



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (6-31)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/1

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Gondoskodási tőke, egészség-egyenlőtlenségek - a gondoskodás fogalom szerepe az egészség társadalmi determinánsainak elemzésében

Német Erzsébet Anita¹, Nagy Éva²

¹tanársegéd, SE-ETK, Budapest, Vas utca 17., ORCID: 0000-0001-6789-6647

²adjunktus, SE-ETK, Budapest, Vas utca 17., ORCID: 0000-0001-5325-8580

INFO

Nagy Éva
nagy.eva@semmelweis.hu

Keywords

social determinants of health, inequalities, care theory, early childhood

ABSTRACT

Abstract: Care is a key concept in different interpretations of health, illness and cure, and it has a major influence on various fields of research in medical and health sociology. Nevertheless it has yet to evolve into a well-established conceptual framework in these areas. Therefore in this paper we explore how care as a social determinant of health impacts health outcomes, and how concepts of social determinants of care enhance our understanding of the underlying mechanisms and pathways. We place TEAM-ECD framework at the centre of our analysis, because care is conceived of neither as a factor of inequality its own right, nor as a source of health inequalities by other frameworks that are in use in this field. We aim to fill these gaps by incorporating few approaches of care inequalities into the above-mentioned framework for the social determinants of healthy early childhood development

Kulcsszavak

az egészség társadalmi determinánsai, egyenlőtlenségek, gondoskodás, koragyermekkor

Absztrakt: A gondoskodás megkerülhetetlen fogalom az egészség, betegség, gyógyítás értelmezésében, ennek ellenére nem vált bevett konceptuális keretté az orvosi- és egészségszociológiában. Tanulmányunkban azt vizsgáljuk meg, hogy az egészséget meghatározó társadalmi determinánsok között milyen szerepet kaphat a gondoskodás, s hogyan egészíthetik ki e társadalmi tényezők hatásmechanizmusairól kidolgozott képet a gondoskodás társadalmi meghatározottságáról szóló koncepciók. Ehhez a kora gyermekkori egészséges fejlődést vizsgáló modellek közül a TEAM-ECD modell kerül az elemzés középpontjába. Ennek oka, hogy a területen ismert modellekben kis teret kapnak a gondoskodás egyenlőtlenségei, a gondoskodás nem jelenik meg önálló egyenlőtlenségi területként. A dolgozatban ezen hiányokra próbálunk választ találni, amikor a

gondoskodási egyenlőtlenségek néhány megközelítését
igyekszünk beilleszteni a koragyermekkori egészséges
fejlődés társadalmi meghatározóinak fent említett modelljébe.

Beérkezett: 2024.10.06.

Bírálat: 2024.10.17.

Elfogadva: 2024.11.05.

Bevezetés - a gondoskodás koncepciója az egészség társadalmi megközelítésében

A gondoskodás természetes módon kapcsolódik a betegség, egészség, gyógyítás hétköznapi tapasztalatához, és nehezen megkerülhető fogalom ezen jelenségek szociológiai, antropológiai értelmezéseiben is. Testi egészség és szociális-érzelmi jóllét, szakértő gyógyítás és laikus törődés, férfi szerepek és női életutak - néhány fogalompár, amely az egészség és a gondoskodás kapcsolatáról való gondolkodásunkat keretezheti. Ezen példák is jól tükrözik, hogy legyen szó professzionális vagy nemi szerepekről, a gondoskodás gyakran a gyógyítással összefüggésben jelenik meg, a gyógyítás praxisa szükségképpen előhívja a gondoskodói attitűdöt (Kottow 2001). A gyógyítás és a gondoskodás lényegbeli azonosságot mutat, ami abban áll, hogy az egészség és a jóllét nem választható el élesen egymástól. Az egészségről és jóllétről való társadalmi gondolkodásban egyaránt az a normatív állásfoglalás fejeződik ki, hogy milyen feltételek szükségesek az egyén társadalmi boldogulásához (Downie és Telfer 2021).

E könnyen felismerhető szoros kapcsolat ellenére, a gondoskodás nem vált bevett konceptuális keretté az egészség, betegség, gyógyítás szociológiai tanulmányozásában, noha a gondoskodáskutatás széles elméleti bázisának és kérdésfeltevéseinek köszönhetően nagy hatást gyakorolt számos kutatási területre a családszociológiától, a szociálpolitikán át az ápolásetikáig. A gondoskodás fogalmának kiterjedt értelmezési horizontjáról és interdiszciplináris beágyazottságáról részletes áttekintést ad Philips (1997), aki szisztematikusan vizsgálja a gondoskodás jelenségének és fogalmának oktatásban, jogban, egészségügyben, szociálpolitikában kibontakozó értelmezésmódjait. A gondoskodás társadalmi konstrukcióit elemző kutatásában Acsády és munkatársai (Acsády 2014) széles értelemben használják a gondoskodás fogalmát, amikor a betegápolóktól, a közösségfejlesztőktől át a szociális gondozási tevékenységet végzőkig, több, gondoskodó feladatokat ellátó szakembercsoportot vontak be vizsgálatukba. A gondoskodáskutatói megközelítéssel szemben ugyan kritikusan lép fel a fogyatékossgáttudomány számos képviselője, felhívva a figyelmet a

gondoskodásban rejlő hatalmi aszimmetria problémájára, ám a viták nagyban hozzájárulnak egy kidolgozottabb, a gondoskodást kapók és a gondoskodást nyújtók oldalát is figyelembe vevő gondoskodásfogalom kidolgozásához (Kröger 2009, magyarul Nagy 2021, Nagy-Horkai 2021).

A gondoskodáskutatás és az egészség-tematika összefonódottságát számos fogalmi-elméleti találkozási pont is jelzi. Jól tükrözi ezt az alábbi gondoskodás-definíció, amely egybecseng a gyógyítás tág értelmezését kínáló meghatározásokkal. Joan Tronto és Berenice Fisher szerint a gondoskodás nem kizárólag emberek közti viszonyra vonatkozhat, hanem kiterjedhet a tárgyi és az élővilág más területeire is. Így szerintük „a gondoskodás olyan sajátos tevékenység, amely mindent magában foglal, amit azért teszünk, hogy fenntartsuk, folytassuk, megjavítsuk a „világunkat”, hogy a lehető legjobban élhessünk benne. Ez a világ magában foglalja a testünket, önmagunkat, a környezetünket, mindazokat a dolgokat, melyeket egy összetett, életet fenntartó hálónak igyekszünk szőni.” (Tronto 1993:103) Hasonlóan átfogó értelmezést ajánl Antal Z. László a gyógyítás meghatározásához. Eszerint a gyógyítás szociológiai megközelítésben magában foglal minden olyan cselekvést, amely az egészségi állapot megőrzésére, a megromlott egészségi állapot helyreállítására, valamint az ápolásra, gondozásra szoruló betegek ellátására irányul (Antal Z. 2017). Ebben a meghatározásban a gyógyítás nem korlátozódik a fizikai egészséggel való foglalatosságra, hanem az érzelmi és szociális jóléttel való törődés is a részét képezi. Gyógyító tevékenységet ennél fogva nemcsak egészségügyi intézményekben, hanem többek között önszervező csoportokban, családokban, jótékonyági szervezetekben, civil kezdeményezésekben is végeznek.

Kiindulópontunk szerint tehát a gondoskodás a társadalom különféle intézményeiben zajló sokrétű gyógyító tevékenység része. Ekként értelmezve rávilágíthatunk a gondoskodás néhány társadalmi összefüggésére is. Például az egyes gyógyítói integrációs formák és a különféle társadalmi csoportok közötti kapcsolatokra, vagy akár arra, hogy az egyes társadalmi csoportokat hogyan érinti egyik vagy másik integrációs forma térnyerése, vagy épp térvesztése (Antal Z. 2017). Fontos látnunk, hogy a gondoskodást nyújtókra és kapókra egyaránt hatással vannak ezek a folyamatok, mi több, a gondoskodást nyújtó és kapó szerepek közötti határok fel is oldódhatnak ezek következtében. Bagyura és munkatársai (2023) kutatási eredménye ezt a megállapítást látszik alátámasztani: az idős, ápolásra szoruló családtag gondozásából származó megterhelés kedvezőtlen hatással van a gondozó hozzátartozók szubjektív

fizikai egészségére és érzelmi jóllétére. A szerzők aláhúzzák a támogatás fontosságát e vulnerábilis csoportban, melynek hiányában, mint rámutatnak, ők maguk is gondozásra szorulókká válhatnak, további terheket róva az ellátórendszerre.

