

GONDOSKODÁS

I. évfolyam · 2. szám · 2022. tavasz

– szakértelem és emberség

A Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet folyóirata



Önálló felnőtté válás
a fővárosban

Módszertan
mint élő szövet

Esetek
a fogyatékoságiügyi
tanácsadói
szolgáltatásban

A magyarországi
fogyatékos, illetve
szenvedélybeteg
emberek társadalmi
elfogadottságával
kapcsolatos lakossági
attitűdök vizsgálata

GONDOSKODÁS – szakértelem és emberség

A Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet folyóirata

I. évfolyam, 2. szám

▪ **Főszerkesztő:** Farkas Péter ▪ **Szerkesztőség:** dr. Bagi Kriszta, Béres Orsolya, Forrai-Kiss Krisztina, Pujcsev-Fülepi Henrietta, Matolcsy-Papp Zoltán, Mózesné Ruzsák Beáta, Régi Viktória, Takács Bernadett, Vajda Kinga, Vető Marietta
▪ **Olvasószerkesztő:** Pujcsev-Fülepi Henrietta ▪ **Szerkesztőségi titkár:** Béres Orsolya ▪ **Szerkesztőség és kiadóhivatal:** 1142 Budapest, Ungvár u. 64–66. ▪ Tel.: +36 1 450 3230, fax: +36 1 450 3225 ▪ E-mail: gondoskodas@nszi.hu ▪ Honlap: www.nszi.hu
▪ **Kiadó:** Dr. habil. Tóth Tibor főigazgató ▪ **Lapterv és nyomdai kivitelezés:** Innovariant Nyomdaipari Kft. • Felelős vezető: Drágán György • www.innovariant.hu ▪ **Képek:** iStock ▪ **ISSN:** 2786-2941 (Nyomtatott); 2786-3794 (Online) ▪ Megjelenik negyedévente ▪ A folyóiratban megjelenő írások nem feltétlenül tükrözik a Slachta Margit NSZI álláspontját. ▪ Meg nem rendelt kéziratokat nem őrzünk meg és nem küldünk vissza.



Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

TARTALOM

<i>Dr. Tóth Tibor, Farkas Péter</i> Köszöntő / Köszönetnyilvánítás!	2
<i>Farkas Péter</i> Könyvismertetés	2
<i>Horváth Zsófia</i> Önálló felnőtté válás a fővárosban	3
<i>Katona Krisztina, Királyhidi Dorottya</i> Beszélgetés a záruló AAK-modellprogram eredményeiről és jövőjéről	13
<i>Kovály Erzsébet</i> A segítő személye	16
<i>Kristóf Pál</i> Módszertan mint élő szövet	28
<i>Simon Gabriella</i> „Amíg velem vagyok, boldog”	35
<i>Jakubeczné Nagy Katalin, Kollár Sándor György, Kurucz Erika, Ökrösi Dóra, Sziklai István, Vajda Kinga</i> A magyarországi fogyatékos, illetve szenvedélybeteg emberek társadalmi elfogadottságával kapcsolatos lakossági attitűdök vizsgálata	39
<i>Diglics Márk</i> TEAM: beszámoló a Területi Autizmus Munkacsoport pilot modellprogramjáról	57

KÖSZÖNTŐ / KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS!

A Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet szakmai folyóiratát Domszky András főszerkesztő indította útjára. Domszky András szociológus, gyógypedagógus igényes szerkesztői munkája hosszú időre meghatározta a Gondoskodás című lapunk irányvonalát.

E második lapszám még az ő szerkesztésében jelenik meg. Mivel főigazgató-helyettesi és főszerkesztői munkájától visszatér megérdemelt nyugdíjas éveikhez, így időközben átadta a szerkesztői feladatokat Farkas Péter szociológus és teológus intézeti tanácsadónak.

Ígérjük volt főszerkesztőnknek, hogy szellemiségéhez, precizitásához hűen igyekszünk szolgálni a szociális szakma folyamatos megújulását.

Dr. Tóth Tibor
főigazgató

Farkas Péter
főszerkesztő

KÖNYVISMERTETÉS



**Petrás Éva-Slachta Boglárka Lilla-Szabó Róbert (szerk):
Slachta Margit beszédei a magyar parlamentben**

(Barankovics István Alapítvány –Gondolat Kiadó Budapest, 2021)

„A keresztény politika a lélekben kezdődik, a magánéletben folytatódik és az államéletben csak betetőzést nyer”.

(Slachta Margit 1919. XII. 30–, in: Magyar Nő)

Slachta Margit 1884. szeptember 18-án született Kassán. Átélt a Tanácsköztársaságot, a két világháborút, a német és a szovjet megszállást, a gazdasági világválságot, az ország szétदारabolását és romba döntését, végül pedig hazájából való száműzését. Az USA-ban, Buffalóban halt meg 1974. január 6-án. A XX. századi magyar történelem jelentős személyisége.

Pályáját, politikai szereplését három szakaszra osztotta Prof. Dr. Mészáros József a kötet előszavában, aki a Barankovics István Alapítvány elnökeként kezdeményezte a Szociális Testvérek Rendje támogatásával Slachta Margit földi maradványainak hazatértét Magyarországra.

Az első szakasz 1918-1922-ig, a második szakasz 1927-1944-ig, a harmadik 1945-1949-ig, a kényszerű emigrációig tartott. Mindhárom időszak a kor problémáinak megoldására tett javaslatokat kívánt tőle.

Az első időszakban a cél a keresztény politika megalapozása volt a Rerum novarum alapján, többek között a választójogi küzdelem, a nők politikai szerepvállalásának lehetősége osztotta meg a közéletet. Slachta Margit első női képviselőként 1920. március 25-én került a nemzetgyűlésbe.

Parlamenti tevékenységének lezárultakor a szociális és lelki tevékenység került előtérbe. Az első világháború okozta szociális válság többek között létrehozta a Szociális Misszió Társulatot, majd a Szociális Testvérek Rendjét, melynek célja az állam és a társadalom összefogása a szegénység elleni küzdelemben.

A második világháború alatt Slachta Margit fő célja az embermentés volt.

A második világháború befejeztével a barna újpogányság után a vörös újpogányság erőivel próbált meg harcolni. E küzdelem következményeként kénytelen volt emigrálni, s emigrációban halt meg Buffalóban.

Nem tartotta magát politikusnak. A Katolikus Egyház társadalmi tanításával összhangban az emberek, családok nyomora és szenvedése, valamint az emberek boldogítása vezérelte. Képviselőként a szegények megsegítése, a szociális adórendszer és költségvetés, a kislakásépítés, a fizetett szabadság, a középosztály védelme és a női egyenjogúsítás programjával lépett a politika színpadára.

Németh Emma így ír a kötet bevezetőjében Slachta Margitról: „Keresztény feministaként a nő és férfi egyformasága helyett egyenjogúságának megvalósításáért dolgozott, figyelve a nő családban betöltött saját hivatására is. Figyelmének középpontjában a gyermek-, nő- és családvédelem állt.”

A gazdag tartalmú 457 oldalas kötetet annotált névmutató és képanyag egészíti ki.

A keresztény gyökereit megtagadó Európa posztmodern, az embert már-már szinte semmibe vevő ideológiája által meghatározott korunkban izgalmas és tanulságos a kötet olvasása.

A Nemzeti Szociálpolitikai Intézet felvette Slachta Margit nevét. Bizalommal reméljük, hogy méltó és hűséges lesz névadójának tiszta és nemes szellemiségéhez.

Farkas Péter
szociológus, teológus
NSZI tanácsadó

Horváth Zsófia

ÖNÁLLÓ FELNÖTTÉ VÁLÁS A FŐVÁROSBAN

1. BEVEZETÉS

A családban élő gyermekek számára a család egyfajta biztonságos közeget nyújt, ahol a gyermek elsajátíthatja az alapvető normákat, a társas környezetben elfogadott viselkedési formákat, kialakítja szerepkészletét, amelyek mind a sikeres felnőtté válás velejárói. (Andorka, 1997)

Azonban mi történik azokkal a fiatalokkal, akik nem saját családjukban nőttek fel, hanem 18 éves korukig a gyermekvédelmi szakellátás rendszerében éltek és váltak nagykorúvá?

Czibere Ibolya és Nemes-Zámbó Gabriella 2020-ban megjelent tanulmánya a gyermekvédelemben felnőtt fiatalokat az egyik legkiszolgáltatottabb társadalmi csoportként szimbolizálja. A gondozás ideje alatt elszenvedett hátrányok nemcsak a gyermekkort befolyásolják, hanem a későbbi felnőtt életükre is kihatással lehetnek, amely meghatározza önálló életvitelüket, felnőttkori társadalmi integrációjukat. (Czibere-Nemes, 2020)

A gyermekvédelmi gondoskodásból kikerült fiatalok társadalomba való beilleszkedése számos területen akadályba ütközhet. Többnyire nem áll mögöttük olyan biztonságos családi háttér, amely anyagilag és érzelmileg támogatná őket. Nincsenek olyan erőforrásaik, amelyek a felnőtt életük megkezdéséhez szükségesek lennének. Hátrányaik közé tartozhatnak továbbá a lakhatási problémák, a munkaerőpiacra való beilleszkedési nehézségek.

Az utógondozói ellátást a gyermekvédelmi szakellátás úgynevezett lezáró, „kivezető” szakaszának tekinthetjük, amely a nagykorú fiatalokat készíti fel arra, hogy személyre szóló tanácsadás és társadalmi beilleszkedését elősegítő segítségnyújtás keretében önálló életet elkezdjen és megtartani képes felnőtt váljon belőle. (Rácz-Riegler, 2015)

Kutatásom célja, hogy az általam feldolgozott szakirodalmak, tanulmányok alapján és az utógondozói ellátottakkal és szakemberekkel készült interjúk segítségével egy komplex képet kapjak arról, hogy a gyermekvédelmi gondoskodásból kikerülő utógondozói ellátásban élő fiatalok önálló életre való felkészítését, társadalmi integrációját miképpen segíti elő a fővárosi utógondozói ellátás.

Továbbá az alábbi kérdésekre kerestem a választ:

- Melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a gyermekvédelmi háttérrel rendelkező fiatalok társadalmi beilleszkedését?
- Miképpen segíti elő a fővárosi utógondozói ellátás a fiatalok önálló életre való felkészítését, társadalmi integrációját?
- A szakemberek és a fiatal felnőttek milyen hiányosságokat tapasztalnak az utógondozói ellátásban, milyen fejlesztési javaslatok vannak?

2. A FŐVÁROSI UTÓGONDOZÓI ELLÁTÁS A KUTATÁS TÜKRÉBEN

2.1. A kutatás célja

Kutatásom során a gyermekvédelmi gondoskodást elhagyó, utógondozói ellátásban élő budapesti fiatal felnőttek társadalmi integrációját és önálló életvitelük elősegítő szerepét több kérdéscsoport mentén vizsgáltam annak érdekében, hogy az utógondozói ellátás igénybevétele elősegíti-e a fiatalok önálló életvitelük elkezdését, lakhatási helyzetük stabilizálását, munkaerőpiacon való elhelyezkedésüket.

A fővárosi utógondozói ellátás társadalmi beilleszkedést és önálló életvitelt elősegítő szerepét szakemberek nézőpontjából is feltérképeztem. A kérdések mentén az utógondozói ellátás feladatairól, céljairól, fejlesztési javaslatokról és a gyermekvédelmi szakellátás hiányosságairól kérdeztem az interjúalanyokat.

2.2. A kutatás alanyai

Kutatómunkámban a legnagyobb kihívást az utógondozói ellátásban élő fiatalok kiválasztása jelentette, ugyanis elutasítók voltak a kutatásban való részvételre. Az interjúalanyok kiválasztásában segítségemre volt egy fővárosi utógondozó otthon intézményvezetője és egy nevelőként dolgozó utógondozói ellátottakkal foglalkozó szakember. Mivel telefonos megkeresésemre egyik fiatal sem vállalkozott az interjúra, ezért úgy gondoltam, hogy a személyes megkeresést alkalmazom, amely által könnyebb velük bizalmi kapcsolatot kialakítani, és bevonhatóvá válnak a kutatásomba.

A fiatalok bizalmatlansága természetesen érthető, hiszen a gyermekvédelmi gondoskodás előtti időszakban s az alatta elszenvedett traumák, továbbá a jövő félelme negatív érzéseket kelthet bennük, amelyről nem szívesen nyílnak meg mindenkinek. A fiatalok elutasító viselkedése azt mutatta meg számomra, hogy főként azok a fiatalok nem vállalkoznak interjúalanyoknak, akik életútja vélhetően a „legrögebb”, és akik



Forrás: iStock

jövőbeni életesélyei a legkiszámíthatatlanabbak. A személyes megkeresések által 4 utógondozói ellátott fiatal és 1 utógondozói ellátásból már kikerült fiatal vállalta a kutatásban való részvételt.

Az utógondozói ellátott fiatalok demográfiai adatai:

- Utógondozói ellátott 1: 20 éves, tanulmányait folytató fiatal felnőtt férfi, nyolc általános iskolai végzettséggel, párkapcsolatban él.
- Utógondozói ellátott 2: 18 éves, tanulmányait folytató fiatal felnőtt nő, nyolc általános iskolai végzettséggel, diákmunkában dolgozik, egyedülálló.
- Utógondozói ellátott 3: 21 éves, tanulmányait folytató fiatal felnőtt nő, kilenc osztályt végzett el, időnként diákmunkát vállal, egyedülálló.
- Utógondozói ellátott 4: 20 éves, tanulmányait folytató fiatal felnőtt férfi, nyolc általános iskolai végzettséggel, alkalmi munkát vállal, egyedülálló.

Utógondozói ellátásból kikerült fiatal demográfiai adatai:

- Utógondozói ellátásból kikerült 1: 21 éves fiatal felnőtt férfi, eladó szakmával és érettségivel rendelkezik, árufeltöltőként dolgozik egy áruházban, párkapcsolatban él egy budapesti albérletben.

Kutatási céloom elérése érdekében a fiatalokon túl 9 szakemberrel vettem fel a kapcsolatot, akik mindegyike hosszú évek óta a gyermekvédelem területén, azon belül fiatal felnőttekkel az utógondozói ellátásban dolgozik. A kérdezett szakemberek az interjúban szerepet vállaló utógondozói ellátottak intézményében dolgozó utógondozó-nevelők, szakmai vezető és intézményvezető, továbbá más fővárosi intézményben dolgozó utógondozói ellátottakkal foglalkozó szakemberek.

2.3. A fővárosi utógondozói ellátás társadalmi integrációt és önálló életvitelt előkészítő szerepének vizsgálata több dimenzió mentén

Kutatásom jelen fejezetében a fővárosi utógondozói ellátás társadalmi integrációt és önálló életvitelt előkészítő szerepét vizsgálom. Az általam vizsgált dimenziók közé a család és társas kapcsolatok, a reziliencia, a tanulmányok és munkavállalás, a lakhatási helyzet, a szabadidő eltöltése és az önálló életvitelt segítő készségek tartoznak. Szikulai (2004c) tanulmányában és kutatásában (2006) is a fentnevezett területek erősítését javasolja a sikeres társadalmi beilleszkedés érdekében.

Az alábbiakban a szakemberek és az utógondozói ellátottak nézőpontja is bemutatásra kerül.

Család és társas kapcsolatok

A családi környezet tulajdonképpen meghatározó tere személyiségfejlődésünknek. Az egyénnek jó esetben a család egy olyan érzelmi biztonságot nyújtó környezetet teremt, ahol megtanulhatja érzelmei kifejezésén túl a másokhoz való kötődést is. (Szótsné et al., 2007)

A családban megtanuljuk hogyan viselkedjünk másokkal, illetve elsajátíthatjuk azt is, hogyan lehet a mindennapi életben felmerülő problémákra helyesen reagálni. Szótsné et al. (2007) tanulmánya említi, hogy a gyermekvédelmi gondoskodásban

felnőttek gyakran nem képesek szoros kapcsolatok kialakítására, értékrendjük az esetek nagy részében rossz társaságba szocializálhatja őket, amely miatt gyakoriak körükben a deviáns viselkedések.

Mivel a család nélkül „felnövők” családi mintát nem látnak, emiatt kötődési nehézségeiket nagyrészt tovább örökítik a gyermekvállalás, párkapcsolatok során. Ebben az is szerepet játszik, hogy jellemzően a gyermekvédelmi gondoskodásban felnőttek szülei sem családban nőttek fel. A kötődés hiánya azt is jelenti, hogy problémáik esetén sem tudják kitől kérjenek segítséget. (Szótsné et al., 2007)

Az interjú során kérdezett szakemberek mindegyike megfogalmazza, hogy a fiatalok kötődési hiányosságai, családi mintáik hiánya mind kihatással vannak felnőtt életükre.

A szakemberek elmondása szerint az utógondozói ellátott fiatalok jellemzően kevésbé tartanak kapcsolatot családtagjaikkal, baráti és társas kapcsolataikat az érdekek jellemzik, bizalmatlanok egymással szemben. Az egyik szakember megfogalmazta, hogy családi hátterük és szeretethiányuk miatt könnyebben kerülnek deviánsan működő kapcsolatokba, jellemzően bántalmazás áldozataivá válnak.

„Lerakja a föld közepére a hathetes kisbabát és otthagyja, ennyi volt az anyai gondoskodás... ezt látták. Ők nem kaptak semmit és ezt viszik tovább. Ehhez komoly pszichológusi segítség lenne indokolt, de az meg nincs.” (Utógondozó- nevelő szakember 3)

„Itt nincsenek családi helyzetek, itt minden családi helyzet egy „kátyú”, nincsenek gyökerek, nem tud honnan elindulni... amit valaha látott az egy iszonyat.” (Utógondozó- nevelő szakember 5)

„Nehéz a társadalomba való beilleszkedésük, mivel nincsen számukra követendő példa. (Utógondozó- nevelő szakember 7)

„Úgy gondolom, hogy aki család nélkül nő fel, komolyabban sérül e tekintetben, pl. a kötődés kialakítása, bántalmazó kapcsolatban nagyobb eséllyel maradnak bent a lányok, szeretethiány jellemzi ezeket a fiatalokat.” (Utógondozó-nevelő szakmai vezető)

Az általam megkérdezett 5 fiatalból 3 nem tartja a kapcsolatot a vér szerinti családjával. A másik két fiatal testvérével tartja a kapcsolatot, a szüleivel nem. A családjukról feltett kérdések mindegyikükben negatív érzéseket keltett, nem szívesen emlékeznek vissza a családban eltöltött időszakra, továbbá mindegyikük felelősnek tartja a szülőket, amiért évekkal ezelőtt gyermekvédelmi gondoskodásba kerültek. Azok a fiatalok, akik jelenleg kapcsolatot tartanak szüleikkel, ők korábbi gondozási helyükön is rendszeresen találkoztak, kapcsolatukat jónak mondják. Szikulai 2006-os kutatása szerint is az a jellemző tendencia, hogy aki gyermekkorában kapcsolatot tartott a családdal, az nagykorúsága esetén is megmarad. (Szikulai, 2006)

Az interjúk során kiderült számomra, hogy a fiatalok baráti és társas kapcsolatai gyengék, egy kérdezett utógondozói ellátott fiatal él párkapcsolatban, illetve az ellátásból már kikerült fiatal barátnőjével él a fővárosban.

Szikulai szerint a fiatalok családi állapotának fontossága későbbi önálló családalapítási terveik miatt lényeges, hisz a

családalapítás is mind a társadalmi integráció meghatározó része. (Szikulai, 2004b)

Szikulai megállapítása szerint az utógondozói ellátottak kevésbé elhivatottak a házasság és élettársi kapcsolatok kialakításában, az ellátásban élő fiatal felnőtt férfiak jövőképében kevésbé szerepel a saját családalapítás szándéka, míg a fiatal felnőtt nők gyakran önálló életvitelük megsegítése érdekében igyekeznek párkapcsolatukat megerősíteni gyermekvállalási szándékukkal. (Szikulai, 2004b)

Az általam megkérdezett fiatalok egyöntetűen jelezték későbbi családalapítási- és gyermekvállalási szándékukat, amely során azt is megemlítették, hogy saját gyermekeiknek szeretnének mindent megadni, amit ők akkoriban nem kaptak meg a szüleiktől.

A fiatalok elmondása szerint az utógondozó otthonban nem kötöttek barátságokat, társaikkal nincsenek kapcsolatban. Aki baráti kapcsolatokkal rendelkezik, főként iskolai társait nevezte meg.

„Semleges kapcsolatban vagyok a bent lakókkal, találkozunk, akkor köszönünk, de igazából ennyi.” (Utógondozói ellátott 2)

A szakemberek elmondása szerint az intézmény úgy segíti elő a kapcsolattartást a családtagokkal és barátokkal, hogy hétköznap, hétvégén és ünnepnapokon reggel 8 és este 21 óra között fogadhatják a fiatalok vendégeiket az intézményben erre kijelölt közösségi helyiségben. Éjszakai vendégfogadás heti 2 alkalommal lehetséges, amely esetében ugyanaz a vendég csak egyszer aludhat az intézményben.

Az éjszakai vendégfogadást megelőző nap 21:00-ig kell bejelentenie a fiatalnak, amelyhez a szobatárs engedélye is szükséges. Mivel a fiatalok 2-3 ágyas szobában vannak elhelyezve, így mindenkinek legalább 1 vagy 2 szobatársa van. A szakemberek problémásnak tartják ezt, ugyanis a fiatalok nagy része éjszakai vendégként a párját hívja, azonban ez gyakran konfliktust szül a szobatársak között, ugyanis így a felek intimitásának megélése is korlátokba ütközik.

Reziliencia

Rezilienciánk segítségével sikeresebben leküzdhetővé válnak az életünkben felbukkanó nehézségek, problémák, továbbá a pozitív jövőkép felé való haladásunkat is nagymértékben elősegíti. A gyermekvédelmi gondoskodásban felnőtt fiatalok gyenge rezilienciájához hozzájárul meglehetősen terhelt életútjuk, hiszen számos nehéz élethelyzet áll mögöttük.

Ezekhez sorolandó a családból való kiemelésük, gyakori lakóhely- és iskolaváltások, gyakori gondozási helyváltás, amely által a szakemberek is folyamatosan cserélődtek. A fiatalok nagy része a családjára nem tud támaszkodni, sokan a családtagjaikat sem ismerik. Nem utolsósorban folyamatosan jelen van a „hátrányos helyzet érzése, a megkülönböztetés”, hisz ők saját maguk megfogalmazása szerint „mások, mint a családban élő társaik.” (Nigel Cantwell et al., 2017)

Czibere Ibolya és Nemes-Zámbó Gabriella tanulmánya szerint a fiatalok későbbi társadalmi beilleszkedéséhez nagymértékben hozzájárul rezilienciájuk szintje. (Czibere - Nemes, 2020)

Szötsné et al. (2007) megfogalmazzák, hogy a gyermekvédelemben felnőtt fiatalok érzelmi intelligenciája, megküzdési képességeik gyengék, nehezen ismerik fel saját érzéseiket és a

környezetükben élőkét. Emiatt gyakran bizonytalanok másokkal és önmagukkal szemben is. Ez kihatással van társadalmi beilleszkedésükre, hiszen nehezebben tudnak megküzdni az életük különböző területein jelentkező problémákkal, amely a tanulmányaikat, a későbbi családalapítást, munkavállalásaikat és a társas- és párkapcsolatokat érintheti.

Megküzdési képességük bizonytalansága végül azt eredményezi, hogy céljaikat könnyebben feladják, a jövőtől való félelmük tovább erősödik. (Szötsné et al., 2007)

„Küzdök egy olyan dologgal, amit úgy hívnak, hogy depresszió. Nem tudom, hogy hogy lesz... Azt érzem sokszor, hogy semminek nincs értelme, nem igazán van életkedvem meg semmi.” (Utógondozói ellátott 2)

Ha a fiatal a vele korábban történeteket, vagy a jelenben felmerülő élethelyzeteket meg tudja beszélni egy olyan személylyel, akiben bíz, az csökkentheti a kialakult negatív érzéseket. (Nigel Cantwell et al., 2017)

A megkérdezett fiatalok nem tudtak megnevezni olyan személyt, akivel problémáikat, félelmeiket megbeszélhetnék. Az életükben ért csalódások miatt problémáikat, a jövőtől való félelmüket nem szívesen beszélnek meg másokkal.

„Nekem például az volt, hogy elmondtam a nevelőnek, hogy dolgozom, gondoltam, azért annyira csak számíthatok rá, hogy elmondhatom ezt, aztán mondta, hogy akkor adjak le a pénzt, de én mondtam, hogy nem szeretnék, mert gyűjtenem kell az albérletre. Mivel nem adtam le a pénzt, emiatt előbb el kellett jönnöm a hónap végén. Nagyt csalódtam benne.” (Utógondozói ellátásból kikerült 1)

Jellemző rájuk társas kapcsolataikban, illetve a felnőtt személyekkel szembeni agresszivitás, amely az érzelmeik helytelen kezeléséből fakad. (Szötsné et al., 2007) A szakemberek nagy része beszámolt arról, hogy ha valami nem úgy sikerül a fiatalnak, ahogy szeretné, akkor agresszívan reagálnak kéréseikre, társaikkal való konfliktusaik és a bántalmazások pedig hetente többször előfordulnak szinte bármilyen kisebb összetűzésből.

„Örölsz, ha nem jön neked a nagykéssel, és így kérd meg, hogy takarítson ki. Persze utána bocsánatot kér, de nagyon nehéz.” (Utógondozó-nevelő 3)

„Azonnal idegesek lesznek, ha valamit nem értenek meg. Ilyenkor törnek, zúznak.” (Utógondozó szakmai vezető)

Tanulmányok és munkavállalás

Tanulmányaink folytatása és a munkavállalás szorosan összekapcsolódó fogalmak. Ahhoz, hogy valaki megerősítse gazdasági helyzetét, iskolai végzettséget kell szereznie. (Balogh et al., 2009)

Andorka megfogalmazásában az oktatás olyan nevelő és személyiségfejlesztő funkciót tölt be, amely során felruházza az egyént azokkal a szükséges ismeretekkel, ami a sikeres társadalmi beilleszkedés egyik előfeltétele. Azok a személyek, akik magasabb iskolai végzettséget szereznek, jobb eséllyel in-

dulnak a munkaerőpiacon, magasabb jövedelemre tehetnek szert, amely jobb életminőséget eredményez számukra. (An-dorka, 2006)

A gyermekvédelmi gondoskodásból kikerülő fiatalok jellemzően jelentős lemaradást mutatnak tanulmányaikat tekintve korcsoportjukhoz képest. Lemaradásukat az mutatja, hogy iskolai végzettségük alacsony, tanulmányaikat gyakran félbehagyják, tudásuk hiányos ismeretekre alapozott. (Kuslits – Riegler – Rácz, 2009)

Probléma az is, hogy a fiatalok életútjából kifolyólag gyakori a többszörös iskolaváltás. Rácz (2009) tanulmánya megfogalmazza, hogy a megszakított tanulmányok és a gyakran váltogatott iskolák nagymértékben befolyásolják a fiatalok későbbi társadalmi integrációját. (Rácz, 2009) A fiatalok pályaválasztása nagyrészt bizonytalan, olykor irreális célokat mutat. (Kuslits – Riegler – Rácz, 2009)

Az általam kérdezett szakemberek véleménye is ezzel egyező, a fiatalok jelentős iskolai lemaradásáról és pályaválasztásukat tekintve irreális tervekről számoltak be az interjúk során. A szakemberek fontosnak tartják, hogy a fiatalok az ellátás ideje alatt legalább egy szakmát szerezzenek. A szakemberek meglátása az, hogy az utógondozói ellátott fiatalok elenyésző számban vannak jelen a felsőoktatásban, főként középiskolai tanulmányaikat folytatják, szakmát adó iskolákba járnak.

„Nagyon le vannak maradva az iskolákkal... vagy nem fejezték be, vagy nem megfelelően haladtak a tanulással, lemorzsolódtak a normál sulikból, és most olyan iskolákba járnak, ami főként kisegítő iskolának felel meg.” (Utógondozó- nevelő szakember 6.)

„Fontos, hogy legalább a nyolc általánosa legyen meg. Itt van olyan, aki gimnáziumba jár, de ő 1000-ból 1. Főiskolára járó egy sincs. Pályafutásom alatt összesen két fiatalról tudok, aki felsőfokú végzettséget szerzett.” (Utógondozó- nevelő szakember 2.)

„Irreális terveik vannak... ilyenkor megpróbálom reális talajra hozni őket. Végzettség nélküli „sztárságot” szeretnének elérni, mindenféle produktum lerakása nélkül.” (Utógondozó- nevelő szakember 4)

Szikulai 2006-os kutatása során arra az eredményre jutott, hogy az utógondozói ellátásban élő fiatalok iskolai pályafutását az jellemzi, hogy főként szakközépiskolában, szakiskolákban folytatják tanulmányaikat. (Szikulai, 2006)

A kutatásomba bevont utógondozói ellátott fiatalok mindegyike tanulmányokat folytat. A megkérdezett fiatalok rendelkeznek nyolc általános iskolai végzettséggel. Két fiatal jelenleg szakmát tanul cukrászként és parkgondozóként. Az ellátásból kikerült fiatal eladó szakmával és érettségivel rendelkezik. A másik két kérdezett utógondozói ellátott fiatal tanulmányait csak papíron folytatja, ugyanis az iskolai órákon nem vesz részt, elmondásuk szerint csak az utógondozói ellátáshoz szükséges jogviszony miatt iratkoztak be az iskolába.

„Papíron járok iskolába. 2017-óta megvan a 9. osztályom, papírom van, hogy iskolába járok, de nem veszek részt, nem is vennék részt a 9.-esek óráján. A nevelő próbál segíteni, hogy érettségizzek, de én nem akarok. Három éve halasztom, hogy papír van, egyszer-kétszer bejártam, aztán megszüntették a

jogviszonyom. Az utolsó évben elrontottam a tanulmányaimat. Várom, hogy a nevelő intézzzen valamit, hogy ne egyhelyben izéljek, hanem csináljak valamit...” (Utógondozói ellátott 3.)

„Azért iratkoztam be az iskolába, hogy bekerülhessek ide és közben dolgozok, amit épp tudok. Már nem köt le a tanulás, se sose érdekelt.” (Utógondozói ellátott 4)

A szakemberek elmondása alapján megfigyelhető az, hogy a fiatalok az utógondozói ellátásba való felvételhez jogviszonyt létesítenek egy iskolában, azonban oda nem járnak be, viszont a helyi Kormányhivatal Gyámügyi Osztálya tanulmányait folytatóként létesíti számára az utógondozói ellátást. A szakemberek tájékoztatása szerint sokszor maguk is segítik ebben a fiatal - megkerülve a jogszabályi feltételeket -, hisz ez által tud a fiatal a leghosszabb ideig a „rendszerben maradni.”

„Sok gyerek beiratkozik egy iskolába, de soha meg nem jelenik, de fél évre megkapta az igazolást. Második félévben keres egy újabb iskolát. Az, aki elvégzi ezeket az iskolákat, az nagyon csekély személy. Főként az utógondozói jogosultság megszerzése miatt jelentkeznek tanulni.” (Utógondozó- nevelő szakmai vezető)

„A fiatalok inkább tanulnak a jogszabályi feltételek miatt. Akármilyen tanulói igazolást elfogad a Gyámhivatal.” (Utógondozó- nevelő szakember 7)

Rácz (2012) megállapítása szerint a szakemberek támogatják a fiatalok továbbtanulását, de főként a szakmák és az érettségi irányába terelik őket. (Rácz, 2012) Ez a felvetés a saját kutatásomban is felmerült, ugyanis az egyik fiatal beszámolt arról, hogy a nevelők nem bíznak eléggé a fiatalok képességeikben és gyakorta lebeszéljük őket a valódi továbbtanulási céljairól, amely azok esetében jelent problémát, aki képességeit tekintve sikeresen be tudná fejezni a választott képzést.

„A cukrászatot csak úgy választottam, de az álomszakom az animációkészítés lenne. Amikor érdeklődtem, akkor a legtöbb nevelő azt mondta nekem, hogy az ilyen iskolákba nagyon nehéz bejutni és így le is tettem róla. De mindenképpen meg fogom próbálni.” (Utógondozói ellátott 2)

A fenti okokból kifolyólag az utógondozói ellátott fiatalok munkaerő-piaci helyzete gyenge, általában nem rendelkeznek megélhetést biztosító jövedelemmel, amely a későbbi önálló életvitelük fenntartását elősegítené. (Kuslits – Riegler - Rácz, 2009)

A kérdezett fiatalok lehetőségük szerint igyekeznek alkalmi munkát, diákmunkát elvállalni, azonban e munkákból származó jövedelem kevésbé teszi lehetővé, hogy félretegyenek. A Covid-19 vírushelyzet tovább rontotta a helyzetüket, hisz a szakemberek és a fiatalok elmondása alapján már több hónapja nem tudnak dolgozni, mivel nagyrészt a vendéglátóiparban konyhai kisegítőként dolgoztak, ahol jelenleg nem tartanak igényt munkavégzésükre.

„Don Pepében dolgoztam két és fél évet, mosogattam, jó volt, de mégsem. Sok helyen voltam 1-2 napot, akkor még tudtam félrerakni, de most már sajnos nem, mindent feléltem azóta.” (Utógondozói ellátott 2.)

„Nem volt túl sok pénz, egy konyhán dolgoztam. Magamra is költöttem, meg tesómnak is vettem cuccokat. Nem elcseszni akartam a pénzt, ruhát vettem magamnak. Kapok SPAR-os utalványt, valahogy meg tudom oldani azért, mert nincs munkám, meg tudom oldani, hogy ne éhezsek, van, aki segít, az mindenképp kell, hogy valaki segítsen.” (Utógondozói ellátott 3)

„Amikor volt munkám, pénzem, mondom azért is dolgoztam, hogy magamnak vegyem meg amit akarok. Jó volt, hogy én dolgoztam meg érte és ne más vegye meg, hanem én is megtudtam.” (Utógondozói ellátott 4)

A fiatalok az interjú során elmondták, hogy az utógondozó-nevelők is segítik őket a munkakeresésben, jellemzően közösen nézik az álláshirdető portálokat, illetve önéletrajzot írnak nevelői segítséggel.

„Szoktak segíteni, ajánlják a munkát, kérték, hogy írjak önéletrajzot régebben, bár már nem tudom hol van. Nézelődök munka után a városban, meg az interneten is, de egyre kevesebb van sajnos.” (Utógondozói ellátott 3)

Az ellátásból már kikerült fiatal elmondása szerint ismerős segítsége révén tudott elhelyezkedni egy élelmiszerüzletben, eladó és érettségi végzettséggel árufeltöltőként. A Covid-19 vírushelyzetben megmaradt az állása, azonban az albérlet kifizetését követően csak az alapvető élelmiszereket tudja megvásárolni a hónap végéig.

