/kapocs-letoltheto--lapszamai/kapocs-2006/97/news>
- Bugarszki Zsolt: A szociális munka új lehetőségei a pszichiátriai betegek ellátásában. *Életly* 2003/1. 67-86.
- Bugarszki Zsolt: A közösségi pszichiátriai ellátásról. Néhány gondolat egy új szolgáltatáshoz. *Életly* 2006/1. 67-73.
- Bugarszki Zsolt: Intézménytelenítés Magyarországon a mentális problémák kezelése területén. *Életly* 2011/2. 55-85.
- Gyarmati Andrea: Demensék a szociális ellátórendszerben. *Kapocs* 2010/2.
- Gyarmati Andrea: Demens betegek ellátásának körülményei, módszerei – egy kérdőíves kutatás eredményeinek tükrében. *Kapocs* 2012/1. 20-35. p.

Hroneycz Ildikó – Mátyás Karalint: A pszichiátriai betegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek vizsgálata I, II. *Kapocs* 2003/6, 2004/1.

Papházi Tibor: A gyermekjóléti szolgálatok a statisztika tükrében. In: Pácz Andrea (szerk.): *A gyermekjóléti szolgálatok feladatellátásának értékelési elemzése országos szinten*. Műhelytanulmány. Budapest 2015. 6-44. p. <http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/07/a-gyermekjoleti-szolgálatok-feladatellatasanak-ertekelesi-elemzese-orszagos-szinten.pdf>

Jegyzetek

- ¹ Az alapellátást és az alapszolgáltatást a továbbiakban *szociális ellátás* használjuk.
- ² Az adatok eltérő nagyságrendje miatt az ábra nem mutatja jól, ezért a diagramot nem jelenítjük meg.
- ³ A 1207-es OSAP adagyűjtés megkülönböztet 0 – 5, 6 – 13, 14 – 17, 18 – 39, 40 – 59, 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, 75 – 79, 80 – 89, 90 – a éves korosztályi kategóriákat, ezeket elemzésünkben 5 kategóriás, *összesen* bontásban alkalmazzuk.
- ⁴ 1993. évi III. tv. 90. § (2) bek. A 2014. 12. 31-én hatályos szöveg.

SZERZŐINK

Engler Ágnes

szociológus, magyar irodalom szakos tanár, intézetvezető helyettes egyetemi adjunktus,
DE BTK Neveléstudományi Intézete

Farkas Péter

szociológus, teológus, EMMI CSIAT főtanácsadó

Kereki Judit

közgazdász, gyógypedagógus, CSBO NKFT, KOGYI projekt szakmai vezetője

Komlósi Piroska

pszichológus, egyetemi docens, KRE BTK Társadalomtudományi és Médiatudományi Tanszék

Komolafe Cinderella

szociológus, PPKE BTK-án végzett

Pári András

szociológus, jogász, EMMI CSIAT osztályvezető

Papházi Tibor

szociológus, jogász, EMMI CSIAT családpolitikai szakreferens

Rosta Andrea

szociológus, tanszékvezető egyetemi docens, PPKE BTK Szociológiai Intézet

LEKTOROK

Farkas Péter, Földvári Mónika, Pári András, Papházi Tibor