A gondoskodás társadalmi-gazdasági környezettel összefüggő kérdései átvezetnek az egészség-egyenlőtlenségek problémaköréhez, s figyelmünket az egészség társadalmi meghatározóira irányítják. Felhasználva a gondoskodáskutatás területén kikristályosodó gondoskodási egyenlőtlenségekre vonatkozó megállapításokat tanulmányunkban azt vizsgáljuk meg, hogy az egészséget meghatározó társadalmi determinánsok között milyen szerepet kaphat a gondoskodás, illetve hogyan egészíthetik ki e társadalmi tényezők hatásmechanizmusairól kidolgozott képet a gondoskodás társadalmi meghatározottságáról kialakított koncepciók. Ehhez egy sajátosan érzékeny életszakasz, a kora gyermekkor kerül az elemzés középpontjába, hiszen az ebben az életszakaszban megélt hátrányok igen jelentősen befolyásolják a későbbi egészségi állapot alakulását, és alapvetően hozzájárulnak az egészséget érintő egyenlőtlenségképző tényezők halmozódásához. A kora gyermekkori egészséges fejlődést vizsgáló modellekben azonban viszonylag kis teret kapnak a gondoskodásban jelentkező egyenlőtlenségek, a gondoskodás nem jelenik meg sem önálló egyenlőtlenségi területként, sem az egészség-egyenlőtlenség egyik forrásaként. Fontos itt megemlíteni, hogy az elméleti irányválasztás során meghatározó szempont volt Német Erzsébet Anita doktori kutatása, melynek középpontjában a társadalmi és területi marginalizáció kora gyermekkori egészség-esélyekre gyakorolt hatásának vizsgálata áll (Simmelweis Egyetem Doktori Iskola Egészségtudományi Tagozat, témavezető: Dr. Vingender István). A kutatás a makrofolyamatok helyi lenyomatainak alulnézetből való exponálásával azt próbálja megragadni, hogy a lokális szinten túlmutató jelenségek miként alakítják a különféle jövedelmi helyzetű családok mozgásterét, egészséggel kapcsolatos viselkedését, valamint a szociokulturális, infrastrukturális, szolgáltatási és egészségügyi környezetük lehetőségeit, működését, és hogy milyen kölcsönhatások figyelhetők meg a humán ágencia és azt körülvevő szűkebb-tágabb társadalmi közeg között.

A dolgozatban ezen hiányokra próbálunk választ találni, amikor az alábbiakban a gondoskodási egyenlőtlenségek néhány megközelítését igyekszünk beilleszteni a koragyermekkori egészséges fejlődés társadalmi meghatározóinak egy konkrét modelljébe. Ehhez elsőként áttekintjük az

egészség társadalmi meghatározóit komplex rendszerben ábrázoló WHO-egészségdetermináns modell, majd a gondoskodás rövid fogalmi áttekintésére kerül sor. Áttekintve a vonatkozó szakirodalmat az egészséges koragyermekkorai fejlődés modelljei közül a TEAM-ECD modell az egyedüli, amelyben legalább vázlatosan felbukkan a gondoskodás dimenziója, ám részletei kidolgozatlanok maradnak, ennek kiegészítésére teszünk kísérletet a gondoskodás töke-felfogásának segítségével. Ilyen értelemben munkánk alapvetően elméleti jellegű, ám szándéka szerint kaput nyit a gondoskodás-fogalom számára az egészségszociológiai kutatások terében.

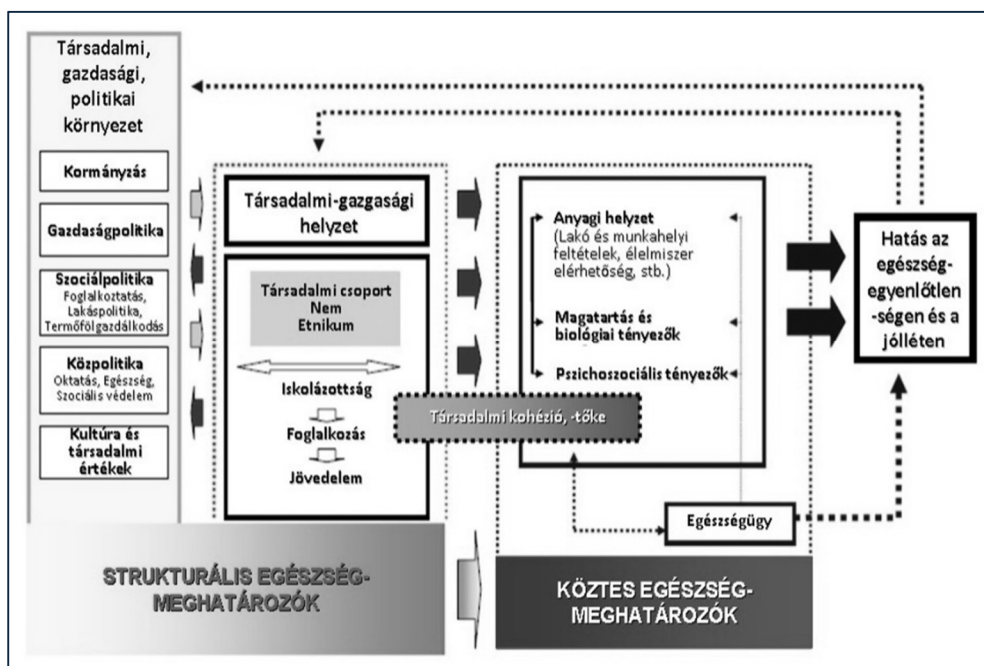
Az egészség társadalmi meghatározói

Az egészség társadalmi determinánsainak definiálásához szükség lehetne annak leírására, hogy mit értünk az egészség fogalma alatt. Azonban már némi felületes keresgéléssel is számtalan egészség-meghatározásra bukkanunk a vonatkozó szakirodalomban, melyek egymással is versengenek, s erre még ráarakódik a hétköznapi értelmezések végtelen sokfélesége. A tanulmány céljától is messze kanyarodnánk, ha ezen az úton indulunk el, így kiindulópontként megelégszünk azzal, hogy a WHO jól ismert 1946-os meghatározására hivatkozunk, mivel ennek megszületése óta aligha kerülhet meg az egészség definiálása során a társadalmi tényezők köre (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor 2021a), melyek az egészségegyenlőtlenségek koncepcióiban is alapvető szerepet kapnak.

Az egészség-egyenlőtlenségek azokat az egyes társadalmi csoportok egészségi állapota között tartósan fennálló különbségeket jelölik, amelyek a biológiai okokon túlmutatnak és társadalmi tényezőkkel hozhatók összefüggésbe (Blas és Kurup 2010). A definíció világos értékválasztást tükröz: e különbségeket igazságtalannak és megváltoztatandónak tekinti. Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi összefüggéseiről az Egészségügyi Világszervezet Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottsága égisze alatt kidolgozott konceptuális keret (Conceptual framework for action on the social determinants of health, továbbiakban: CSDH modell) nyújt átfogó képet (1. ábra) (Solar és Irwin 2010). A magyarázat kiindulópontja, hogy különbséget tesz az egészségre közvetlenül ható úgynevezett köztes egészségdeterminánsok és e meghatározók egyenlőtlen eloszlását alakító strukturális egészségmeghatározók között. A modell újszerűsége épp ebben rejlik: a társadalmi státusz és az egyének rendelkezésére álló erőforrások mellett, a gazdasági, politikai és társadalmi környezetet is magában foglalja,

ezzel pedig az egészségszűrők teljes spektrumát felöleli. Noha az egyén szintjén nem mérhető, a kormányzást, a jóléti állam redistribúciós politikáit, a foglalkoztatáspolitikát, oktatáspolitikát és egyéb közpolitikákat, valamint a társadalmi értékeket is felölelő gazdasági és társadalmi környezet a társadalom működésének törvényszerűségeit, ennél fogva a társadalom rétegződését alakítja. A társadalmi státusz pedig döntő befolyást gyakorol az egészségre közvetlenül ható kockázati tényezőkre: az anyagi körülményekre (munka és lakás-körülmények), a pszichoszociális helyzetre, és az egészségmagatartásra. A társadalmi kohézió, a bizalom és a szolidaritás mértéke, valamint az egészségügyi rendszer is szerepet játszik az egészség-egyenlőtlenségek alakításában, ellensúlyozhatják vagy fokozhatják a társadalmi státusz egészségi állapotra gyakorolt hatását. Mint láthatjuk, egyfajta tölcser szerkezetben, a disztális egészségszűrőktől a proximális meghatározók felé haladva bomlanak ki hatásmechanizmusok. Valójában azonban összefonódó folyamatok tárulnak fel, hiszen az egyének egészségi állapota meghatározza a társadalmi jólét szintjét, ami pedig visszahat az egészséget közvetetten és közvetlenül befolyásoló egészségmeghatározókra.

1.ábra: Az egészség strukturális és köztes meghatározói és kölcsönhatásai



Forrás: Vitrai 2011:17.