Az utógondozói ellátásban élő fiatalok a jelen jogszabályfeltételek miatt nem motiváltak arra, hogy munkaerő-piaci helyzetüket erősítsék, ugyanis, ha nagyobb jövedelemre tesznek szert, mint a jogszabályi feltételekben meghatározott öregségi nyugdíjminimum háromszorosa - jelen esetben 85.500 Ft - akkor ellátásuk is megszűnik. (Szikulai, 2004 b)

Az utógondozó otthon vezetője problémaként jelezte, hogy ez a 85.500 Ft jóval alacsonyabb, mint a minimálbér (2021-ben br. 167.400 Ft), amely azt is hátráltatja, hogy a fiatal hitelképessé váljon egy későbbi lakásvásárláshoz. [20/2021. (I. 28.) Korm. rendelet] Emiatt a fiatalok inkább „alibi tanulói jogviszonnyal” rendelkeznek, mert akkor lehetőségük van magasabb munkajövedelemre, hiszen akkor tanulói jogviszony alapján részesül az utógondozói ellátásban.

„Természetesen a magasabb munkajövedelem ritkán szokott bekövetkezni, de szomorú, hogy mi is erre tanítjuk a fiatalokat, hogy hogyan játsszák ki a rendszert.” (Utógondozó otthon- intézményvezetője)

Lakhatási helyzet

A fiatalok önálló életvitelének sikerességét nagymértékben meghatározza lakhatási helyzetük. Nincs ez máshogy az utógondozói ellátásban élő fiatalok körében sem. Minden fiatal vágya, hogy lakhatását biztossá tegye, igényeinek megfelelően alakítsa ki. A gyermekvédelemben felnőtt fiatalok körében magas a rizikófaktor a hajléktalanságra, emiatt lakhatási helyzetük megerősítése kiemelten fontos szerepet tölt be a fiatalok önálló életre való felkészítésében. (Nigel Cantwell et al., 2017)

Az 1997. évi Gyermekvédelmi törvény (továbbiakban: Gyvt.) 25. §-a szerint a gyermekvédelmi gondoskodásból ki-

került fiatal felnőttek lakhatási helyzetét, az otthonteremtési támogatás igénybevétele segíti elő.

A támogatást az a fiatal felnőtt veheti igénybe, aki az alábbi jogszabályi feltételeknek megfelel:

1. A fiatal nevelésbe vétele legalább három év volt, amely nagykorúvá válásával szűnt meg. A három évbe az ideiglenes hatályú elhelyezést is beszámítják, ha az nevelőszülőnél vagy gyermekotthonban történt. Három évnél kevesebb időtartam is elegendő lehet, ha pl. a nevelésbe vétel a szülők elhalálozásából történt.
2. Kézpénze, vagyona összege nem éri el a mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összegének hatvanhétzszeresét, azaz 2021-ben jelenleg az 1.909.500 Ft-ot. [Gyvt. 25.§ 1,2]

A támogatás a fiatal 30 éves koráig felhasználható a Gyvt. 25. (5) pontja szerint a fiatal felnőtt tulajdonában lévő lakás, ház felújítására, vagy építkezésre alkalmas telek vásárlására, ház, lakás felújítására, bérlemény megfizetéséhez, önkormányzati bérlet felújításához, otthonteremtéshez felvett hitel törlesztéséhez, továbbá szociális intézménybe jelentkezők esetén belépési hozzájárulásként. [Gyvt. 25.(5)]

Kutatásom során az általam megkérdezett szakemberek az otthonteremtési támogatással kapcsolatban megfogalmazták, hogy egyre kevesebben veszik igénybe a támogatást a megszigorított feltételek miatt. Az intézményvezető tájékoztatása szerint a támogatást elszámolási kötelezettség terheli, ezt megelőzően szabad felhasználású volt, amely sok negatív következménnyel járt. Napjainkban, ha a támogatást nem a jogszabályban meghatározottakra (lakásvásárlás, bérlemény, felújítás) költik a fiatalok, akkor vissza kell fizetniük az elhasznált összeget.

„Vannak, akik minden másra elköltik a pénzt, ők kerülnek majd az utcára, de oké az is közrejátszik ebben, hogy nem tanították meg őket erre, hogy mire használják fel a pénzt. Volt egy haverom, aki megbeszélte egy haverjával, hogy odaautalják a pénzt, hogy ki adja neki albérletbe a lakást, de nem adta ki, csak papíron, így havonta lefelezték a pénzt és ennyi.” (Utógondozói ellátásból kikerült 1)

„4 és fél millió Ft-ból 2 hónap alatt 3 és fél millió Ft-ot elköltött a fiatal. Laptopot vett, mérges lett földhöz vágta. Az édesanyja a számláit kifizettette vele, majd utána kirúgta.” (Utógondozó szakmai vezető)

Problémaként jelezte a vezető azt is, hogy a támogatás adta lehetőségek is folyamatosan szűkülnek, hiszen egyre kevesebb az önkormányzati lakás, a támogatásból saját lakás vásárlása a magas árak és a támogatás alacsony összege miatt szintén nehézséget jelent.

A szakemberek elmondása szerint az albérlet kifizetése is csak egy ideiglenes megoldás, hiszen hamar elfogy a biztosított keret, amely könnyen a hajléktalansághoz vezető utat nyitja meg a fiatalok előtt. A kérdezett szakemberek megoldásnak tartanak, ha az öregségi nyugdíjminimum összege emelkedne, hisz a támogatás mértéke a nevelésbe vétel évétől függően az öregségi nyugdíjminimum szorzata, a legnagyobb összegű támogatás 2021-ben 1.909 500 Ft. [Gyvt.26.§]

„Ha félrerakatok egy fiatallal havi 20 ezer Ft-ot, az évi 240 ezer, ha 5 évig félrerakja, akkor lesz 1 millió Ft-ja, abból vesz egy 1m²-es lakást. Legalább 200 ezret kellene félretenniük havonta egy lakásvásárláshoz.” (Utógondozó otthon, szakmai vezető)

Kuslits- Riegler- Rácz (2009) megfogalmazása szerint az otthonteremtési támogatás alacsony összege a fiatalok alacsony iskolai végzettsége, gyenge munkaerő-piaci jelenléte mellett nem segíti társadalmi integrációjukat. (Kuslits- Riegler- Rácz,2009)

Lakhatási helyzetükről a fiatalokat is megkérdeztem. A kérdések a jelenlegi lakhatási helyzetükre, illetve a lakhatással kapcsolatos jövőbeli terveikre is kitértek. A fiatalok jelenlegi lakhatásuknak pozitív és negatív oldalát is megnevezték. Egyrészt szerencsésnek érzik magukat, hisz az egyik fiatal szerint „*mégiscsak jobb, mint az utca.*” (Utógondozói ellátott 4)

Vizont a megkérdezett fiatalok mindegyike nehezen éli meg a lakótársaikhoz való alkalmazkodást és az intézményes környezetet. Válaszaik alapján főként egyedül szeretnének élni, vagy azokkal, akiket ők választanak meg maguknak lakótársnak.

„*Azért csak jobb lenne egyedül lakni, mint egy rendes felnőtt, ahova kényelmesebben haza tudnék menni, ahova tudnék menni a barátnőmmel is akár.*” (Utógondozói ellátott 1)

„*Van szobatársam, vele eléggé toxikus a kapcsolatunk, igazából a közelmúltban történtek dolgok, amik miatt annyira nem kedvelem őt és ő se engem.*” (Utógondozói ellátott 2)

„*Azon leszek, hogy innen kimenjek, akkor nem lesz olyan, hogy kosz lesz, magam után fogok takarítani és nyugalom lesz.*” (Utógondozói ellátott 3)

„*Egy - két embert nem bírok itt, de átnézek rajtuk és ez kölcsönös.*” (Utógondozói ellátott 4)

A fiatalok saját jövőbeli lakhatási helyzetüket kilátástalannak tartják, válaszaikból az derül ki, hogy nem szívesen beszélnek erről a témáról, ugyanis félelemmel tölti el őket az a tény, hogy utcára is kerülhetnek. Terveik között főként az albérlet szerepel, mint lakhatási forma. Ennek oka pedig lakáshelyzetük bizonytalansága, továbbá az, hogy nem látják esélyét annak, hogy valaha sikerül önálló lakást vásárolniuk Budapesten a magas ingatlanárak mellett.

A kérdezett fiatalok viszont Budapesten szeretnének letelepedni, ami azzal magyarázható, hogy a vidéki városokban még kevesebb lenne számukra a munkalehetőség. Az albérletárak kifizetése is félelmet kelt bennük, hisz jelenlegi megtakarításuk szinte a nullával egyenlő, munkából származó jövedelmük pedig szintén elenyésző.

„*Nem kapsz semmilyen segítséget... oké, hogy menj el albérletbe, de amúgy meg nem segítenek abba se... például aki befejezi a tanulmányait, de sose „diákmunkázott” ő mégis, hogy fog magának összeszedni annyi pénzt, hogy albérletbe menjen? Nem nagyon segítenek, főleg akkor nem, ha külső férőhelyen van az ember és havonta egyszer eljön a nevelő, ő végképp nem foglalkozik ezzel.*” (Utógondozói ellátott 4)

„*Albérletbe szeretnék menni, mert a lakás nagyon drága, de*

kellene a munka, hogy tudjam fizetni az albérletet, nehogy utcára kerüljek.” (Utógondozói ellátott 3.)

Egy budapesti albérlet esetén egy szoba ára az ingatlan.com számításai alapján minimum 30.000-40.000 Ft körüli összegre tehető, azonban egy budapesti 30 m² alapterületű teljes lakás kivétele az ingatlan.net statisztikája szerint 75.000 - 115.000 Ft között mozog, amely 2 évre sem biztosít lakhatást az ellátásból kikerülő fiataloknak az otthonteremtési támogatás maximalizált összegével számolva.¹

A fiatalok elmondása alapján családjukhoz, rokonokhoz egyikük sem tud visszatérni az ellátásból való kikerülésük esetén. Aggasztó annak a fiatalnak a válasza is, aki az otthonteremtési támogatásról még egyszer sem hallott.

„*Nem tudom mi az az otthonteremtési támogatás. Sose hallottam róla, de tökmindegy úgy se lenne pénzem lakásra.*” (Utógondozói ellátott 2.)

A többi fiatal ismerte ugyan a támogatást, azonban számukra a támogatás mértéke is ismert, amely miatt kizárják a saját lakásvásárlást.

„*Gondolkodni gondolkozhatnék a lakásvásárláson, de kevés rá a lehetőség.*” (Utógondozói ellátott 4.)

A fiatalokat arról is kérdeztem, hogy a szakemberektől milyen segítség lenne számukra igazán hasznos, amely lakhatási helyzetük stabilizálását elősegítené. A válaszokból kiderült, hogy a fiatalok igényt tartanának arra, ha a nevelővel együtt közösen tájékozódna a lakhatási lehetőségekről és a lakhatásra fordítható támogatásokról.

A kérdezett fiatalok számára a megtakarítás is nehézséget okoz, amelyben szeretnének fejlődést elérni későbbi lakhatásuk érdekében.

„*Például a nevelő nézzen a fiatallal együtt lakást. Aki ilyen helyen él kiskora óta, hogy tudna magának jó albérletet nézni, ráadásul elintézni, hogy mi, hogy van, pl.: a szerződéssel?*” (Ellátásból kikerült 1)

„*Segítsenek a megtakarításban. Nem akarom életem végéig más zsebébe rakni majd a pénzt.*” (Utógondozói ellátott 4)

„*Segítsenek abban, hogy legyen egy hely, ahova tudok menni. Nehogy az legyen, ha betöltöm a 24. évemet, hogy nem talállok lakhatást. Másnap már oda tudjak menni, vagy aznap. Legyen munkám, hogy tudjam fizetni az albérletet és a többi cuccot magamnak, ami a többi embernek is kell. Nem akarok örökre nélkülözni, persze luxust se várok el, de nem akarok nélkülözni.*” (Utógondozói ellátott 3)

Természetesen a fiatalok által említett tevékenységek mind az utógondozó-nevelő szakemberek feladatai közé tartoznak. (Kuslits- Riegler- Rácz, 2009)

Az egyik utógondozó szakember elmondása szerint a „*fiatallal közösen történő tervezés (pl. az érdeklődésének és képességeinek megfelelő képzettség megszerzésével, későbbi önálló lakhatás megteremtésével kapcsolatban, segítő beszélgetések,*

életvezetési tanácsadás, konfliktuskezelés, pénzbeosztás segítése, otthonteremtési támogatással kapcsolatos ügyintézés, majd az önálló lakhatás elindításával kapcsolatos minden teendő segítése, az új lakóközösségbe történő beilleszkedés támogatása” mind fontos feladata az utógondozói ellátottakkal foglalkozó szakembereknek. (Utógondozó- nevelő 2)

Az intézmény szakmai vezetője az interjú során elmondta, hogy a szakemberek egyik legnagyobb nehézsége az, hogyan oldódik meg az ellátásból kikerülve a fiatalok lakhatási helyzete. A szakember elmondása szerint főként az a tendencia, hogy „többen mennek egy albérletbe, mert úgy ki tudják fizetni, ritkán előkerül egy családtag, vannak olyan munkahelyek, ahol szállást is biztosítanak, de megnyugtató kiköltözések nincsenek. Igazából mindegyik fiatalnak az az álma, hogy gyűjtsön pénzt és lakást vegyen, családot alapítson.” (Utógondozó szakmai vezető)

Szabadidő eltöltése

Szikulai (2004b) társadalmi integrációt befolyásoló tényezőként említi, hogy az utógondozói ellátott fiatalok szabadidejüket kevésbé tudják hasznosan eltölteni. Szikulai megfogalmazásában ez annyit jelent, hogy a fiatalok szabadidejük nagy részét kevésbé töltik sportolással, kulturális programokkal, olvasással, önmaguk fejlesztésével, helyette inkább sorozatot vagy televíziót néznek. (Szikulai, 2004b) Szikulai 2006-os kutatásában az utógondozói ellátottak döntéseiket anyagi helyzetükkel magyarázzák. (Szikulai, 2006)

A szabadidő eltöltésével kapcsolatban az interjú során megkérdezett szakemberek tájékoztatást adtak arról, hogy az intézmény számos szabadidős programot szervez a fiataloknak érdeklődési körük figyelembevételével. Heti rendszerességgel foglalkozásokat tartanak, hagyományokhoz kapcsolódó ünnepi programokat szerveznek. Nyaranta két alkalommal egyhetes táborozásra is van lehetősége a gondozottaknak. Anyagi lehetőségekhez mérten lehetőséget nyújtanak kulturális programokra, ami színházlátogatást, mozit, cirkuszi előadásokat és kiállításokat jelent. Ezek finanszírozása az intézményvezető elmondása szerint a fenntartó által biztosított éves költségvetési keretből történik.

Az utógondozó otthon rendelkezik közösségi térrel, kreatív szobával, konditeremmel, könyvtárral, számítógépes szobával, amelyek mind a szabadidő hasznos eltöltését szolgálják. Az udvaron nagy füves terület található, ahol jó időben gyakori a bográcsozás, illetve számos programot szerveznek a gyermekeknek és a fiataloknak.

A szakemberek elmondása szerint az intézmény gyermekotthonában kialakított utógondozó otthon szélesebb szabadidős lehetőséget biztosít, mint az intézmény külső férőhelynek nem minősülő utógondozó lakóotthona- amely családi házas környezetben helyezkedik el- ennek ellenére szűkebb az élettér az ott élő utógondozói ellátottaknak. Közösségi térrel sem rendelkeznek, továbbá szabadidős programokat sem tudnak szervezni a helyhiány miatt. Udvar ugyan ott is biztosított, azonban kevésbé kihasználható a zajt nem tűrő szomszédok miatt.

Kutatásom során a fiatalokat kérdeztem szabadidős tevékenységeikről, illetve arról is, hogy mennyi szabadidővel rendelkeznek hétköznapokon és hétvégén. Rákérdeztem arra is, hogy van-e hobbijuk, amivel szívesen foglalkoznak szabadidejükben, továbbá érdeklődtem afelől, hogy szabadidejükben járnak-e moziba, könyvtárba, színházba, szórakozóhelyekre, sportolni.

A fiatalok válaszaiban az intézmény által szervezett szabadidős lehetőségek, programok egyike sem jelent meg. A válaszok alapján a fiatalok bő szabadidővel (napi több órát jelent) rendelkeznek, amely eltöltése nehézséget okoz számukra. Nehezen tudtak megnevezni tevékenységeket, amelyeket ekkor végeznek. Szabadidős tevékenységeik nagy részét az internetezés, sorozatnézés, videójátékozás teszi ki, egy ellátott nevezte meg hobbiként a rajzolást, amelyet időnként beilleszt szabadidejébe. Párkapcsolattal rendelkezők idejük nagy részét lehetőségükhöz mérten párjukkal töltik.

„Konkrétan semmit. Néha megesik, hogy rám jön az inspirálódás és akkor rajzolok, mostanában interneten barátkoztam és szoktunk játszani telefonon keresztül.” (Utógondozói ellátott 2)

„Viszonylag elég sok a szabadidőm. Barátnőmmel találkozok, ha végzek az iskolával. (Utógondozói ellátott 1)

A fiatalok szabadidős lehetőségeik korlátjának okát anyagi helyzetükkel magyarázzák, továbbá azt is megnevezik, hogy egyedül nem szívesen mennek el pl.: moziba, színházba, szórakozóhelyre, elmondásuk szerint ezekre a programokra nem tudnak kívül elmenni és inkább online barátkoznak közösségi oldalak segítségével. A Covid-19 vírushelyzetet is okként nevezték meg, amiért szabadidejük nagy részét otthon töltik a szobájukban számítógépük vagy telefonjuk társaságában.

„Hobbim nincs, moziba, színházba, szórakozóhelyre nem járok, lehet, hogy anyagi okok, de nem tudom. Persze meg tudnám oldani, hogy valaki kifizesse a mozimat, de lehet, hogy most be is zár.” (Utógondozói ellátott 3)

„Moziba, színházba, szórakozóhelyre nem nagyon járok. Anyagi dolgok miatt sem, de inkább az, hogy nincs kivel. Az a baj, hogy a tesóm még nagyon fiatal 10 éves, anyával meg más az érdeklődési körünk.” (Utógondozói ellátott 2)

Önálló életvitelre való képesség/készségek

Szikulai megfogalmazza, hogy az önállóságra való nevelés a gyermekvédelmi gondoskodásba kerüléssel a gondozási-nevelési terv egyik fő célja. Ennek ellenére az utógondozói ellátásban tapasztalható az a tény, hogy ezek a készségek, képességek hiányoznak, tehát már alapvetően egy megkésett folyamatot próbálnak helyrehozni kisebb-nagyobb sikerrel az utógondozói ellátott fiatalokkal. (Szikulai 2004b)

„A gyermekvédelem 18. év előtt annyira védi a gyermeket, hogy nem tanítja meg őket élni. Nincs az, hogy elmész vele bevásárolni, hogy lássa, hogy mi mennyibe kerül, hogy azért dolgozni kell. Nem, ő ott van bent a rendszerben, megkapja a reggelit, az ebédet, mindent megkap... ki vannak szolgálva teljesen...” (Utógondozó-nevelő szakember 5)

Az általam kérdezett szakemberek azt tapasztalják, hogy a fiatalok alapvető készségei fejlesztésre szorulnak, kevésbé önállóak, amely a „felnőtt élet” megkezdését véleményük szerint nagymértékben befolyásolja. A szakemberek beszámolnak arról, hogy a fiatalok számára nehézséget okoz olyan alapvető feladatok ellátása, mint például a mosakodás, ruházatuk és

környezetük tisztán tartása. Sok fiatal számára a bevásárlás is nehéz, mivel a pénzt sem ismerik.

„Nem ismerik az árakat, nem tudják, hogy mennyi kb. egy lakásfelújítás költsége. Éjszakákon keresztül beszéltek át a pénzkézelést, az árajánlatokat néztük át együtt.” (Utógondozó szakmai vezető)

A szakember szerint táplálkozásukat a hideg élelem és a könnyen elkészíthető instant ételek jellemzik, ugyanis főzni nem tudnak, de a háztartási gépek működését is kevesen ismerik, így abban is segítségre szorulnak.

„Nem tudja, hogy mi az a vásárlás, azt tudják, hogy hol van az illatszer, a ruhák, azt meg tudja vásárolni. Nem tudnak főzni, nem tudják magukat tisztán tartani, mert mosni sem tudnak. Az ügyintézés nagyon nehezen megy, mivel a szövegértelmezésük sem jó sajnos. Az ötödikes matek feladat is nehézséget okoz számukra. A kérdést nem tudják jól értelmezni, vagy kérelmet megfogalmazni, helyesen sem tudnak írni... ebben mind segítenünk kell.” (Utógondozó-nevelő-szakember 4)

A szakemberek álláspontja szerint a fiatalok szövegértelmezése nem jó, amely mind az ügyintézésben és a tanulásban is akadályokat szül. Hivatalos ügyek intézése nagy nehézség számukra, ugyanis önmagukkal szemben bizonytalanok, nem mernek felelősséget vállalni.

„Ha egy hivatalos ügyet el kell intézni, akkor meg kell tanítani, hogy kell, hogyan kell telefonálni, időpontot egyeztetni, nekik ez idegen bolygó... nem ismerik a külvilágot.” (Utógondozó-nevelő szakember 1)

„Visszariadás a felelősségvállalástól vagy ennek hátrítása, ezek meglévő hiátusok, de ezeket főként a szakellátók látják hiányosságnak, a fiatal felnőttek meggyőződése az, hogy nekik ez megy.” (Utógondozó Otthon intézményvezetője)

A fenti interjúrészekből arra következtethetünk, hogy a szakmai munka (pl.: álláskeresés, pályaválasztás, lakhatási tervek, jövedelembelosztás) elkezdése az utógondozói ellátás során háttérbe szorul, hiszen olyan alapvető készségeket is meg kell tanítaniuk a szakembereknek, mint például az önmaguk ellátását, a bevásárlást, a háztartási gépek kezelését, a takarítást, a főzést, az írást és olvasást, a tanulást, az alapvető ügyintézéshez szükséges tudnivalókat, a pénzkézelést.

A szakemberek azzal is egyetértettek, hogy e készségek fejlesztését már korábbi életkorban szükséges elkezdni, ugyanis tapasztalataik szerint a fiatalok 18 éves korukra általában már nehezebben ismerik be, hogy nehézségeik vannak egyes területeken és nem szívesen kérnek segítséget.

„Az alapoktól kellene kezdenünk, de nincs rá időnk... normál esetben itt az utógondozói ellátásban már az utolsó simításokat kellene elvégeznünk, de ezt nem lehet. A korukból kifolyólag már más érdekli őket, nem a levélfeladás, vagy a bevásárlás megtanítása. Lakást akarnak azonnal.” (Utógondozó-nevelő szakember 2)

A fiatalokat is kérdeztem arról, hogy a mindennapi teendőik ellátása, az ügyintézés problémát okoz-e számukra,

amely valóban a szakemberek nézeteit tükrözte, miszerint ebben nem érznek nehézséget, egyedül a megtakarítás és pénzkézeléssel kapcsolatos elmaradásait neveztek meg.

„Van olyan, hogy elszámolom magam és nem nagyon jövök ki a pénzből meg ilyesmi, igazából úgy nincs gondom, mert én vagyok itt a legönállóbb talán. Vannak, akik még önállóak itt, de ők annyira még nem fogják fel a súlyát az egésznek, hogy mi lesz, ha kikerülnek innen.” (Utógondozói ellátott 1)

„Jól tudnám az ügyeket intézni, de nem nagyon intézek, de szerintem el tudnám intézni. Pl.: néznék az interneten orvost, felhívnám, hogy mi kell. Pont akarok menni bőrgyógyászhoz. Kikeresem a neten, felhívom, kérek időpontot, odamegyek és elintézem. Ha írnak fel krémet, (mivel most nincs munkám, pénzem) nem fogják azt mondani, hogy így jártál, ha a keret megengedi, akkor itt segítenek kiváltani.” (Utógondozói ellátott 3)

Az intézményvezető szerint az a legfontosabb, hogy a fiatalokban kialakuljon az együttműködésre való hajlandóság. Elmondása szerint azokkal a fiatalokkal tudnak hosszútávon jól együttműködni, ott lesz hatékony a segítő folyamat, ahol a megállapodásra, szerződésre való alkalmasság rövid időn belül kialakul, és onnantól kezdve valódi szolgáltatóként lehetnek jelen a feladatban. *„Ha csak nevelők maradunk, az csak a szakellátás meghosszabbítása, amit hívhatunk utógondozói ellátásnak, csak akkor nem arról szól, amiről szólania kell.” (Intézményvezető)*

3. ÖSSZEGZÉS

A tanulmány fő célja annak bemutatása volt, hogy a gyermekvédelemben felnőtt utógondozói ellátásban élő fiatalok önálló életre való felkészítését, társadalmi beilleszkedését, hogyan segíti elő a fővárosi utógondozói ellátás.

Kutatásomban arra kerestem a választ, hogy mely tényezők befolyásolják a gyermekvédelmi háttérrel rendelkező fiatalok társadalmi beilleszkedését. Szikulai (2004c, 2006) tanulmányaiban jelenítette meg az utógondozói ellátásban élő fiatalok társadalmi integrációjára ható tényezőket, amely saját kutatásom során is bebizonyosodott. Az interjúk által kezelt szakemberek véleménye szerint a fiatalok társadalmi integrációjára ható tényezőként emelték ki az iskolai végzettséget, amely egyaránt befolyásolja munkaerő-piaci jelenlétüket, munkahelyük stabilitása és pozíciója pedig későbbi lakhatási helyzetüket.

A szakemberek szerint a családi és társas kapcsolatok léte és működőképessége, a szabadidő nem megfelelő eltöltése, a nyújtható támogatások/pályázatok is hatással vannak a fiatalok későbbi önálló életvitelére.

A szakemberek problémaként jelzik, hogy a fiatalok szinte már „behozhatatlan” hátrányokkal indulnak az életben. Megfogalmazzák azt is, hogy alacsony iskolai végzettségük miatt a munkaerőpiacon elhelyezkedni nem tudnak, ha sikerül munkát vállalni, az főként alkalmi munkát jelent, amely nem alapozza meg a későbbi életüket. Lakhatási helyzetük bizonytalan, továbbá ritka, hogy az utógondozói ellátásból kikerülő fiatal biztos és állandó lakhatást talál jövedelmi helyzete és társas kapcsolatainak hiánya miatt.

A szakemberek nézőpontja az, hogy a fiatalok családi és társas kapcsolatai gyengék, amely a későbbi családalapítást is

nehezíti. A fiatalokat az elmagányosodás és az érdekkapcsolatok kialakítása is rossz irányba tereli. Ennek megoldására az utógondozói ellátottakkal foglalkozók több pszichés megsegítést tartanának szükségesnek pszichológusok alkalmazásával, azonban jelen finanszírozási keretek ezt kevésbé teszik lehetővé.

Szikulai kutatásában megfogalmazza, hogy az utógondozói ellátás „*olyan problémát jelent a gyermekvédelem számára, amelyet a saját eszközeivel nem tud megoldani.*” (Szikulai, 2006 p.58) Szikulai azt is említi, hogy a kimenetek erősítése mellett, főként a bemeneti oldal megerősítése, azaz a gyermekek családban történő nevelkedésének elősegítése szükséges, amely által minél kevesebben kerülnek be a gyermekvédelmi szakellátás rendszerébe. (Szikulai, 2006)

A kutatásom során megkérdezett szakemberek véleménye is Szikulai felvetésével egyenlő, akik a megelőzés fontosságában látják a megoldási lehetőséget. Azonban, ha még is elengedhetetlen a családból történő kiemelés, akkor Szikulai szerint a megerősített gyermekjóléti alapellátás segítségével a szakellátásba került gyermekek mielőbb visszagondozhatók lennének a családjukba, legkésőbb nagykorúvá válásukat követően. (Szikulai, 2006)

A szakemberek álláspontja az, hogy az önálló életre nevelés megkezdése tizennyolc éves kor előtt szükséges, mivel az utógondozói ellátás ideje már nem biztosít elegendő időt arra, hogy a fiatalok társadalmi beilleszkedése megnyugtató eredményeket mutasson. „*Az utógondozói ellátás egyik legfontosabb feladata az önálló életre nevelés, az pedig csak egymásra épülő programokkal lehetséges. Tizennyolc éves korban késő elkezdeni.*” (Gyermekvédelmi szakember)

Rácz-Riegler azt is kijelenti, hogy az utógondozói ellátás nem korlátozódhat a szakellátásban elszenvedett hátrányok kiküszöbölésére, a fiatal számára egyéni igényeinek, képességeinek megfelelő segítséget kell biztosítani, amely önálló életkezdését lehetővé teszi. A fiatalok önálló életre való felkészítése esetében fontos, hogy a szakmai munka, a segítségnyújtás, a pedagógiai módszerek alkalmazása helyett szociális munka típusú tevékenység felé irányuljon, és ezt tegyék lehetővé a személyi, tárgyi, finanszírozási feltételek. (Rácz, Riegler 2015, Szikulai, 2004)

Rácz tanulmánya szerint a tárgyi feltételek hiánya mellett megfigyelhetőek szakmai hiányosságok is, mely azt jelenti, hogy a szakember szakmai végzettsége nem determinálja azt, hogy ez elegendő a professzionális segítő munka végzéséhez. Szükséges lenne a szakemberek számára továbbképzéseket biztosítani, felkészültségüket javítani a fiatalok hatékony megsegítése érdekében.

Az önállóságra nevelés sem a szakellátás gondozási ideje alatt, sem az utógondozói ellátásban nem kap elegendő szerepet. Az önálló életvitelhez szükséges képességek, a megfelelő iskolai végzettség, stabil munkahely és lakhatási helyzet hiányában a fiatalok társadalmi beilleszkedése sikertelen eredményeket mutat. (Rácz 2012)

4. IRODALOMJEGYZÉK

• [sz.n.] [é.n.] *Budapesti használt ingatlanok.* <https://ingatlan.com/szukites/kiado+lakas+ar-szerint+budapest+30-m2-alatt+1-1-szoba> (Letöltés ideje: 2021.03.31.)

- Andorka Rudolf (1997). *Bevezetés a szociológiába.* Osiris Kiadó, Budapest.
- Balogh D. és mtsai (2009): „*Sokan vagyunk egyedül*” *Utógondozás, utógondozói ellátás.* Budapest Főv. Önkormányzatának Módszertani Szakszolgálat. Módszertani füzetek I. Budapest <http://mek.oszk.hu/11300/11386/11386.pdf> (Letöltés ideje: 2020.11.15.)
- Czibere I.-Nemes Z.G. (2020). *Családperspektívák kiegyensúlyozatlan családi struktúrában nevelkedő fiatalok körében.* *Esély*, 3:71-93. http://www.esely.org/kiadvanyok/2020_3/71-93_czibere_ibolya.pdf (Letöltés ideje: 2020.12.15.)
- Kuslits Gábor -Riegler Mária – Rácz Andrea (2009). *Az utógondozói ellátás protokollja.* SZMI, Budapest, munkaanyag.
- Nigel Cantwell- Chrissie Gale-Kenny McGhee-Kate Skinner (2017). *A gyermekvédelmi gondoskodásból való kilépés támogatása.* SOS Children's Villages International and ©CELCIS, the Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland, University of Strathclyde https://gyermekjogiegymeny.hu/wpcontent/uploads/2020/04/training_manual_Hungary.pdf (Letöltés ideje: 2021.03.15.)
- Rácz A.-Riegler M. (2015). *A gyermekvédelmi szakellátásból kikerülők speciális támogatása, utánkövetése.* In.: A gyermekvédelem megújulási alternatívái, szerk.: Rácz Andrea, RU-BEUS Egyesület, Budapest
- Rácz Andrea (2012). *Barkácsolt életutak, szekvenciális (rendszer) igények.* Budapest: L'Harmattan
- Rácz Andrea (2016a). *Gyermekvédelem a változás-elmélet tükrében.* *METSZETEK* 4/10. http://metszetek.unideb.hu/files/metszetek%202016_4_10_racz.pdf (Letöltés ideje: 2020.12.29.)
- Szikulai I.-Riegler M. (2017). *Az utógondozói ellátás 20 éve.* In.: 20 éves a Gyermekvédelmi törvény, szerk.: Lakner Zoltán Lehel, SZOSZAK, Budapest
- <http://www.szocialpolitikaiszemle.hu/nem-csak-sziv-kell-de-kell-tudas-is-20-eves-a-gyermekvedelmi-torveny-szemle-konyvek.html> (Letöltés ideje: 2020.12.15.)
- Szikulai István (2004b). *Az utógondozói ellátásban részesülők főbb szociodemográfiai jellemzői, problémái.* In: Gyermekvédelmi szakellátás – segédanyag szociális szakvizsgálóhoz, szerk.: Domszky András. NCSSZI, Budapest.
- Szikulai István (2004c). *Az utógondozás, illetve az utógondozói ellátás célja, tartalma.* In: Gyermekvédelmi szakellátás – segédanyag szociális szakvizsgálóhoz, szerk.: Domszky András. NCSSZI, Budapest.
- Szikulai István (2006). „*Nem szeretném, hogy befejeződjön...*” – *A gyermekvédelmi rendszerből nagykorúságuk után kikerült fiatal felnőttek utógondozásának és utógondozói ellátásának utánkövetéses vizsgálata.* In: A magyar gyermekvédelmi

rendszer helyzete, jövőbeli kihívásai, szerk.: Rác Andrea).
NCSSZI, digitális kiadvány

- Szótsné K. Zs. – Pap É. – Pál K. – Jankovics Cs. – Dr. Mirnics Zs. (2007). *Gyermekvédelmi gondoskodásban és családban nevelkedő serdülőkorúak érzelmi intelligenciája, megküzdési stratégiája és szorongása*. Család Gyermek Ifjúság folyóirat, XVI. évfolyam 2007/2: 17–22. http://epa.niif.hu/03400/03457/00067/pdf/EPA03457_csalad_2007_2_017-022.pdf (Letöltés ideje: 2021.01.05.)

.....
FELHASZNÁLT JOGSZABÁLYOK JEGYZÉKE

- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
- 20/2021. (I. 28.) Korm. rendelet a kötelező legkisebb munkabér (minimálbér) és a garantált bérminimum megállapításáról

Katona Krisztina, Királyhidi Dorottya

BESZÉLGETÉS A ZÁRULÓ AAK-MODELLPROGRAM EREDMÉNYEIRŐL ÉS JÖVŐJÉRŐL

A *Gondoskodás* folyóirat 1. számában interjút lehetett olvasni Griger Xéniával, a Debreceni AAK-Módszertani Központ egyik szakemberével az augmentatív- és alternatív kommunikáció használatának lehetőségeiről a szociális intézményekben élő fogyatékos személyekkel. Ehhez a témához terveztünk kapcsolódni a jelenlegi számban is. A beszélgetés az EFOP-1.9.2 – VEKOP-16-2016-00001 kódszámú, "A fogyatékos személyek számára nyújtott szakmai- és közszolgáltatások hozzáférhetőségének kialakítása, fejlesztése" című MONTÁZS kiemelt projekt AAK-szolgáltatásaihoz kapcsolódó zárótanulmányhoz készült egyik interjú kivonata. A beszélgetést Diglics Márk, a projektben korábban kutatóként dolgozó szociológus szakember készítette Királyhidi Dorottyával¹, aki a projektben szakértőként dolgozott. Beszámolt a megvalósult modellprogram tapasztalatairól, valamint az eredmények fenntartásával kapcsolatos víziókról.

Beszélnél nekünk arról, hogy a projekt elején mik voltak a feladataid?

Több, mint 25 éve siketvak gyerekekkel és felnőttekkel foglalkozom. Szakmai tapasztalataim a súlyosan halmozottan fogyatékosok csoportján belül a súlyos intellektuális képességzavarral élő AAK-használók csoportjához köthetők még. Ebből kifolyólag a projektelőkészítés folyamatában a jelzett érzékszervi sérüléssel élő személyek szakmai képviselőt végeztem. Az volt az alapgondolat, hogy az AAK szolgáltatások lehetősége, elérhetősége nyíljon ki más sérültek irányába is az eredetileg a súlyos értelmi sérüléssel élő, nem beszélő és sok esetben mozgássérült populáción túl.

Magukra a megvalósult projektszolgáltatásokra (diagnosztika, tanácsadás, stb.) mennyire volt rálátásod?

A Diagnosztikus Protokoll² egyes fejezeteinek kidolgozásában benne voltam. A képzésekben részt vettem hallgatóként és oktatóként egyaránt, abban mindig az érzékszervi sérültek témakörét képviselve az AAK-használat vonatkozásában. Ha tapasztalati szakértőnek nem is mondhatom magam, de a témához való erős kapocs még az, hogy a Siketvakok Egyesülete pár éve egy olyan egyéves projektet futtatott, amiben az AAK-használatot vizsgáltuk a felnőttkori siketvakok körében.

Ennek a modellprogramnak a tapasztalatait is próbáltam beépíteni a MONTÁZS projekt megvalósítása során.

Általánosságban mi a véleményed és tapasztalatod hazánkban az AAK jelenlétéről és használatáról?

Az probléma, hogy semmi párhuzamosságot nem látok a felhasználói csoport szükségletei és az oktatás tartalma között. Arra gondolok itt, hogy amennyire érzékelhetően nő a fogyatékos populáción belül a súlyos halmozottan sérültek aránya, úgy ezzel arányosan az AAK nem jelenik meg a gyógypedagógusok képzésében. A másik kulcsfontosságú dolog, hogy az AAK benne van-e az iskolai oktatásban, a tantervben, mint tantárgy, mint közvetített tartalom. A harmadik nehézség maga a diagnosztika. A különböző fogyatékosági csoportokra specializálódott szakértői bizottságokban sehol sincs a területre specializálódott szakember. Megvan ugyan a Diagnosztikus Protokoll, de ez nincsen benne a bizottságok által használt eljárási rendben, illetve a bizottságoknak nincs olyan jogköre, ami határozatot hozhatna vagy jogosultságokat határozhatna meg az AAK-ra vonatkozóan. Emellett nincs is elég olyan szakember a terepen, akik ha kiírnának, mondjuk 10 óra AAK fejlesztést valakinek a szakértői bizottságban, tudnák azt az adott személlyel csinálni. A döntéshozóknak valahol el kellene döntenie, hogy alulról építkeznek vagy felülről, amiben jelen pillanatban nincs döntés. Projektek vannak, amiknek ha vége van, akkor szélnek eresztik a célcsoportot. Az a problémám, hogy rendszerszintű változások nem történnek. Ha egy AAK-szükségletű gyereknél a nyelvfejlődés korai szakaszában nincs meg a célzott fejlesztés, akkor 12 éves kor után, amikor ez a nyelvfejlődési szakasz már lezárul, már csodákat nem lehet tenni. Egy további jelenség még a megfigyelhető szimbiotikus kapcsolat a személy és a környezete között. Ebbe a kialakult viszonyrendszerbe nem tud később belépni egy kommunikációs segítő. Ezt a jelnyelvi tolmácsszolgálat esetében is megéltük. A függőségi viszonyban magának a segítőnek is megkérdőjeleződik a szerepe. Ha az AAK a korai életkorban nem válik az élet természetes részévé, akkor ezt nagyon nehéz felnőtt korban elindítani. A MONTÁZS projektnek óriási szerepe volt abban, hogy országosan egyre több ember tud magáról a lehetőségről és valamiféle hálózat is elkezdett kialakulni

¹ Királyhidi Dorottya látás- és hallássérült szakos gyógypedagógus. A Siketvakok Országos Egyesületének főtájkára. Jelenleg is aktívan dolgozik siketvak kliensekkel.

² <https://nfszk.hu/kiadvanyok/specialis-kommunikacios-igeny-temajaval-foglalkozo-kiadvanyok/diagnosztikus-protokoll-az-augmentativ-es-alternativ-kommunikacios-fejlesztési-es-tamogatási-szükséglet-felmereséhez>

a szakemberek között.

Magyarországon mennyire kiterjedt ez a szakemberi hálózat?

Fejlődik. Az együttműködés területe problémás. A nemtudás bevállalása nehezen megy ma Magyarországon és maga a rendszer sem támogat ilyen együttműködéseket. Ahhoz, hogy valaki az AAK-t jól tudja csinálni, polihisztornak kellene lennie (látást felmérni, hallást felmérni, jól pozicionálni stb.), de ilyen szakember nem sok van ma hazánkban. Ezért is van az, hogy a legtöbb kliensnél a szakmai együttműködések tudnak, tudnának segíteni az eredményes AAK munkában. Érezhetően elindult egyfajta együttműködés azok között, akik egy képzésen végeztek, vagy egy régióban laknak, illetve ebben maguknak a kölcsönzőknek is nagy a szerepe.

Nemzetközi összehasonlításban hol állunk az AAK területén?

Az alapok nagyon jók. A rendszerszerű gondolkodás eredményeként például Hollandiában, a skandináv területen vagy az USA-ban is magas szintű az ellátás, de leginkább azért, mert az eszköztámogatástól kezdve a szakemberellátottságig mindent átgondoltak. A projekt megvalósulásával most hazánkban van egy jó alap. Sok ember kapott képzést, megvannak az eszközkölcsonzők, létezik egy hálózat. Nem tudom pontosan megállapítani, hogy fenntartás hiányában a MONTÁZS projekt zárása után mikor szűnne meg mindez, ami létrejött. Korábbi tapasztalataim szerint ez 3-5 év és aztán újra fel kell építeni az egészet. Az is elmondható azonban, hogy jobb az AAK helyzete nálunk, mint a környező országokban, sőt, hogy ne csak keletre menjünk, jobban állunk, mint Ausztria vagy akár Franciaország is. A projekt eredményei most nagyon jó lehetőséget teremtenek számunkra, kár lenne ezt kihagyni.

Visszaulva a jó helyzetben lévő országokra, Hollandiára vagy a skandináv országokra, ott egy normatív alapon szerveződő szolgáltatást képzelünk el az AAK területén?

A jelzett országokban az egyéni szükségletek, az egyéni szükségletfelmérés nagy szerepet kap. Például az eszközellátás úgy működik, hogy az egyén a saját költségkeretét költetheti el a számára szükséges eszközökre, ellentétben a hazai rendszerrel, ahol az egyének egy adott eszközlístáról tudnak csak választani. Ezért a változásért mi mint érdekvédelmi szervezet, most sokat harcolunk. Ma Magyarországon az a rendszer, hogy a gyártóknak egy bizonyos összeg befizetése mellett kell kérvényezni, hogy az eszközeik felkerülhessenek erre a bizonyos listára. Az további nehézség, hogy egy adott termék új verziójánál ezt a procedúrát ugyanúgy végig kell csinálni a cégnek. Erre példa akár a hallókészülékek egy-egy új típusának megjelenése. Minél nagyobb az érintettek köre, a gyártók annál készségesebben fizetik be a kérdéses összeget. Ha egy szűk célcsoportról van szó, lásd például a látássérültek között a Braille kijelző használatával érintett személyeket, a gyártóknak nincs igazából érdekükben ezt tenni. Az a jó az említett országokban, hogy az egyén és a szükségletei vannak a középpontban és nem ők próbálják valami meglévő rendszerbe beszusakolni.

Piaci formában működik AAK-szolgáltatás valahol?

Nem, ilyen sehol sem létezik. Hazánkban a jelnyelvi tolmácsolásnál van elvben olyan, hogy ha valaki túllépi az adott órakeretet, akkor azért már fizetnie kellene, de az elmúlt 10 évben eddig senki nem fizetett még. Egy kicsit olyan ez, hogy ami ingyen van, az nem kell az embereknek, ami pedig pénzbe kerül, azon felháborodnak, hogy miért is nem jár ingyen. Ami egy ilyen szolgáltatásnál jogos is, hiszen a kommunikációhoz való jog egy alkotmányos alapjog. Valószínűleg ehhez a gondolkozásbeli váltáshoz is az kell, hogy a családok jobb anyagi helyzetbe kerüljenek.

Visszatekintve mit gondolsz a MONTÁZS projekt keretében létrejött szolgáltatásokról?

Az nagyon jó volt a projektben, hogy a projektidőszak alatt folyamatosan felülvizsgálatra került. Megkérdeztük például a szakembereket az igényekről és a visszajelzések alapján készültek módszertani filmek. Általánosan elmondható, hogy mindenki találhatott magának olyan területet a palettán, ami az ő érdeklődésére ráfelelt, legyen az a diagnosztika vagy a képzések területe. Megfogható konkrét szakanyagok is születtek és voltak a gyakorlati osztálymunkába is átforgatható lehetőségek a projekten belül.

Te hogy látod, milyen az AAK-használók irányába a szakemberek és a családok elfogadása?

A tapasztalataim szerint a családok ezzel nem tudnak mit kezdeni. Alapvetően kivárnak a gyermek 8-10 éves koráig. Használhatnak képeket, tárgyakat ugyan, de a beszéd megjelenésére várnak. Az az igazság, hogy ez az életkor már nagyon késői. Ez megint visszavezet oda, hogy ha az AAK egy természetesebb része lenne az oktatásnak, akár már óvodás korban is, akkor kevésbé hárítanák a családok. Kevés a nyitott család, aki partnerként maga is benne van a folyamatban. Az egyik szülőitípus az, aki elfogadja a gyereket, de azt várja el a szakembertől, hogy a problémát „megjavítsa” és őt is segítse egy megfelelő használati útmutatóval. Vannak olyan családok is, akik nem értik ezt az egészet és nem tudják használni az AAK-t. Ennél talán az egy kicsit rosszabb, aki rosszul használja. Erre is van példa. Minden típus létezik, és ezen tényleg az segítene, ha az AAK szerves része lenne az oktatási rendszernek.

A szakemberek nyitottságát hogy látod?

Nyitottak. Főleg azok, akik tanácsstalanok voltak, mert volt egy fejlesztő iskolai csoportjuk, egy tantervük ehhez és fogalmuk sem volt, hogy mit csináljanak ezekkel a gyerekekkel. Jobb esetben próbálkoznak, sokszor a tanácsstalanság miatt azonban átmegegy az iskolai nap az önkiszolgálási teendők irányába. A pedagógus magával a kommunikációval nem tud mit kezdeni és közben érzi is, hogy ez így nincs rendben. Ezek a szakemberek aztán nagyon megöregülnek, hogy kapnak valamit és a képzéseken konkrét gyerekekhez próbálnak összeszedni valami kézzelfoghatóat. Akik eljöttek a képzésekre, elégedettek voltak azzal, amit ott kaptak. Ezt a visszajelző kérdőívek választai is tanúsítják.

A projekt szolgáltatásainak mindennapjaiba mennyire sikerült bele látnod?

Erről nem igazán tudok sokat, ebbe kevésbé láttam bele.

Korábban hangsúlyoztad a korai beavatkozás jelentőségét. Hol van az AAK szakember munkájának határa ebben a támogató folyamatban, gondolva a kommunikációs segítő szerepére is?

Itt is muszáj újra hangsúlyoznom a rendszerszintű át gondolás fontosságát. A kompetenciákat is át kellene gondolni, mert így az AAK-szakember alapozó munkája után léphetne be a kommunikációs segítő a napi tevékenységek közben. Ebben példa számomra a korábbi TÁMOP-projekt tapasztalata a kommunikációs segítő felkészítésének témakörében. Sok olyan kommunikációs segítővel találkoztam külföldön, aki néhány évig mint egy babysitter volt ott a családnál.

Magyarországon egyébként ez a kommunikációs segítő szolgáltatás mennyire van jelen?

A meglévő jelnyelvi szolgáltatáshoz lehetne könnyedén kapcsolni, ahol megvan már ehhez minden, az infrastruktúra, a szakemberek stb. A szolgálatot magát pedig át lehetne nevezni, mondjuk kommunikációs segítő központnak. Megvan a szolgáltatás törvényi alapja is a jelnyelvi törvénnyel. Ezt vagy egy másik törvényt lehetne esetleg kiegészíteni a szolgáltatásbővítéshez. Így lenne egy szabályozott órakeret és rendszer.

Tovább gondolva az egészet az AAK-igényű személyek számára biztosítható szolgáltatásokhoz, én a következő népszámlálási kérdőívbe kiharcolnék egy olyan kérdést, ami erre az AAK-szükségletre irányulna. Azért is, mert számok nélkül nehéz törvényt alkotni. Aztán összevetve a népszámlálás eredményeit a külföldi adatokkal, ha a tendenciák stimmelnek, akkor elindulhat a törvénytervezet a szolgáltatások kiépítésére. Párhuzamosan elindulhatna a munka a főiskolai kar felé is az AAK a tantervben való markánsabb megjelenésére, hogy legyen szakember, aki meg tudja tanítani az AAK-t. Ami nehézséget okoz még, hogy nincsen olyan nonprofit érdekvédelmi szervezet, ami összefogja az AAK-használók érdekeit és harcol a jogaiért. A népszámlálásban való megjelenést is ők tudnák kikényszeríteni, ahogy ez a siketvakok esetében az egyesületen keresztül megtörtént.

Összegezve azonban érdemes kihangsúlyozni, hogy jelenleg az AAK területén jók az alapok és vannak lehetőségek, ami a MONTÁZS projekt eredményeinek is nagyban köszönhető.

Kovály Erzsébet

A SEGÍTŐ SZEMÉLYE

Mottó:

„Ha egyszer minden láthatóvá lenne,
Ha filmre vetődnek minden titok,
Minden, mi huszonnégy óra alatt
Egy ember lelkén általkavarog:
A tisztátlanság minden ördöge,
A bűn-csírák, a kárhozat-magok, -
Akkor látnók csak, mily sötét az ember,
Milyen feketén lángoló szurok.
De akkor látnók csak, mily szép az ember,
S hogy tusakodnak benne angyalok,
Az ördögökkel - naplenyugovásig.”

Reményik Sándor

1. A segítő pályaválasztás tudatos és/vagy tudattalan motivációi

Milyen személyiségjegyek, fejlődéslélektani tényezők, tudatos vagy tudattalan motivációk vezethetnek a segítő foglalkozás választásához és gyakorlásához?

A segítő viselkedésben „természetes” és „kulturális” befolyások egyaránt igazolhatók. „Létezik egy máshonnan le nem vezethető spontán emocionális segítőkészség (ld. irgalmas samaritánus). A segítség lehet etikai döntés, lehet racionálisan tervezett cselekvés-jellegű, pénzkereseti forrást jelentő tevékenység. Freud nyomán felfogható –ha nem is mindig, és nem is minden kultúrában – a szublimált sadizmus, agresszió egy formájának is. Állhat a szociális segítség háttérében nárcisztikus kielégülés, megerősítés indirekt keresése, hatalom, elismerés vágya.”¹ Pályaszocializációs, illetve mélylélektani vizsgálatok a segítő hivatás választásának legkülönbözőbb motívumait tárták fel², amelyek között vannak tudatos, bevallott, vagy tudattalan, rejtett motivációk. Nem kell azonnal patológiás, szindrómás háttérre gondolnunk, számos egészséges, konstruktív motívum húzódik a segítő attitűd mögött. Ezek közül első helyre kívánkozik, hogy a másokon való segítség, a mások iránti bizonyos fokú szolidaritás belső szükségleteit a legtöbb ember magában hordozza. Létezik tehát *spontán segítőkészség*, olyan, alapvetően proszociális értékrendszer és magatartásforma, amely lényegét tekintve emberi jelenség, mégpedig nem is csak tanult formájában, hanem - újabb kutatások szerint -

veleszületetten is.³ Vannak, akik számára a humán segítő pálya választása mindenekelőtt *erkölcsi döntésből*, a neveltetés körülményeiből, egy fontos családtag, illetve más referenciaszemély példájából, gyermek-, illetve iskoláskori élményekből ered. Vitatható, hogy mennyire van létjogosultsága, de kétségtelenül van, akinek a választott hivatás elsősorban *megélhetési forrást* jelent. A biztos egzisztencia megteremtése motiválja, hiszen a gazdaságilag nehezebb helyzetben levő térségekben az alacsony jövedelmet nyújtó, ámde biztos állásnak is nagy értéke van.

Altruizmus

A segítő hivatás választása mögött húzódó lehetséges motivációk közül a legvitatottabb az *altruizmus*. Az altruizmus olyan önkéntes viselkedést jelent, amely mások javát szolgálja, a jutalmazás reménye nélkül.⁴ Lehet-e az ember *önzetlen segítő*, létezik-e genuin altruizmus? Az önfeláldozás látszólag ellentmond az egyén érdekeinek. A pszichoanalízis, a szociálpszichológia és a kísérleti pszichológia kutatásai azonban egyre inkább afelé haladnak, hogy a kérdést igennel válaszolják meg: létezik velünk született, önző érdekektől mentes altruista magatartás.⁵ Az altruizmus vizsgálatának fontos dimenziója az érettség: érett és hiteles altruizmusról annyiban beszélhetünk, amennyiben az szabad döntésből, saját meggyőződésből származik; ha a támogatott szükségleteire épül, és nem a segítő szükséglete a segítség; a segítő kapcsolat megszüntetésére törekszik, nem a fenntartására. Ez esetben az azt gyakorló személy nem vár jutalmat, mert jutalma a belülről fakadó öröm. Azonban nem beszélhetünk érett altruizmusról abban az esetben, ha a segítséget külső, más személyektől függő jutalmazás motiválja, vagy éppen a büntetés elkerülése. Az éretlen altruista szerep öncélú (nárcisztikus sérülések öngyógyítása), a segített felépülése és a segítő szerep elvesztése megviseli a segítőt – valójában a segítő szorul rá a segítettre. Ez esetben a jelenséget kísérő érzés nem a belső öröm, hanem a szorongás.⁶ **Tomcsányi és Fodor** szerint az érett altruizmus kialakulásában fontos szerepet játszik az ember transzcendens igénye: az emberi lényeghez tartozik, hogy a személy önmagán túlmutató értékeket keres. Hatékony segítség nehezen képzelhető el érett identitás és szilárd értékrendszer nélkül.⁷ „Azok a jellemzők, amelyekkel az újabb pszichoanalitikus irodalom az

1 Fekete, 1999, 19.o.

2 Fekete, S.: Segítő foglalkozások kockázatai - helper szindróma és burn-out jelenség, *Psychiatria Hungarica*, VI. évf., 1. sz. pp. 17-29, 1991

3 Grezsa, 65.o.

4 Tomcsányi-Fodor, 1990.,21.o

5 Kulcsár, Zs. 1998, 197-198.

6 Tomcsányi-Fodor-Kónya, 1990.,215-216.o.

7 Tomcsányi-Fodor, 1990., 24.o.

altruista személyiséget leírja nagyon közel állnak a keresztény tanításnak a felebaráti szeretetről szóló bibliai gondolataihoz. ...A humanisztikus és a transzperszonális személyiségelméleteknek az érett személyiségről szóló elemzéseiben a proszociális, altruisztikus magatartás az egészségesség kritériumaként kap helyet.⁸ A vallásos dimenzió megjelenése az altruizmusban nem jelentheti azt, hogy az embereket csak Isten kedvéért szeretjük és segítjük, hanem sokkal inkább azt jelenti: komolysággal és személyességgel fordulunk a segítségre szoruló emberhez.⁹

Csikszentmihályi¹⁰ az altruizmust az alkotóképességgel rokon funkcióként írja le, mivel ahhoz hasonlóan kiemeli az egyént az átlagból és tiszteletet ébreszt iránta másokban. Az érett altruizmus felemelő élmény, ami az alkotáshoz hasonlóan az egyéni korlátok meghaladását, vagyis a szabadság élményét teremti meg. De ahogy az alkotótevékenység nem lehet folytonos, úgy az altruista „üzemmód” is hamar kimeríti a magas fokon funkcionáló pszichés teljesítőképességet. Mivel az altruizmus a legjobb, legkomplexebb és legnagyobb erőket mozgósítja, a vele való visszaélés könnyen veszélyforrássá, kiégés felé vezető úttá lehet.¹¹

A szindrómás segítő

A segítő személyét, személyiségét illető, hivatásgyakorlását befolyásoló tényezők sorában fontos helyet foglal el a segítő szindróma. A *segítő (helfer, illetve helper) szindróma* elnevezés **Schmidbauer**¹² származik. A tünetegyüttes azoknál a segítő foglalkozásúknál alakulhat ki, akik számára hivatásuk választása és művelése, a „másokon segítés” belső szükséglete egy eszköz saját, labilis lelki egyensúlyuk fenntartásához. Mivel a segítő foglalkozás gyakorlása ilyen funkciót tölt be, maga a hivatásszerep az egész életvezetést meghatározza: bizonyos értelemben pótlék, ami nélkül a magánélet üressé, értelmetlenné válhat. Ezek a motivációk rejtetten vannak jelen a pályaválasztás aktusában és később, a hivatásgyakorlás idején is tudattalan késztetéseként hatnak. A „szindrómás segítő” rejtett, mélylélektani motívumai a deficitiek és nyereségek köre szerveződnek:

- **szublimált agresszió:** a segítő kapcsolat helyzeti adottsága a hatalmi kontextus. Az egyik fél, aki valamitől szenved, segítséget kér a másik féltől, aki szakember. Ennek a helyzetnek a tudattalan nyeresége a segítő számára a hatalom gyakorlása, ami a szublimált agresszió egyik formájaként is értelmezhető.
- **narcisztikus szükségletek:** a társadalmak normarendszerében a humán segítőkötet más szakmáknál magasabb elis-

mertség övezi (a lelkész modellképe is szinte mitikus). Az a segítő, aki hivatását áldozatosan, önmagát nem kímélve végzi, környezetétől folyamatosan pozitív megerősítést kap, ami elismerés utáni vágyait, vagyis: narcisztikus szükségleteit elégítheti ki.¹³

- **kora gyermekkori sérülések:** az érzelmi elutasítottság, a szülők általi el nem fogadottság komoly lelki terhét enyhítendő, az egyén igyekszik megfelelni valós vagy vélt szülői elvárásoknak. A szülő ideálképével azonosul, hogy szeretetét elnyerje. Az ilyen személyek számára a segítő hivatás gyakorlása tulajdonképp öngyógyítás, a belső konfliktusok megoldása, ugyanakkor a valódi személyes szükségletek elhárítása.

A segítő tünetcsoport lehetséges tudattalan motivációi után összegezzük annak érzelmi és viselkedésbeli jellemzőit¹⁴:

- **saját érzelmi szükségletek tagadása:** a szindrómás segítő túl sok terhet vállal, ugyanakkor nem, vagy nehezen vállalja fel, ha ő maga is segítségre szorul. Úgy érzi, ha saját szükségleteivel is foglalkozna, cserbenhagyná hivatását és segítettjeit. Úgy véli, hogy neki minden helyzetben erőt kell felmutatnia, a gyengeséget nem engedheti meg magának.
- **az egyenrangú kapcsolatok kerülése:** a szindrómás segítő feletteseivel szemben engedelmes, a segítettekkel szemben pedig anyáskodó/atyáskodó attitűddel van, tehát vagy alá-, vagy fölérendelt viszonyban érzi helyén önmagát.
- **ingadozó önértékelés:** a szindrómás segítő, bár szigorúan erkölcsös, példamutató, áldozatos, önmagával mégis gyakran elégedetlen.
- **indirekt autoagresszió:** a valódi szükségletek elfojtása miatti agressziót rejtett módon önmaga ellen fordítja további fokozott tehervállalás és egészségkárosító szokások (dohányzás, alkoholfogyasztás) formájában.

Schmidbauer a szindrómás segítő szindrómáinak öt altípusát¹⁵ különböztette meg egymástól:

- **a foglalkozás áldozata:** szinte mindig dolgozik, hivatásszerepe felemészti magánéleti szerepeit. Házastársként, szülőként, barátként is „szolgálatban, hivatalban van”.
- **a perfekcionista:** örök elégedetlen, a tökéletességre törekszik, a hiányosságokat hangsúlyozza ki mind másokban,

8 Kulcsár, 1998, 205.

9 Tomcsányi-Fodor-Kónya, 1990., 222.o.

10 Csikszentmihályi, 2001,

11 Kulcsár, 1998, 211.

12 Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer, Rohwolt, Reinbek, 1977

13 Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer, Rohwolt, Reinbek, 1977, 185 kk; Fodor L.-Tomcsányi T.: Segítő kapcsolat, segítő szindróma, segítő identitás. In: Jelenits – Tomcsányi (szerk): Egymás közt – egymásért. HÍD Családsegítő Központ, 1990, 19.kk

14 Grezsa, 1998, 67.o.

15 Grezsa, 1998, 68.o

mind önmagában. A magánéleti problémákat is a professziója megoldásaival kezeli, ezért a magánélet sikerei vagy kudarcai egyben szakmai megmérettetések számára. Hibára, sikertelenségre túlzott büntudattal reagál.

- **a hasító, szétválasztó:** hivatásbeli és magánéleti szerepeit élesen elválasztja egymástól. A hivatásszerepben szigorúan betartott normákat a magánéletben nem követi. Családjától elvárja, hogy mindeközben méltányolják a munkában való teljesítményét.
- **kalóz:** hivatásbeli helyzetét, szakmai szerepét felhasználva igyekszik pótolni mindazokat az érzelmeket és kapcsolatokat, amelyek szegényes magánszférájából hiányoznak. Munkája révén szerez tisztelőket, barátokat, partnereket.
- **a munka-alkoholista:** nem képes munka nélkül lenni, kizárólag a munkavégzés ad értelmet az időnek, csak ezáltal érzi önmagát értékesnek. Szerfüggéshez hasonló állapot alakulhat ki.

Schmidbauer tipológiája sok mindenben előre vitte a segítő hivatásúak személyiségének, magatartásának, működésének megértését, ugyanakkor ez a modell meglehetősen egyoldalú és általánosító: kizárólag a korai életszakaszban szerzett deficitekből indul ki, amelyek szerinte a személyiség későbbi alakulását is döntően befolyásolják.¹⁶

Bagdy Emőke¹⁷ a szindrómás segítség háttér-motivációi közül a rejtett narcisztikus szükségleteket tartja dominánsnak. Tipológiája négy altípust sorol fel:

- a rejtett narcizmus okán a segítő számára fontos az elismerés, a szakmai kompetencia birtoklása, a jó működés: emiatt olyan kereteket, kontextust hoz létre, amelyben mindez meg is valósul. Erről a típusról elmondhatjuk, hogy tulajdonképpen kompetens és „profi” segítővé válik.
- a szorongó segítő, akinek önértékelése labilis, gyakran érzi magát elégtelennek, s ahhoz, hogy el tudja viselni saját instabil lelki működését, szükséges segítő szerep: annak keretei, szereprepertoárja csökkenti a szorongásszintet.
- az „imposztor” típust jeleníti meg az a segítő, aki a saját életében felmerülő kérdésekkel, problémákkal nem képes érdemben foglalkozni, ehelyett mások nehézségeivel törődik. Ezzel ugyan létrehoz egy stabilnak hitt önértékelést, de valójában „imposztor” érzi önmagát, így tekint önmagára.
- a negyedik típus az omnipotencia és az értéktelenség szél-

sőséges érzései között vergődik, de nem képes segítséget kérni. Munkájában túlhajszolja magát, akár az önkárosítás mértékéig. Valójában nehézségei vannak az intimitással és a kommunikációval, amit azzal igyekeznek leplezni, hogy szakmájában perfekcionista.

Le kell szögeznünk, hogy a felsorolásban szereplő típusok csupán tendenciák, ezek egymáshoz való viszonya, dominanciájuk arányai határozzák meg a segítő személyiségét. Kétségtelen, hogy ezek a struktúrák befolyásolják, meghatározzák a segítő hivatás gyakorlásának módját, a hivatásszemélyiség formálódását, működését. Az önismereti munkában feltérképezett arányok tudatosítása a fejlődési lehetőségeket is megmutatja, a fejlődést pedig lehet tudatosan munkálni.

Kiegészi tünetegyüttes

A segítő hivatások alapja az emberek egymásra kifejtett kölcsönhatása, melynek során a kapcsolat kontextusában emberi változás, fejlődés következik be. A segítő hivatású szakember e folyamatban aktívan, saját észlelésével, érzelmeivel, gondolataival és magatartásnormáival vesz részt, vagyis: a szaktudása mellett a személyiségét is eszközként használja a munkában. Miközben empatikusan van jelen, bizonyos mértékig osztozik a kliense sorsában, érzéseiben; sokszor találkozik megoldhatatlan emberi problémákkal. Nehéz, vagy lehetetlen távolságot tartani a problémától, miközben közel kerül a problémahordozó személyhez. Jó lenne tudatosítani, hogy a kiegészi állapotának létrejötte nem a személy elégtelenségével, hanem a hivatásgyakorlásban szerzett negatív élményekkel, a hivatásidentitás meggyengülésével vagy deformálásával függ össze.¹⁸

A kiegészi tünetegyüttes definícióját Freudembergernek köszönhetjük: „Krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális és mentális kimerülés állapot, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek”¹⁹ A kiegészi háttérben tartós, főleg érzelmi jellegű munkahelyi megterhelés, illetve stresszhatás húzódik meg. A kiegészi szindróma legfontosabb összetevőinek²⁰ sorában elsőként a nagyfokú kimerülés említendő, amely egyszerre érzelmi, mentális és fizikai jellegű. Ezzel is összefüggésben a segítő elégtelenségi érzésekkel küzd, úgy érzi, hogy munkáját nem tudja a kellő, illetve elvárható intenzitással és hatékonysággal végezni. Ha tartóssá válik az inkompetencia érzése, a segítőben hivatásával és saját hivatásszerepével kapcsolatosan reménytelenség fejlődhet ki, nem látja értelmét annak, amit csinál, a munkavégzés egyre terhesebbé válik számára. Mindennek eredményeképpen szemléletváltozás történhet

16 Hézszer, 1996, 198.o.

17 Bagdy E.: Altruizmus, segítő hivatás, személyiség, in Kállai J. - Gál B. (szerk.): Az első találkozás jelentésvilága a segítő kapcsolatban, Janus – Osiris, Budapest, 1999. ISBN

18 A kiegészi kialakulásával és megelőzésével kapcsolatos vizsgálatokat összefoglalja Hézszer G.: Miért? Rendszerszemlélet és lelkipedagógiai gyakorlat, Budapest 1996, Kálvin Kiadó, 80 kk., valamint Klessmann, M.: Pastoralpsychologie, Neukirchen-Vluyn, 2004, 524 kk.

19 Freudemberger, H.J.: Staff burn-out, Journal of Social Issues 30., pp. 159., 1974

20 Grezsa, 1998, i.m.68.o.

a segítőkben önmagára, hivatására és klienseire vonatkozóan egyaránt. Ez azt jelenti, hogy saját magát, gyakorolt hivatását, illetve a klienseket egyaránt alkalmatlannak tartja a célok elérésére. Elidegenedik feladatkörétől, azoktól, akikkel foglalkozni kellene, és végső soron önmagától is. A kommunikáció egyre inkább lexikális tartalmúra redukálódik, a kapcsolatok személytelenné válnak. Kulcsár Zsuzsanna szerint ez nem más, mint az „empátiás kapacitás kimerülése”²¹, aminek nyomán a valódi lelki segítség ellehetetlenül, ami kudarcérzést hoz magával.

A kiegészi szindróma változatos tünetek képében jelentkezhet, amelyek valójában a nem specifikus neurózis tünetei. Ezek a tünetek²² mind a testi-lelki egészséget, mind a szociális kapcsolatokat veszélyeztetik. *Fizikai tünetek* lehetnek: fejfájás, az immunrendszer gyengülése, esetleg magas vérnyomás, alvászavar, fáradtság, állandósult testi feszültségérzés. *Pszichés tünetek*: reménytelenség, tehetetlenség, ingerlékenység, szorongás, elégtelenségi érzések, alacsonyabb önértékelés, önbizalomhiány, csökkenő intellektuális képességek, agressziókezelési nehézségek. *Magatartásbeli tünetek*: csökkenő kezdeményezőképeség, kontrollálatlan dühkitörések, improduktivitás és a csökkenő szakmai érdeklődés. *A szociális magatartásváltozás* tünetei: visszahúzódság, kollegiális és baráti kapcsolatok elhanyagolása, korábbi hobby-tevékenységek feladása. *Percepcióváltás*: cinizmus vagy közömbösség a kliensek/lelki gondozottak és a hivatás irányában.

E helyzet leggyakoribb, inadekvát megoldási kísérletei²³:

- drogfogyasztás (nikotin, koffein, alkohol, nyugtatók, altatók, egyéb drogok),
- érzelmi visszahúzódság, negatív beállítódás, ellenségesség a kliensek iránt,
- párkapcsolati zavarok, válás,
- az állásváltoztatás, illetve pályaelhagyás bizonyos esetei,
- szélsőséges esetben öngyilkosság

A kiégettségi szindróma kifejlődése időben szakaszolható. Különböző szakaszolási elméletek, modellek léteznek, de általános nézet, hogy az egyes szakaszok, stádiumok nem választhatók el élesen egymástól. Ez jól szemlélteti, hogy egy folyamatról van szó, amely a személyiség különböző dimenzióit megérintve az egész emberre hatással van.

A kiegészi szindróma kialakulási folyamatának néhány modelljét vázoljuk a továbbiakban.

Hézszer²⁴ foglalja össze **Freudenberger** 12 lépcsős modelljét. A szakaszok az élethelyzettől és a személyiségtől függően

különböző intenzitással jelentkezhetnek. A magánéleti krízisek, veszteségek, valamint a kedvezőtlen környezeti befolyások felgyorsíthatják a folyamatot.