A fentebb idézett szerzőpáros, Solar és Irwin (2010), három társadalom epidemiológiai perspektívát különböztet meg, amelyen keresztül az egészség társadalmi meghatározói és az egészségi állapot közötti mechanizmusok szemlélhetők. Noha dolgozatunk szempontjából az életút perspektíva tűnik az adekvát szemüvegnek, amelyen keresztül a gondoskodás egészség-esélyekben játszott szerepét értelmezhetjük, akkor járunk el helyesen, ahogyan a szerzők is hangsúlyozzák, ha ezeket a megközelítéseket egyidejűleg alkalmazzuk, és az időbeliség mellett, a strukturális változókat, valamint az egészség társadalmi mobilitásban játszott szerepét egyaránt figyelembe vesszük. Ezeket a "lencsákat" egyidejűleg használva kaleidoszkópszerűen jelennek meg az egészség és a korai életévekben ható egészségdeterminánsok összefüggéseinek más és más mintázatai, amelyeknek csupán a körvonalait áll módunkban felrajzolni tanulmányunkban.

A társadalmi kiválasztódás nézőpont úgy tartja, hogy az egészség erőteljes hatást gyakorol arra, hogy az egyének milyen társadalmi pozícióra tehetnek szert. Az egészség ebben a megközelítésben maga is tőkefajta, hiszen az egyén számára társadalmi előnyök és hátrányok forrása. Lényeges látnunk, hogy a kedvezőtlen egészség gyakran maga is az életkörülmények alakulásában gyökerezik, így célszerűbb az egészségszelekcióra, mint társadalmi hátrányokat halmozó tényezőre tekinteni. A következő megközelítés fordított irányú ok-okozati összefüggést tételez fel. A strukturális tényezőkre hangsúlyt helyező társadalmi okiság perspektíva szerint különféle közvetítőkön keresztül a társadalmi pozíció határozza meg az egészséget. Az egészségkülönbségek akkor jelennek meg, amikor ezek a közvetítő tényezők egyenlőtlenül oszlanak meg a különféle társadalmi csoportok között. Végül az életciklus perspektíva a korai életkörülmények és az időfaktor szerepét emeli ki a hosszú távú egészségkimenetekben. Dolgozatunk szempontjából indokolt e megközelítés mélyrehatóbb áttekintése, melynek során Ben-Slohmó és Kuh (2002) főbb gondolatait idézzük fel. Az élet későbbi időszakaiban ható modifikáló tényezők ellenére is kijelenthető, hogy a fejlődés bizonyos kritikus időablakaiban a különféle kockázatoknak való kitettség tartós és visszafordíthatatlan károsodást okoz. A kockázatok láncot alkotva az életút során fel is halmozódhatnak, ugyanakkor vannak olyan megkülönböztetett fejlődési periódusok, amikor nagyobb hatást gyakorolnak az egészségi állapot alakulására. A kockázatok egymástól függetlenül és egymással összefonódva is jelentkezhetnek, a leggyakrabban azonban társadalmi mintázatot mutatnak. A legszegényebb csoportokba tartozó gyerekek például nagyobb eséllyel

születnek alacsony testsúllyal (Hajdu és Kertesi 2023) és szenvednek súlyos alultápláltságtól (Siddiqui és munkatársai 2020). Ezek a rizikófaktorok közvetett módon is hatást gyakorolnak a felnőttkori egészségre az egészségszelekción keresztül azáltal, hogy a tanulmányi és a munkaerőpiaci sikerességet, vagyis a társadalmi érvényesülés esélyeit rontják. Mint Ben Shlomo és Kuh rámutat, a prevenció szempontjából az eseményláncolat feltérképezése rendkívüli jelentőséggel bír, hiszen segíthet azoknak a csomópontoknak a beazonosításában, ahol megszakítható a „láncreakció”. Ben Shlomo és Kuh mellett érvel, hogy a korai fizikai és pszicho-szociális környezet megismerése révén, a gazdasági-társadalmi státusz felnőttkori egészségre gyakorolt hatásának vizsgálata közelebb vihet minket az ok-okozati összefüggések megértéséhez.

A csecsemő-és gyermekegészség vizsgálata következőképpen morális-etikai és a társadalmi-gazdasági megfontolásból is kiemelt figyelmet érdemel. Az egészség társadalmi meghatározóinak egyenlőtlen megoszlása a lehető legigazságtalanabb módon a kisgyermekes esetében nyilvánul meg. A korai életévekben a fejlődés és a vulnerabilitás is a legintenzívebb, így a rizikófaktorok a hosszútávú, felnőttkori egészség mellett a társadalmi érvényesülést is veszélyeztetik (Szilvási 2011). A kora gyermekkorba való befektetés össztársadalmi haszna és megtérülési rátája ráadásul ennél fogva igen magas (Heckman 2011).

Mindebből következően a kora gyermekkori egészséges fejlődést az egészség egyik társadalmi meghatározójaként tartjuk számon, melynek alakulásában a gondoskodás játssza a kulcsszerepet.

A gondoskodás meghatározásai

A gondoskodás szó jelentésrétegeit keresve gyorsan láthatóvá válik a gondoskodás fogalmának és jelenségének összetettsége. Megragadhatjuk általa a gondoskodás tevékenység-dimenzióját és annak munka-jellegét, s a gondoskodás társadalmi jelenségét vizsgáló szakirodalom egy jelentős része a gondoskodás ezen gondozás (caring for) értelmezéséhez kapcsolódik (Finch és Groves 1983, Kittay 1999, Ungerson 2005, Rummery és Fine 2012, Bryant és Garnham 2016). A gondoskodás olyan tevékenység, amelyet valaki más szükségleteinek, jólétének biztosítására végzünk, nagy energia és időráfordítást igényel, gyakran fizikailag is megterhelő, és elválaszthatatlan része a fizikai közelség a gondoskodást kapó és a gondoskodást nyújtó fél között (pl. egy beteg táplálása vagy egy gyermek fürdetése, öltöztetése

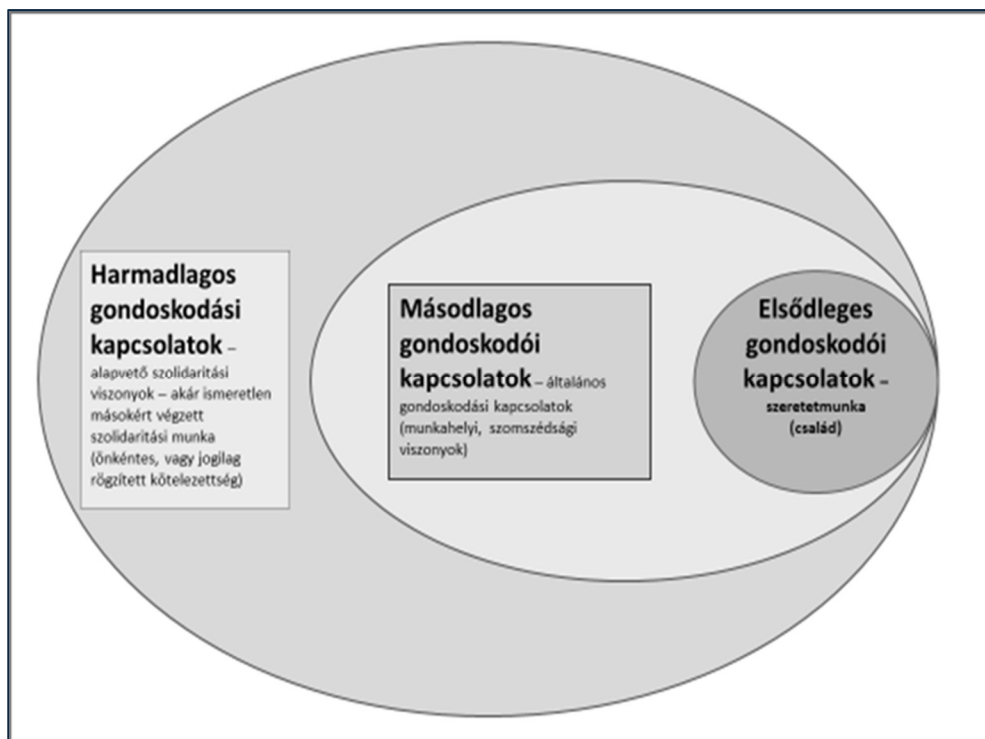
mindenképpen együtt jár a közvetlen testi érintkezéssel) (Rummery és Fine 2012). Ugyanakkor a gondoskodás többet jelent pusztán a gyerekek, vagy más gondoskodást igénylők) körül ellátandó feladatokról. Ezek a tevékenységek egyfajta érzelmi kötődést, figyelmet, odafordulást, jelenlétet és feltételeznek. Valaki gondját viselni felelősségvállalást, belevonódást is jelent, törődést (caring about) egy másik ember sorsával, osztozást a gondjaiban, tettben és gondolatban egyaránt. A gondoskodóként elfogadom más gondjának terhét, amiben egyszerre van jelen a gondoskodói praxis és diszpozíció (Tronto 1993), szeretet és munka, identitás és cselekvés (Graham 1983). A gondoskodást definiálni igyekvő tanulmányokat olvasva láthatjuk, hogy azok rendre kiemelik a “care about /care for” kettősét, mint a gondoskodás fő aspektusait kifejező fogalompárt. Meglátásunk szerint magyarul a gondozás/törődés fogalompár áll a legközelebb az eredetihez. A dolgozat azon részeiben, ahol fontos a két értelmezés elválasztása, ezeket a kifejezéseket használjuk majd. A meglehetősen leegyszerűsítő jellegük ellenére a gondoskodás kutatásának történetét tekintve érdekes lehet, hogy mikortól jelenik meg ez a két gondoskodás-értelmezés párhuzamosan, illetve, hogy mikor melyik kap nagyobb teret a különféle kutatói diskurzusokban. (Erről részletesebben lásd többek között: Ungerson 2005, Phillips 2007.)