1. **Bizonyításkényszer**: a képességek, adottságok bizonyítása, az azokkal való élés természetes és hasznos igény. Ha viszont kényszerré válik, akkor a testi és lelki egészség veszélyeztetőjévé válhat.
2. Fokozott **erőfeszítés**: a bizonyítási kényszer okán a segítő magas elvárásokat támaszt önmagával szemben, lelkiismeretességre, elkötelezettségre hivatkozva magyarázza az állandó túlterhelést. Megszűnik a feladatok delegálásának képessége, mindent maga akar elvégezni.
3. A szükségletek **elhanyagolása**: minél inkább a munka és feladatvégzés kerül az élet középpontjába, annál kevesebb idő és energia jut a személyes igények kielégítésére. Lassan eltűnik az életükből, ami személyes elégedettségüket szolgálta. Gyakran fokozódik a szeszes ital fogyasztása vagy más káros szenvedély.
4. A konfliktusok **elfojtása**: az érintettek érzékelik kiegyensúlyozatlanságukat és belső konfliktusukat. Ez terhes számukra, akadályozza /túl/teljesítő hajlamukat. Érzelmeket nem intő jeleknek tekintik, hanem megszokott életvitelüket akadályozó zavaroknak. A konfliktusok áthelyeződnek az élet más területeire (család, egyéb kapcsolatok). Megjelennek az első fizikai tünetek.
5. Az **értékrend átalakulása**: a konfliktusok elkerülése végett az egyén elkülönül másoktól: család, barátok, hobbik értéküket veszti. Régi, szoros kapcsolatok is megszűnhetnek. Az egyetlen komoly érték a munka. Elkezdődhet az érzelmi kiüresedés és a magány. A szükséges, és a kevésbé szükséges közötti különbségtétel természetes képessége egyre inkább elvész. Az időérzékelés is megváltozik, beszűkül, az ítélt- és érzékelő képesség is deformálódik.
6. A problémák **eltagadása**: a segítő intoleránssá válik, szarkasztikus, gyakran agresszív viselkedést mutat. Elveszíti kapcsolatát a külvilággal önmagával is. Fokozódik az elmagányosodás, az érintetteknek nem marad energiájuk arra, hogy másokkal természetes kapcsolatot alakítsanak ki. Beszűkül a gondolkodás, gyakori a bűnbakkeresés: a munka és az időhiány hibáztatása a saját felelősség felvállalása helyett.
7. **Visszahúzódság**: a kapcsolatok száma leredukálódik. A visszahúzódság emberre nem hatnak a környezeti befolyások, a másokkal való eszmecsere és érzelmecsere elmarad. Így az izolált ember remény- és tájékozódási igényét kizárólag saját forrásaiból kell, hogy fedezze, viszont ez a túlterhelés miatt hamar kimerül. Fokozott a szerhasználat veszélye.

21 Kulcsár Zs.: Egészségpszichológia, Budapest, 1998, ELTE Eötvös Kiadó, 211.o.

22 Hézszer, 1996, 81-84.o.

23 Grezsa 1998, i.m. 69. o.

24 Hézszer 1996, i.m. 85-90.o.

8. **Magatartás- és viselkedésváltozás:** ebben a szakaszban az érintett már nem tudja állapotát rejtegetni. Elvész a külső vélemény meghallgatásának képessége. Minden kritikaként hat. Radikális változások jellemzik ezt az időszakot.
9. **Deperszonalizációs jelenségek:** azt az állapotot jelenti, amikor valaki elveszti önérzékelő képességét. Az előző szakaszoknál a külvilággal való kapcsolat vész el, itt a belső világgal való kapcsolat szűnik meg. A betegségekkel szemben közönyöseks maradnak, mintha nem is róluk lenne szó, olyan idegennek érzik saját testüket.
10. **Belső üresség:** a deperszonalizációval együtt jár a belső üresség érzése. Mivel ez az ember számára tartósan elviselhetetlen, ezért annak betöltésével próbálkoznak különböző módszerekkel (szerhasználat, szexuális kapcsolatok), amelyek általában csak pillanatnyi hatással járnak. A belső ürességet kitölthetik félelemérzettel vagy pánikszerű rohamokkal, mert még ezek az érzések is inkább elviselhetőek, mint a teljes lelki üresség.
11. **A depresszió:** aki ebbe a stádiumba jutott, az életét értelmetlennek, reménytelennek, örömtelennek és egyre elviselhetetlenebb tehernek tartja – ezek a kórképre jellemző tünetek. Elhatalmasodik a kimerültség és kétségbeesés érzése. Az alvás nem nyújt igazi pihenést, így a fáradtság állandósul. Már a legkisebb feladat is hatalmas terhet jelent. Ebben a szakaszban jellemző lehet a szuicid gondolatok és fantáziák megjelenése.
12. **Teljes kiégettség:** a legmélyebb pont, professzionális segítségre van szükség. A szomatikus és pszichés veszélyeztettség egyidejűleg és olyan intenzíven léphet fel, hogy a beteg életveszélyes állapotba kerülhet. Pszichoszomatikus betegségek alakulhatnak ki.

Freudenbergtől eltérően **Bergner**²⁵ három fázisról ír:

- az első fázis akár évekig, évtizedekig is eltarthat, látens módon van jelen, tünete a frusztráció és harag, amit azért is nehéz a kiégés tüneteként észlelni, mert gyakran a munkakörülmények és az intézmény/rendszer diszfunkcióival kapcsolatos kritikában jelenik meg; e modell szerint a teljesítménycsökkenés még nem jelenik meg az első szakaszban, sokkal inkább egy ellentétes törekvés, ami a teljesítmény növelésére irányul;
- a második fázisban már megjelenhet a teljesítménycsökkenés, de ennek ellentéte is: az aktivitás ugrásszerű, túlzott növekedése – mindkettő funkciója az önvédelem, a valóság keltette feszültség elkerülése, eltagadása; a szakasz fő tünete a visszavonulás és menekülés, érzelmi töltete a félelem, szorongás, rosszkedv;

- a harmadik szakaszra viselkedési szinten az elszigetelődés és passzivitás jellemző, érzelmi szinten a bénultság; ebben a szakaszban tudatosan a kiégés, rosszabb esetben a tudatosulás elmarad és függőségbe, depresszióba, pánikbetegségbe torkollik a folyamat.



A **Klessmann**²⁶ az érzelmi viszonyulás változásának perspektívájából ragadja meg a kiégés kifejlődésének folyamatát. Az érintett segítők általában nagy (sokszor a realitástól elrugaszkodó) *lelkessedéssel* és idealizmussal kezdik el hivatásuk gyakorlását, telve vannak altruista, „világmegváltó” attitűdökkel, emberszeretettel. Az erős küldetéstudat mellett megjelenik a lehetőségek és képességek túlbecsülése. A kijózanító tapasztalatok nyomán pályájuk a *stagnáció* fázisába érkezik el, ambícióik csökkennek, kezdeti lelkessedésük alábbhagy. Megjelenik a pragmatikus problémakezelés, az idealizált célok és a maximalizmus helyett a realista problémaszemlélet. Ezt a segítőt megalkuvásként, kudarcként élheti meg. Munkáját felelősséggel elvégzi, de valójában kedvetlen, nem motivált. A későbbiekben, a *frusztráció* szakaszában a munkahelyhez és a munkavégzéshez elsősorban negatív élmények kötődnek: fáradtság, csalódások, akadályoztatás, sikertelenség – ehhez kapcsolódóan ingerlékenység. E negatív tapasztalatok tartóssá válása egyre mélyebben meghatározza a segítőt saját hivatásához, illetve hivatásszerepéhez fűződő érzéseit és a folyamat az *apátia* fázisába jut el, ami egyfajta visszavonulásként jelenik meg. Depresszió is kapcsolódhat hozzá, vagy egyéb testi-lelki betegség, akár munkaképtelenség is kísérheti. Ennek nyomán a csalódottság, értelmetlenség, üresség, reménytelenség érzése kiterjed az élet minden területére. Ebben a szakaszban öngyilkossági gondolatok is megjelenhetnek. Ez már kiégettségre utaló állapot, amelyet a *kimenetel* szakasza követ. A kimenetel érdemi intervenciót, illetve inadekvát megoldási kísérletet egyaránt jelenthet.

A kiégési tünetcsoport felismerését illetően szintén különböző értelmezési keretek, modellek ismeretesek. Az egyik megközelítési lehetőség a *statisztikai módszer*. Különböző kérdőívek és tünetlisták szerkeszthetők, amelyek standardizálásával a pozitív válaszok bizonyos aránya esetén a kiégettségi állapot valószínűsíthető. Ilyen lista az úgynevezett

25 Bergner, T.: Burnout – A kiégés megelőzése 12 lépésben, Z-Press Kiadó, Miskolc, 2012, ISBN 978-963-949-361-2 , 27 kk

26 A szakaszok felsorolását részletezi M. Klessmann: i.m. 524., valamint Grezsa F.: Bevezetés a mentálhigiéniébe, 1998, Magyar Testnevelési Egyesület, 69.kk.

Maslach-féle Kiegészi Leltár, amely 900 fős mintán alapul, kérdései három tüneti területre, az érzelmi kimerülésre, a klienstől való elidegenedésre és a személyes hatékonyság érzetének hiányára irányulnak.²⁷ Mindhárom területtel kapcsolatban pozitív válaszokra van szükség a kiegészési szindróma megállapításához.

Ugyancsak statisztikai értelmezést tesz lehetővé a **Meier-féle** kiegészési becslőskála²⁸. **Meier modellje**²⁹ értelmében a kiegész ismétlődő tapasztalatokból eredeztethető állapot, amely egy összetett elvárásrendszerrel kapcsolatban értelmezhető. A hivatásbéli megerősítésre vonatkozó előfeltevések és elvárások azt jelentik, mit gondol a segítő arról, hogy az általa gyakorolt hivatásban egyáltalán elérhető-e sikerek? (Például: meg lehet-e gyógyítani az alkoholbetegséget?) A kimenetelre vonatkozó elvárások azt jelentik, mit gondol a segítő, létezik-e olyan a cselekvésmód, amely a kívánt célok elérését eredményezi, illetve mit kell tenni ennek érdekében? (Például: ha az alkoholbeteg meggyógyítható, milyen magatartás, eljárás, vezet el ahhoz?) Végül a harmadik elvárásrendszer a személyes hatékonysággal kapcsolatos hiedelmeket öleli fel, a segítő azzal kapcsolatos ítéletét határozza meg, hogy személy szerint ő képes-e sikert elérni a pályán. (Például: ha az alkoholbeteg meggyógyítható, és ismeretes olyan eljárás, amely ehhez vezet, mit gondol a segítő arról, hogy ő maga képes-e ennek megfelelő szakmai munka végzésére?) A segítő e három elvárásrendszerrel kapcsolatos hiedelmei és meggyőződései egy bonyolult, kognitív jellegű kontextuális feldolgozási folyamatban integrálódnak, amelynek végeredményétől függ a kiegész bekövetkezése, illetve elkerülése.

A **percepcióváltozást hangsúlyozó modellek** az önmagát teljesítő jóslat pszichológiai törvényszerűségét emelik ki a kiegészés kifejlődésében. Eszerint a kedvezőtlen munkahelyzet érzelmi elnyűtséghöz vezet, s ekkor következik be az észlelés megváltozása. A segítő másként, kvázi ellenfélként, "akadályozó tényezőként" kezdi látni a klienseket, azoktól elidegenedik, egyúttal önmagát is eltérően kezdi észlelni, saját személyes hatékonyságába vetett hite megrendül. Ezáltal - mintegy önmagát teljesítő jóslatként - a segítő munkája ténylegesen is alacsony hatékonyságúvá válik.

Savicki és Cooley kontinuális modellje³⁰ három tengely mentén történő elmozdulásban ragadja meg ezt a változást. Az első tengely a segítő és a kliens érzelmi kapcsolatát, közelebről identifikációját írja le, két végpontja a túlazonosulás (összeolvadás), illetve a teljes elidegenedettség. A segítő kezdetben túlságosan azonosul kliensével, annak sikereit és kudarcait mintegy saját sikereiként és kudarcaiként éli meg, a kiegész felé vezető szakmai út ez esetben a tengely elidegenedés végpontja felé való haladást jelenti. A második tengely a kontroll helye szerint azt jelöli, mit gondol a segítő arról, hogy a kliens problémái mérsékléséért, megoldásáért ki és milyen mértékben viseli a felelősséget. E tengely két végpontja a kontroll belső helye

(vagyis, amikor a segítő úgy véli, hogy kizárólag ő felelős a kliensért), illetve a kontroll külső helye (amikor a segítő szerint a kliens helyzetének rendeződése kizárólag a klienstől függ.) A kiegész kifejlődése e tengelyen olyan „haladásban” nyilvánul meg, amely a kontroll belső helyétől a kontroll külső végponti helye felé mutat. Végül a harmadik tengely az érzelmi kimerülés versus megújulási képesség szerint értelmezi a segítő aktuális állapotát. Eszerint kiegészről akkor beszélhetünk, ha a segítő képtelen ellensúlyozni munkahelyi megterhelését, képtelen ellazulni, feltöltődni, egyszóval pályája során a megújulási képessége csökken és a kimerülés végpontja felé halad. Megfigyelések szerint a segítő hivatású szakemberek pályájuk kezdetén erősen azonosulnak kliensükkel, nagy felelősséget éreznek annak sorsa iránt, egyúttal rendelkeznek a személyes megújuláshoz szükséges feltételekkel és viselkedései eszköztárral. Úgy tűnik azonban, hogy a kiegész kockázata szempontjából nem mindegy, hogy pályájuk kezdetén mindezen képességek milyen mértékben jellemzik a segítőket. A tapasztalatok szerint a későbbi kiegészést elősegítő tényező, ha a pályakezdő segítő „túl közel” helyezkedik el a három tengely túlidentifikációt, kizárólagos belső kontrollt és érzelmi kimerülést jelentő végpontjaihoz. Természetesen a klienssel való azonosulás elfojtása, a felelősség és az érzelmi terhek áthárítása semmiképpen sem lehet a segítő számára ajánlható megoldás, illetve védekezési mód. Létezik azonban egy olyan köztes, optimálisnak tekinthető helyzet, amely jelentősen mérsékli a későbbi kiegész kockázatát. E modell szerint ez az úgynevezett „különálló kapcsolat” viszonyulásmód, amely egyszerre jelenti a klienssel való azonosulást és bizonyos mértékű távolságtartást, a felelősség reális megosztását, illetve az érzelmi megújulás képességének megőrzését.

A **kiegész stresszmodellje**³¹ a folyamatot az általános stresszszelmélet keretében értelmezi. A stressz a szervezet (illetve a személyiség) bomlási és újraépülési folyamatainak (észlelt) egyensúlytalanságából, illetve az elvárások és a rendelkezésre álló megoldási lehetőségek (észlelt) aránytalanságából adódik³². Stresszhelyzetre a szervezet (a személy) úgynevezett vész- (alarm)reakcióval válaszol, mozgósítja erőforrásait, ellenállása a megterhelő helyzet elkerülésében, vagy sikeres, illetve sikertelen megoldási kísérleteiben ölt testet. (Kognitív átstrukturálás, adaptáció, a helyzet megváltoztatása, inadaptív megoldások.) A sikertelen megoldási kísérletek előbb-utóbb összeomláshoz, kimerüléshez vezetnek (betegség, szuicídium.) E modell alapján a kiegészhez vezető folyamat elhúzódó stresszhelyzetnek tekinthető, amelyben pszichoszociális és intézményi stresszorok különíthetők el.

Pszichoszociális stresszorként hathat például a státuszvesztés (lefokozás, nyugdíjazás, áthelyezés stb.), a szociális izoláció (szeretett személy elvesztése, válás, állásvesztés stb.) az anyagi, megélhetési nehézségek, fizikai függőség kialakulása (pl. különböző kémiai szerektől), különböző szociális szerepek eredményes betöltéséhez szükséges információk hiánya stb.

27 Maslach, C.: The client role in staff burn-out, J. of Social Issues, 34, pp. 111-124, 1978

28 1. sz. melléklet

29 Grezsa 1998, i.m.

30 Savicki, V., Cooley, E.: Theoretical and Research Considerations of Burnout, Children and Youth Services Review, Vol. 5., pp. 227-238, 1983

31 Harris, J.S.: Stresszorok és stressz a sürgősségi ellátásban, Critic.CareNurse, Jan/Febr. 1984

32 Grezsa, 1998, i.m. 71.o.

A lehetséges intézményi stresszorok közül a legfontosabbak a következők:

Feszültségforrás, ha a munkahelyen hibás a hatalom megosztása, az alkalmazottaknak nincs érdemi beleszólásuk a hatékony munkához szükséges feltételek kialakításába. Problémát jelenthet a felelősség helytelen megosztása is, ha például az alkalmazottak a valódi kompetenciájukon kívül bekövetkező eseményekért is felelősséget viselnek. (Ez gyakran megfigyelhető lelkeseknél is, akik egy személyben veszik magukra a felelősséget akár a gyülekezet tagjainak lelki fejlődéséért, vagy a gyülekezet csökkenéséért például, aminek egyszerű demográfiai oka van.) Ilyenkor az alkalmazottakban könnyen ébredhetnek különböző szorongások és félelmek, például a bekövetkező eseményektől, esetleges átszervezéstől, eltérő felkészültségű kollégákkal való munkakapcsolattól. Stresszkeltő tényező lehet a munkavégzéssel kapcsolatos jutalmazási és szankcionálási rendszer bizonytalansága, következetlensége. (Bér, bizonytalan munkahely, átláthatatlan beosztás, következetlen értékelési rendszer, továbbképzési lehetőségek elérhetősége stb.) Újabb nagy terület e szempontból a konkrét munkafeladatok megosztása, amelyben egymásnak ellentmondó elvárások, szerepkonfliktusok, felelősségáthárítás stb. jelenhetnek meg.

Más modellek³³ az igénytelen munkát és az unalmat, a szegényes gazdasági körülményeket, a túlterheltséget és a kevés sikerélményt teszik elsősorban felelőssé a tünetek kialakulásáért.

Általánosságban a különböző magyarázatok főleg abban térnek el egymástól, hogy a hangsúlyt a személyiség affektív, kognitív, vagy viselkedésbeli összetevőire helyezik-e. Az is vitatott kérdés, hogy a kiegészítő tünetcsoport kialakulásának hátterében elsősorban külső (szervezeti), avagy belső (intrapszichés) okok húzódnak-e meg? A szervezeti körülmények meghatározó jelentőségét nyomatékosító szerzők azt állítják, hogy vannak olyan munkahelyek, amelyekben dolgozva előbb-utóbb bármely segítő kiégne. Másfelől napi tapasztalat, hogy ugyanazt a munkahelyzetet egyes segítők jól, míg mások kevésbé jól viselik el. Gyakorlati szempontok alapján a kiégés okozati hátterében individuális és intézményes motívumok azonosíthatóak. Ilyen individuális motívum, hogy a segítő mennyire érzi fontosnak önmagát, azt a munkát, amelyet végez. Milyen mértékben képes önálló cselekvésre, döntéshozatalra, illetőleg napi munkájában mennyire szorul mások utasításaira, irányítására. Olyan rejtett motivációinak is jelentősége lehet, mint például a mások kontrollálásának, illetve saját maga öngyógyításának szükséglete a hivatáson keresztül. E rejtett motívumok elmélyült önismereti munkával történő tudatosítása a kiégés ellenében hat. Szerepe lehet továbbá a személyes élettörténetből, a családi háttérből adódó szakmai szocializációnak, identitásnak. A családi háttér jelentősége különösen nagy, mivel fontos, hogy a segítő hivatással óhatatlanul együtt járó feszültségek feldolgozásához a szakember családja alkalmas keretet nyújt-e, valódi támogató hálóként működik-e? A kiégés kockázatát illetően a pályán eltöltött időnek, a szakképzettség szintjének is jelentősége van, minél megszokottabbá, rutinszerűbbé válik a napi mun-

ka, minél nagyobb az inkongruencia a szakmai kihívások és a szakmai felkészültség között, a kiégés kockázata is annál erősebb.

3. Kiegészítés-prevenció

A mentálhigiénés szemlélet prevenció- és promóció-fókuszú, ennek megfelelően a kiégés problémakörét tárgyalva az alábbiakban összefoglaljuk a megelőzés lehetőségeit.

A korábban vázolt **stresszmodell** meghatároz egy folyamatsort³⁴, amelyben a kiegészítő állapot eredményesen kezelhető.

- **azonosítás:** mindenekelőtt a probléma hátterének, valódi motívumainak felismerésére és *azonosítására* van szükség, a kialakult helyzettel kapcsolatos valódi érzések tudatosítására, beismerésére.
 - **valódi érzések beismerése:** a segítő - még ha szakmai normái és erkölcsi érzéke tiltakozik is ellene - *beismeri valódi érzéseit*, akkor esély kínálkozik a helyzet valódi mibenlétének megértésére és átértékelésére, annak felismerésére, hogy a kellemetlen élmények tényleges forrásai nem azok a személyek, akikkel kapcsolatban a negatív élmények keletkeznek.
 - **kognitív átstrukturálásnak** nevezzük, ha az előbbi két lépés nyomán az érzelmek, vélemények és megítélések újraszerveződnek, ennek révén az adott helyzethez megelőzően tapadó kellemetlen élmények semlegessé válnak a személy számára és fenyegető voltak megszűnnek.
 - **relaxációs válasz:** az attitűdváltozás teremti meg a lehetőséget *relaxációs válasz* kiváltásának, ami tehermentesíti a fizikumot és pszichikumot.
 - **szervezeti változtatások:** a szervezet gyógyítása éppúgy szükséges a folyamatban, mint az egyén gyógyítása – a további deformitások elkerülése végett.
- Hézszer**³⁵ átfogó prevenció modellje a pszichohigiénia, a környezeti támogatás és a bibliai alapozás pilléreire épül. A **pszichohigiénia**t az öngondoskodás fogalmával köti össze, amelynek szerinte része a professzionális munkavégzés tudatos megszervezése. Ennek elemei:
- általános helyzetfelmérés: a személyes pszichohigiéniai állapot felmérése (ezt 25 tételből álló szempontsorral segíti a szerző)
 - a munkafeladatokból adódó megterhelés csökkentésének lehetőségei (optimális munkamódszerek elsajátítása, pl.: a segítő kapcsolatokban a keretek segítségével elkerülni a segítő-kliens összefonódást)

33 Pines, A., Maslach, C.: Characteristics of staff burn-out in mental health settings, *Hospitals and Community Psychiatry*, 29., pp. 233-237, 1978

34 Grezsa, 1998, 73.o.

35 Hézszer, i.m. 144 kk

- a munka- és szabadidő megtervezése (munkafolyamatok optimalizálása, időrábló tevékenységek tudatosítása)
- a kikapcsolódáshoz vezető utak feltérképezése (sport, művészetek, hobbi-tevékenységek)

A **szociális támasznyújtás** lényege, hogy a megterhelt személy nem marad magára, hanem egy közösségi hálózat megtartó szövetékében éli meg a terheket és azok könnyebbedését is. A támasznyújtóközösségébe beletartoznak mindazok a személyek, közösségek, intézmények, akikkel/amelyekkel az érintett privát vagy professzionális jellegű kapcsolatban áll. A szociális támasz elemei:

- a közvetlen személyes környezet felmérése (kire számíthatok?)
- szervezeti vagy intézményes támasznyújtás (kollegiális, hierarchikus)
- anyagi, érzelmi, gyakorlati segítség (a szükségletnek és a helyzetnek megfelelő támogatás)

A szociális támasznyújtás nagy ajándéka a közösségi integráció, a biztonságos kapcsolatok megtartó ereje. Azonban ez a támasznyújtás nem oldja fel az egyén felelősségét a megterhelt helyzetben. A megoldás, a változás csakis akkor jöhet létre, ha az adott munkahely (szervezet), a környezet, a kollegiális közösség és az egyén is egyidejűleg és kölcsönösen törekszik erre.

Bergner újszerű modellje egy 12 lépéses programban³⁶ foglalja össze a kiégés megelőzésének és egyben kezelésének lehetőségeit:

1. **a valóság elfogadása:** az első lépés a helyzetkép felvázolása; tudatosítani, hogy hol tartunk éppen a kiégés folyamatában; valós képet alkotni az állapotunkról fizikai, emocionális és kapcsolati téren; megfogalmazni a nehézségeket, a terheket, a bizonytalanságokat, félelmeket és kételyeket.
2. **erőgyűjtés:** a rendelkezésre álló erőforrások, értékek feltérképezése. Értékek nélküli emberi élet aligha képzelhető el, ellenben a saját értékek figyelmen kívül hagyása utat engedhet a kiégésnek. Az értékek felismerése, tudatossá válása hozzájárul a személyes jó közérzethez, az önértékelés erősödéséhez. Értékeinkre jellemző, hogy azok előre visznek, mások által elfogadhatóak, körük pedig bővíthet, vagy változhat az idők során. Az értékek és erőforrások térképén fontos helye van a megélt sikereknek, saját képességeknek, valamint az erőforrásként funkcionáló emberi kapcsolatoknak.
3. **önmegértés (önreflexió, önismeret):** a kiégés a személyiséggel függ össze, bizonyos személyiségjegyek megkönnyítik a folyamat kialakulását. Akik a saját és mások érzéseit kizárják a tudatukból, akik nem dolgozzák fel az egyéni múltat, nem foglalkoznak önmaguk és működésük megér-

tésével, azok esélyt teremtenek a lelki megfáradásnak. Ha fejlődünk az önismeretben, önmegértésben, törekszünk a koherens életre, ha megváltoztatjuk a világhoz és saját magunkhoz való hozzáállásunkat, jó úton haladunk a kiégés elkerülésében.

4. **függetlenedés az időtől:** ez a szint az idővel való gazdálkodás tanulását tartalmazza. A kiégésre potenciálós tényezők között gyakran felmerül az időhiány, vagy a határidők szorítása. Mindannyian szubjektíven viszonyulunk az időhöz. A saját képességeket és a munkahelyi struktúrát is figyelembe vevő időgazdálkodás tanulható, tanulandó. A helyes időgazdálkodás tartósan csökkenti a stresszt.
5. **önbizonyosság:** a kiégés állapotára jellemző, hogy a kiégett személy értéktelenné, inkompetensnek, tehetetlennek érzi magát, ez pedig együtt jár a felelősség másokra való hártásával. Ezért a prevenció része a saját felelősség körvonalazása és felvállalása, ezzel együtt a cselekvőképesség és önhatékonyág fejlesztése.
6. **tartós elégedettség:** a kiégés megelőzésében nem elegendő csupán csökkenteni a stresszt. Ennél lényegesebb a személyes elégedettség növelése, támogatása. A személyes elégedettség összefügg az őszinte önismerettel: hogyan érzékeljük belső világunkat? Az abból fakadó önképet összhangba tudjuk-e hozni a külvilággal? Az elégedettség legnagyobb forrásai a jó emberi kapcsolatok – így a kapcsolati kultúra fejlesztése is preventív hatással bír.
7. **stressztolerancia:** a stressz érzékelése és a vele való megküzdés módja mindig egyénfüggő, személyes hozzáállásunk és készségeink határozzák meg a stresszre adott reakcióinkat. Ennek értelmében a stressz mindig az aktuális helyzet egyéni értelmezése: hogyan kezeljük és értelmezzük? Ezért ez a szint az önszabályozást fejleszti: az önszabályozás olyan viselkedést jelent, amely stresszhelyzetben a belső egyensúly visszaállítását eredményezi.
8. **kettős kompetencia:** a kiégés-prevencióban stabil alapot jelent, ha valaki nem csupán szakmailag kompetens, hanem érzelmi kompetenciával is bír (önérzékelés, önmotiváció, szociális kompetenciák). Mindkét kompetencia-területet támogatni, fejleszteni kell: szakmailag képezni és személyes kapcsolatainkat életre kelteni, étellel megtölteni. Ez a szint a munkahelyi és magánéleti kapcsolatok gazdagítását célozza - mindez erősíti a lelki ellenálló képességet.
9. **helyzettolerancia:** a kiégés egyik alapösszefüggése, hogy egy adott helyzetet már nem tudunk elviselni, sem megváltoztatni, sem elkerülni. Ez a prevenció szint az elviselhetetlen helyzetek sikeres kezelésében való fejlődésről szól, az alkalmazkodás és a változtatási képesség optimális arányairól, a belső változás szükségességéről.
10. **szerepbiztonság:** a kiégés egyik legnagyobb fenyegetése, hogy nem tudjuk betölteni a szakmai szerepünket. A sze-

repbiztonság arról szól, hogyan ismerjük fel kívánt vagy számunkra megfelelő szerepeinket és hogyan töltjük be azokat. A szereptartalmak tudatosítása, megfogalmazása és elsajátítása fontos lépés a kiegészé-prevencióban.

11. **célfelismerés:** a kiegészé szorosan összefügg azzal, hogy valódi céljainkat nem érhetjük el (vagy maga a cél elérhetetlen). Valódi célokon itt a legbelső célokat értjük, amelyek hivatásunkkal és magánéletünkkel függnek össze, és amelyek nem mindig tudatosak. A prevenció programnak ezen a szintjén a valódi belső célok megismerése, a célkonfliktusok megküzdése, a nem megfelelő célok elengedése áll előttünk.
12. **célmegközelítés:** a korábbi szintek felismerései mind az utolsó szintet szolgálják. Ez a szint érinti az életünk értelmének kérdését: a kiegészé egy sürgető bizonyosság arra nézve, hogy az életünk értelmét nem megfelelően ragadtuk meg. Ezen a szinten az a feladatunk, hogy megfogalmazzuk személyes életcélunkat, ami értelmet ad, összhangban van saját értékeinkkel, ugyanakkor illeszkedik egy teljesebb, magasabb, nagyobb célhoz.

Bergner programjának szintjei nem kezelhetők különálló egységekként, a felosztás csupán megkönnyíti a folyamat áttekintését. A tizenkét szint együtt hatékony. A teljes programot tekintve láthatjuk, hogy főként a felismerő kompetenciákra és a meglévő erőforrások felfedezésére épít. **Bergner** szerint a kiegészé legjobb ellenszere a belső erőforrások életre keltése, a saját életünk és munkánk feletti irányítás visszanyerése és a saját felelősség felvállalása: „a leghatásosabbak azok a változások, amelyeket önmagunk idézünk elő”.³⁷

Mindhárom vázolt modellben látunk hasonló elemeket, úgy mint az önismeret, az öngondoskodás, a saját erőforrások feltérképezése, illetve mindhárom modellben megjelenik a környezet, a közösség, a kapcsolatok minőségének fontossága mint védőfaktor. A számunkra fontos bibliai paradigma ugyan csak **Hézszer** modelljében jelenik meg explicit módon, de a **Bergner**nél szereplő személyes életcél is egy nagyobb, teljesebb, magasabb célhoz illeszkedik – ez transzcendens kapcsolatra is utalhat. Ezek alapján elmondhatjuk: a kiegészé megelőzésében fontos szerepe van magának a megterhelt segítőnek, a közösségi integrációnak, és annak is, hogy a segítő szakember milyen keretben értelmezi hivatását, küldetését, életének értelmét.

A szupervízió mint prevenció eszköze

A prevenció lehetőségei között mindenképp említenünk szükséges a **szupervíziót**, mint a szakmai személyiség fejlesztésének és támogatásának kiváló eszközét. A szupervízió egy módszereiben nem kötött, de szabályozott keretekkel létreho-

zott kapcsolat két szakember – a szupervízor és a szupervizált – között, amely kapcsolat célja a szupervizált szakmai személyiségének, önreflektivitásának fejlődése. Ha az összetett szó eredeti latin jelentésmezőiből indulunk ki, akkor a szupervízióhoz a „valami fölé emelkedni és magasabb perspektívából szemlélni” képe kapcsolódik. „*Valami homályosat megvilágítani, az érthetlent érthetővé tenni, az elmosódottat differenciálttá tenni.*”³⁸ Perspektíva-váltás, majd a felülről meglátottak beépítése a horizontális síkon. Ez a kép „mozgóképek”: dinamikus emelkedés és alászállás, több irányba haladás, akár irányváltás is. A szupervízió: (lélektani) munka, erőfeszítés, mozgósítja és igénybe veszi mind a szupervízort, mind a szupervizáltat. A szupervízió személyes tanulás, amely átvilágítja a munkahelyi mindennapok speciális problémáit, reflektál a szakmai személyiség konfliktusaira és mindezekkel segíti a mélyebb megértést és feldolgozást. Mindig a saját szakmai tapasztalatokból indul ki és oda csatol vissza. Szerződésen alapuló folyamat, amelynek dinamikáját a szupervízor reflektív jelenléte és a szupervizált önreflexiója adja.

A szupervíziós kapcsolat lényeges elemei **Adjukovic**³⁹ és **Bagdy-Wiesner**⁴⁰ alapján:

Cél – a szupervízió célja a szakmai személyiség fejlődése, karbantartása; ön- és helyzetmegértés a szakmai szerepekben; hivatásközpontú önismeret- és kapcsolatfejlesztés; szakmai kompetencia bővülése.

Tartalom – a szupervíziós munka tárgyát, tartalmát képezik mindazok a témák, helyzetek, érzések, konfliktusok, amelyeket a szupervizált a szakmai működésében problémának, tisztázandónak él meg; a szakmai kapcsolatrendszerhez, szerepekhez fűződő érzések, tapasztalatok, hiedelmek. A szupervíziós munka témája lehet: én és a kliensem/kollégám/főnököm/szakmám. A feldolgozás eseteken keresztül történik. Eset lehet mindaz, ami a szupervizált személyt a szakmai kontextusában foglalkoztatja. A folyamatban nincs előre rögzített tematika, az éppen aktuális, feszítő eset strukturálja a munkát.

Határok – a szupervíziós munka határait a szakmai szempontú relevancia húzza meg. A szupervízió nem terápia: bár foglalkozási szerepünkben is önkéntelenül működtetjük származási családjunktól eredő kapcsolati mintáinkat, sémákat, delegációkat, és szakmai szerepeinkben való működésünk nem elválasztható a privát működéstől – a szupervízió fókuszában mégis a szakmai szerep áll. Annak megértésére fókuszálunk, ami a szakmai személyiség fejlődése szempontjából releváns.

Módszerek – a szupervízióban nincs egyetlen elfogadott módszer; legfőbb módszer a **reflektív kérdés** – de más módszerek is alkalmazhatóak, amennyiben az önreflektivitást elősegítik

³⁷ Bergner, 2018, 34.o.

³⁸ Edding, C.: Szupervízió, tanácsadás, szervezetfejlesztés, 1996, In: Supervisio Hungarica, 211.o.

³⁹ Adjukovic, Cajvert, Judy, Knopf, Kuhn, Madai, Voogd (2016) A szupervízió és a coaching európai fogalomtára és kompetenciaprofilja, MSZCT, Budapest

⁴⁰ Bagdy Emőke & Wiesner Erzsébet (2005) Szupervízió, önismereti munka és pszichoterápia, in: Szupervízió, Egyén-csoport-szervezet, Print-X-Budavár Kiadó, Budapest, 13-26.o.

és a lélektani munka kereteibe beleillenek. A reflexió, mint módszer, érinti mind a verbális, mind a nonverbális kommunikáció szintjét. Elengedhetetlen alapja az empátiás készség. A reflexió mindig ítélkezéstől mentes. A módszerek között említendő még a fókuszált probléma-megjelenítés, a visszacsatolás és a folyamat reflektálása.

Elérhető eredmények - szakmai/kapcsolati kompetencia növekedése, tehermentesítés, feszültségkezelés, energiafelhasználás, tisztázás, vakfoltok megértése, mentális egészség megerősödése, hatékonyságnövelés, kiegészítő-megelőzés, erőforrások felfedezése, perspektíva-váltás, attitűdben vagy viselkedésben bekövetkező változás, új felismerések beépítése a szakmai működésbe. Összességében a szupervízió eredménye a felsorolt területeken való önreflektív tanulás, mint működésmód elsajátítása.