Bár leginkább két egyén közt zajló interakcióként gondolunk rá, de a gondoskodás nem csak individuális értelmezésben működik. Ezen túl a gondoskodás intézményesült és a társadalmi élet megannyi szegmensét átható jelenség. A gondoskodás, különösen a gyerekekről való gondoskodás a legtöbb társadalomban számos szereplő kölcsönös összekapcsoltságán alapul. Tronto és Fisher korábban említett definícióját alapul véve a gondoskodás a társadalmi beágyazottság biztosításának egyik kifejezőmódja és forrása is. A gondoskodás ugyanis voltaképpen minden összetartozásban benne van a másokért való felelősségvállalás révén, az emberi állapot elválaszthatatlan része, születésünktől fogva az egész életutunkat végig kíséri a gondoskodás keresése és a gondoskodás nyújtása. Az egyén nem is létezhet a „lojalítások szövete nélkül” (Kiss 2018). A komplex társadalmi rendszerekben az egyének függőségi kapcsolatok egymást átfedő bonyolult hálózataiban működnek, itt tanulják meg a kölcsönös függőség jelentését. A gondoskodás lencséjén keresztül tehát az embert e kölcsönös függőségek által meghatározott lénynek láthatjuk (Tronto 1993). Eva Feder Kittay a beágyazott függőségek (nested dependencies) fogalmával rámutatott arra, hogy a gondoskodásban érvényre jutó kölcsönösség a társas kapcsolatok és kötelezettségek rendszerében jön

létre, ahol adott esetben nem az fogja viszonzni a segítségnyújtásunkat, akinek adtuk azt (Kittay 1999). A reciprocitás olykor párhuzamosan valósul meg, máskor időben eltolódva. Ez a fajta kölcsönösség a társadalmi együttműködés alapja, a gondoskodást igénylőket összekapcsolja azokkal, akik éppen itt és most gondoskodást képesek nyújtani számukra, miközben a gondoskodást nyújtók más támogató kapcsolatrendszerekhez is kötődnek (Kittay 1999).

A mások felé forduló, másokat középpontba állító gondoskodói feladatok ellátása napjainkra komoly társadalmi kihívássá válik, amelynek köszönhetően még fontosabb megérteni, hogy a gondoskodás egyes szférái hogyan épülnek, támaszkodnak egymásra, hol találhatók egyenlőtlenségek a gondoskodói feladatok ellátása szempontjából. A gondoskodói viszonyok rendszerének egy lehetséges és jól alkalmazható modelljeként Kathleen Lynch hármas taxonómiáját érdemes itt felidézni, aki koncentrikus körökként egymásra épülő, egymást átfedő szférákat határoz meg, amelyek megteremtik a társadalom gondoskodói hálózatának sűrű szövetét (2. ábra) (Lynch 2007).

2. ábra: A gondoskodói viszonyok rendszere Lynch modellje alapján



Forrás: saját szerkesztés, Lynch 2007:557. alapján

A legbelső szférát az elsődleges törődésviszonyok alkotják (a kifejezés magyar fordításának forrása: Takács 2021), amelyek a hozzánk legközelebb álló - családi, partneri - kapcsolatainkban gyökereznek. Az egymásért végzett szeretetmunka prototípusa a szülő-gyermek kapcsolat, forrása pedig az ebben a közegben megélt kölcsönös kötődés és mély elköteleződés. Az elsődleges törődésviszonyok nagy gondoskodói potenciált hordoznak, ám társadalmi értelemezésben az itt zajló tevékenység értelmeződik legkevésbé munkának. A másodlagos gondoskodói tevékenység (általános gondoskodásmunka) szféráját a tágabb családi, baráti, ismerősi, munkahelyi, szomszédsági kapcsolatok körében találjuk. Ezek a feladatok kevesebb érzelmi, időbeli elköteleződéssel, kisebb felelősségvállalással járnak. A harmadik gondoskodási szférát a szolidaritási munka szférájának nevezi Lynch, amely jellemzően az ismeretlen másokat támogató, tulajdonképpen személytelen gondoskodói aktusokat foglalja magában. Ilyen lehet az önkéntes munka, egy közösségi vagy akár nemzetközi jó célt szolgáló ügy támogatása, az állam gondoskodói feladataihoz való hozzájárulás is (például az adófizetés formájában). Lynch megjelöli a gondoskodói tevékenység alterületeit is, amelyek meglátása szerint minden gondoskodási szférában megjelennek, más-más tartalommal (Lynch 2007). A gondoskodás mindig magában foglal érzelmi munkát, erkölcsi állásfoglalást, ahogyan fizikai és mentális munkát (pl. tervezés) és kognitív munkát (a gondoskodást mikéntjére vonatkozó tudás és készségek) is. Ha összevetjük a három szférát például a mentális munka tartalma alapján, akkor azt látjuk, hogy a szeretetmunka esetében ez az egész személyre kiterjedő figyelmet jelenti, a másodlagos gondoskodásmunka inkább specifikus tényezőkre irányul, míg a szolidaritási munka a gondoskodás stratégiai lényeges elemeinek kidolgozását foglalja magában.

Ez a hármas felosztás látszólagos egyszerűsége ellenére lehetővé teszi, hogy jellemezzük az egyes egyéni gondoskodási szükségletek alakulását. Ahogyan azt Kittay (1999) korábban idézett meghatározásánál olvashatjuk, a gondoskodás interdependens (kölcsönös függőségen alapuló) jelenség, s ebből kiindulva feltételezhetjük, hogy gondoskodás tartalma, mértéke, megélése függ attól, hogy a gondoskodó maga milyen gondoskodásra támaszkodhat. Az, hogy ki milyen mértékben számíthat az egyes gondoskodási szférákhoz köthető kapcsolatokra, pozícióját tekintve milyen mértékig alárendelt vagy egyenrangú ezekben a kapcsolatokban - gondoskodóként és gondoskodást kapóként egyaránt -, nagyban meghatározza azt, hogy milyen mértékben és minőségben teljesülnek a gondoskodási szükségletek. Fontos kérdés, hogy

egyes gondoskodói tevékenységek dominánsan mely szegmenshez kapcsolódnak, milyen következménnyel jár, ha például eltolódik a harmadlagos szféra felé, formalizálódik egy területen a gondoskodás, vagy ha kizárólag az elsődleges gondoskodói viszonyok körén belül marad.

Az így kibontakozó egyenlőtlenségek egyik dimenzióját a gondoskodáshoz való hozzáférés nehézségei alkotják. A gondoskodási deficitet megélő társadalmakban (Hochschild 1995) a szűkülő forrásokkal a sérülékeny társadalmi csoportok tagjai számára nyújtott gondoskodási lehetőségek erodálódnak, vagy gyakran teljességgel elérhetetlenné válnak. Az ún. gondoskodási szegénység koncepciója erre a jelenségre reflektál. Olyan helyzetben beszélhetünk gondoskodási szegénységről (care poverty) amikor valaki nem kap megfelelő segítséget, támogatást, formális vagy informális gondoskodás formájában, így gondoskodási szükségletei kielégítetlenek maradnak (Kröger 2010, Kröger 2022, Kröger és munkatársai 2019). A kisgyermekkor érzékeny életszakaszában a gondoskodásban megmutatkozó hátrányok az egészségi állapottal összefüggő későbbi társadalmi hátrányok egyik lényeges elemévé válhatnak.