A szupervízió, mint kiegészítő-prevenció, *tartalmában* nem hoz újat a fentebb ismertetett modellekhez képest, azonban nagy értéke, hogy *szakmai keretet*, rendszert és feldolgozási módszert társít az egyes elemekhez (önmegértés, kapcsolatok fejlesztése, szakmai kompetencia növelése, szervezeti háttér fejlesztése).

4. A sebzett gyógyító – gyógyító sebek

Miközben az előző fejezetek a segítő személyiségének sebezhetőségéről és sebeztségéről, megelőzésről és gyógyulásról szólnak, a mentálhigiénés szemlélet alapján szólnunk kell arról a helyzetről is, amikor maga a sebezhetőség és sebeztség válik értékkel, erőforrássá. Bár a mentálhigiéné fontos törekvése a megelőzés, a realitás talaján állva mondhatjuk: nincs lehetőség minden esetben a megelőzésre. Sőt: az a szemlélet⁴¹ is jelen van, miszerint a megelőzés valójában korlátozás, egy lehetőség elvétele az egyéntől. Ez a szemlélet a krízis pozitív aspektusát hangsúlyozza: a krízis olyan életesemény, amely kihívást jelent, potenciálisan fejlődést hozó, olyan megélesekhez és felismerésekhez juttat el, amelyek lélektanilag fejlődést hoznak, s amelyek révén a személyiség érik és növekszik. A krízis által megbontott személyiség egy magasabb, érettebb szinten integrálódik. A prevenció pedig ennek a lehetőségnek az elvétele, az ilyen élmények hasznosíthatóságának korlátozása.

Mándy és Csürke ennek alapján, a gyógyító seb metaforáját alkalmazva vizsgálja a segítő lelki egészségének kérdéseit. Elméletük szerint a sebezhetőség és sebeztség által válhatunk elég jó segítővé, hiszen azok hozzájárulnak személyes és szakmai növekedésünkhöz. A gyógyító seb paradoxona öt dimenziót⁴² rejt:

- az első dimenzió: belső *hajtóerő*, amely a segítő hivatás válassztására ösztönöz; a saját sebek okán telve vagyunk megoldásra váró kérdésekkel és reményekkel, amelyekre a választ a segítő hivatáshoz kapcsolt tanulmányoktól, képzésektől vár-

juk; a szakma gyakorlása során azonban ráébredünk, hogy a valódi kérdéseinkre a valódi válaszok nem ezekben a tanulmányokban találhatóak.

- a második dimenzió: sebeink keletkezésének és gyógyulásának élménye alapozza meg szakmai és személyes *identitásunk struktúráját*; ennek alapján a személyiségünk egyedi szövetét a magánélet és a professzionalizáció összefonódó rétegei alakítják.
- a harmadik dimenzió: a sebeztség okán választott professzió útjain és útvesztőin előbb-utóbb eljutunk a *gyógyulás-hoz*, korrekzív és fejlesztő kapcsolatokban, impulzusokban lesz részünk, önismereti munkával kérdéseink mélyére tudunk jutni.
- a negyedik dimenzió: sebeztségünk és a hozzá kapcsolódó gyógyulási, fejlődési folyamat *reflexiók ponttá* válik bennünk. Éppen ezek az élményeink alapozzák meg azt a képességet, amivel mások életének fejlesztésében, gyógyításában közreműködhetünk.
- az ötödik dimenzió: a gyógyító seb képi *metaforává lényegül* bennünk, amelynek segítségével képessé válunk közvetíteni a gyógyulásba vetett hitet a segítségért fordulóknak felé.

Török Iván⁴³ a kereszt szimbólumával operál, mikor a segítő szakemberek nehézségeiről kríziseiről gondolkodik. A kereszt szimbólumának rendkívül erős bibliai jelentéstartalma a szenvedés legmélyéhez, valamint a transzformatív és értelemmel teli szenvedéshez visz közel bennünket: a Megváltó szenvedése által nyerünk bűnbocsánatot, üdvösséget, e földi életben pedig erőt a saját szenvedések elhordozásához. A „gyógyító seb” a keresztyének számára elsősorban Jézus Krisztus sebeit jelenti. Azonban a kereszt szimbóluma a közbeszédben is használatos: feltűnik szólásainkban, közmondásainkban („*Mindenkinek megvan a maga keresztje*”), illetve a nem hívő emberek is ezzel a szóképpel jelölik az emberi élet tartós nehézségeit. Ezek a „keresztélmények” mindig személyesek: másokét nehezebben értjük, magunkénak súlyát érezzük. A bibliai leírások alapján a kereszttel két módon lehet érintkezni: hordozás és a rajta való függés által. A kereszt-hordozásban a kereszt súlya lenyom, s ezzel a súllyal kell haladni egy ijesztő végkifejlet irányába. A keresztben való függés pedig tulajdonképpen már a célba érés. Ugyanaz az eszköz, a kereszt kétféle hatással van jelen: lenyom, majd a magasba emel. A kereszt-hordozásban az ember (Jézus) tartja a keresztet, a keresztben függve a kereszt tartja az embert (Jézust).

A kereszt mély spirituális és teológiai megközelítésével jelen dolgotban nem foglalkozunk, ellenben tekintsük át a szimbólum mentálhigiénés jelentését a segítő foglalkozású szakemberek nehézségeivel kapcsolatosan.⁴⁴

41 Mándy N. - Csürke J., A gyógyító seb, in Embertárs, 2015/3, 280-287.o., ISSN 1785-0436

42 Mándy - Csürke, 2015, i.m. 280.

43 Török I.: Ami megterhel, lenyom – az fölemel, megtart, in: Embertárs, 2015/3, 288-293.o., ISSN 1785-0436

44 Török, 2015, i.m. 289-290.o.

Milyen keresztet hordoznak a segítők?

- a *saját életút* keresztje: gyermekkori lelki sebek, előnytelen életfeltételek, megghiúsult tervek, csalódások, veszteségek, testi-lelki változások, betegségek, magánéleti-kapcsolati problémák, családi gondok stb.
- a *szakmai pálya* keresztjei: túlterheltség, kompetenciahiányok, munkatársi konfliktusok, az elismerés hiánya, szerepkonfliktusok, a magánélet és a munkakör ütközése, túlzott felelősségvállalás, szakmai kudarcok, alacsony társadalmi és anyagi megbecsültség, stressz, kiégés stb.
- a tényleges szakmai *hibák, kudarcok* miatti önvád: indulatvezérelt döntéshozatal, fáradtság miatti mulasztások, szakmai ügyetlenség, tapasztalatlanság miatti helytelen eljárások, hiányos szakmai tudás, a szakmai hibák elfedése stb.
- maga a (fentiek miatt is) *sérült személyiség* is lehet kereszt, amely ránehezedik a segítőre; sérült és sebzett önmagát is hordoznia kell – ezt gyakran nehéz elfogadni, elutasítja sebzett részét, elidegenedik önmagától, nem teljesen önazonos módon működik: így válik keresztté saját maga számára.

Mindegyik felsorolt „kereszt” hordozása megterhel, erővesztéssel jár, de különösen az utolsó viseli meg a segítőt személyiségét: aki önmagát keresztként viseli, előbb-utóbb kimerülnek személyes erőforrásai, megbetegszik, nem képes funkcionálni sem segítői mivoltában, sem magánéleti kapcsolataiban. Ha a segítőt túlságosan nehéz keresztet cipel, eltorzítja a közösségben és a segítőt kapcsolatokban végzett munkáját. Ebből a helyzetből a kereszt másik képe, a keresztben való függés, vagyis a nehézségekhez való viszony „pálfordulása” a kivezető út.

A változáshoz **Török Iván** szerint mindenekelőtt olyan közeget (elfogadó, empatikus szupervíziós, terápiás vagy önismereti helyzet) szükséges, ahol a segítőt:

- nyíltan és őszintén *beszélhet* gondjairól, önmagával és segítőt mivoltával kapcsolatos megéléseiről, identitásáról, elakadásairól;
- mások (terapeuta, szupervízor, önismereti csoport vezetője és tagjai) reflexiói által fejlődik saját önreflektív képessége;
- saját sebzettsége, gyengeségei *tudatosulnak*;
- sérüléseivel és hibáival *azonosulhat*, ahelyett, hogy elidegenítené azokat önmagától; ez azáltal mehet végbe, hogy megtapasztalja: társai elfogadják a hibáival és sérüléseivel együtt, sőt: ezek vállalását értéknek tekintik. Így a sebzett segítőt is könnyebben fogadja el önmagát;
- ebben a folyamatban a segítőt találkozik önmagával – *magára*

talál, önmagát értékesnek tudja elfogadni; sérüléseinek mélyebb értelmére is rátalálhat;

- a segítőt ráébredhet, hogy a közösség számára is értelmet hordozhat saját sérülése: segítőt kapcsolatai más szintre emelkedhetnek; ezáltal értékesnek éli meg szakmai személyiségét úgy, ahogy van.

Ez a folyamat sokszor fájdalmas, akár a keresztre feszítés: benne a segítőt szakember legmélyebb önmagával, reális és ideális énképével dolgozik, bizonyos értelemben vágások és öltések lelki sorozatában. Ez – szimbolikus értelemben – egy keresztút, aminek a végén *a személy leteszi a keresztjét, rátekinthet, elfogadja, s amit idáig ő hordozott, arra ráhelyeződik, s mostantól már az tartja őt*⁴⁵. Ez az aktus fölemel a mélyből, a tartás helyett a ráhagyatkozás állapotába helyez, látótere több dimenzióban (időben és térben is) kitágul: visszatekinthet saját útján megélt botlásaira, találkozásaira, ugyanakkor előre is tekinthet jövőbeni szakmai cselekvésére. Lefelé tekintve találkozhat azokkal, akik körülveszik, együttérzéssel vagy éppen meg nem értve; ugyanakkor egy transzcendens pillantásban fölfelé tekintve megtalálhatja sebzettségének önmagán túlmutató értelmét is.

Az a segítőt, aki önismereti, szupervíziós, terápiás folyamatokban végigmegy ezen az úton, hatással lesz klienseire, lelki gondozottjaira, segítőt kapcsolataira:

- könnyebben el tudja fogadni a hozzá forduló „tökéletlen”, sérült, megterhelt mivoltát;
- mivel önmaga iránt empátiát tanult, kliense szenvedése kapcsán is mélyebb empátiát érez;
- hitelesebben van jelen a segítőt kapcsolatban, nem hordja a „tökéletes, egészséges és mindentudó” segítőt álarcát;
- növekszik személyes hatóereje, ezért bátrabban vállalja a segítőt kapcsolatok kockázatait is;
- mivel megtalálta saját sebzettségének értelmét, eredményesebben képes facilitálni kliense értelemkeresését: abban segítőt klienseit, hogy célokra, előre irányítsák tekintetüket.

Henri J. M. Nouwen szintén foglalkozik a sebzett gyógyító metaforájával azonos című könyvében.⁴⁶ A sebzett lelkipásztor személyét egy a Messiásról szóló, Talmud-beli történettel szemlélteti.⁴⁷ A történet szerint a Messiás a szegények között ül a városkapunál és abban különbözik a többi nyomorulttól, hogy míg azok egyszerre fedik fel minden sebüket, a Messiás egyszerre csak egy sebet kötözi, mert készenlétben áll: ha szólítja a feladat, indulnia kell. Hasonlóképpen van ezzel a sebzett segítőt: saját sebeivel csak óvatosan, kis lépésekben foglalkozhat, mert bármelyik pillanatban készen kell állni, hogy mások sebeit gyógyítsa. Egyszerre sebzett és gyógyító.

45 Török, 2015. i.m. 292.

46 Nouwen, H.J.M.: A sebzett gyógyító, ISBN 963-868-953-6, Ursus Libris 2006, Budapest

47 Nouwen, i.m. 110.o.

Nouwen a segítő legnagyobb sebének a magányt tartja⁴⁸, ami egyrészt a modern társadalom magányából, másrészt magának a hivatásnak a magányából fakad. A modern ember számtalan kísérlettel próbálja magányát enyhíteni és bensőséges kapcsolatokat (, vagy legalább a bensőséges pillanatok élményét) kialakítani. **Nouwen** szerint azonban a magányhoz, mint legnagyobb sebhez való viszonyunk megfordítható: a magány az önmegértés forrása lehet. Ezért ahelyett, hogy minden igyekezetünkkel elkerülnénk a magányt, tekintsünk rá ajándékként, ami ígéreteket tartogat.

Hogyan válhatnak a sebek gyógyító forrássá? **Csürke** és **Török** felvázolt modelljeihez hasonlóan **Nouwen** is a lelkipásztor sebeinek, személyes és hivatásbeli deformitásainak feldolgozását javasolja, valamint a saját feldolgozott élettapasztalatok megosztását másokkal. Ez utóbbi nem azonos a szószékről való „spirituális magamutogatással”⁴⁹, sokkal in-

kább a vendégszeretet fogalmával: a segítő először érezze otthon magát a saját életében, s akkor tud a „vendégei” (kliensei) felé figyelemmel fordulni, félelemtől mentes lelki teret biztosítani. Aki képes önmagával is foglalkozni, önmagába visszahúzódni, az képes a másik számára megteremteni azt a teret, amelyben önmaga lehet. **Nouwen** idézi **Hillman**-t: „...vissza kell húzódnom, hogy helyet teremtsék a másik számára.(...) ...s visszahúzódásom lehetővé teszi, hogy a másik életre keljen.”⁵⁰ Azért lehet ez a szolgálat gyógyító, mert másokat is megtanít „önmagukban lenni”, átdolgozni sebeiket és nem keserűség forrásaiként tekinteni azokra.

Ebből a dinamikából kifolyólag a segítői hivatás is más megvilágítást kap: a segítőnek nem az az elsődleges feladata, hogy megszüntesse a fájdalmakat, hanem hogy teret teremtsen a fájdalom elmélyülésére, feldolgozására és megosztására és megértésére. Így jön létre a gyógyító közösség ember és ember között.

48 Nouwen, i.m. 111.

49 Nouwen, i.m. 118.

50 Nouwen i.m. 122.

Kristóf Pál

MÓDSZERTAN MINT ÉLŐ SZÖVET

A 2021. szeptember 21-én, Szegeden megrendezett „Szívvel-lélekkel” című Országos Gyermekvédelmi Konferencián elhangzott előadás kibővített változata.

A módszertanos – talán magyarázkodásként, talán mentegetőzésből – mindig azzal kezdi mondandóját, hogy mit is ért ő módszertan alatt. Annak tisztázása azonban, hogy miről is beszélünk, amikor módszertanról beszélünk fontosabb, mint amilyenek elsőre tűnik. Különösen a gyermekvédelmi szakellátás területén, hiszen nincs egzakt meghatározása, inkább megközelítésekről beszélhetünk. És amint azt látni is fogjuk, folyamatosan változik, hogy mit is értünk módszertan alatt: az elméleti és gyakorlati keretein belül a hangsúlyok időről-időre áttolódnak, tárgy- és feladatköre is változik. Viszonyítási alapként jelzem, hogy a módszertan fogalmának a gyermekvédelmi jogszabályok keretei közti meghatározását Domszky András végezte el, még 2004-ben.¹

Engedjék meg, hogy egy rövid történettel illusztráljam, hogy számomra melyek az általános értelemben vett módszertan (bármilyen módszertana) legfontosabb elemei.

Európában a Svájcban található, 3970 méter magas Eiger nevű hegy északi fala volt az utolsó alpesi sziklafal, amit a sziklamászóknak sikerült megmászniuk. Az 1800 méter magas, függőleges, északi fekvése miatt a kemény és hirtelen változó időjárásnak kitett sziklafal rettegett volt a mászók körében, halálfalnak nevezték. Sokan életüket veszítették a megmászási kísérletek során, még többen lehetetlennek tartották a megmászását.

Végül 1938 nyarán egy négyfős osztrák-német mászócsapatnak sikerült a lehetetlen: négy nap alatt sikerült megmászniuk a megmászhatatlant.* Ezt a négy napot úgy kell érteni, hogy a mászás megkezdésétől, szakzsargonnal a beszállástól 4 napig folyamatosan a sziklafalon tartózkodtak, amikor nem másztak, hóba, jég vájt platókon vagy sziklapárkányokon pihentek, volt, hogy állva. Az első megmászók Anderl Heckmair, Wiggerl Vörg, Fritz Kasperek és Heinrich Harrer voltak. (Érdekesség, hogy Harrer Indiában tartózkodott a II. világháború kitörésekor, és mivel osztrák állampolgár volt, India pedig angol gyarmat, a hadifogság elkerülése érdekében Tibetbe menekült. Ott ismerkedett meg az akkor még gyermekkorú Dalai Lámával, és vált a tanítójává, majd barátjává és tanácsadójává. Erről szól a Hét év Tibetben című könyv és film, Harrert Brad Pitt alakítja a filmben.)

Ma már több mint 700 sikeres megmászása ismert az Eiger északi falának, számos új utat nyitottak a falon, és napjainkban a megmászás átlagos időtartama 2 nap. A falon a sebességi rekordot Uli Steck svájci mászó állította fel 2015-ben: 2 óra 22 perc 50 másodperc. Steck a rekordot szőlőmászással érte el, vagyis egyedül, mindenféle biztosítás nélkül mászott.

Lenyűgöző fejlődés, de mi állhat a háttérben, mi változott az elmúlt 83 évben?

Megváltozott a fallal kapcsolatos **tudás**: az első mászók még gyakorlatilag az ismeretlenben másztak, nekik kellett kitalálniuk merre haladjanak, hol tudnak pihenni. Az első megmászást követően ezek az információk mind rendelkezésre álltak, a pontos útvonal, hol, milyen eszközöket, technikákat kell alkalmazni, hol tudnak pihenni, melyek a veszélyesebb részei a falnak.

Megváltoztak a mászáshoz használt **eszközök**. A technológiai fejlődésnek köszönhetően, ma már speciálisan a mászáshoz készített ultrakönnyű és megbízható eszközöket használnak, aminek következtében lényegesen kevesebb és könnyebb felszereléssel mászhatnak a mászók.

Bővült a mászás során **alkalmazott technikák** tárháza. Újabb és újabb mászási technikák kerültek kidolgozásra, mind a mászás során használ mozdulatok mind a kötéltechnika területén.

És megváltozott az északi fallal kapcsolatos **gondolkodásmód** is. Ma már nem az a kérdés, hogy meg lehet-e mászni, hanem, hogy milyen gyorsan.

A fejlődés motorjai, legfontosabb előmozdítói:

- a tudás,
- az eszközök,
- az alkalmazott technikák,
- és a gondolkodásmód.

Vagyis a módszertan, a módszertan fejlődése. Számomra ez a négy terület jelenti a módszertan, a módszertani fejlesztés legfontosabb elemeit.

Az Eiger példájánál maradván vizsgáljuk meg közelebbről a módszertani fejlődés elemeit.

1950-ben, 12 évvel az első megmászás után egy olasz mászó páros 1 nap alatt mászta meg az északi falat. Ők még nem rendelkeztek a mai modern eszközökkel, és az általuk alkalmazott technikák sem tértek el jelentősen az első megmászók által alkalmazottaktól. Azonban a megmászáshoz szükséges tudáskészlet, know-how, már a rendelkezésükre állt, és a gon-

¹ Domszky (2004)

dolgozómódjuk is más volt, ők nem a megmászhatatlanság kontextusában vágta bele.

Amit érzékeltetni akartam: a négy általam legfontosabbnak tartott elem közül is kiemelkedik jelentőségében kettő: a tudás és a gondolkodásmód, amik megváltozásával, megváltoztatásával jelentős fejlődés érhető el.

Szerettem volna robbanásszerű fejlődést írni, azonban ez általánosságban nem lenne igaz: míg például a tudomány, a technológia, a sport területén végbe mehet exponenciális fejlődés, és a társadalmakban is bekövetkezhetnek gyors és nagymértékű változások, addig a társadalmi intézmények ezekre a változásokra csak jóval lassabban képesek reagálni².

Az előadásom tényleges tárgya, a gyermekvédelmi szakellátás módszertana nem írható le pusztán a tudás, az eszközök, az alkalmazott technikák és a gondolkodásmód négyesével. A gyermekvédelmi szakellátás módszertanának leírására önmagukban a definíciós kísérletek sem elegendőek, hiszen ezek jellemzően a módszertani tevékenység lényegi megragadására törekkenek, a folyamata és végeredménye meghatározásával. A Gyermekvédelmi szakellátás című szabályozó anyag meghatározása a módszertani problémamegoldás elvi folyamatával írja le a módszertani tevékenységet: a problémák (valóság) megismerését követi a problémára adott válasz, és annak gyakorlati alkalmazása (a tanultak alkalmazásának eszköze), majd a folyamat végeredményeként egy ebből fakadó szabályozás megalkotása.³ Amint látható, ez valójában az induktív problémamegoldási modell.

Domszky András meghatározása szerint „a módszertan tárgyiasult formában a problémák megoldása érdekében szervezett céltudatos reakciók kodifikált tapasztalati rendszere.”⁴ Ez a megközelítés több, igen fontos kritériumot hozzáad az elvi probléma-megoldási modellhez: tárgyiasult formában történik, vagyis meghatározott szervezeti rendszeren keresztül konkrét szakmai produktumok megalkotására irányul, céltudatos, vagyis nem spontán, hanem tervezett folyamat, kodifikált, vagyis végeredményei jogszabályi formába öntöttek vagy jogszabály által támogatottak, és talán a legfontosabb, hogy tapasztalatai rendszert alkotnak, nem önmagában álló, hanem összefüggő, sőt akár egymásra hatást gyakorló tapasztalatok.

Ha a két definíciót összeadjuk (didaktikus probléma-megoldási modell alkalmazása a módszertaniság kritériumaival), valamint hozzáadjuk a gyermekvédelmi szakellátási módszertan jogszabályokban meghatározott intézményrendszerét⁵ és feladatait⁶, akkor már egy elég jó megközelítéssel rendelkezünk.

Ezzel az erős megközelítéssel azonban nem jutunk még el a gyermekvédelmi szakellátási módszertan, és ezzel együtt a gyermekvédelmi szakellátás szakmai tartalma fejlesztésének kihívásaihoz vagy lehetőségeihez.

Számtalan olyan tényező van, ami jelentősen meghatározza vagy befolyásolja a gyermekvédelmi szakellátási módszer-

tan tartalmát, kereteit és a vele szemben támasztott elvárásokat, és ezek folyamatosan változtak, változnak.

A magam részéről a módszertanra szövetként tekintek: egymással összefüggő, összefonódó részek együttese. Ebben a metaforában benne van az is, hogy ha a módszertan összetevőinek fejlődése egyenetlen, egyes területek fejlődnek, míg más területek nem, felfeslik a szövet és nem lesz képes hatékonyan ellátni eredeti funkcióját. Ekkor a módszertan lyukas szövetén egyszerűen átesnek egyes problémák, kérdések, vagyis nem születik rájuk érvényes módszertani válasz.

A gyermekvédelmi szakellátás módszertanának szövete két rétegből áll, egy belső és egy külső rétegből. A belső réteg az elemi, közvetlenül a gyermekvédelmi szakellátásra vonatkozó sztenderd módszertan, a külső réteget pedig az elemi módszertanra folyamatosan ható, azt alakító külső tényezők alkotják.

A belső maghoz tartozik a gyermekvédelmi szakellátás módszertana által alkalmazott tudáskészlet, az eszköztár, vagyis a gyakorlatban alkalmazott módszerek összessége, a módszertani problémamegoldás folyamata, a módszertani feladatellátás szervezeti rendszere, a gyermekvédelmi szakellátás szakmai szabályai is.⁷ És ide tartozik a módszertani gondolkodásmód is: az attitűd, ahogy a módszertani problémákat értelmezzük, hogy mit tekintünk egyáltalán problémának és arra milyen típusú megoldást keresünk.



A módszertanunkra hatást gyakorló, azt alakító külső réteg legfontosabb elemei a tudáskészletet meghatározó tudomány- és ismereti területek, a szervezeti rendszert és a szakmai munkát meghatározó jogszabályi környezet, a gyermekvédelmi szakellátás rendszerével a gyakorlati működés során érintkező intézmények, intézményrendszerek, és a szélesebb társadalmi környezet.

2 Domszky (2011)

3 Gyermekvédelmi szakellátás (2011) 3.o.

4 Domszky (2011)

5 Gyvt. 96.§ (8)-(13)

6 Nmr. 4.§

7 Domszky (2011)



A gyermekvédelmi szakellátás módszertanának nincs önálló tudományos háttere.⁸ Tudáskészlete a biológia, az egészségügy, a pedagógia, a pszichológia tudományterületeinek tudására épül, ami kiegészül szociális, jogi és igazgatási ismeretekkel.⁹

A módszertanunk jogszabályi környezetéhez nem csak az ágazati jogszabályaink tartoznak, hanem az érintkező rendszerek jogszabályi is: az egészségügyi, az oktatási jogszabályok, a Szociális törvény, a Polgári Törvénykönyv, a Büntető Törvénykönyv, ezek végrehajtási rendeletei, és még bőven folytatható a sor.

A legfontosabb érintkező rendszerek a gyermekjóléti alapellátás, az egészségügy, az oktatás, az igazságszolgáltatás, a szociális ellátórendszer.

A társadalmi környezethez sorolhatjuk a lakás- és munkaerőpiacot, a jövedelmi- és fogyasztási viszonyokat, ezek változásait, illetve olyan társadalmi változásokat, amik egyértelműen hatást gyakorolnak a gyermekvédelmi szakellátás mindennapjaira – elég itt a dizájn drogok megjelenésére, a gyermekek és fiatalok egyre növekvő online térben töltött idejére gondolnunk, vagy az elmúlt években a gyermekbántalmazás és a szexuális visszaélések tematizálására a közbeszédben és közgondolkodásban.

A módszertanunk belső és külső rétegei között nem kölcsönhatás, hanem reaktív viszony áll fenn: a külső réteg elemei hatást gyakorolnak a belső réteg összetevőire, a belső réteg reagál, vagy legalábbis reagálnia kellene, a külső tényezők hatásaira, változásaira. A belső réteg azonban nem gyakorol hatást a külső réteg elemeire, azokat nem befolyásolja.

Most, hogy a belső és külső réteg felvázolásával megkaptuk a módszertanunk szövetét, vizsgáljuk meg, hogy mennyire élő ez a szövet, mennyire képes megfelelni a vele szemben

támasztott elvárásoknak, végeredményben, mennyire látja el legfontosabb feladatát, a gyermekvédelmi szakellátás szakmai tartalmi fejlesztését.

A közelmúlt gyermekvédelmi szakellátással foglalkozó tudományos kutatásait és tudományos igényű írásait nézve, az alábbi kritikák fogalmazódtak meg leggyakrabban az ellátás szakmai tartalmával kapcsolatban:

- A minőségbiztosítás, az eredményesség- vagy hatékonyságmérés hiánya.¹⁰
- Nem készülnek részletesen kidolgozott protokollok, ha készülnek is, nem épülnek be a gyakorlatba.¹¹
- A szakmai, tartalmi változások többnyire csak egyéni kezdeményezéseknek köszönhetők.¹²

A minőségbiztosítás, az eredményesség- vagy hatékonyságmérés hiánya nem csak azt jelenti, hogy az alkalmazott eszközökről nem tudjuk objektíven megmondani, hogy elérik-e a céljukat, de a tervszerű szakmai fejlesztést is idézőjelbe teszi, hiszen nem tudjuk megadni a fejlesztés irányát sem, illetve az ellátás színvonalának egyenetlensége sem detektálható rendszer szinten.

Önmagában véve az eljárási protokollok hiánya még nem jelentene problémát, amennyiben a nélkülük kialakult helyi/intézményi eljárásmódok megfelelnek a szakmai elvárásoknak és hatékonyan működnek. Azonban fontos rámutatni, hogy az eljárások, szakmai tevékenységek egységesítése nélkül nem képzelhető el rendszerszintű minőségbiztosítás vagy hatékonyságmérés.

Az elkészült protokollok, vagy inkább szakmai szabályozó dokumentumok gyakorlati alkalmazásának elmaradása súlyos hiányosságra mutat rá: hiábavaló bármilyen fejlesztési szándék, ha a gyakorlati alkalmazáshoz vezető csatornák nem léteznek vagy nem működnek. Ez egyúttal megmutatja szakmai kontroll hiányát is.

Az intézményi, gondozási helyi vagy ténylegesen csak egyes egyénet jelentő egyéni kezdeményezésre történő szakmai változások annyiban jelentenek problémát, hogy intézményi, gondozási helyi vagy egyéni szinten maradnak. Nem történik meg ezeknek a változásoknak, tapasztalatoknak a feldolgozása, értékelése és adaptálhatóvá tétele, nem eredményeznek rendszerszintű változást, egyenetlenné válik a fejlődés, az ellátás színvonala. Végeredményben egyáltalán nem lesz mindegy, hogy a gyermekvédelmi szakellátásba kerülő gyermek melyik gondozási helyen kerül elhelyezésre, és ha belegondolunk, ez a gyermeki jogok súlyos csorbulásához vezethet. Nem működik a módszertan induktív problémamegoldási modellje. A tapasztalatok vagy nem kapcsolódnak rendszerbe, vagy ki sem alakul a tapasztalatok rendszere.

8 Domszky (2011)

9 Domszky (2011), Bede – Both (2011)

10 Rácz (2016) 162. o.

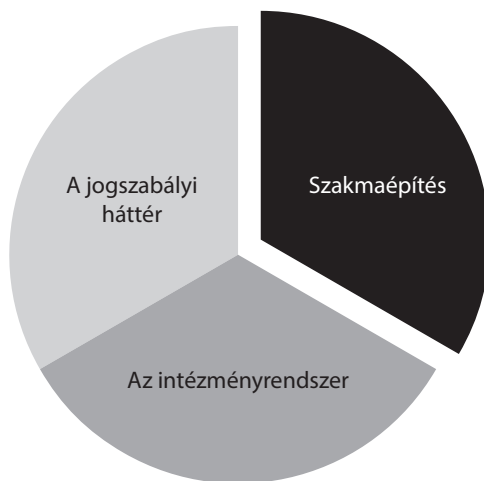
11 Rácz (2016) 157. o.

12 Rácz (2016) 162. o.

Ha egy szóval szeretnénk megragadni: a gyermekvédelmi szakellátás legnagyobb szakmai-módszertani problémája az esetlegesség. Esetlegesség az ellátásnyújtás szakmai szabályai. A jogszabályi keretek mellett a helyi, intézményi vagy esetleg gondozási hely szintű eljárások, szabályok határozzák meg. Esetleges a tudáskészlet és az eszköztár bővülése, az együttműködések kialakulása és minősége is.

A fenti problémák okait a gyermekvédelmi szakellátás fejlesztési területei közötti viszonyban kell keresnünk. Hagymányosan három ilyen területet, fejlesztési dimenziót különítünk el¹³:

- Jogszabályi háttér
- Intézményrendszer
- Szakmaépítés



A gyermekvédelmi szakellátás fejlesztésének dimenziói

Felületesen szemlélve is – amire az előadásom vállalkozhat – látványos, hogy a jogszabályi háttér és az intézményrendszer változásait a szakmai építkezés mennyire nem követte. A jogszabályi háttér és az intézményrendszer párhuzamos és kölcsönhatásban álló változásai olyan mértékűek és horderejűek voltak, hogy jogosan érzékeljük ezt folyamatos és gyökeres átalakulásnak. A Gyermekvédelmi törvény 1997. évi hatálybalépésével jogszabályi kötelezettség is lett a gyermekotthoni kiváltás, ami a lakásotthoni elhelyezési forma fejlesztését eredményezte, majd a nevelőszülői elhelyezés elsődlegességének jogszabályi kimondása újra átalakította az ellátási struktúrát a nevelőszülői férőhelyek fejlesztésével. Hasonló horderejű változást jelentett például az ellátási szükségletek vizsgálatának, a gyermekvédelmi gyámság jogintézményének és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszonyának a bevezetése, vagy az egyházi fenntartásban lévő intézmények növekvő arányának hatása.

Azonban a szakmaépítés sem terjedelmében, sem volume-

nében nem érte el a másik két fejlesztési dimenzióban bekövetkezett változásokat. 2009 – 2011/2012. közötti időszakban történtek ágazati szintű lépések a gyermekvédelmi szakellátás átfogó szakmai fejlesztésére többek között a regionális módszertani gyermekotthonok és nevelőszülői hálózat kijelölésével, a TÁMOP 5.4.1.-08/1-2009-0002 projekt azonosító számú „A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása – Szabályozási pillér (I.)” projekt keretében szabályzó anyagok kidolgozásával. Azonban a regionális módszertani intézmények kijelölése 2011-ben visszavonásra került. A TÁMOP projekt keretében kidolgozott szabályozó anyagok nem kerültek bevezetésre. Azóta a gyermekvédelmi szakellátás területén nem volt az ellátás szakmai tartalmának, átfogó, ellátórendszer szintű fejlesztésére irányuló szándék.

Külön vizsgálatot is megérne talán, hogy a három fejlesztési dimenzió ilyen aránytalan változása minek a következménye. Vajon a szakmaépítés nem tudott lépést tartani a jogszabályi változásokkal és az intézményrendszer átalakulásaival, vagy a jogszabályi változások és az intézményrendszer átalakulása által generált problémákra, helyzetekre, jelenségekre (függően attól, hogyan értékeljük), a szakmai építkezés (módszertani válaszok) helyét újabb jogszabály-módosításokkal, intézményrendszeri átalakításokkal reagált a rendszer? Mindenesetre az elmúlt közel két évtizedet egyfajta expanzív változás jellemezte, intenzív (a szakmai tartalom minőségére koncentráló) fejlesztés nélkül.

Talán ennyiből is látszik, hogy módszertanunk szövete nem tekinthető élő, lüktető, fejlődő szövetnek. Mégis, mit tehetünk annak érdekében, hogy ez megváltozzon. Meggyőződésem, hogy visszautalva a nyitó történetünk tanulságára, az esetlegesség felszámolásának alapvető eszköze, első lépése a gondolkodásmódunk megváltoztatása, és tudáskészletünk bővítése. Ezek aztán óhatatlanul át fognak szivárogni az eszköztárba, bővítve a alkalmazott eszközök körét, és változtatni fognak a szakmai szabályok rendszerén is.

Azonban nem csak gyakorlati szinten klasszikusan megfoghatatlan bölcsességekkel készültem. Szeretnék kilenc olyan javaslatot Önök elé tárni, amik a gyermekvédelmi szakellátás szakmai tartalmának jelentős fejlesztését eredményezhetik. Hangsúlyozottan javaslatok ezek. Nyilvánvaló, hogy rendszerbe foglalásuk és kidolgozásuk még szükséges. Azonban én már annak is örülnék, ha ezen javaslatok mentén szakmai diskurzus alakulna ki gyakorlati megvalósításukról, megvalósíthatóságukról.

Meggyőződésem, hogy a javaslatokban foglaltak igazán az ellátórendszer szintjén működnek. Azonban intézményi szinten történő alkalmazásuk katalizátora lehet az egyes eszközök elterjedésének, az ellátórendszer szintű szakmai fejlesztésnek.