A gondoskodás-fogalom lehetséges helye a kora gyermekkori egészséges fejlődés társadalmi meghatározói között

Mi határozza meg az egészséges fejlődést az élet korai szakaszában? Ez a kérdés foglalkoztatta a Siddiqi, Irwin és Hertzman alkotta szerző triád, amikor az Egészségügyi Világszervezet Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottsága számára kidolgozta a TEAM-ECD nevet kapó konceptuális modelljét (Siddiqi és munkatársai 2007). A modell, melynek pontos neve „Teljes Környezetértékelési Modell a Kora Gyermekkori Fejlődésre” (Total Environment Assessment Model for Early Childhood Development, a továbbiakban: TEAM-ECD modell), kiindulópontja az a gondolat, hogy a gyermeket körülvevő szűkebb-tágabb környezet gondoskodási adottságai (nurturant qualities) gyakorolják a legnagyobb hatást a fejlődésére. Noha a gyermeki fejlődés hajtóereje a szülői gondoskodás, a családok nem képesek megfelelő gondoskodási miliőt teremteni a tágabb környezet támogatása nélkül. A modell ennek megfelelően figyelembe veszi az összes befolyásréteget - a családi környezettől a globális kontextusig -, amely szerepet játszik az ideális gondoskodási feltételek biztosításában. A TEAM-ECD modell impozáns keretszerkezetet biztosít, ám elméleti fogódzók és koherens fogalmi háló nélkül a mélyebb összefüggések és kölcsönhatások feltárásával

adós marad. Ezt a hiányt némiképp pótlandó, a következőkben az egyes gondoskodás-környezeteket a gondoskodási egyenlőtlenségek lencsén keresztül mutatjuk be. Áttekintésünkbe igyekszünk beleszőni a kora gyermekkori egészség társadalmi összefüggésrendszerére vonatkozó kutatási eredményeket is.

A TEAM-ECD modellben a fejlődés legfőbb színterét a család biztosítja. Noha az egyes szocioökonómiai státusz mutatók egymással szorosan összefüggnek, más és más erőforrásokkal járulnak hozzá a kora gyermekkori fejlődéshez (Duncan és Magnuson 2003), melyek részletes tárgyalása meghaladja kereteinket. Ehelyütt visszautalunk az egészség társadalmi meghatározói kapcsán bemutatott összefüggésekre, s csak néhány gondoskodással összefüggő vonatkozást villantunk fel. Az iskolai végzettség maga is mediátor tényezőkön keresztül fejt ki a hatását, mint például életirányítási képesség (Kopp és Skrabski 1995, Ross és Wu 1995), egészségértés (Jansen és munkatársai 2018) és egészségmagatartás (Olsen és munkatársai 2023), amelyek többek között a szülői kompetenciákra (Davis-Kean és munkatársai 2021) és a szoptatási gyakorlatokra is hatással lehetnek (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor 2021b). A szűkös anyagi erőforrások miatt az alacsony státuszú társadalmi-gazdasági csoportokba tartozó kisgyermekek nagyobb eséllyel élnek alacsony komfortfokozatú, beázó, nedvesedő, sötét lakásban és vannak kitéve beltéri levegőszennyezésnek (Hajdu és Kertesi 2023). Az alacsony szocioökonómiai státusz továbbá a szülői stresszre gyakorolt hatásán keresztül is visszavetheti a gyermeki fejlődést (Wickham és munkatársai 2017). Az anyai depresszió miatt sérülhet a korai kötődési kapcsolat - a kora gyermekkori lelki egészség egyik legmeghatározóbb vonása -, melyre támaszkodva a csecsemő gondoskodást remélhet (Tóth 2020). Végül említést kell tennünk a mára igen jól dokumentált ártalmas gyermekkori élmények felnőttkori magatartási, mentális és szomatikus következmények közötti összefüggésről (Felitti és munkatársai 1998, WHO 2006, Ujhelyiné és Kuritárné 2020, Nelson és Gabard-Durnam 2021).

A családi milió a lakókörnyezet, a lakóközösség és a társadalmi kötelékeken alapuló közösségek (relational communities) tágabb rendszerébe ágyazódik. A hiányos infrastrukturális ellátottság (Reijneveld és munkatársai 2005), a zajszennyezésnek, környezeti ártalmaknak (Evans és Kantrowitz 2002), valamint a kültéri légszennyezettségnek való kitettség (Hajdu és Kertesi 2023) a lakókörnyezeti gondoskodási erőforrásoktól való megfosztottsághoz vezet, csakúgy, mint a közlekedéshez, intézményekhez, szolgáltatásokhoz,

munkahelyekhez, valamint a játékos felfedezést biztosító fizikai terekhez való hozzáférés hiánya. A valahová való tartozás élménye, az informális társadalmi normák és kontroll, a gyermeknevelési gyakorlatok, a kisgyermekek egészségével, fejlődésével kapcsolatos szülői etnoteóriák (Super és Harkness 2002), valamint a társas támasz és a kölcsönösség a közösségi hálózatokból eredeztethető erőforrások.

A felsorolt társadalmi meghatározottságok mellett látnunk kell azonban, hogy a szülői, családi gondoskodás, még ha a hozzánk legközelebb álló emberekről van is szó, nem a semmiből terem: fizikai és érzelmi erőfeszítés eredménye, időt, tudást, gyakorlatot igényel, sok tekintetben anyagi ráfordítást is követel. Tulajdonképpen ebből a megközelítésből kézenfekvőnek tűnik az a kérdés, hogy hogyan alakítja a gondoskodási kapacitást a gondoskodást nyújtók státusza, kora, neme, etnikai vagy más csoportothovatartozása, kapcsolatrendszere, s ezekből következően milyen erőforrásokra támaszkodva tudják ellátni formális vagy informális gondoskodói feladataikat. A TEAM-ECD modellben azonban a szülői gondoskodás olyan független tényezőként jelenik meg, amelynek forrásait, illetve a gondoskodás újraelosztásának egyenlőtlenségi tényezőit nem részletezik a modell készítői. Ebből adódóan rejtve maradnak a gondoskodáshoz való hozzáférés sajátos egyenlőtlenségei, amelyek a strukturális tényezők mellett rávilágítanak az egyéni ágencia jelentőségére az egészségyenlőtlenségek alakulásában.

A gondoskodási tőke mint egyenlőtlenségképző tényező

A gondoskodási egyenlőtlenségekkel foglalkozó munkák egy része a Bourdieu által kidolgozott tőke-metaforát alkalmazva próbál választ adni arra, hogy milyen szerepet játszik a gondoskodói gyakorlatok alakulásában a gondoskodást végzők gazdasági, kulturális és társadalmi tőkével való ellátottsága, másrészt pedig azt, hogy hogyan válhat a gondoskodás maga is tőkévé. (Huppatz 2009, O'Brien 2009). Az egyének a folytonos gondoskodásba kötöttségnek köszönhetően ugyanis egyszerre előállítói és felhasználói is a gondoskodói erőforrásoknak. Így például a gyerekek körüli teendőkbe besegítő barát lehetőséget teremt arra, hogy az így felszabaduló időben bevásároljak az idős szüleimnek, vagy orvoshoz menjek. Az elérhető formális gondoskodás lehetővé teszi, hogy az informális gondoskodók a munkaerőpiacon is jelen legyenek, fizetett munkához jussanak. Mindemellett a gondoskodás szakértelmet, megfelelő ismereteket kíván, amit vagy személyesen kell elsajátítani a gondoskodást végzőknek, vagy meg kell

vásárolniuk a számukra szükséges gondoskodást a piacon. A gondoskodói tőke tehát más tőkékké transzformálható, befektethető, felhalmozható, elosztása pedig meghatározott mintázatot ölt a társadalom különböző csoportjaiban és mezőiben.

Lynch a gondoskodói tőke kapcsán (melyre a nurturing capital kifejezést használja) felhívja a figyelmet arra, hogy annak kifejeződési formái a gondoskodás mindhárom szférájában megtalálhatók. Így például fogyatékossgal élő gyermeket nevelő szülők esetében a családon belüli napi szintű segítség, az akadálymentesen kialakított helyi játszótér és a munkába állást megkönnyítő állami programok a gondoskodás más-más szférájához kapcsolódó támogatási formák, amelyek az érintettek gondoskodói erőforrásaiként működhetnek. Azaz, akinek sok van gondoskodásból, az többet fordíthat saját gondoskodói tevékenységére, több gondoskodást és gondoskodói tőkét adhat tovább (Lynch 2007).

A szülői gondoskodói szereppel összefüggésben több szerző a társadalmi tőke koncepcióját alkalmazza fogalmi keretként. A gondoskodási tőke ebben a megközelítésben a gondoskodásban hasznosuló, a gondoskodáshoz szükséges kapcsolati tőkét jelenti, melynek vizsgálata során a Bourdieu-i mellett más tőke-megközelítések is helyet kapnak. Így többek között a „kötés-jellegű”, összetartó kapcsolatok és az összekötő, „híd-kapcsolatok” elemzése (Putnam 2000), illetve formális/informális tőke formák azonosítása (Brisson 2009) tovább árnyalja a gondoskodói erőforrásokról alkotott képet. Ennek példaként említhetjük Chou és Kröger kutatását, akik a fogyatékossgal élő gyerekeket nevelő szülők gondoskodói munkáját elemzik, felnőtt értelmi sérült gyermeket egyedül nevelő, dolgozó anyák gondoskodói tőke-mintázatának vizsgálata során. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy státuszuk kettős stigmatizáltságából és az állandósult gondoskodói szerepükből adódóan az érintett anyák alig rendelkeznek a gondoskodásban hasznosuló kapcsolatokkal. A formális és informális gondoskodási tőkeformák (előbbi a formális gondoskodás szolgáltatásaihoz való hozzáférést, utóbbi pedig a gondoskodás informális forrásainak elérhetőségét jelenti) hiánya egyszerre látható, s egyedül a munkahely révén aktivizálódó támogató kapcsolatok kompenzálják ezt a hiányt. Emellett a vallásos hit, illetve a gyermekükkel kialakított szoros kapcsolatra tekintenek erőforrásként, a mindennapokban működő motivációként (Chou és Kröger 2014).

A Bourdieu-i tőke-típusok kiterjesztésével egyéb olyan tőkeformák is kidolgozásra kerülnek, amelynek segítségével pontosabban megragadhatók a

gondoskodás gyakorlatát alakító erőforrások. Reay az érzelmi tőke fogalmát idézi fel és dolgozza ki részletesen (Reay 2000, 2005). Meglátása szerint bár Bourdieu maga nem beszél erről a tőkeformáról, de közvetett módon mégis helyet teremt számára (például a családot valódi csoporttá formáló, szolidaritásra, önfeláldozásra ösztönző szimbolikus és tényleges tevékenységekre utalva, melyeket elsősorban a nőkhöz kapcsol (Bourdieu 2002). A Helga Nowotny-tól (1981) származó meghatározást bemutatva az érzelmi tőkét a társadalmi tőke egy formájaként definiálja. Ez a tőke inkább a magánélet, mintsem a társadalmi nyilvánosság szférájához kapcsolható, a családi és közeli baráti kapcsolatok mentén érvényesül. Mindazokat az érzelmi erőforrásokat foglalja magában, amelyeket törődésviszonyainkban hasznosítunk, másokra fordított idő, gondoskodás, figyelem formájában (Nica 2022). Sajátos tudásokból, kapcsolatokból, emocionális készségekből tevődik össze, amely bármely érzelmi kötelékek által egybefűzött kapcsolati hálóban megtalálható. Társadalmilag tradicionálisan nők állítják elő, és sok tekintetben nehezebben konvertálható közvetlenül más tőkékeformákhoz képest, főként azért, mert erősen a magánélethez kötődik, kifelé láthatatlan (Reay 2005).

A témában született újabb munkák kevésbé elszigeteltnek látják az érzelmi tőkét. Az oktatáskutatásban többek között a szülők (főként az anyák) gyermekeik iskolai előmenetelében, iskolaválasztásában betöltött szerepének vizsgálata során kapott teret az érzelmi erőforrások mozgósításának elemzése (O'Brien 2009). A gyerekek iskolai tanulmányait támogató szülői gondoskodó munka érzelmi komponense erős, s igen szerteágazó gyakorlatokból tevődik össze, melyek formáját és tartalmát meghatározza, hogy milyen mértékig képesek mozgósítani a szülők a rendelkezésükre álló más tőkéket, s azt is, hogy mennyire képesek ezt a gondoskodást az oktatási mezőben hasznosítani. O'Brien elemzése szerint a középosztálybeli anyákhoz képest az alacsonyabb társadalmi státuszú szülők nagyobb érzelmi tőke-befektetés mellett kevésbé sikeresek gyermekeik tanulásának támogatásában, mert kevésbé tudnak egyéb olyan tőkeformákhoz hozzáférni, amelyek fontos szerepet töltenek be az iskolai sikeresség biztosításában (O'Brien 2009).

Bár az érzelmi és gondoskodási tőke fogalma átfedi egymást, de jelentésük mégsem teljesen azonos. Közös pontjuk, hogy mindkét tőkeforma összekapcsolja az egyéni erőforrásokat a társadalom makro-struktúráival, azokkal az erőkkel, amelyek a társadalmi rendet, kohéziót és a társadalmi egyenlőtlenségeket alakítják (Cottingham 2016). Az érzelmek épp annyira kulturális mintákon alapulnak, mint amennyire személyesen megformáltak, és

nélkülözhetetlenek kötődéseink fenntartásában és a társadalmi szerepeink, így a gondoskodói szerep megvalósításában. Az érzelmi tőke azt az érzelmi befektetést jelenti, ami gondoskodás biztosításához szükséges (O'Brien 2009). Három fő komponense az érzelmekhez kapcsolódó tudás, az érzelmek kezelésének, menedzselésének készsége és az érzelmi kapacitás, melyek egyszerre játszanak szerepet az egyén csoporthoz tartozásában és az én működésében (Cottingham 2016).

A gondoskodásba fektetett érzelmi munka és az ehhez szükséges érzelmi tőke jelentősége ellenére Lynch mégis különbséget tesz a gondoskodói tőke és az érzelmi tőke fogalma közt. Ahogyan ez már a gondoskodás gondozás/törődés dimenziói közti különbségtevésnél is megfogalmazódott, a gondoskodás egy bizonyos helyzetben kimerülhet praktikus gondozói feladatok ellátásában, és nem feltétlenül kapcsolódik hozzá mélyebb érzelmi elköteleződés (Lynch 2007).

Az egészség és gondoskodás térbeli egyenlőtlenségei

A TEAM ECD modell (Siddiqi és munkatársai 2007) a családon kívül további befolyásrétegeket is felsorol, ezek egyikét a kora gyermekkori programok alkotják. A komplex, participáción alapuló, közösségi igényekhez szabott és egészségfejlesztési fókuszú korai intervenciók jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni, hiszen kompenzálhatják az egyéni gondoskodás-deficitből adódó hátrányokat. Ezen túl a modell az egyes földrajzi léptékek gondoskodási erőforrásait is górcső alá veszi, a modell külső befolyásrétegeit így a lokális/regionális, országos és globális környezetek adják. A területi és társadalmi egyenlőtlenségek egymással szorosan összefonódó jelenségek. Egy adott térség gazdasági, társadalmi és infrastrukturális adottságai, valamint a hatalmi térben elfoglalt pozíciója (Faragó 2016) megszabja az ott élők számára elérhető gondoskodási erőforrások mértékét. Feltételezhetjük ugyanakkor, hogy a helyi adottságok a szocioökonómiai helyzettől függően eltérő jelentőséggel bírnak a fejlődés alakulására nézve. Az alacsony társadalmi-gazdasági pozíció nagyobb kiszolgáltatottságot, a magasabb szocioökonómiai státusz nagyobb függetlenséget adhat egy adott térség nyújtotta gondoskodási struktúrától (Szirmai 2015:424). Fontos látnunk, hogy a lakosság iskolázottsági és jövedelmi viszonyai maguk is újratermelik a területi hátrányokat, mintegy konzerválva a kitörés gátjait és lehetőségeit.

A makrotársadalmi strukturális kontextus - a CSDH modellhez hasonlóan - a TEAM-ECD modellben is az okok okaként, a társadalomra jellemző

(egyenlőtlenségi) viszonyok alakításában játszik szerepet. A gyermekjólétre a legjelentősebb hatást gyakorló intézkedések a jövedelemtranszferek (pl. adókedvezmények), a foglalkoztatáspolitikai, a gyermekgondozási szabadság, valamint más olyan intézkedések, amelyek elősegítik például a kisgyermekes anyák foglalkoztatását, támogatják a koragyermekkorai nevelés és gondozás folyamatát illetve erősítik a prevenciót (például a serdülőkori terhességek számának csökkentése) (Kamerman és munkatársai 2003, idézi Siddiqi és munkatársai 2007). Mindezekon túl a szupranacionális, kormányközi entitások, valamint a nemzetközi szakmai, civil, jótekonysági és tudományos szervezetek szerepe elsősorban abban állhat, hogy egyezmények, ajánlások, programok révén promotálhatják a gyermekjólét és a kora gyermekkorai egészség globális fejlődését.