1. A célrendszer felülvizsgálata

A gyermekvédelmi szakellátás általános célja család pótló elhelyezés és nevelés biztosítása a családjukból kiemelt gyermekek számára, annak érdekében, hogy mielőbb visszakerülhessenek családjukba, ennek hiányában sor kerüljön örökbefogadásukra,

13 Szikulai (2007), hivatkozva Bede – Both (2011)

végző esetben a gyermekvédelmi szakellátás rendszerében felnőve alkalmassá váljanak az önálló felnőtt életre.

Az általános célkitűzés mellett szükségesnek látom a reális (vagyis a lehetőségekhez és az ellátórendszer képességeihez igazított) és differenciált célrendszer megalkotását is. Fontos látnunk, hogy nem lehetséges ugyanazokat célokat elérni a kiskora óta nevelőszülőnél nevelkedő gyermek és a kamaszként lakásotthonba bekerülő gyermek esetében, hiszen a nevelési és szocializációs közeg is eltérő, teljesen más bekerülési kondíciókkal rendelkeznek (testi, érzelmi és értelmi fejlettség, szocializációs szint, stb.), és a gondozási hely által nyújtott nevelési folyamatban is teljesen más időt töltenek el.

Külön meg kell határozni a speciális- és a kettős ellátási szükségletű gyermek ellátásának céljait, reálisan felmérve és kimondva, hogy melyek azok a célok, amelyek elérhetőek, és mely célok elérése irreális.

A reális és differenciált célrendszer megalkotása több szempontból is fontos: az irreális célok kitűzésébe kódolva van a kudarc. Egyértelművé válik, hogy milyen típusú problémák kezelésére, megoldására alkalmas a gyermekvédelmi szakellátás, valamint a célrendszer felülvizsgálata alapját képezheti egy egységes szakmai szabályrendszer megalkotásának.

2. Szakmai szabályrendszer megalkotása

Az esetlegesség (és az ebből fakadó problémák) felszámolásának legfontosabb eszköze az egységes szakmai szabályrendszer megalkotása és bevezetése.

Nyilvánvaló, hogy nem minden szakmai folyamat szabályozható. A szabályozható folyamatok protokollszerű leírása alapeleme a minőségbiztosítás és a hatékonyság mérés bevezetésének. A szakmai folyamatok szabályozásának nem csak az a célja, hogy a magunk számára váljanak egyértelművé a szakmai munkával kapcsolatos elvárások, hanem az is, hogy az egyes szakmai folyamatok során melyek azok a feladatok, amiket a gyermekvédelmi szakellátás szakembereinek, és melyek azok, amiket a gyermekvédelmi szakellátással együttműködő rendszerek szakembereinek kell ellátniuk.

3. Eszköztár kialakítása

A gyermekvédelmi szakellátás szakmai, módszertani eszköztárának fejlesztése, bővítése elengedhetetlen eleme akár a differenciált célrendszer alkalmazásának, akár egy szakmai szabályrendszer megalkotásának. Fontos áttekinteni, hogy az egyes célok elérésére alkalmasak-e az eszközeink, az egyes szabályozott folyamatok során mely eszközök alkalmazhatóak, illetve biztosan új módszerek kipróbálása és bevezetése is szükséges.

Az eszköztár bővítésének kiemelkedő jelentősége van a nem szabályozott vagy nem szabályozható szakmai folyamatokban. Itt az eredményesség záloga az eszközök és módszerek

diverzitása: minél több eszköz, módszer áll a rendelkezésünkre, annál nagyobb valószínűséggel tudjuk kiválasztani és alkalmazni az adott gyermekhez, az adott problémához, helyzethez leginkább illeszkedő eszközt.

4. Adaptációs eljárás kidolgozása

Az eszköztárunk bővítéséhez szükséges az adaptációs eljárás kidolgozása. Ahogy már említettem a gyermekvédelmi szakellátásnak nincs önálló tudományos alapja, alkalmazott módszereink leginkább pedagógiai, pszichológiai módszerek, eszközök. A resztoratív (helyreállító) módszereknek, amik a gyermekvédelmi szakellátásban történő alkalmazás módszertanával még nem rendelkeznek, igazságszolgáltatási alapjai vannak. Új módszerek, akár saját területükön belül is eltérő módszertanuk miatt, nem alkalmazhatóak direkt módon gyermekvédelmi szakellátási intézményekben, szükséges az adaptációjuk, ellátási formához igazításuk, alakításuk.

Egy általános adaptációs eljárás, séma megalkotásával körvonalazhatjuk, hogy a módszereinknek, eszközeinknek milyen kritériumoknak kell megfelelniük, amik alapján alkalmasak az egyes ellátási formákban történő alkalmazásra, illetve bevezetésük előtt milyen folyamaton, milyen lépéseken kell átmenniük.

5. Bizonyíték alapú megközelítés alkalmazása

A szakmai innovációt nem lehet pusztán egyedi vagy szűk körű tapasztalatokra alapozni. Szüksége van arra, hogy a szakmai javaslatok, innovációk, új eszközök bevezetése bizonyítékokon alapuljon: eredményességük, hatékonyságuk, mérhető és összehasonlítható, várható hatásai ismertek legyenek.¹⁴ A humán szolgáltatást nyújtó programok bizonyíték alapú (evidence based) alátámasztásának kidolgozott protokolljai vannak, ezek alapul vételével lehetne kidolgozni a gyermekvédelmi szakellátás kritérium rendszerét, akár a jó gyakorlatok, akár az innováció területén vagy a szakmai döntések megalkotásához.

6. Mérhetőség bevezetése

A minőségbiztosítás, az egységes szakmai szabályok, a hatékonyságmérés alapvető, és talán legnehezebb kérdése, hogy hogyan tehetjük mérhetővé az ellátás hatékonyságát, eredményességét.¹⁵

Az utóbbi évek legfontosabb szakmai fejlesztése a gyermekvédelmi szakellátásban, hogy kidolgozásra került egy kifejezetten a gyermekvédelmi szakellátásra kidolgozott, validált mérőeszköz: a reziliencia alapú mérőeszköz.¹⁶ Fontos szempont, hogy ez a mérőeszköz nem csak papíron létezik, és nem csak a modellezés fázisában bizonyított a gyakorlati alkalmazhatósága, hanem az elmúlt években több projektben is sikeresen alkalmazták.¹⁷

14 Szombathelyi (2016) 8. o. megj.: A tanulmánykötet több tanulmánya is számos ponton foglalkozik a bizonyíték alapú megközelítéssel.

15 Szombathelyi (2003).

16 Homoki (2017)

17 Homoki (2018) (2019) (2020)

Tudnunk kell, hogy ez a mérőeszköz nem az egyes szakemberek vagy intézmények hatékonyságát méri, hanem az ellátott gyermekek reziliencia szintjének változásán keresztül, a számukra nyújtott ellátás eredményességét.

Vagyis rendelkezésünkre áll egy kifejezetten a gyermekvédelmi szakellátásra kidolgozott, bizonyítottan eredményes és alkalmazható mérőeszköz, ami csak az alkalmazás bevezetésére vár.

7. Stratégiai tervezés fejlesztése

A stratégia fejlesztés tervezése alatt azt értem, hogy a tervezésnél, legyen az akár új szabályozás bevezetése, az ellátórendszer alakítása, jogszabály módosítása, a közvetlen, rövidtávú hatások és eredmények mellett, tervezni kell a közép és hosszú távú, illetve a közvetett hatásokkal is, és ezekre is megoldási foratókönyveket kell kidolgozni.

Az ilyen középtávon jelentkező közvetett hatások illusztrálására legjobb példa a 12 éven aluliak nevelőszülői elhelyezésének elsődlegessége, aminek hatására az addig életkorilag heterogén gyermekotthonok, lakásotthonok gyakorlatilag homogén kamaszotthonokká váltak, a kamaszkori problémák felhalmozódásával, és a megváltozott összetétel miatt az addigi szakmai eszköztár elégtelenné vált, az amúgy is nehéz ellátási területen további problémákat okozva.

8. Az ellátott gyermekek, fiatal felnőttek véleményének és javaslatainak rendszer szintű beépítése

A gyermekvédelmi szakellátásban nem lehet hagyományos igénybevevői elégedettségéről beszélni, azonban azt is látni kell, hogy csak mutatóban léteznek olyan platformok ahol az ellátott gyermekek és fiatal felnőttek elmondhatják a véleményüket a számukra nyújtott ellátásról és kifejthetik javaslataikat. Azok a mechanizmusok, amiken keresztül ezek beépülhetnek az ellátásba szinte teljesen hiányoznak. Az intézmények igen kis hányadában működnek gyermekönkormányzatok, az ott elhangzott javaslatok figyelembevételéről, ezek ellátásra gyakorolt hatásáról pedig nem rendelkezünk tudással. A FICE Magyarországi Egyesülete által korábban megrendezett országos gyermekparlamenteken a gyermekek által megfogalmazott javaslatok olvasásakor mindig rácsodálkoztunk, hogy milyen pontosan látják és értékelik helyzetüket, milyen fontos és lényeglátó javaslatokat fogalmaznak meg egyes témakörökben. Azonban ezek nem kerültek el a beépítés fázisába.

Meggyőződésem, hogy hasznos és előremutató lenne, ha a szakmai fejlesztések során figyelembe vennénk az ellátott gyermekek és fiatal felnőttek javaslatait. Ehhez azonban ki kell terjeszteni és támogatni azon fórumok működését ahol véleményüket kifejthetik, és ki kell dolgoznunk azokat az eljárásokat, amik garanciái lehetnek a javaslataik észrevételeik figyelembevételének és beépítésének. Így egyrészt bővülne a ellátással kapcsolatos tudásunk is, és a gyermekek javaslatai, nézőpontjai, véleménye a szakmai fejlesztés egyik alkotóelemévé válna.

9. A gyakorlati alkalmazás kiterjesztése, segítése

Végezetül ki kell mondanunk, hogy egyetlen bevezetett szabályozás, új módszer, mérőeszköz sem ér semmit, ha a mindennapi gyakorlatban nem érvényesül, nem használják,

vagy nem megfelelően használják. Éppen ezért minden szakmai fejlesztés bevezetése során külön kiemelt figyelmet és erőforrást kell fordítani az alkalmazás segítésére és ellenőrzésére.

Befejezésül térjünk vissza a kezdőképünkhöz. Előttünk magasodik a saját Eigerünk, amit nekünk kell megmásznunk. Nem akarok állást foglalni, és talán a rendszeren belülről nehez is, arról, hogy éppen hol állunk a fejlődésben. Reménykedek benne, hogy a módszertan nem csak hozzájárulhat, hanem a motorja tud lenni a szakmai fejlesztésnek, ami segít elérni a csúcst, és minél több utat dolgoz ki, ami a sikerhez vezet.

.....

Felhasznált irodalom

- 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (**Gyvt.**)
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (**Nmr.**)
- Bede Nóra - Both Éva (2011): Terepmódszertan – elmélet és gyakorlat. *Kapocs*, 2011. 3. sz. 14-20.
- https://epa.oszk.hu/02900/02943/00050/pdf/EPA02943_kapocs_2011_3_14-20.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Domszky András (2004): A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet és a módszertani intézmények együttműködése. *Kapocs*, 2004. 4. sz. 26-35
- https://epa.oszk.hu/02900/02943/00013/pdf/EPA02943_kapocs_2004_4_04.pdf (utolsó letöltés: 2022. 01. 24.)
- Domszky András (2011): A gyermekvédelmi módszertan társadalmi konstrukciója. *Kapocs*, 2011. 3. sz. 2-13.
- https://epa.oszk.hu/02900/02943/00050/pdf/EPA02943_kapocs_2011_3_02-13.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Gyermekvédelmi szakellátás - TÁMOP 5.4.1.-08/1-2009-0002 projekt azonosító számú „A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása – Szabályozási pillér (I.)” projekt, Budapest, 2011.
- <http://szociologiaszak.uni-miskolc.hu/segedanyagok/GYSZ.pdf> (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Homoki Andrea (2017): A gyermekvédelmi szakellátásban élő serdülők rezilienciájának alakulása hazánk három megyéjében és a fővárosban. In: Rácz Andrea (szerk.) *Komplex módszertanra épülő hatékonyságmérések a gyermekvédelemben*. Rubeus Egyesület, 79-102.

- http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2017/05/komplexmerek_gyv_2017_FINAL.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Homoki Andrea (2018): A szülői kompetenciafejlesztés hatásai a gyermeki reziliencia fejlődésére. In: Rácz Andrea (szerk.) *Szülői kompetenciafejlesztést célzó modellprogramok a gyermekjóléti szolgáltatások tárházában*. Rubeus Egyesület, 409-340.2 01
- http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/08/szuloi_kompetenciafejlesztes_rubeus_20180919.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Homoki Andrea (2019): A szülői kompetencia-fejlesztés hatásai a devianciákkal, bűnelkövetéssel érintett családok gyermekeinek reziliencia-fejlődésére. In: Rácz Andrea (szerk.) *Bűnelkövetéssel érintett gyermekeket és szüleiket támogató modellprogramok a gyermekvédelemben*. Rubeus Egyesület, 263-294.
- http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2019/09/konyv_szulomkomp_BM2_final_201906.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Homoki Andrea (2020): Szülőket és gyermekeiket komplex segítségnyújtással támogató modellprogramok hatékonyság-mérése a gyermeki reziliencia és a szülői attitűdök vizsgálatával. In: Rácz Andrea (szerk.) *A szülőség támogatásának új útjai a gyermekvédelemben*. Rubeus Egyesület, 212-236.
- http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2020/10/Rubeus_CSALADTAMOGATAS_UJ_UTJAI_2020_FINAL_KONYV_20201008.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Rácz Andrea (2016): Gyermekvédelem a változás-elmélet tükrében. *METSZETEK*, 2016. 4. sz. 154-165.
- https://metszetek.unideb.hu/files/metszetek%202016_4_10_racz.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Szikulai István (2007): Gyermekvédelem, fejlesztés és az európai uniós fejlesztési lehetőségek. Előadás az Életerő c. konferencián (kézirat), 2007.
- Szombathelyi Szilvia (2003): Szociális ellátások hatékonysági vizsgálatának dilemmái. *Kapocs*, 2003. 3. sz. 18-20.
- http://epa.oszk.hu/02900/02943/00006/pdf/EPA02943_kapocs_2003_3_03.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)
- Szombathelyi Szilvia (2016): Bizonyítékalapú policy és gyakorlat kihívásai a gyermekvédelemben. In: Rácz Andrea (szerk.): *Indikátorok és evaluációs modellek a gyermekvédelmi szakellátásban*. Rubeus Egyesület, 8-39.
- http://rubeus.hu/wp-content/uploads/2015/08/eval_konyv_2016_FINAL_20160723.pdf (utolsó letöltés: 2021. 12. 09.)

Simon Gabriella

„AMÍG VELE VAGYOK, BOLDOG”

Bevezető gondolatok

Mentálhigiénés segítőként, szupervizorként, egyetemi oktatóként, pedagógus hivatásszemélyiségemben is kapcsolatba kerültem, találkoztam, dolgoztam együtt a szociális szféra számos szakmai képviselőjével, szakmacsoportjaival. Az alábbi írásom ezért részben szubjektív, részben a szakmai személyiségemből végzett munkatapasztalatok megosztása, részben olvasmányélményeim közzététele lesz.

Írhatnék, írhattam volna a terület felépítéséről, a segítő különböző ágazatokról, a hivatások szakmai kapcsolódásáról, de vagy sokan tisztában vannak vele, vagy, ha mégsem, utána nézhetnek remek munkákban. Aki ismeri, kapcsolatba került vele, tudja, hogy komplex a rendszer, ahogyan azok az élethelyzetek is, amelyekben a szociális terület különböző szakmai képviselőire támaszkodunk a valóságban, a rendszerbe kerülve kérjük és igénybe vesszük segítségüket.

De arról, hogy hogyan kapcsolódhatunk, kapcsolódunk velük, hogy mit gondolnak ők a munkájukról, vagy hogyan élik azt meg a feladataikon, a kollegiális kapcsolataikon, esetleg a szervezeti hálón keresztül, talán kevesebbet olvashatunk. Pedig, valójában ott válik láthatóvá a lényeg: a kliens, az ápoló, a gondozott, a lakó, az ügyfél, az ellátott – ahogyan feladataikból fakadóan nevezik a rászorulókat - gondjainak átélésében. Abban, ahogy mindez megjelenik a munkatársak szubjektív tapasztalataiban, nehézségeiben vagy örömeiben. Vagy a hozzátartozók elégedettségében, érzelmi-fizikai terheik megkönnyítésében, az erről szóló élményeikben. Összességében: a kialakult, szubjektív megélésekben, a kapcsolatokban vagy a kölcsönös, olykor elővételezésen alapuló reakcióikban, a narratívákban.

Leginkább arra a mozzanatra szeretnék ezért fókuszálni, hogy milyen, sokszor szubjektív, de a szakmai személyiségből reflektált megéléseket tapasztaltam én, hogyan, miből érzékelhető a sok különböző viszonyulás. Arra, hogy azok, akikkel kapcsolatba kerültem szakemberként, hogyan élik meg, hogy munkájuk, lehet, több is, mint napi tevékenység, több, mint bérért, fizetésért ellátott feladatok, tevékenységek sora. Talán már identitásuk része az, hogy segítők. Izgalmas, hogy mindez hogyan válik identitás-elemmé, illetve, hogy miből érzékelni azt, hogy a végzett munka a nehézségei ellenére hivatássá lesz.

Alkalmam volt számos, a segítő szakmát képviselő szakemberrel a fent felsorolt szakmai szerepeimből fakadóan beszélgetni, vagy kifejezett, jól keretezett szakmai tevékenységet folytatni. Az így szerzett tapasztalataimat adom tehát közre saját csoportosításban, úgy, ahogyan az számomra – részben előzetes ismereteim alapján - hangsúlyozódott.

Nem terveztem a szó hagyományos értelmében kutatást. Hivatásban megélő magam, a hivatástudattal mentálhigiénés segítőként, pedagógusként, szupervizorként is foglalkozó szakemberként önkéntelenül is arra figyeltem fel, majd fókuszáltam a szociális terület dolgozóival való munkám során, amikor a segítők érzelmei, viszonyulásai, énképe, identitása,

hivatástudata, elköteleződése megjelent a szupervíziók, a segítő beszélgetések, vagy a hallgatói szerepükből adott megnyilatkozásaik során.

Az elégedettséget, a napi örömeket, a nehézségeket, a megfáradtság nyomait, vagy a tevékenységben való feloldódás, a nagyobb egészhez való kapcsolódás jeleit vettem papírra szinte automatikusan, majd egyre tudatosabban. Számos megfigyelésem mellett az is érdekelt, hogy mi motiválja az ágazat különböző képviselőit tevékenységeik végzésekor, és mi tartja őket a pályán. Ha megosztották, érdekelt, hogy honnan érkeztek, és hogyan élik meg azt, ahol most tartanak, milyen, talán eszme-szerűnek nevezhető hit ölt alakot bennük akkor, amikor a jól végzett munka öröme tölti el őket, vagy a nehézségek ellenére is maradnak ott, ahol mindennapi tevékenységeiket végzik. Egyáltalán: mi foglalkoztatja őket a munkájukkal kapcsolatban, milyen témák köré illeszkednek elbeszéléseik.

És, persze, megjelent bennem az is, hogy mindaz, amit hallok, milyen, az egyének, a csoportok megnyilatkozásaiból szőtt témák köré, vagy talán rendszerbe illeszkedik vajon, ezek hol kapcsolódnak egymáshoz, hol kapcsolódnak mindahhoz, amit a szakirodalomból, vagy a korábbi tapasztalataimból már ismerek, esetleg fel is dolgoztam már (Simon, 2021a; Simon, 2021b). Tapasztalataimat úgy adom közre, hogy a személyeket, helyeket – etikai okokból - szándékosan anonimizáltam, fel nem ismerhetővé tettem.

A gondoskodás szükségletének kialakulása

A gondoskodás – a gondolkodás alapélménye számos segítő *korai indíttatásában* megjelenik. Van, aki gyermekkori élményét említi: ő segített, mentett, gondozott, ápolt másokat – akár a babáit, kisállatait, tehát nem feltétlenül parentifikálódtak, hanem egy nagyon erős, korai belső motiváció érhető ki elmondásaikból. Előfordul, hogy jól érzékelhető segítői példa állt előttük: gyermekként látták, megélték, tapasztalták, hogy a környezet – szülei, nagyszülei, a környezetükből valaki – tevékenyen segítettek másokon, családjukba fogadtak nevelt gyermekeket. Ellentétes példa is megjelent: a segítő éppen azt látta gyermekként, hogy a környezete ellenséges a rászoruló irányába, elfordul tőlük, és ez ébresztette fel benne a részvét, a másokért kiállás érzését. Utóbbi talán a kamaszkorban megjelenő igazságérzettel is összekapcsolható.

Már ezekben a korai élményekben jelen van az együttérzés és a tettekben megnyilvánuló szándék, valamint egy, a későbbi segítőnél kifejezetten szükséges magatartás. Az, hogy nyílik az elfogadás ollója: nem tartanak a testi érintéstől, sem a szegénység, a fogyatékoság megtapasztalásától, nem ódzkodnak a betegség látható, szagolható, tapintható jeleitől, fizikailag is közel tudnak menni a rászorulókhöz. És nem idegen tőlük az sem, hogy rászoruló gyermekeket hosszabb-rövidebb ideig az otthonukba fogadjanak, családi életük részesévé, részévé tegyenek.

Fontos elem lehet még a pályaválasztásában, hogy felnőttként, hitbéli közösség hívására érkeznek a szociális területre, és döntését egy spirituális elhívás határozza meg. Többen nem ott kezdtek, ahol ma dolgoznak, korábban ápolónők, szociálpedagógusok, óvodapedagógusok voltak más munkahelyeken. Gyógypedagógus végzettségű, ezt megelőzően köznevelésben foglalkoztatott szakemberek is dolgoznak a különböző ellátások területén. Közös bennük a vonzódás a segítségnyújtás, a támogatás adása iránt. És olykor praktikus okokat is megemlítenek: közeli munkahely, jól artikulált munkafeltételek, biztonság. De ahogy közelebb megyünk, és elmélyül a beszélgetés, különösen a „*Mit jelent nekem, és mit jelentek én a segítettnek?*” kérdésre szinte mindig megjelenik ezen okok mögött is a részvétel, az elhivatottság, a munka, és e munka által a tevékenységeik, végső soron – ettől válik hivatássá – az életük *jelentésselisége*.

Szeretni, feltétel nélkül

A *feltétel nélküli szeretet* létezésének kérdése sok, általam megismert segítőt foglalkoztat. Különösen azokat, akik nagyon szoros közelségben, ápolóként, szociális gondozóként, nevelőszülőként vannak jelen a rászoruló, a rászoruló gyermekek életében. Zömmel kihívásos helyzetekben, nehéz fizikai és lelki megterhelődések között, esetleg végstádiumban segítenek a gondozók például az ápoltaiknak, a gondozottaiknak, a lakóiknak – de a segítették számossága miatt erre csak korlátozottan képesek.

Olyan gyermekekkel osztják meg az életüket a nevelőszülők, akik nehéz élethelyzetekből, olykor súlyos érzelmi-fizikai terhekkel érkeznek. Nem húzható meg a határ: a szeretet jelenléte nélkül nem végezhető a feladat, de nehezebb az elengedés.

Annak a dilemmája érzékelhető szinte minden területen dolgozó szakember esetében, hogy vajon meddig lehet, meddig szabad együtt érezni a fájdalommal, a nehézségekkel küzdőkkel, hol húzzák meg a szakmaiság és a személyesség határait, miközben szinte lehetetlen, hogy legmélyebb emberi mivoltukban ne szólítsa meg őket a helyzet, a sors. Azt érzékelik sokszor, hogy a rászoruló szinte bármennyi segítséget, odafordulást elfogadnának, és ők is szívesen adnának, de menni kell tovább. Vagy el kell engedni valakit. Mert várják a segítőt mások is, a többi gondoskodást igénylő, változik az ellátott, a nevelt gyermek élethelyzete. Szorít az idő, és olykor szorít a torokban az együttérzés is.

„*Beszélgessünk!*” – mondják sok lakásban, apartmanban, kórteremben az érzelmi nélkülözésben, egyedüllétben, a végső kérdések között magukra maradván az ápoltak, a gondozottak, de a fizikai teendők mellett a ráhangolódásra, a tekintetek egymásba fonódására már alig jut idő.

Dilemma ezért, hogy meddig engedjék a fizikai mellett a lelki igénybevételt, hol kell, hogy megjelenjen az érvédelem, a saját munkaerő, a „munkaeszköz” védelme a megterhelődésektől. Sőt: dilemma az is, hogy esetenként a saját fizikai fájdalmak, az ízületi bántalmak kihallása két emelet-mászás, számos emelgetés között vajon elegendő jel-e a megállásra, vagy a nem gyengeség jele-e, az önbecsülés sérülésével.

Az önfeláldozás és a határ-szabás kettőssége, a belső hang meghallása és a „*meddig feltétel nélküli a szeretetem*” paradoxona több segítőt ezért intenzíven foglalkoztat. Olykor büntudattal is találkoztam, például azokban az esetekben, amikor

hosszú ápolás, érzelmi összehangolódás után a gondozó nem tudott megjelenni a temetésen, mert egy másik, új helyen várták. Sokuk lelki igénye lenne, hogy méltóképpen elköszönhesenek néhány gondozottjukról. Ezt a család is várná, hiszen a nehéz helyzetekben a *segítő* és a család összekapcsolódik, összekapaszkodik, szövetséget köt egymással. Talán kötődik is, amelyet érzelmileg is le kell zárni.

Utóbbi kérdés számos egyéb dilemmát is okoz. A hogyan kötődjenek „*okosan*”, hogyan szeressenek meg rájuk szorulókat a saját érzelmi sérülés veszélye nélkül, mit kezdjenek a veszteségeikkel, hogyan dolgozzák fel őket, és hogyan éljenek együtt a felelősségtudatukkal.

A feltétel nélküli szeretetet a kisgyermek-gondozó kollégák gyakran megélik, az érzelmi közelség munkájuk szerves része. Tapasztalataik szerint a szülőkkel is megtalálják a közös hangot a kisgyermeki életkorban előforduló helyzetekben. Élettapasztalatuk, gyakorlatuk sok szorongó szülőnek is támogatást nyújt. Nehézséget okoz, ha olykor bizalmatlan a szülő, illetve előfordul, hogy a nehéz esetek során a szakemberek önmagukban keresik a hibát. Megjelennek nehéz érzések akkor is, amikor a nevelt gyermekek sorsa mégsem fordul jobbra. A szakemberek egyik dilemmája ekkor az, hogy vajon mindent megtettek-e, amit a helyzetben meg lehetett tenni, a másik a szeretetből fakadó nehéz érzések sora.

Az idő szorításában

Az *idő*, mint fentebb is láttuk, meghatározó tényező: mi határozza meg, hogy a segítők kivel, mennyi időt töltsenek a segítségnyújtás során. Bentlakásos intézményben vagy házi gondozás alkalmával – időbeosztástól függetlenül –, mikor induljanak tovább a következő gondozotthoz. Ehelyütt gyakran megjelenik, hogy a lakók érzékelik és patika-mérlegesen mérik, kinél mennyi időt töltenek a segítők. Ügyelni kell tehát az eltérő igényekre, de az egyéni érzékenységre is. A jogszabályok által szabályozott helyzetekben pedig az ügykezelés alaposságának követelménye belső igény, de kötelezettség is. Az érzékeny ügyek gyors, hatékony megoldása iránti saját elvárás is gyakran feszíti a szakembereket.

Nehéz érzések, dilemmák, a kiégés veszélye

A „*Mit tehettem volna még, mindent megtettem-e?*” – kérdése szintén többször láthatóvá válik a szakemberek támogatása során. Különösen akkor, amikor a halállal, esetleg az önkezü halállal találkoznak a segítők. Ilyenkor az elengedés még nehezebb. A legodaadóbb gondoskodás melletti minden állapot-romlás, a végesség megtapasztalása szükségszerűen önvizsgálatot is eredményez. Vagy az egyes hatósági esetek ügymenetének relatív lassúsága – még ha az a körülmények között történik is –, a szenvedés, a megfosztottság újra megjelenése, „újratermelődése” feltehetik olykor a *segítővel* a fenti kérdést. Legnehezebb érzésként a veszteség – feldolgozás, a lelkiismeret kérdései jelennek meg itt is. Megjelennek a nehéz érzések a nevelőszülőknél is: az elválások még sikertörténetek esetén is megterhelőek.

A *hiábavalóság* érzése, és az ebből fakadó nehéz érzések is láthatóvá válnak olykor. Felzaklató érzések, mint a büntudat, harag, lelkiismeret-furdalás is megjelennek a munka során. Főképp olyan helyzetekben, amelyekben a legtöbb, amit a *segítő*

tők adhattak, sem bizonyult elegendőnek. Mivel személyközi kapcsolatokban zajló munkáról beszélünk, ezek a hiányok is érzelmi helyzetekben mutatkoznak meg. Főképpen emocionálisan megterhelő alkalmakkor (fáradtság, kimerültség az egyik oldalon, elégedetlenség a másikon), vagy saját mércével mérhető, indikátorokkal nehezen kifejezhető elégtelenség - érzésben. Utóbbi akkor válik láthatóvá, amikor a segített nem érzékeli a munka áldozatosságát, helyzetéből, korából, vagy más, esetleg pszichés okokból kifolyólag mindössze a saját állapotára tud fókuszálni, és már csak a hiányon keresztül képes kommunikálni. Néha valóban az érezhető, hogy az adó fél oldalán elfogytak a lehetőségek, és a legtöbb, ami nyújtható, a szenvedés enyhítése, a romló állapot szinten tartása.

Ezért előfordul, hogy a személyes gondoskodásban a kötődések tudatos kerülése a segítők részéről, a gyakorlatiasság olykor csak annak fedésére szolgál, hogy az érzelmi-kapcsolati terheket enyhítsék, a kapcsolat nehéz felelősségét csökkentsék, és megelőzzék a nagyon intenzíven jelen lévő kiegészítő-veszélyt.

A felelősség arcai

Ezzel függ össze a *felelősségérzet*, amely szintén gyakran megjelenik e munkakörökben. A lehető legnagyobb gondoságot kívánja meg a feladat, határozottságot és együttérzést egyszerre, mérlegelést és döntéseket szinte minden pillanatban. Ezért sokszor más, a fentiekől eltérő okokból is gyakorlatiasnak tűnnek a munkatársak. Szükségessé válik, hogy határozottságot mutassanak, gyakorolják a határtartást a maguk iránti együttérzésből, de olykor a kollégák felé is, például a helyettesítések vállalása alkalmával. Ehhez társul annak a felelőssége, hogy – részben a gondozottak érzelmi bevonódása miatt, részben a munkaerőhiányból fakadóan – szorító érzésként tapasztalják például a „*Nem lehetsz beteg, nem hiányozhatsz*”-gondolatát, a felelősség érzését másokért, a saját munkaerő esetenkénti kizsákmányolásával és a túlterheltséggel együtt.

Azokon a helyeken, ahol jogszabályok által meghatározottan dolgoznak és döntenek a segítők, kevesebb helye marad az érzelmi dilemmáknak. De a *felelősségérzet*, és az ügyfelek oldalán nehéz sorsokat, élethelyzeteket látva, a megterhelő, fájdalmas érzések közül számos hatványozottan jelen van. A részvét és a jogszabályok találkozása, az emberi elesettség, a kilátástalan helyzetek lehető legjobb megoldásának igénye és kötelezettsége, valamint a sokszor újratermelődő nehézségek okoznak megterhelő pillanatok. Mellettük a sikeres folyamatokban való ügyfél-szakember együttműködés örömei szereznek ritka és értékes érzéseket. Megelégedettséget okoz például a család működőképességének helyreállításában való részvétel, a hatékonyság megélése, vagy amikor jól fogadják a családok a megkereséseiket.

Egyik legnehezebb gondolatként a „*Nehogy hibázzak*” aggodalmát említik a segítők közül sokan, az elvárásoknak való *megfelelés* igényét. Megfelelés a kollégáknak, a munkaköri feladatoknak, az ellátottaknak, folyamatosan kellő empátiát mutatni – szinte állandóan empátiás üzemmódban lenni a saját érzelmeknek való kiszolgáltatottság nélkül -, és végül a megfelelés saját maguk belső igényeinek, annak, hogy a jól végzett munka után büszkeséget, elégedettséget érezhessenek.

A leggyakrabban említett terhek az időhiány, a nehéz sorsokkal való találkozás, a fájdalom, a szenvedés, a kiszolgáltatottság megtapasztalása, a korlátozott segítői lehetőségek,

a veszteségek, és gyakran az is, hogy a segítők nem látják a teljes folyamatot, részben a felgyorsultság miatt, részben mert a gondozottak kikerülnek vagy a látóterükből, és/vagy a rendszerből a. Utóbbi nem mindig a sikertörténetek okán történik.

Ami megtart, és ami hiányzik

Arra a kérdésre, hogy mit tartanak a segítők - szociális gondozók, nevelőszülők, szociális foglalkoztatók, és az általam megismert más szakemberek a legnagyobb elismerésnek, sokan a *hála* érzésének kifejeződését említették – a szavakban, érintésekben, pillantásokban megjelenő mozzanatok. Azt, hogy a segítették jelzik, mennyire várják őket, örülnek nekik, és amikor mindez esetleg az ő állapotuk iránti érdeklődésben is megnyilvánul. Hihetetlen érzékenységgel veszik észre a gondozottak a segítők lelkiállapotát, és – ha a saját nehézségeik nem vonják el a figyelmüket – érdeklődéssel veszik körül őket. Azt viszont szinte kivétel nélkül jelzik, hogy bántja segítőket, ha munkájukat pusztán szolgáltatásnak tekintik, és ezt éreztetik is velük - akár a segítették, akár a hozzátartozók.

Örömforrás továbbá a megelégedettség számos kifejeződése: jó szóval, pozitív visszajelzésekkel legfőképpen, vagy az esetleges állapotjavulás, a pszichiátriai betegek, értelmi sérültek esetében az érzelmi kapcsolódás, a ragaszkodás jeleinek megtapasztalása, a kötődések megérintő jelei. Amelyeket például a bölcsődei gondozók, a nevelőszülők szép számmal tapasztalnak. Örömforrás továbbá a kollégák közötti spontán szakmai találkozások ereje, és a munkahelyi közösségi élmények.

A „*Mit kapok?*” – kérdésre a feltétel nélküli szeretetet, a folyamatos tanulás lehetőségét (önmagukról, másokról, olyan területekről, amelyekkel szemben akár ellenérzésük volt korábban), az önismeretet, az elfogadást, a sikerélményt, a hálát és néhányan a segítésben az áramlás-élmény, a flow megtapasztalását említették.

Ugyanakkor a társadalmi elfogadottság hiányát többen is megélik. Úgy érzik, nem tekintik hasznosnak, mert nem látványos a munkájuk, és olykor előfordul, hogy az „*ő választotta*”, „*nem vitte sokra*” megítélésekben jelenik meg a környezet elhatárolódása. „*Nem ismernek*”, „*sajnáltnak*”, érzékelik olykor a segítők. Egy – egy nyilvános megmutatkozás, vagy a segített - helyzet saját élményű megtapasztalása azonban gyakran módosít a véleményeken.