A gondoskodási egyenlőtlenségekkel foglalkozó fentebb bemutatott munkákban a helyi, országos és globális szint közötti határ képlekenyebb, és sokkal inkább a gondoskodással kapcsolatos egyenlőtlenségek egyes rétegeként értelmeződik. Ennek megfelelően a gondoskodási egyenlőtlenségek egyes léptékei közötti kölcsönhatások kerülnek a figyelem középpontjába, szorosan összefonódva a szociális viszonyok és a gazdasági érdekek alakulásával. A gondoskodáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek alakulásában jelentkező új mintázatok a nyugati társadalmak gondoskodási krízisét mutatják, ez a krízis azonban számos globális következménnyel is jár. A gazdag országokban kialakuló gondoskodási deficit globális gondoskodási (és ezzel együtt nemi) egyenlőtlenségek kialakulásához vezet (Hochschild 1995). Ebben a folyamatban a gondoskodás-hiány enyhítésére a nagyobb jóléttel jellemezhető országok elszívják a szegény országok gondoskodói rétegét alkotó (dominánsan, de nem kizárólag női) munkaerőt, akiket az otthoni rossz munkakörülmények és megélhetési lehetőségek is a külföldi munkavállalás felé tolnak. Ilyenformán anyagilag támogatni tudják ugyan otthon maradt családtagjaikat, ám mindez az informális és a formális gondoskodás területén is hiányt szül és újabb egyenlőtlenség forrásává válik a kibocsátó országokban. A fizetett és a nem fizetett gondoskodói munkán alapuló, világot átívelő kapcsolati láncot nevezi Hochschild globális gondoskodói láncnak (Hochschild 1995, Ehrenreich és Hochschild 2003, Nadasen 2017). Ezek a láncok nem csak globális léptékűek lehetnek. Kialakulhatnak a rurális és az urbanizált területek között egy adott (akár szegény) országon belül, vagy a szegény és kevésbé szegény régiók viszonylatában is. A láncolatok kialakulásuk oka, összekötő ereje is igen

változatos, ahogyan az azt alkotó „láncszemek”, személyek száma, kora vagy neme is. Tulajdonképpen egymástól függő, egymásra épülő, egymásról gondoskodó gondozói pozíciók kapcsolódnak itt össze (Hochschild 2015). A gondoskodási láncokról folyó tudományos viták azonban lényeges megállapításokkal szolgálnak a gondoskodói munka és a gondoskodást végzők társadalmi és anyagi megbecsültségének kérdéseiben, mely a gondoskodás terén érvényesülő egyenlőtlenségek meghatározó eleme. A gondoskodás relacionális jelenség, a gondoskodást nyújtó és a gondoskodást kapó személyek helyzete, lehetőségei kölcsönösen hatnak egymásra. Így a formális és az informális gondoskodók (egyébként egymást átfedő) csoportjának egzisztenciális kiszolgáltatottsága a tőlük gondoskodást kapók sérülékenységének is forrása.

Összegzés

Áttekintésünkben sorra vettük a kora gyermekkori fejlődést alakító környezet egyes elemeit és ezek gondoskodási adottságait (nurturant qualities). Noha a korai életévekben a közvetlen hatásokra helyeződik nagyobb hangsúly, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a tágabb környezet szerepét a fejlődési útvonalak alakulásában. A fejlődés disztális meghatározói közül felidézhetjük például a lakókörnyezeti ártalmak, a gyermeknevelési-gondozási teendőkbe besegítő ismerősök, vagy a gyermekek után járó ellátások szerepét. Míg a TEAM-ECD modellben a befolyásrétegek egymásba ágyazottan, de viszonylag autonóm arénaként, lineáris ok-okozati láncolatba kapcsoltnak működnek - lehetővé téve az egyes környezetekhez kapcsolódó determinánsok szétszálazását -, a gondoskodás elméleti keretében összefüggések, kölcsönhatások és körkörös oksági összefüggések tárulnak fel a makro-és mikrostrukturális tényezők, valamint a gondoskodást nyújtók és kapók között. Bemutattuk, hogy ez utóbbi megközelítésben a strukturális determinánsok egy jelentős része közvetetten, a gondoskodást nyújtók gondoskodási kapacitásán keresztül fejt ki a hatását, amely következésképpen annak függvényében alakul, hogy ők maguk milyen más befolyás-szférákhoz kapcsolódó informális és formális erőforrásokra támaszkodhatnak. A gondoskodási kapacitást alakító tőkéik társadalmi csoportok közötti megoszlása leképezi a társadalmi törésvonalakat, és gondoskodás egyenlőtlenségeket eredményez a gondoskodást nyújtók és kapók vonatkozásában egyaránt. A gondoskodáselmélet lencséjén keresztül a gondoskodás ugyanakkor tőkeként is elgondolható, melynek kapcsán a gondoskodási egyenlőtlenségek néhány térbeli törésvonalát fedtük fel.

A hazai kedvezőtlen halandósági viszonyok és egészségi állapot háttérben az egészség társadalmi és területi törésvonalai húzódnak meg. Az egészséget alakító folyamatok a korai fejlődés kritikus időszakában gyökereznek. E két közhellyé ismételt tételmondat összeolvasása nemcsak azt implicálja, hogy a kora gyermekkori fejlődés az egészség egyik társadalmi meghatározója, hanem azt is, hogy már a csecsemők és a kisgyermekesek egészségi állapotában is jelentős társadalmi egyenlőtlenségek mutatkoznak hazánkban. Ezek komoly érvként száltak amellett, hogy a gyermekkori fejlődés legfőbb társadalmi meghatározóját, a gondoskodást helyezzük dolgozatunk középpontjába.

Tanulmányunkban két, az Egészségügyi Világszervezet égisze alatt kidolgozott keretmodellt - CSDH és TEAM-ECD modellt - és azokat a kutatási eredményeket ismertettük, amelyek igyekeznek magyarázatot adni a kora gyermekkori egészség-egyenlőtlenségekre. Noha a kora gyermekkori fejlődés társadalmi meghatározójáról szóló TEAM-ECD modell középpontjában a gondoskodás áll, nem nyújt elég fogódzót e komplex, egész életünket átszövő, társas viszonyainkat mélyen átható és testi, lelki, szociális jóllétünkhöz nélkülözhetetlen jelenség társadalmi beágyazottságának megértéséhez.

Dolgozatunkban arra tettünk kísérletet, hogy a gondoskodási egyenlőtlenségek koncepcióival és megközelítéseivel e sémákat plasztikusabbá, árnyalatabbá, élővé tegyük, és hogy közelebb kerüljünk annak a megértéséhez, hogyan lehet a gyermekek életkörülményeit és környezetét úgy alakítani, hogy csökkenjenek a közöttük lévő egyenlőtlenségek. Ennek a jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni a generációk óta szegénységi csapdában rekedt, kiszolgáltatott helyzetű társadalmi csoportokban. Kitörésüket a marginális helyzetből sok esetben a társadalmi tőke és a kohézió erodálódása is nehezíti. A súlyos erőforrás és támaszhiány drámai mértékű deprivációt valószínűsít a gondoskodás terén (is), amely mielőbbi beavatkozást sürget. Meglátásunk szerint a szükséges intervenciók túlmutatnak a kora gyermekkori programokon. Indokoltnak tartjuk a társadalmi intézmények és szakpolitikák elmozdulását a gondoskodás-központúság irányába. Ehhez kapcsolódnak a téma lehetséges főbb kutatási irányai is: a gondoskodás-központúság (jóság)mutatóinak konceptualizálása, a társadalmi működés, társadalmi intézmények és szakpolitikák gondoskodási adottságainak (nurturant qualities) vizsgálata hazai vagy nemzetközi összevetésben.

Felhasznált irodalom

1. Acsády Judit (2014): A gondoskodás társadalmi konstrukciója. *Replika*, 85-86(24). 147-164.
2. Antal Z. László (2017): A gyógyítás társadalmi beágyazottsága. Budapest, Argumentum Kiadó.
3. Bagyura Márton; Leleszi-Tróbert Anett Mária; Széman Zsuzsa (2023): A gondozás hatása a családi gondozók érzelmi jóllétére és egészségére: Állapotfelmérés a COPE Index alapján. *Orvosi Hetilap*, 164(40). 1583-1591.
4. Ben-Shlomo Y; Kuh D. (2002): A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2). 285-293.
5. Blas E; Kurup A.S. (eds.) (2010): Equity, social determinants and public health programmes. Genf, WHO.
6. Bourdieu P. (2002): A gyakorlati észjárás. Budapest, Napvilág Kiadó.
7. Brisson D. (2009): Testing the Relationship of Formal Bonding, Informal Bonding, and Formal Bridging Social Capital on Key Outcomes for Families in Low-Income Neighborhoods. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 36(1). 167-183.
8. Bryant L; Garnham B. (2016): Bounded choices: The problematisation of longterm care for people ageing with an intellectual disability in rural communities. *Journal of Rural Studies*, 51(4). 259-266.
9. Chou Y.C; Kröger T. (2014): Reconciliation of work and care among lone mothers of adults with intellectual disabilities: The role and limits of care capital. *Health & Social Care in the Community*, 22(4). 439-448.
10. Cottingham M.D. (2016): Theorizing emotional capital. *Theory and Society*, 45(5). 451-470.
11. Davis-Kean P.E; Tighe L.A; Waters N.E. (2021): The Role of Parent Educational Attainment in Parenting and Children's Development. *Current Directions in Psychological Science*, 30(2). 186-192.
12. Downie R.S; Telfer E. (2021): Caring and curing. A Philosophy of Medicine and Social Work. London, Routledge.