Erőforrások: az önbecsülés és az elhivatottság

Sokan azonban azt jelzik, hogy fontosságuk tudata részben önbecsülés-alapú, részben – főképp a bölcsődei gondozók esetében, de sok helyen másutt is – a pozitív visszajelzések révén is megérkezik. A kollégákkal való kapcsolatuk leírásában szinte mindenütt a *szövetség*, a *bajtársiasság*, az összetartozás élménye fejeződött ki, mely a nehéz helyzetekben való összekapaszkodásra utal.

A segítő szakemberek legfőbb erőforrása az elhivatottság, a hivatástudat, a felelősség és a kapcsolatok, a kötődés.

„Viktor Frankl ön-transzcendenciájának (Frankl, 2016) gondolatát kifejtve, az élet értelméről, az ügyszolgálatról beszél Bagdy. Az öntranszcendáló képesség (Frankl, 1983, idézi

Bagdy, 1996b) az ember önmagán túl mutató céljait (például) a hivatástudat révén szolgáló emberi létezés sajátja, az önk-aktualizáció¹ pedig – e lehetőségnél maradván – az ügyszolgálatnak szentelt életbe való belefeledkezés, mely révén az egyén legalább időlegesen *maradandó jelet hagyhat az idő homokjában* (Bagdy, 1996b). Ez a vállalás, szándék, vágy hajthatja a hivatásban gondolkodók törekvéseit, ettől válik tevékenységük a munkavégzésnél többé, átszellemültebbé, magasztosabbá” (Simon, 2021b, 4).

Ezt a legtöbbben a „Mi tart itt?” kérdésre adott válasz, a *segítségadás*, szakmai nyelven az altruizmus igényével, annak önjutalmazó érzésével fejezték ki (metaforikus kifejezéseik sorában többször a *segítő kéz nyújtása, az élet megszínesítése, a napfény, a fényugár* jelent meg). Fontos vonzó elem egyes területeken a viszonylagos szabadság, a változatosság, a mozgalmasság megélése, a monotonitás-nélküli munka. Ugyanakkor a támogató kollegiális közeg hiánya is megjelenik ott, ahol a munkatársak kijárnak a gondozottakhoz. Motivációs erő az idősekkel, a kiszolgáltatottakkal való együttérzés, a gyermekek, gondozottak szeretete – sokan kifejezetten a *szerelem* szót említik.

Erőforrás továbbá, hogy sokan a segítettek, gondozottak közül kimutatják a szeretetüket, ragaszkodóak, támaszként gondolnak segítőkjükhöz, *stabilitást, biztos pontot* jelentenek nekik. Motivációik között hangsúlyos, hogy jó érzéssel tölti el őket a jól végzett munka, a családok esetében a korrekciós szerep betöltésének képessége, a segítő szándék kanalizálása.

Összegzés

Segítők segítőkjeként szerzett tapasztalataim rövid összefoglalása e néhány oldal, de korántsem tudja visszaadni azt a

komplexitást, amelyen szervezeti hálóban, és azt az összetettséget, amelyen fizikai és érzelmi munkával, megterhelődésekkel és örömeikkel vannak jelen e segítők a terepen, a társadalom szövetében, az életünkben. A felületes szemlélő számára – ahogyan ők is érzik – sokszor szinte láthatatlanul, de egy-szersmind nélkülözhetetlenül. A szövet az ő áldozatos munkájuk nélkül bizonyosan felfeslene, hiányukat mindannyian megéreznénk, hiszen nélkülük nehezebb lenne az életünk.

A leghitelesebben az egyik segítő szavaival zárhatok, aki amikor – az Angyal Andrásnak tulajdonított – emberi hajtóerőről, a *szükségletési szükségletéről* (Angyal, 1961, in: Bagdy, 1997) kérdeztem, azt válaszolta: „*Amíg velem vagyok, boldog. Mi lehet a számára, ami számunkra ennél fontosabb?*”

Irodalom

- Bagdy Emőke (1997): Hivatás és személyiség. In: Bagdy Emőke (szerk.): *A pedagógus hivatásképzése*. Kossuth Lajos Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Debrecen, 34-42.
- Simon Gabriella (2021a): Hivatástudat, küldetés, elkötelezettség a pedagógus munkájában. In: *Tudomány, küldetés, társadalmi szerepvállalás*. Studia Caroliensia. A Károli Gáspár Református Egyetem 2020-as évkönyve, Károli Gáspár Református Egyetem, L'harmattan Kiadó, Budapest, 49-67.
- Simon Gabriella (2021b): Maradandó jele hagyni az idő homokjában. A hivatástudat megjelenése a szupervízióban. Szakdolgozat, Károli Gáspár Református Egyetem, 1-52.

¹ Az önkaktualizáció fogalma, látjuk, nem azonos az önmegvalósításával: utóbbi inkább a személyre önmagára fókuszál.

Jakubeczné Nagy Katalin, Kollár Sándor György, Kurucz Erika,
Ökrösi Dóra, Sziklai István, Vajda Kinga

A MAGYARORSZÁGI FOGYATÉKOS, ILLETVE SZENVEDÉLYBETEG EMBEREK TÁRSADALMI ELFOGADOTTSÁGÁVAL KAPCSOLATOS LAKOSSÁGI ATTITÜDÖK VIZSGÁLATA¹

I. Bevezetés

A nagylétszámú ápolást-gondozást nyújtó intézményi férőhelyek kiváltása², a medikális szemléletről az emberi jogi, közösségi, társadalmi megközelítésre való paradigmaváltással párhuzamosan, több évtizede fogalmazódott meg a fogyatékosokkal élő emberek társadalmi integrációját szolgáló eszközként. A kiváltás eredményeképpen a korábban elszigetelt, zsúfoltabb intézmények fogyatékos, pszicho-szociális, illetve szenvedélybeteg lakói nagyobb számban költöztek, költöznek ki számos településre, ahol a helyi lakóközösségekbe integráltak, kisközösségekben élhetnek.

Magyarország esetében a kiváltási folyamat 2011-ben indult el, ez több évtizedes, folyamatos elköteleződés. Emiatt a (helyi) lakosság fogyatékoságról alkotott véleménye jelentős szerepet játszik a nagylétszámú intézetek átalakításában, a kiköltöző emberek beilleszkedésében. A mai magyar társadalom gondolkodására a legtöbb kapcsolódó kortárskutatás szerint inkább a zárt gondolkodás jellemző (Keller 2009, Enyedi, et al. 2004), amely szembenállást mutat azzal, hogy a kiváltás folyamatának minél sikeresebb megvalósulása megköveteli a különböző fogyatékosokkal élő emberek elfogadását és elismerését. Ezen túlmenően lényeges a stigmák, előítéletek csökkentésére, megszüntetésére fókuszáló szakpolitikai javaslatok megfogalmazása is.

Jelen kutatásunk célja az volt, hogy a magyarországi kiváltáshoz kötődően megismerjük azokat a társadalomban élő képeket és attitűdöket, amelyek alapján a kiváltás folyamatára fogalmazhatunk meg különféle megállapításokat. Kutatásunk célja volt továbbá azon tényezők feltárása, amelyek a szenvedélybetegek, az érzékszervi, értelmi, illetve pszicho-szociális fogyatékos személyek társadalmi integrációját elősegíthetik. Ezt a célkitűzést szolgálja a TÁRKI Zrt. 2019-es „Omnibusz” kutatásának keretében megvalósított országos, reprezentatív, kérdőíves adatfelvétele is, amelynek során a magyar lakosság *különbé*le fogyatékos csoportokkal szembeni társadalmi attitűdjeit, véleményét vizsgáltuk.

Kutatási eredményeinket a társadalmi befogadás kapcsán elsősorban az elismerés fogalmához³ és a stigmatizáltsághoz kapcsolódó elméletekre támaszkodva fogalmazzuk meg. Kiindulópontunk, hogy az értelmi fogyatékos (vagy -, ahogy napjainkban inkább nevezzük - intellektuális képességgel rendelkező), autista, mozgássérült, érzékszervi fogyatékos, továbbá kifejezetten a pszichoszociális⁴ fogyatékos és a szenvedélybeteg csoportok társadalmi integrációjáról az elismerésen (Honneth 1997) mint a társadalmi tőke egy speciális formáján keresztül tudunk értekezni (Bourdieu 2013 [1983]).

Az elismerés fogalmához kapcsolódóan elsősorban Axel Honneth elméleti keretére támaszkodunk, amely a „társadalmi rosszat” a megtagadott elismerésre vezeti vissza.

1 A vizsgálatra a TÁRKI omnibusz 2019 őszi vizsgálatának részeként kerül sor. Az átadott adatok elemzése, a jelen tanulmány írása az NFSZK TÁRS projekt kutatási csoportjának 2021-ben befejezett munkája.

2 A kiváltás speciális magyar fogalom, amely a nemzetközi fogyatékosügyi, szakmai szóhasználatban az intézménytelenítés vagy intézettelentítés ('deinstitutionalisation') fordításaként, átültetéseként került bevezetésre. Míg sincs teljes szakmai konszenzus a kiváltás, intézettelentítés, intézménytelenítés pontos tartalma, elvárásai vonatkozásában. A nemzetközi, illetve az európai meghatározás a 2006-ban elfogadott (Magyarország által 2007-ben ratifikált) ENSZ Egyezményen (2006) alapul, amely a fogyatékos személyek jogairól szól, valamint az Európai Bizottság megbízásából ún. ad hoc munkacsoport készítette közös európai útmutató iránymutatásain osztozik. A magyarországi kiváltás mindezeket túl a 2011-ben megalkotott, s utólag 2019-ben módosított, kiváltásról szóló kormányhatározaton nyugszik (Kiváltási Stratégia, 2011 és Kiváltási Konceptió, 2019).

3 Az elismerés fogalma szerint a tudat önmagát csak a másik révén képes megtagadni, vagyis önmagához való viszonya csak a másik elismerésén keresztül valósul meg. Az elismerés fogalma érzékelhetővé teszi az interszubjektív viszony dinamikáját, és ezzel válik alkalmassá a célcsoportunk részét képező szenvedélybeteg, illetve pszichoszociális, érzékszervi és értelmi fogyatékos személyek társadalmi helyzetének leírására, valóságának emberi jogi szempontú megtagadására.

4 Az ENSZ Egyezmény (2006) nyomán a fogyatékoság korszerű meghatározása tartalmazza a pszichés problémával élőket is. Ugyanakkor a magyar jogrend, illetve szakmai szóhasználat megkülönbözteti egymástól a fogyatékos embereket és a pszichiátriai beteg személyeket. Ez utóbbi társadalmi csoport lényegében megegyezik a pszichoszociális fogyatékosokkal élő emberek csoportjával. Miközben teljes mértékben osztozik az ENSZ Egyezmény (2006) fogyatékoság definícióját, amely e fogalomba beleérti a pszichiátriai beteg (pontosabban pszichoszociális fogyatékosokkal élő) embereket is, jelen írásunkban mindkét fogalmat szinonimaként használjuk.

Honneth a normatív elvárásokból adódó szenvedések fenomenológiáján keresztül teszi megközelíthetővé azt a kérdést, hogy milyen normatív elvárások fedezhetők fel a társadalom viszonyrendszerében. Mindezt alapul véve elemzésünkben az elismerés három különböző dimenzióját vettük figyelembe (Huszár 2010, Honneth 1997).

A társadalmi befogadás saját magunk általi megítélése az elismerés személyközi, családi, baráti, illetve intim viszonyokban érvényesülő dimenziója. Egy újabb dimenzióként jelenik meg a társas környezet befogadásának, mint az integrációnak az értékelése, ez jellemzően a szomszéd-és munkakapcsolatokon keresztül vesz részt a vizsgálatban. Az ennél formálisabb elismerés a társadalom viszonyrendszerében jogok biztosításával garantálható, ennek mérésére adatfelvételünk során a különböző célcsoportok különféle aspektusokból (emberi, állampolgári, önrendelkezési, munkaerőpiaci, lakóhelyi, mobilitási) megközelített integrációjának jogi támogatására, támogatottságára kérdeztünk rá (Honneth 1997).

A fogyatékossgal élők célcsoportjainak elismerését jelentősen befolyásolja, hogy milyen stigmák kapcsolódnak hozzájuk. A stigma ekkor olyan tökéletesen nem kontrollálható elemként jelenik meg, ami egyszerre prezentál és eltakar. Tétje attól igazán nagy, hogy az interakciókat megköti, és kizárólag a stigmával való megküzdésen keresztül teszi lehetővé, ezzel kijelölve az interakció valószínűségét és menetét: a sors-társakra korlátozás, az elfedés, a hangsúlyozás, illetve a hangsúlyok áthelyezése mentén (Goffman 1981).⁵

A kutatásunk célcsoportjai közé tartozó személyek jelentős része állami, önkormányzati, nonprofit, vagy egyházi fenntartású intézmények ellátottjai, ezáltal az elismerésért végzett cselekvések, illetve a stigmára adott egyéni válaszlehetőségek erősen meghatározottak. Pontosan emiatt különösen fontos, hogy az intézmények milyen szakpolitikákat valósítanak meg, illetve hogyan, milyen módokon képesek hozzájárulni, tematizálni a társadalom többi tagjához való kapcsolódást, és így a stigmákkal való megküzdést a lakó(i)k számára.

II. A hazai és nemzetközi társadalmi attitűdkutatások áttekintése

A társadalmi attitűdök vizsgálata bőséges nemzetközi szakirodalommal rendelkezik, amelyen belül igen gazdagok és részletesek a fogyatékos személyekkel foglalkozó vizsgálatok. Ezek a kutatások jellemzően a fogyatékossgátípusok mentén vizsgálták a társadalom attitűdjét különböző szempontok, így szociodemográfiai jellemzők, az érintettség vagy a válaszadók ismeretei alapján. Mindezek mellett találkozhatunk interkulturális összehasonlító vagy szociálpolitikai intézkedések hatá-

sát mérő vizsgálatokkal is (Lau – Cheung, 1999, Wilson – Scior 2015, Horner-Johnson et al. 2002).⁶

A magyar attitűdvizsgálatok leginkább romákhoz, bevándorlókhoz, valamint a zsidósághoz kapcsolódóan vizsgálják az előítéletesség és a diszkrimináció kérdéskörét (lásd Fábán – Sik 1996, Enyedi et al. 2004, Sik et al. 2016). A közelmúltból nem ismerünk olyan magyar kutatást, amely az általunk vizsgált célcsoportok közül a fogyatékos és az autista személyekkel szembeni attitűdöket, illetve társadalmi távolságot⁷ országos reprezentatív mintán vizsgálta volna. Ugyanakkor számos, főként neveléstudományi, gyógypedagógiai témájú cikk foglalkozik többségi tanulók fogyatékos, illetve autista osztálytársakkal szembeni attitűdjével (Pongrácz 2015, Pongrácz 2017), vagy a pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltakkal (Sztancsik et al. 2017, Buchman – Wildbaum et al. 2018) szembeni attitűdöket vizsgálja, esetleg az egészségügyi dolgozók attitűdjét méri fel (Ács et al. 2020).

A kutatások fő eredménye, hogy a pszichiátriai betegséggel diagnosztizáltakat a társadalom, de gyakran még maguk az egészségügyi dolgozók is veszélyesnek tartják (Harangozó et al. 2013, Ács et al. 2020). Egy 2018-ban közzétett országos reprezentatív mintán alapuló, pszichiátriai betegekkel szembeni társadalmi távolságot mérő keresztmetszeti attitűdvizsgálat szerint 2001 és 2015 között nem történt jelentős változás az előítéletek tekintetében.⁸ A pszichoszociális fogyatékos személyek megítélése a drogfogyasztók és az alkoholbetegek mellett a harmadik leginkább negatív Magyarországon (Buchman – Wildbaum et al. 2018).

A hazai kutatási előzmények feltárásakor további problémát jelentett, hogy a pszichoszociális fogyatékos, illetve szenvedélybeteg személyekkel szembeni attitűdöket prezentáló cikkek elsődleges fókuszja a lakosság kábítószer-fogyasztásának mintázataira irányult (Paksi 2003,). A survey kutatások alapján a magyar lakosság a drogfogyasztókkal szemben még az alkoholbetegekhez viszonyítva is elutasítóbb (Paksi 2003, Buchman – Wildbaum et al. 2018). Egy 2005-ös fókuszcsoportos kutatás éppen arra világít rá, hogy az alkoholbetegek a kábítószer-fogyasztókkal azonos mértékben elutasított csoport, akikkel a magyar lakosság a legkevésbé sem kerülne szomszédosági viszonyba (Elekes et al. 2005). Az alkoholproblémával küzdőkkel szembeni elutasítottság a 2000-es évek óta nem változott erőteljesen, még mindig több, mint 70 százalék (Buchman – Wildbaum et al. 2018).

A lakosságra reprezentatív survey kutatásokra épülő elemzések jellemzően csak nagyobb, nemzetközi felmérésekben merülnek fel (pl. Eurobarometer, European Social Survey, European Value Survey, World Value Survey) néhány kérdésblokk erejéig. Ezek közül kiemelendő az Eurobarometer

⁵ Az értelmi fogyatékos célcsoport tagjaival szemben a hatalmi visszaélések előfordulása is gyakori, amely tovább korlátozza az egyéni cselekvés mozgásterét az interakciók szervezésében.

⁶ A kutatások jelentős része nem országos mintán, hanem diákok vagy egy érintett foglalkozási csoport körében vizsgálja az adott fogyatékos, pszichoszociális fogyatékos, illetve szenvedélybeteg személyekkel szembeni attitűdöket (Nagata 2007).

⁷ A társadalmi távolság vizsgálata a szociálpszichológiai vizsgálatokban bevett módszer. A fogalom segítségével az egyén saját csoportja (ingroup) és az eltérő társadalmi csoportok (outgroup) közötti interakciókon keresztül a közöttük lévő távolság mértékét meghatározva következtethetünk az előítéletesség, illetve a diszkrimináció mértékére. (Tajfel et al. 1971).

⁸ Csekély mértékű elmozdulás 2015-re érhető tetten: 61,7 százalékról 57 százalékra csökkent azok aránya, akik nem szívesen laktának pszichiátriai beteg ember szomszédságában, ez az arány azonban továbbra is a társadalmi többséget fejezi ki, illetve nemzetközi összehasonlításban is jelentősnek tekinthető (Buchman – Wildbaum et al. 2018).

(493. számú) tematikus vizsgálata⁹ (Special Eurobarometer 493. 2019), amelynek az európai uniós tagállamokban, rendszeres időközönként, sztenderdizált formában végzett közvélemény-kutatásai jól használhatók egy-egy téma kapcsán a tagállamok közötti eltérések szemléltetésére, így a különböző társadalmi csoportokkal, például a fogyatékos személyekkel szembeni előítéletek vizsgálatára is.

Az Eurobarometer azon kérdésére, hogy hogyan éreznék magukat a válaszadók egy olyan helyzetben, amelyben egy fogyatékos személy a kollégájuk,¹⁰ a magyar válaszadók 62 százaléka nyilatkozott úgy, hogy teljes mértékben kényelmesen érezné magát, miközben uniós tekintetben ez az arány 84 százalék volt. A teljes mértékben elutasító választ megjelölők aránya 2019-ben 13 százalék volt Magyarországon, szemben az EU 4 százalékával. Ez az adat uniós tekintetben kiemelkedő: a lakosság Románia után Magyarországon utasítaná el legnagyobb arányban, ha egy fogyatékos személlyel kellene együtt dolgoznia. Az Eurobarometer-vizsgálatok alapján az elutasítás mértéke nőtt: a 2015-ös vizsgálathoz képest hazánkban azoknak a válaszadóknak csökkent az aránya, akik relatíve jól éreznék magukat egy fogyatékos személlyel közös munkahelyen, ellenben azoknak az aránya nőtt, akik nagyon kényelmetlenül éreznék magukat egy ilyen helyzetben.

Az Eurobarometer egy másik kérdése arra kérdez rá, hogyan érezné magát a válaszadó, amennyiben gyermeke egy fogyatékos személlyel élne párkapcsolatban.¹¹ E tekintetben hazánkban a leginkább elfogadó attitűddel rendelkezők aránya mindössze 34 százalék volt, ami nemzetközi összehasonlításban Bulgáriát követően a második legalacsonyabb arány¹². Szintén az elutasítás erősödését fedezhetjük fel ezen adatoknak a 2015-ös adatokkal való összehasonlítása során: jelentősen, 9 százalékponttal csökkent az elfogadó attitűddel rendelkezők népességen belüli aránya hazánkban.

Látható, hogy a legutóbbi összeurópai vizsgálatok alapján Magyarországon 2015 és 2019 között negatív irányú elmozdulás történt: felerősödtek a fogyatékos személyekkel szembeni negatív, elutasító attitűdök. Mindazonáltal sem a többi Európai Unió tagországa, sem a többi visegrádi ország vonatkozásában nem számolhatunk be a magyar eredményekhez hasonló, negatív attitűdbeli változásokról a fogyatékos megítélését illetően.¹³

III. Módszertan

III.1. Az attitűdök méréséről és az attitűdkutatásokban alkalmazott mérőeszközökről

Az attitűdök kognitív elemeinek mérésére az esetek jelentős részében az ún. klasszikus attitűdmérő skálákat használják.

Röviden összefoglaljuk a legismertebb skálákat, köztük a kutatásunkban is használt Bogardus-jellegű skálát.

Az attitűd skálákkal történő mérésnek előfeltevése, hogy attitűdjeinkhez közelíteni tárgyakkal, személyekkel, helyzetekkel való szembesítések mentén, a vélekedéseinken keresztül lehet. Ezek a mérések tehát az attitűd kognitív komponenseire fókuszálnak. Az attitűdök mérésére szolgáló ismertebb egydimenziós skálák között az 1930-as évektől megtaláljuk a *Thurstone-skálát* (Thurstone, 1931), a *Likert-skálát* (Likert, 1932), valamint a társadalmi távolságot mérő, speciális ún. *Bogardus-skálát* (Bogardus, 1928). Ez utóbbi segítségével elsősorban egy-egy jól körül határolható társadalmi csoporttal kapcsolatban elfogadott kapcsolat közelségét vagy távolságát lehet felmérni. Az eredeti Bogardus-skálában számsorozat segítségével jelölik az adott csoporthoz tartozó személlyel való kapcsolat még elfogadható szorosságát. A Bogardus-skála sajátossága, hogy állításai között empirikusan meglévő intenzitás-struktúra található. Ezt tovább gondolva, többdimenziós felmérő eszközök is kifejlesztésre kerültek (pl. *Osgood-skála*), amelyekben a válaszadók az attitűdök tárgyát (romák, fogyatékosok) melléknévi párokkal (barátságosak/ellenségesek, magányosak/társasak) kötötték össze, így értékítéletek mérésére is alkalmassá váltak (Csepeli, 2001).

Az attitűdök kognitív komponensein túl azok affektív komponenseiről is érdemes említést tenni. Ezek mérésére biológiai és fiziológiai, illetve vegetatív idegrendszerben (pl. pulzus, vérnyomás) történő változások kimutatására alkalmas készülékeket használnak. Az ehhez szorosan kapcsolódó harmadik csoportban említhető az 1930-as évek óta rendelkezésre álló Tematikus Appercepció Teszt (Murray, 1971) vagy az elmúlt időszakban megjelent Implicit Asszociációs Teszt (Greenwald, McGhee, Schwartz). Ez utóbbi rejtett attitűdjeink, preferenciáink feltárására vállalkozik, már nem kérdőív formában történő adatfelvétellel, hanem vizuális ingerekre adott reakcióidő vizsgálattal (Szabó et al. 2013).

Kutatásunkban a Bogardus-skálát vettük alapul, amely a különböző társadalmi csoportokkal szembeni attitűdök, illetve ezek változásának egyik leghatékonyabb mérőeszköze. A kiválasztott és átalakított mérőeszköz segítségével elsősorban a társadalmi távolság mérésére és a jogok biztosításának kérdésére fókuszáltunk, így nem próbáltuk meg jobban feltárni azokat a sztereotípiákat, amelyeket a megkérdezettek a különböző célcsoportokhoz kapcsoltak. Mindez elsősorban a kutatásra fordítható anyagi keretek határai miatt alakult így. A társadalmi távolság és a jogok biztosításának mérésére fókuszálva a meglévő előítéleteket rögzíthettük. Nem tértünk ki annak magyarázatára, hogy milyen oksági kapcsolat állhat fent az eredményeink és az attitűdök között, mivel ez meghaladná a tanulmány kereteit.

9 Special Eurobarometer 493., Discrimination in the European Union.

10 A kérdésfeltevés így hangzott: „Egy 1-től 10-ig terjedő skálát használva, hogyan vélekedne Ön, ha valaki a következő csoportokból az Ön kollégája lenne?”

11 A kérdésfeltevés így hangzott: „Függetlenül attól, hogy vannak-e gyermekei, kérem, mondja meg egy 1-től 10-ig terjedő skálán, hogy mennyire érezné kényelmesen magát, ha gyermeke egy olyan személlyel lenne párkapcsolatban, aki az alábbi csoportok valamelyikéhez tartozik.”

12 A választható lehetőségek között a következő kategóriák szerepeltek arra vonatkozóan, hogyan érezné magát az interjúalany egy ilyen helyzetben: kényelmesen, mérsékelten kényelmesen, kényelmetlenül, közömbös számára, attól függ, nem tudja.

13 A sorrendet a „teljesen kényelmesen” válasz alapján állították fel.

LaPiére (Malim, Birch, 1998 pp. 650.) gyakran idézett szociálpszichológiai kísérlete óta azt is tudjuk, hogy jelentős discrepancia lehet az emberek attitűdje és a gyakorlatban megjelenő – esetlegesen ténylegesen diszkriminatív – viselkedése, illetve vélekedése között, ennek vizsgálatára azonban most nem volt lehetőségünk.

III.2. A kutatás módszertana

Jelen tanulmány alapjául szolgáló kérdőíves adatfelvétel a TÁRKI Zrt. rendszeres „Omnibusz” kutatásának keretében valósult meg 2019-ben országos, reprezentatív mintavétellel, 1000 fős mintán. A személyes lekérdezésen alapuló adatfelvételben a mintát felnőtt, 18 éves és ennél idősebb magyar állampolgárok képezték, és amely valószínűségi mintavétellel, a magyar lakosságot nem, életkor, iskolai végzettség és településtípus tekintetében reprezentálja. A kutatásban négy különböző fogyatékos célcsoport iránti attitűd vizsgálatára került sor, amelynek célja a különböző célcsoportokkal szembeni eltérő társadalmi attitűdök és stigmák detektálása. A lekérdezés célcsoportjai, akikre vonatkozóan attitűd-kérdéseket tettünk fel:

- az értelmi fogyatékos és/vagy autista személyek;
- a mozgássérült-, érzékszervi fogyatékos személyek;
- a pszichoszociális fogyatékos/pszichiátriai beteg személyek;
- a szenvedélybeteg, alkoholproblémákkal küzdő személyek.

A kérdőívben számos demográfiai kérdés (pl. nem, kor, családi állapot, iskolai végzettség, foglalkozás, beosztás, családszerkezet, egyéni és háztartási jövedelmek, vallásosság stb.) mellett két általunk készített, társadalmi attitűdöket vizsgáló kérdésblokk mérte a társadalmi elfogadást, illetve elutasítást. Az egyik kérdésblokk a társadalmi előítéletességet egy Bogardus-skálához hasonló változószettel vizsgálta, amelyben három-három kérdéssel azt monitoroztuk, hogy az illető milyen mértékben gondolja a környezetét, illetve saját magát befogadónak. Ezt a típusú nyitottságot a válaszadó által a környezetének tulajdonított társadalmi elfogadással, valamint a saját kapcsolatai intimitásának szorosságával mértük fel, ahol a kapcsolat intimitása a társadalmi távolságot mérő Bogardus-skálához hasonlóan egyre fokozódott a szomszédra, barátira, családtagra vonatkoztatva.

Egy másik, 8 kérdésből álló kérdésblokkal azt mértük, hogy az emberek mennyire nyitottak a különböző fogyatékosokkal élő emberek állampolgári jogaira vonatkozóan, illetve az önrendelkezésük, a munkaerőpiaci és a lakóhelyi integrációjukra vonatkozó jogosultságok tekintetében. Ezt a kérdésblokkot az ún. ATDP (Attitudes Towards Disabled People) skála ismeretében alakítottuk ki (Yuker et al. 1970), amelyet az elméleti megfontolások hasznosításával, több módosítással alkalmaztunk. A legfőbb eltérés abban mutatkozik meg, hogy a jogokra vonatkozó kérdésblokk értékei az ATDP által használt 6-fokú Likert-skála helyett a lekérdezési idő korlátai miatt bináris skálán mozogtak, így a válaszadók vagy igennel, vagy nemmel válaszolhattak.

IV. Kutatási eredmények

IV/1. A társadalmi elfogadás alakulása a különféle fogyatékosokkal élő, illetve szenvedélybeteg emberek körében

A társadalmi elfogadás mérésére az alábbi két, a Bogardus-skála logikáját követő változószettet vettük alapul. Az egyik változószett a válaszadó által a környezetének tulajdonított társadalmi elfogadásra, míg a másik a válaszadó saját viszonyulására kérdez rá. Azért tartottuk fontosnak az elfogadás ilyen módon történő szétbontását, mivel több korábbi kutatás mutatta azt, hogy a válaszadók hajlamosak a saját válaszaikat az aktuális társadalmi elvárásokhoz igazítani, amely így torzíthatja a kapott eredményeket (Mick 1996 – hivatkozva: Szabó et al. 2013). Ellenben, ha a kérdések a környezetre vonatkozóan átvitt módon merülnek feltevésre, akkor ez a hatás kevésbé érvényesül, a válaszadók kevésbé akarnak megfelelni ennek a vélt vagy valós elvárásnak.

1. táblázat: A társadalmi elfogadás célcsoportonkénti két fő dimenziója

egyéni elfogadás	környezetnek tulajdonított elfogadás
A válaszadó szívesen lenne közvetlen szomszédja	A környék megfelelő hely arra, hogy itt éljen
A válaszadó szívesen barátkozna	A környéken élők elfogadnák szomszédnak
A válaszadó elfogadná közeli vagy távoli családtagként	A környéken élők szívesen barátkoznának

Forrás: TÁRKI Omnibusz, 2019

A megkérdezettek a társadalmi távolságot mérő hat kérdés tekintetében egyértelmű rangsort állítottak fel a különféle fogyatékos-típusok, illetve a szenvedélybetegség esetében: a legelfogadóbb attitűdöt a válaszadók a (1) mozgás-, hallás- vagy látássérültséggel élőkkel kapcsolatban mutatták, amelyet az (2) értelmi fogyatékos, illetve autizmus követ. Harmadikként a (3) pszichoszociális fogyatékosok/pszichiátriai betegek csoportja szerepelt, míg a legelutasítóbb hozzáállás a (4) szenvedélybetegekkel, alkoholproblémákkal küzdőkkel kapcsolatban mutatkozott. Az egyes kérdések fokozódó intimitása (távolabbi, laza vagy közeli, szoros kapcsolat) csupán az adott célcsoporton belül határozta meg az egyes kérdésekre adott várható értékek – Bogardus-skála logikájának megfelelő – tendenciáját. Ugyanakkor az azonos kérdésekre adott válaszok célcsoportonként jelentősen eltérnek a hozzájuk társított előítéletek és gondolattársítások tekintetében.

Tanulmányunkban az értelmi fogyatékos és a mozgássérült, illetve érzékszervi fogyatékos emberekkel szembeni attitűdökkel külön-külön foglalkozunk. A megfigyelt sorrendiség egybecseng számos nemzetközi szakirodalommal, amelyben azt találták, hogy az értelmi fogyatékos személyekkel szembeni attitűdök negatívabbak, mint a mozgássérült fogyatékos személyekkel szembeniek (Goodyear 1983, Hernandez et al. 2000, Scior 2011).

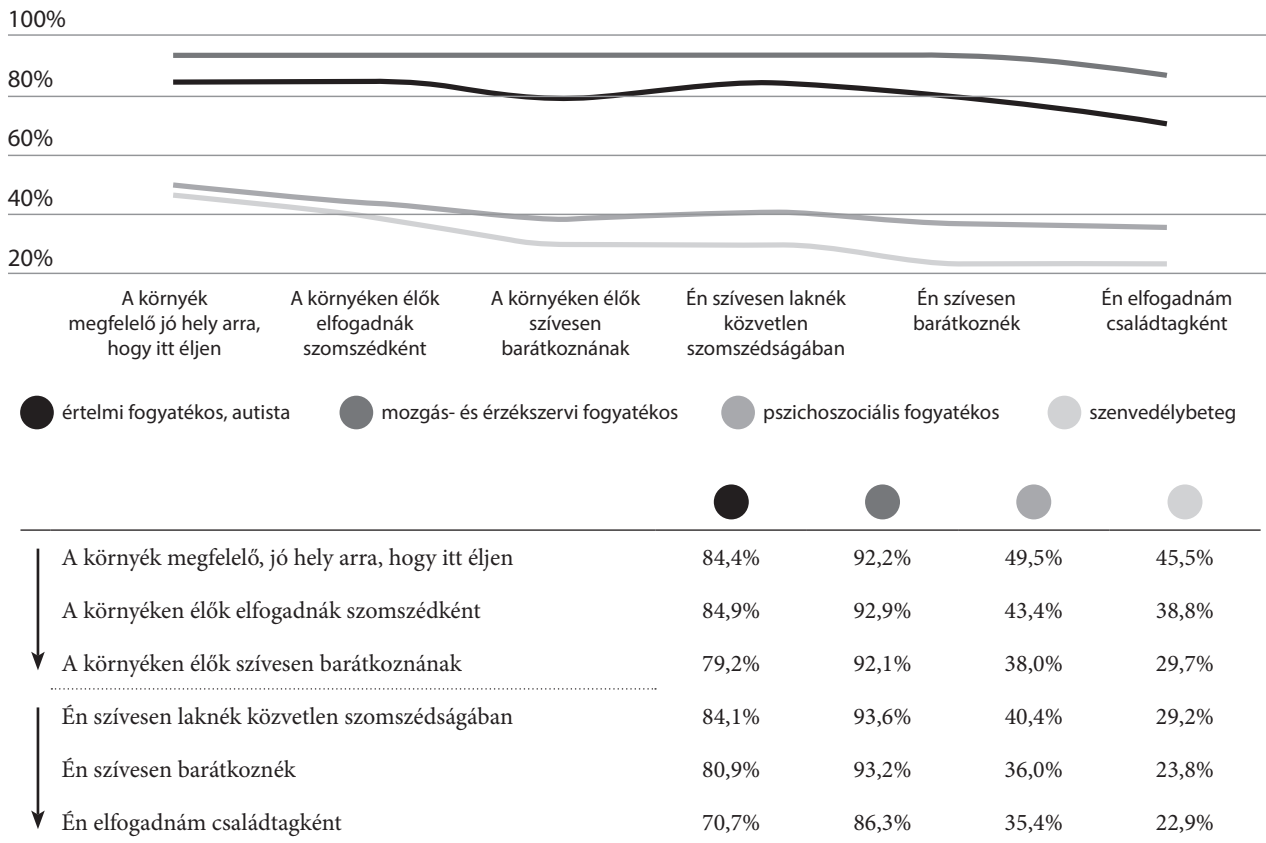
Más nemzetközi kutatásokban ellenben találhatunk példát az értelmi fogyatékosokkal és a mozgássérültekkel szembeni

pozitív attitűdök hasonlóságára is, amelyek viszont a pszichoszociális fogyatékos *célcsoporttal* és a szenvedélybetegekkel szembeni negatív attitűdökkel állnak szemben.