13. Duncan G.J; Magnuson K.A. (2003): Off with Hollingshead: Socioeconomic resources, parenting, and child development. In: Bornstein, M. H; Bradley R. H. (eds.): Socioeconomic status, parenting, and child development. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 83-106.
14. Ehrenreich B; Hochschild A.R. (2003): Global woman: Nannies, maids, and sex workers in the new economy. New York, Metropolitan Books.
15. Evans G.W; Kantrowitz E. (2002): Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure. *Annual Review of Public Health*, 23(1). 303-331.
16. Faragó László (2016): Társadalmi-területi egyenlőtlenségek. *Tér és Társadalom*, 30(3). 118-123.
17. Felitti V.J; Anda R.F; Nordenberg D; Williamson D.F; Spitz A.M; Edwards V; Koss M.P; Marks J.S. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4). 245-258.
18. Finch J; Groves D. (eds.) (1983): *A Labour of Love: Women, Work, and Caring*. London, Routledge.
19. Graham H. (1983): *Caring: A Labour of Love*. In Finch, J; Groves, D. (eds.): *A Labour of Love. Women, Work and Caring*. London, Routledge. 13-31.
20. Hajdu Tamás; Kertesi Gábor (2023): Társadalmi különbségek a gyermekek egészségi állapotában Magyarországon a 21. század második évtizedében (Working Paper No. KRTK-KTI WP-2023/13). Budapest, Hungarian Academy of Sciences, Institute of Economics, Centre for Economic and Regional Studies.
21. Heckman J. (2011): The economics of inequality: The value of early childhood education. *American Educator*, 35(1). 31-47.
22. Hochschild A. R. (1995): The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 2(3). 331-346.
23. Hochschild A. R. (2015): Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In Engster D; Metz T. (eds.): *Justice, Politics, and the Family*. London, Routledge. 249-261.
24. Huppatz K. (2009): Reworking Bourdieu's 'Capital': Feminine and Female Capitals in the Field of Paid Caring Work. *Sociology*, 43(1). 45-66.

25. Jansen T; Rademakers J; Waverijn G; Verheij R; Osborne R; Heijmans M. (2018): The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Services Research*, 18(1). 394.
26. Kamerman S; Neuman, M; Waldfogel J; Brooks-Gunn J. (2003): Social Policies, Family Types and Child Outcomes in Selected OECD Countries. In: *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 6. Paris, OECD Publishing.
27. Kiss Jenő (2018): A kontextuális lelkipozícióról dióhéjban. *Embertárs*, 14(1). 3-9.
28. Kittay E. F. (1999): *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. London, Routledge.
29. Kopp Mária; Skrabski Árpád (1995): *Magyar lelkiállapot*. Budapest, Végeken Kiadó.
30. Kottow M.H. (2001): Between caring and curing. *Nursing Philosophy*, 2(1). 53-61.
31. Kröger T. (2010): Lone mothers and the puzzles of daily life: Do care regimes really matter? *International Journal of Social Welfare*, 19(4). 390-401.
32. Kröger T. (2022): *Care Poverty: When Older People's Needs Remain Unmet*. Cham, Palgrave Macmillan.
33. Kröger T; Puthenparambil J. M; Aerschot L.V. (2019): Care poverty: Unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4). 485-500.
34. Lynch K. (2007): Love labour as a distinct and non-commodifiable form of care labour. *The Sociological Review*, 55(3). 550-570.
35. Moravcsik-Kornyicki Ágota; R. Fedor Anita (2021a): Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinae et Sociologica*, 12 (32). 24-49.
36. Moravcsik-Kornyicki Ágota; R. Fedor Anita (2021b): A csecsemőkorú anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei. *Statisztikai Szemle*, 99(8). 759-782.
37. Nadasen P. (2017): Rethinking Care: Arlie Hochschild and the Global Care Chain. *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 45(3). 124-128.

38. Nagy Éva (2021): Az autonómia és a gondoskodás fogalmai a szülőség kontextusában. *Socio.hu -Társadalomtudományi Szemle*, 11(4). 85-113.
39. Nagy Éva; Horkai Anita (2021): Parental caringscapes - the analyses of mothering practices in local community contexts. *Acta Medicinae et Sociologica*, 33(12). 125-143.
40. Nelson C.A; Gabard-Durnam L.J. (2020): Early Adversity and Critical Periods: Neurodevelopmental Consequences of Violating the Expectable Environment. *Trends in Neurosciences*, 43(3). 133-143.
41. Nica A. (2022): Reconceptualising emotional capital and intimacy using a sociological lens: the Authentic Revolution. *Emotions and Society*, 4(1). 69-89.
42. Nowotny H. (1981): Women in Public life in Austria. In: Epstein-Fuchs C; Coser L. R. (eds.): *Access to Power: Cross-National Studies of Women and Elites*. London, George Allen & Unwin. 147-156.
43. O'Brien M. (2009): The Impact of Economic, Social, Cultural and Emotional Capital on Mothers' Love and Care Work in Education. In Lynch K.; Baker J.; Lyons M.; Cantillon S.; Walsh J.; Feeley M.; Hanlon N.; O'Brien M. (eds.), *Affective Equality: Love, Care and Injustice*. London, Palgrave Macmillan. 158-179.
44. Olsen J.A; Chen G.; Lamu A.N. (2023): The relative importance of education and health behaviour for health and wellbeing. *BMC Public Health*, 23(1). 1981-1990.
45. Phillips J. (2007): *Care*. Cambridge, Polity Press.
46. Putnam R.D. (2000): *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Touchstone Books, Simon & Schuster.
47. Reay D. (2000). A useful extension of Bourdieu's conceptual framework? Emotional capital as a way of understanding mothers' involvement in their children's education? *The Sociological Review*, 48(4). 568-585.
48. Reay D. (2005). Gendering Bourdieu's concepts of capitals? Emotional capital, women and social class. *The Sociological Review*, 52(s2). 57-74.
49. Reijneveld S.A; Brugman E.; Verhulst F.C; Verloove-Vanhorick S.P. (2005): Area deprivation and child psychosocial problems: A national cross-sectional study among school-aged children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1). 18-23.

50. Ross C.E.; Wu C.-I. (1995): The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5). 719-745.
51. Rummery K.; Fine M. (2012): Care: A Critical Review of Theory, Policy and Practice. *Social Policy & Administration*, 46(3). 321-343.
52. Siddiqi A.; Irwin L.; Hertzman C. (2007): Total environment assessment model for early child development: Evidence report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership.
53. Siddiqui F.; Salam R.A.; Lassi Z.S; Das J.K. (2020): The Intertwined Relationship Between Malnutrition and Poverty. *Frontiers in Public Health*, 2020(8). 453.
54. Szilvási Léna (2011): Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok - a Magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In: Danis Ildikó; Farkas Mária; Herczog Mária; Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 28-75.
55. Szirmai Viktória (2015): Hogyan juthatunk el a területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-létig? In: Szirmai Viktória (szerk.) *A területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-lét felé*. Székesfehérvár, Kodolányi János Főiskola. 417-430.
56. Solar O.; Irwin A. (2010): A Conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2., Debates, Policy & Practice*. Genf, WHO.
57. Super C.M; Harkness, S. (2002): Culture Structures the Environment for Development. *Human Development*, 45(4). 270-274.
58. Takács Judit (2021): A „gond(ozás)talán állampolgárság” felé? Előszó "A gondoskodás(hiány) szociológiája" tematikus számhoz. *Socio.hu - Társadalomtudományi Szemle*, 11(4). 20-26.
59. Tóth Ildikó (2020): Korai kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség - legújabb fejlemények. In: Danis Ildikó; Németh Tünde; Prónay Beáta; Góczán-Szabó Ildikó; Hédervári-Heller Éva (szerk.): *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. - Fejlődéselméletek és empirikus eredmények*. Budapest, Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet. 244-268.

-
60. Tronto J.C. (1993): *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York, Routledge.
 61. Ujhelyiné Nagy Anikó; Kuritárné Szabó Ildikó (2020): Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra - szakirodalmi összefoglaló. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(1). 1-36.
 62. Ungerson C. (2005): *Care, Work and Feeling*. *The Sociological Review*, 53(2_suppl). 188-203.
 63. Vitrai József (2011): *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenségek egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői* - doktori értekezés. Pécs, PTE-ETK, Egészségtudományi Doktori Iskola.
 64. Wickham S.; Whitehead M.; Taylor-Robinson D.; Barr B. (2017): The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *The Lancet Public Health*, 2(3). e141-e148.