Egy hongkongi reprezentatív mintán készült felmérés szintén azt támasztja alá, hogy a pszichiátriai problémával küzdők számíthatnak leginkább negatív attitűdökre (Lau – Cheung

1999, Sigelman, 1991, Saetermore et al. 2001). Egy 2018-as kutatás pedig arra az eredményre jutott, hogy az alkoholbetegek esetében a szociodemográfiai adottságtól, így kortól és nemtől függetlenül módon, a megkérdezettek több, mint 75 százaléka már egy szomszédsági viszonyt is elutasítana (Buchman – Wildbaum et al. 2018).

1. diagram: A társadalmi távolság mértéke a különféle fogyatékoságú, illetve szenvedélybeteg célcsoportok körében



Forrás: Saját számítás a TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján

Az ábrán is látható módon a két dimenzió, a környéknek tulajdonított és az egyéni elfogadás dimenziói mentén nem figyelhető meg olyan törés vagy eltérés, amely alapján ne dimenziókon átívelő kontinuitásra következtethetnénk. Ennek eldöntésére az elfogadás két dimenziója mentén külön-külön főkomponenseket hoztunk létre, amelyeket *összehasonlítottunk* egymással. A korrelációkat tekintve a *környék megítélésére és az egyéni elfogadásra* irányuló két dimenzió között nagyon erős, pozitív irányú összefüggést találtunk.¹⁴ Ebből arra következtethetünk, hogy ez az elméletben jól különválasztható két dimenzió a gyakorlatban nem különül el élesen egymástól.

A továbbiakban eltekintünk attól, hogy két külön dimenzióként gondoljunk a hat kérdésből álló változószettünkre¹⁵, így a társadalmi elfogadást az alábbi komponens mátrixban található értékekkel, egy közös főkomponens létrehozását követően mérjük majd.

2. táblázat A társadalmi elfogadás főkomponens mátrixa¹⁶

főkomponens	
A környék megfelelő hely arra, hogy itt éljen	0,336
A környéken élők elfogadnák szomszédnak	0,445
A környéken élők szívesen barátkoznának	0,625
A válaszadó szívesen lenne közvetlen szomszédja	0,563
A válaszadó szívesen barátkozna	0,744
A válaszadó elfogadná közeli vagy távoli családtagként	0,898
Sajátérték	4,87
Megmagyarázott szórás (%)	81,231

Forrás: Saját számítás a TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján

14 Az összefüggés mértékét jelző r érték 0,885.

15 Redundanciától a Bogardus-skála logikájára hivatkozva nem kell tartanunk, ezen az alapon érvelhetünk a változószett egyben tartása mellett.

16 Standardizált skálapontszámok, rotálatlan főkomponensek.

Elemzésünk első részében azt vizsgáljuk meg, hogy milyen szociodemográfiai tényezők járulnak hozzá ahhoz, hogy egyesek elfogadóbbak, mások pedig elutasítóbbak a különféle fogyatékossgal élő célcsoportokkal szemben. Részben leíró statisztikai eredményeket mutatunk be, részben pedig többdimenziós elemzésekkel tekintjük át a különböző változók közötti kapcsolatokat, illetve ezek erősségét.

A következőkben elsőként, lineáris regressziós modellek segítségével vizsgáljuk, hogy az egyes szociodemográfiai változók hogyan hatnak a válaszadók attitűdjére a különböző fogyatékossgal élő csoportok és szenvedélybetegek tekintetében.

IV/1.a. Az egyes célcsoportok társadalmi elfogadásának magyarázó modelljei, az anyagi státusz és a régió szerepe a társadalmi elfogadásban

A célcsoportonkénti regressziós modellek (ld. Függelék: F1. táblázat) többnyire az anyagi státusz, illetve a régió belépésével jöttek létre, így az első modellek kialakításával elsősorban e két változó jelentőségére következtethetünk.

Az értelmi fogyatékos és autista célcsoporttól eltekintve megállapítható, hogy a többi célcsoporttal szembeni elfogadás mértéke leginkább a válaszadó regionális lakhelye mentén tér el, a lakóhely befolyásolja legjobban a mozgássérült és érzékszervi fogyatékos, a pszichoszociális fogyatékos, illetve a szenvedélybeteg személyekkel szembeni attitűdöket, míg az anyagi státusznak kevésbé mutatkozik meg bármilyen hatása. Az értelmi fogyatékos és autista célcsoport elfogadása esetében nem ez figyelhető meg, mivel csupán a státusz változó lépett be a magyarázómodellbe. Fontos megemlíteni, hogy minden esetben pozitív irányú összefüggésről beszélhetünk, tehát a válaszadók anyagi státuszának növekedésével, az egyes fogyatékos célcsoportokkal szemben is egyre elfogadóbb attitűddel találkozhatunk. Mivel az értelmi fogyatékos és/vagy autista személyek elfogadása esetében az ismérvek közül egyedülként a státusz lépett be nagyon gyenge magyarázó változóként a regressziós modellbe, így az a társadalmi elfogadás és a státusz közötti gyenge korrelációt mutatja meg.¹⁷ A regionális összehasonlítás részeként a konvergencia régiókban élő válaszadónál figyelhetünk meg minden esetben elfogadóbb attitűdöt a közép-magyarországi régióban élőkhez viszonyítva.

A további szociodemográfiai változók hatásáról eddig csupán legfeljebb kontrollváltozóként tudtunk meg többet. A nemzetközi szakirodalmak a legtöbb esetben a társadalmi attitűdöket a nem, a kor, az iskolai végzettség, a személyes kapcsolat, a településtípus és a kulturális tényezők háttérváltozóinak relációjában magyarázzák. (Lau – Cheung 1999, Yazbeck et al. 2004, Burge et al. 2007, Scior 2011). Ugyanakkor az általunk áttekintett szakirodalomban a fogyatékos, pszichoszociális fogyatékos és szenvedélybeteg személyek megítélését leggyakrabban befolyásoló faktorok is több esetben igen ellentmondásosnak bizonyulnak. Pozitív összefüggéseket éppúgy feltártak az egyes kutatások az egyes szociodemográfiai változók és a társadalmi elfogadásra irányuló kérdések között, mint negatív

összefüggéseket, elutasítást. Az előbb felsorolt ismérvek közül a továbbiakban a településtípussal, az életkorral, az iskolai végzettséggel és a nemmel való összefüggés vizsgálatára vállalkozunk. Az alábbiakban láthatjuk azokat a változókat, amelyek az egyes célcsoportok esetében szerepet játszottak a társadalmi elfogadás vizsgálatában (ld. Függelék: F1. táblázat).

3. táblázat Az egyes célcsoportokkal szembeni társadalmi elfogadás szociodemográfiai változókkal való összefüggése

értelmi fogyatékos, autista	mozgássérült, érezékszervi fogyatékos	pszichoszociális fogyatékos	szenvedély- beteg
státusz	státusz	státusz	státusz
településtípus	településtípus	településtípus	településtípus
iskolai végzettség	régió	régió	régió
		életkor	
		neme	

Forrás: Saját számítás a TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján

Az értelmi fogyatékos vagy autista célcsoport esetében a fontosabb szociodemográfiai változók közül sem az életkor, sem a társadalmi távolság mérése, illetve a válaszadó neme nem mutat összefüggést a társadalmi elfogadással. A társadalom tagjai irányában egyöntetűen elfogadónak mutatkoznak. Izgalmasabb megfigyelésre tehetünk szert, amennyiben a településtípussal, illetve az iskolai végzettséggel való összefüggést vizsgáljuk. Az érzékszervi fogyatékos személyek és a szenvedélybeteg, alkoholproblémákkal küzdők esetében csupán a társadalmi elfogadás és a településtípus közti összefüggés interpretálható, míg az életkor, a válaszadó neme és az iskolai végzettség esetében nem beszélhetünk szignifikáns összefüggésről. A pszichoszociális fogyatékos célcsoport társadalmi elfogadása esetében mutatkozik a legtöbb szociodemográfiai változóval való összefüggés: az életkor, a válaszadó neme, illetve a településtípus is szignifikáns összefüggést mutat a társadalmi elfogadással. Ebből tehát látható, hogy a pszichiátriai betegségekkel küzdő személyek elfogadása többféleképpen megosztja a társadalmat.

IV/1.b. A településtípus és a társadalmi elfogadás összefüggései

A településtípus és a társadalmi elfogadás kapcsán előzetesen azzal a feltevéssel éltünk, hogy minél nagyobb településen él valaki, annál elfogadóbb a fogyatékos személyekkel szemben. A kutatási eredményeink szerint a varianciák mind a négy célcsoport esetében különböznek, és az átlagok is szignifikánsan eltérnek egymástól, tehát minden fogyatékossg-típus elfogadása esetében beszélhetünk a településtípussal való összefüggésről.¹⁸ Ez az összefüggés azonban nem feltétlenül egy lineáris kapcsolat, így az elfogadás nem feltétlenül növekszik vagy csökken a település méretével együtt (ld. Függelék: F2. táblázat).

17 Ez akkor sem változik jelentősen, amikor a többi változó kontrollja alatt tartjuk az összefüggést. A státusz 2 százalék helyett 1,9 százalékot magyaráz az értelmi fogyatékos, autista személyekkel szembeni elfogadás heterogenitásából, így az értelmi fogyatékosokkal szemben megfigyelhető attitűdbeli eltérésekből.

18 Mind a négy célcsoport esetében a Levene-statisztika és a Welch-próba szignifikanciája is 0,000.

4. táblázat Településtípusok közötti sorrend az egyes célcsoportok elfogadása alapján (TÁRKI Omnibusz 2019)

	értelmi fogyatékos, autista	mozgássérült, érzékszervi fogyatékos	pszichoszociális fogyatékos	szenvedélybeteg
1.	megyeszékhely	Budapest, megyeszékhely	megyeszékhely	megyeszékhely, város
2.	város	város	város	Budapest, község
3.		község	község	
4.			Budapest	

Forrás: Saját számítás a TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján

Megvizsgálva a megkérdezettek lakóhelyének településtípusát és a célcsoportok iránt mutatott toleranciáját, összességében arra a következtetésre juthatunk, hogy az értelmi fogyatékos, autista, illetve az érzékszervi fogyatékos, mozgássérült személyekkel szemben a kisebb városokban vagy községekben alacsonyabb az elfogadottság, mint a nagyobb városokban. Ezzel szemben a pszichoszociális fogyatékos személyek, illetve a szenvedélybetegek esetében a megyeszékhelyek és kisebb városok pozitív hatását figyelhetjük meg. Tehát korábban megfigyelhetjük, hogy az anyagi státusz minden csoporttal szembeni elfogadással egyenesen arányos összefüggést mutat, ugyanakkor a státusszal részben átfedéseket mutató településtípus mentén már differenciált eredmények figyelhetők meg. Eredményeink ezért nem a státuszban tapasztalható eltérések, hanem inkább az érintettség eltérő hatása, illetve a kapcsolódó társadalmi sztereotípiák által magyarázhatók.

A kutatásunkban létrehozott érintettség változó, azt mutatja meg, hogy a válaszadó önmaga rendelkezik-e valamilyen fogyatékossgal, szenvedélybetegséggel, illetve szűkebb rokon, baráti, illetve tágabb (lakó-, munkahelyi) környezetében ismer-e közvetlenül fogyatékos és/vagy autista személyt. Az érintettség esetében megfigyelt eredményeket alapul véve, az értelmi fogyatékos és/vagy autista és a mozgás-, hallás- és/vagy látássérült célcsoporttal szembeni elfogadás kapcsán annak hatását feltételezhetjük, hogy a kisebb városokban könnyebben lehet közeli kapcsolatba kerülni az értelmi fogyatékos és mozgássérült személyekkel, így a hozzájuk kapcsolódó alapvetően pozitív attitűd a mindennapi élethelyzetekben rejlő vegyes, és így részben negatív tapasztalatokkal vegyül. A pszichoszociális fogyatékos célcsoporttal szembeni elfogadás esetében a megyeszékhelyek és a városok kiemelkedését, illetve a fővároshoz kötődő kevésbé elfogadó attitűdöt magyarázhatjuk azzal, hogy a hajléktalanok körében magasabb a pszichiátriai diagnózissal rendelkezők aránya (Braun – Gazdag 2015, Fazal et al. 2009). Magyarországon arányaiban a fővárosban él a legtöbb hajléktalan ember (Február Harmadika Munkacsoport 2019), jelenlétük már-már a nagyvárosi képhez szervesen hozzátartozik, amely alapján kö-

vetkeztethetünk arra, hogy a budapestiek gyakrabban szembeülnek pszichiátriai problémával küzdőkkel az utcákon, a tömegközlekedési eszközökön, és ez, valamint a hozzájuk kapcsolódó stigmák esetükben befolyásolhatták a pszichoszociális fogyatékos emberekről alkotott képet.

IV/1.c. A pszichoszociális fogyatékos személyek iránti elfogadás és az életkor kapcsolata

Az életkor hatása kizárólag a pszichoszociális fogyatékos személyekre vonatkozóan interpretálható, tehát ebben az esetben van összefüggés az elfogadásuk és a válaszadó életkora között.¹⁹ A szakirodalmi áttekintés során az életkor és a tolerancia kapcsán meglehetősen ellentmondásos kutatási eredményeket találtunk. Egyes szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy minél idősebb a válaszadó, annál inkább törekszik távolságot tartani a pszichiátriai beteg személyektől (Angermeyer et al. 2003, Angermeyer et al. 2013, Lauber et al. 2004, Jorm – Oh 2009), ezzel szemben más szerzők a fiatalabb korosztályokhoz kapcsoltak erőteljesebb negatív attitűdöket (Crisp et al. 2005), vagy egyáltalán nem találtak összefüggést az életkorral (Grausgruber et al. 2007).

Annak érdekében, hogy kiderítsük, a pszichoszociális fogyatékos célcsoport elfogadása esetében miből adódik az életkorral való összefüggés, post-hoc tesztet alkalmaztunk, amelynek segítségével az életkori kategóriák közti átlagokról páronként tehattünk megfigyeléseket. (ld. Függelék: F3. táblázat).²⁰ A páronkénti megfigyelések során az látható, hogy a társadalmi elfogadás esetében kizárólag a 60-69 éves és a 70 év feletti korosztály között figyelhető meg ellentétes irányú szignifikáns eltérés. Tehát a sokasági átlagok csupán e két csoport között térnek el szignifikánsan, ami azt jelenti, hogy a 60-69 éves korosztály jelentősen elfogadóbb a pszichoszociális fogyatékos személyekkel szemben, mint a 70 év feletiek. A fenti eredmény alapján az állapítható meg, hogy a nyugdíjkorhatár körüli korosztály, mint sajátos csoport emelkedik ki a pszichoszociális fogyatékossg társadalmi elfogadása szempontjából, melynek okai további vizsgálatot igényelnek. Útmodell segítségével megnéztük azt is, hogy mennyire fedí el az érintettség hatása az életkor társadalmi elfogadásra gyakorolt hatását, azonban nem találtunk olyan utat, amin végig tudnánk haladni az útmodellünkben (ld. Függelék: F4. Ábra).²¹

IV/1.d. Az értelmi fogyatékos és/vagy autista célcsoport iránti elfogadás és az iskolai végzettség kapcsolata

A társadalmi elfogadás és az iskolai végzettség közötti összefüggést az értelmi fogyatékossgal és/vagy autizmussal élő személyek esetében vizsgálhatjuk. A varianciák és az átlagok ebben az összefüggésben különböznek szignifikánsan egymástól (Levene' Sig=0,000; Welch' Sig=0,020). Ez összhangban van az áttekintett kutatások eredményeivel, amelyek alapján az iskolai

19 A Levene-statisztikák szignifikanciája 0,008 és 0,029 között alakultak, a Welch-próba szignifikanciája 0,022.

20 A válaszadókat az életkoruk alapján hat kategóriába soroltuk: 18-29 éves, 30-39 éves, 40-49 éves, 50-59 éves, 60-69 éves, valamint 70 éven felüliek.

21 Azt tapasztaltuk, hogy az érintettség kontrollja mellett nem figyelhető meg az életkor és az elfogadás között összefüggés, továbbá az életkor érintettségre gyakorolt hatása sem szignifikáns a modellben. Ez alapján arra következtethetünk, hogy nem az érintettség befolyásolja közbejövő változóként az életkor és az elfogadás közötti összefüggést.

végzettség kifejezetten erős előre jelzője lehet a negatív attitűdnek (Lau – Cheung 1999). Gyakran a magasabb iskolai végzettséghez pozitívabb attitűdök (Yuker 1994, Pace et al. 2010), míg az alacsony iskolázottsághoz nagyobb társadalmi távolság és negatívabb attitűdök kapcsolódnak az értelmi fogyatékos személyekkel szemben (Lau – Cheung 1999, Burge et al. 2007, Ouellette-Kuntz et al. 2010, Morin et al. 2013).

A korábbi kutatások eredményeihez kapcsolódóan az iskolai végzettség és a társadalmi elfogadás összefüggéseinek vizsgálata kapcsán tehát azt feltételezhetjük, hogy az iskolai végzettség emelkedésével nő a fogyatékos személyek iránti elfogadás. A páronkénti összehasonlítások során az figyelhető meg, hogy a legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel és a szakmával, illetve a 8 általános iskolai végzettséggel és az érettségivel rendelkezők között van az átlagokban megfigyelhető eltérés (ld. Függelék: F6. Táblázat.) Ez alapján az értelmi fogyatékos személyek elfogadásának a legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők esetében tulajdonítható negatív hatás. Érdekesség ugyanakkor, hogy a diplomás végzettséggel rendelkezőkkel való összehasonlításban ez a negatív eltérés már nem interpretálható.

IV/1.e. A pszichoszociális fogyatékos / pszichiátriai beteg célcsoport elfogadása és a válaszadó nemének összefüggése

Kutatásunkban azt tapasztaltuk, hogy az elfogadás magyarázó tényezőinek feltérképezéséhez a nemi kategóriák mentén nem kerülünk közelebb, mivel a válaszadó neme kizárólag a pszichoszociális fogyatékos személyek iránti elfogadásban releváns.¹ A többi fogyatékos célcsoport elfogadása és a válaszadó neme között nincs bizonyítható összefüggés. A válaszadó neme gyenge pozitív összefüggést mutat az elfogadással: meglepő módon a férfiak enyhén elfogadóbb attitűddel viseltetnek az irányukban, mint a nők (ld. Függelék: F5. Táblázat). Ugyanakkor ennek az összefüggésnek is az óvatosabb interpretálására intenek az átlagok köré szerkeszthető konfidencia-intervallumok.²

Ez a megfigyelésünk nem tér el más kutatások eredményeitől, amelyek általános következtetéseként szintén az mondható el, hogy a pszichoszociális fogyatékos személyekkel szembeni negatív attitűdök nem köthetők egyértelműen sem a nőkhöz, sem a férfiakhoz. A nemzetközi szakirodalom szerint sem nyilvánvaló, hogy a válaszadó neme hogyan befolyásolja a pszichiátriai betegekkel szembeni attitűdöket (Wang et al. 2007, Read – Harré 2001, Angermeyer et al. 2003, Kazantis et al. 2009). Bár *néhány kutatás során* a kutatók az attitűdökben szignifikáns eltérést tapasztaltak a nemi dimenziók mentén, azonban ezekből sem vonhatunk le teljesen egyértelmű következtetést. Egyes kutatások ugyanis azt bizonyították sikeresen, hogy a nők kevésbé tápláltak negatív attitűdöket a

pszichoszociális fogyatékos személyekkel szemben, tehát az előítéletek gyakrabban kapcsolódtak a férfi válaszadókhöz és *köztük* volt erősebb a társadalmi távolságra való törekvés (Jorm – Griffiths 2008, Jorm – Wright 2008). Ezzel szemben *más vizsgálatok*, másik mintán ennek éppen az ellenkezőjét találták (Chung et al. 2001).

IV/2. A válaszadó közvetlen vagy közvetett³ fogyatékos-sággal, pszichoszociális fogyatékos-sággal/pszichiátriai betegséggel, illetve szenvedélybetegséggel való érintettségének hatása az attitűdökre

Az érintettség (*contact*) gyakran merül fel mint olyan faktor, amely az attitűdöket képes erőteljesen formálni, így sok szociálpszichológiai, szociológiai cikk foglalkozik ennek vizsgálatával (McManus et al. 2011). Allport (1954) nagy hatású művében kifejtette, hogy a különböző csoportok közötti kapcsolat képes csökkenteni az előítéleteket (McManus et al. 2011: 580). A pszichoszociális fogyatékos személyek tekintetében a személyes érintettség gyakorisága egyértelmű pozitív befolyást gyakorol az attitűdök alakulására. A különböző típusú kapcsolatok azonban már nem indikálják ilyen egyértelműen az attitűdök alakulását, amely alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy az érintettség fokozati különbségek nélkül van pozitív hatással a pszichoszociális fogyatékos személyek elfogadására (Alexander – Link, 2003).

A hazai és a nemzetközi szakirodalom alapján előzetesen azt feltételeztük, hogy a fogyatékos-ság által érintettek körében magasabb az egyes célcsoportok iránti elfogadás, mint azok között, akik nem érintettek fogyatékos személyekkel. A kérdőíves kutatás során egy három kérdést tartalmazó kérdésblokk segítségével mértük fel, hogy a válaszadók milyen minőségben, illetve közvetetten vagy közvetlenül érintettek a fogyatékos-ság által. Az érintettséget mérő kérdésblokk nem differenciálja részletesen, hogy az egyén milyen típusú fogyatékos-sággal, pszichoszociális vagy szenvedélybetegséggel érintett közvetetten, vagy közvetlenül.⁴

IV/2. a. Az érintettség és a jogok

Az érintettség és a jogok esetében az érintettség pozitív hatását feltételezzük. Az érintettség és a jogok megítélése közti összefüggésben tehát azt várjuk, hogy akik maguk vagy a környezetük által érintettek, vagyis érintettek fogyatékos személyekkel, átlagosan több jog biztosítására hajlandók számukra, mint akiknek a környezetében nincsen fogyatékos személy, és maguk sem érintettek.

Az általunk vizsgált jogok a következők voltak az egyes célcsoportok esetében:

1 A válaszadók nemek szerinti bontását követően azt láthatjuk, hogy a pszichoszociális fogyatékos célcsoport-hoz fűződő viszonyulás vonatkozásában az átlagok szignifikánsan eltérnek (Levene-statisztika szignifikanciája 0,002, a Welch-próba szignifikanciája 0,014), tehát tapasztalható attitűdbeli különbség a nők és a férfiak között.

2 Mivel a férfiak átlagos elfogadása -0,01 és +0,19 között, a nők átlagos elfogadása pedig -0,18 és 0,01 között alakul, ezért megbízható módon nem beszélhetünk szignifikáns különbségről.

3 Közvetlen érintettség az egyén saját érintettségét, közvetett érintettségén pedig a szűkebb családi, rokoni, baráti kapcsolataiban vagy tágabb (lakó-, munkahelyi-) környezetében előforduló fogyatékos személyekkel való ismeretséget értjük.

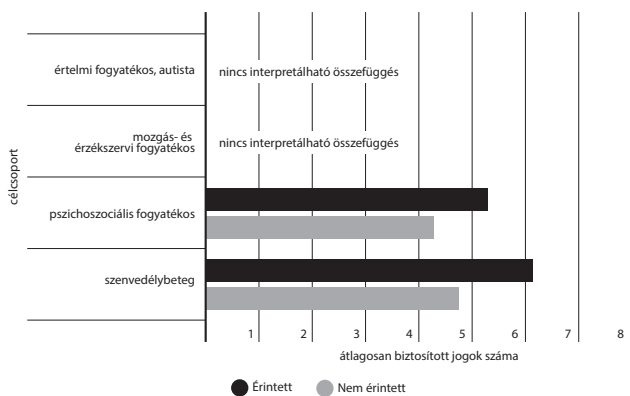
4 Ebből következik, hogy az azonos célcsoporttal való érintkezés és az eltérő típusú csoportokkal való érintettség hatása sem volt az adataink alapján vizsgálható.

A célcsoport tagjának ugyanolyan joga van / kellene, hogy legyen

- házasodni, mint a többi embernek,
- gyermeket nevelni, mint a többi embernek,
- nyílt munkaerőpiacon (nem közmunkában, vagy csak fogyatékos embereket célzó, támogatott programban) dolgozni, mint a többi embernek,
- szavazni, mint a többi embernek,
- önállóan kezelni a pénzt,
- használni a tömegközlekedést, mint a többi embernek,
- ugyanazokat az egészségügyi szolgáltatásokat (pl. háziorvos, szakellátás) igénybe venni, mint amiket a többi ember is igénybe vesz,
- a település központi részén élni és részt venni a közösség mindennapjaiban.

A kutatás során azt tapasztaltuk, hogy az értelmi fogyatékos és/vagy autista, illetve a mozgássérült, érzékszervi fogyatékos célcsoport esetében nincs szignifikáns összefüggés a fent említett jogi elismerés és az érintettség között, amit a korábbi elemzéseink alapján azzal magyarázhatunk, hogy ezekkel a célcsoportokkal szemben annyira általános az elfogadás, hogy az érintettség (akármilyen előjelű) hatása nem mutatkozik meg. A pszichoszociális fogyatékos, illetve a szenvedélybeteg, alkoholproblémákkal küzdő célcsoport számára biztosítandó jogok esetében ugyanakkor találtunk eltéréseket az érintettség dichotómiája mentén (ld. Függelék: F9. és F10. Táblázat).⁵

2. diagram Az egyes célcsoportok átlagosan biztosított jogok száma az érintettség dichotóm változója mentén



Forrás: Saját számítások a TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján

Az érintettek átlagosan 5,29, míg a fogyatékoság által nem érintettek ennél kevesebb, átlagosan 4,25 jogot biztosítanak a pszichoszociális fogyatékos személyeknek. A szenvedélybeteg esetében ennél nagyobb támogatást észlelhetünk mindkét érintettség kategória mentén, az érintettek átlagosan 6,12, a fogyatékos célcsoportok tagjaival személyes tapasztalatokkal nem rendelkezők pedig átlagosan 4,73 jogot biztosítanak a szenvedélybetegnek. Mindkét esetben igazolódott a hipoté-

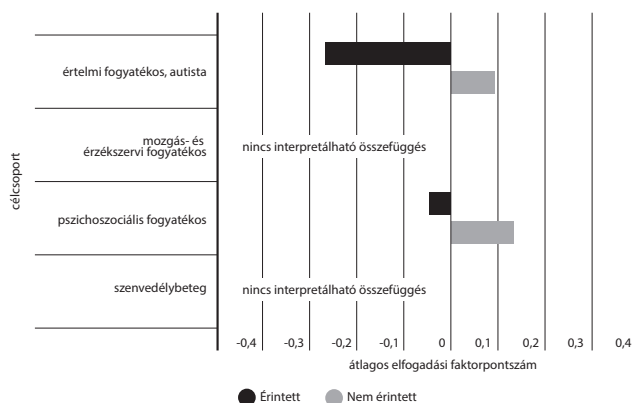
zisünk az érintettség pozitív hatásáról, tehát a bármilyen típusú fogyatékoság által érintettek átlagosan több jogot biztosítanak a fogyatékos személyeknek, mint akik nem érintettek a fogyatékos személyekkel. A célcsoportok közti összevetések alapján azt is megállapíthatjuk, amire a leíró statisztikák alapján már gyanakodhattunk: a pszichoszociális fogyatékos személyekkel szembeni elutasítottság magasabb, mint a szenvedélybetegekkel szemben viseltetett negatív attitűdök.

IV/2. b. Érintettség és elfogadás

Az érintettség és az elfogadás tekintetében is pozitív együttjárást feltételeztünk. Az elemzés során azt figyelhettük meg, hogy az érintettség sem a mozgássérült, és/vagy érzékszervi fogyatékos, sem a szenvedélybeteg, alkoholproblémákkal küzdő személyek társadalmi elfogadását mérő főkomponenssel nem mutat szignifikáns összefüggést. Ez az eredmény a leíró statisztikák alapján könnyen magyarázható akképpen, hogy a mozgássérült, és/vagy érzékszervi fogyatékos célcsoporttal szemben az érintettség esetleges hatását is elfedő mértékű a társadalmi elfogadottság, míg a szenvedélybeteg, alkoholproblémákkal küzdők esetében hasonló helyzetről számolhatunk be az elutasítás oldaláról.

Az értelmi fogyatékos személyekkel kapcsolatban felmerülő személyes érintettség számos kutatás alkalmával eredményezett pozitív hozzáállást a célcsoport iránt (Horner-Johnson et al. 2002, Lau – Cheung 1999). Ehhez illeszkedve egyes kutatások a pszichoszociális fogyatékos személlyel való személyes érintettség esetében is arra a következtetésre jutottak, hogy a családi, baráti vagy a munkahelyi kapcsolat megléte csökkenti a vizsgált célcsoporttal szembeni stigmatizációt (Corrigan et al. 2001, Chung et al. 2001, Read – Harré 2001, Alexander – Link 2003, Angermeyer – Matschinger 2003). A legtöbb ilyen jellegű kutatás a skizofrén, illetve a depresszióval diagnosztizált emberekkel szembeni társadalmi távolság mérésével foglalkozott (Jorm – Oh 2009).

3. diagram Az egyes célcsoportok átlagos elfogadási faktorpontszáma az érintettség dichotóm változója mentén



Forrás: Saját számítás a TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján

⁵ A pszichoszociális fogyatékos személyek esetében a változók között 0,122-es Eta²val jellemezhető szignifikáns összefüggés van (F-próba szignifikanciája 0,02<0,05). A válaszadó érintettsége csupán csekély részt, 1,5 százalékot magyaráz a pszichoszociális fogyatékos személyek jogainak támogatását mérő index heterogenitásától (Eta²=0,015). Ezzel szemben a szenvedélybeteg esetében valamivel erősebb, 0,178-as Eta²val jellemezhető összefüggést figyelhettünk meg (F-próba szignifikanciája 0,000<0,05) az érintettség eltérő kategóriái és a jogi támogatás között. Ennek megfelelően a válaszadó érintettsége a szenvedélybeteg jogainak támogatását mérő index heterogenitásától 3,2 százalékot magyaráz (Eta²=0,032).

Az értelmi fogyatékos és/vagy autista csoport elfogadása és az érintettség között nem várt módon negatív előjelű összefüggésre figyelhetünk fel,⁶ tehát az érintettek esetében az átlagos elfogadási faktorpontszám negatív előjelű, míg a fogyatékos személyekkel nem érintkezők esetében ugyanez már gyengén pozitív (ld. Függelék: F7. Táblázat). A fogyatékos személyekkel kapcsolatba kerülő személyek (érintettek) esetében a velük szembeni elfogadás alacsonyabb mértékű, mint azok esetében, akik azt jelezték, hogy sem a közeli, sem a távoli rokon/iismeretségi körükben nincsen fogyatékos személy.

Az eredményeinket úgy interpretálhatjuk, hogy a fogyatékos személyekkel megtapasztalt élethelyzetek negatívan befolyásolják a(z) – éppen ilyen szorosabb kapcsolódásokat teoretizáló kérdésekből felépülő – társadalmi elfogadást az értelmi fogyatékos személyekkel szemben, legalábbis ennek a kutatásnak az adatai szerint.

Az értelmi fogyatékos és/vagy autista célcsoporttal szemben a pszichoszociális fogyatékos célcsoport esetében pozitív előjelű, bár gyengébb *összefüggést figyelhetünk meg* (ld. Függelék: F8. Táblázat).⁷ Az érintettek esetében az átlagos elfogadási faktorpontszám tehát pozitív előjelű, a vizsgált célcsoportokkal nem érintkezők esetében pedig gyengén negatív előjelű –, ahogyan azt a diagram is mutatja –, hangsúlyozottan egy igen gyenge eltéréstől beszélünk. A gyenge erősségű összefüggés nem cáfol rá hipotézisünkre és a korábbi kutatások tapasztalataira: egy 2018-as vizsgálat szerint a női nemhez tartozás, az alacsony iskolai végzettség, illetve különösen a személyes ismeretség mindaz a tényező, amely leginkább befolyásolta a társadalmi távolságot a pszichiátriai betegekkel szemben (Buchman – Wildbaum et al. 2018).

IV/2. c. Kinek jogot, kinek barátot

Az érintettség és a jogi elismerés, illetve az érintettség és a társadalmi elfogadás vizsgálatának összehasonlításakor megfigyelhetjük, hogy míg a pszichoszociális fogyatékos felnőttekkel szemben az érintettek elfogadóbbak, mint a fogyatékos személyekhez kapcsolódó tapasztalattal nem rendelkezők, addig a szenvedélybeteg, alkoholproblémákkal küzdő személyeknél az érintettségtől független, általános elutasítottság észlelhető. Érdekes módon ezzel éppen ellentétes adatokat találhatunk a jogok tekintetében, amelyeket a válaszolók a két fenti célcsoport számára biztosítanak. Ezek alapján éppen a pszichoszociális fogyatékos célcsoportnak juttatnának kevesebb jogot, mint a szenvedélybetegek csoportjának, és ezzel jelentős különbségtételt figyelhetünk meg a jogi elismerés és a személyközi kapcsolatokon keresztül érvényesülő elismerés között. Azt állapíthatjuk meg, hogy az utóbbiak fizikai elutasítottsága a legnagyobb a lakosság körében, azaz sem szűkebb, sem tágabb környezetükben nem szeretnének szenvedélybetegekkel együtt élni, míg a pszichoszociális fogyatékos személyek jelenlétét kevésbé bánják. Mindazonáltal a pszichoszociális személyek kiskorúsítása és jogoktól való megfosztása

a lakosságra inkább jellemző, mint a szenvedélybetegek esetében, amelynek magyarázata feltehetően az őket érintő erős társadalmi stigmákban keresendő.

V. Összegzés, következtetések

Kutatásunkban a vizsgálatok során – a nemzetközi kutatási eredményekkel párhuzamosan – arra a következtetésre jutottunk, hogy az egyes fogyatékos célcsoportokkal szembeni attitűdökben megfigyelhető eltéréseket a szocio-demográfiai helyzetnél sokkal erőteljesebben magyarázzák a célcsoportokhoz általánosan társított vélekedések, meggyőződések, félelmek. A kutatásunkban megkérdezettek meglehetősen elfogadóak voltak az értelmi fogyatékos és/vagy autista, valamint mozgássérült és/vagy érzékszervi fogyatékos célcsoportok iránt, és általánosan meglehetősen elutasítóak a pszichoszociális fogyatékos és a szenvedélybeteg célcsoportokkal szemben. Ebből következik, hogy minden szakpolitikai program akkor lehet igazán sikeres, ha ezeket a célcsoportspecifikus eltéréseket figyelembe veszi a lakosság informálásakor, hangsúlyt helyez a megfelelő tájékoztatásra, a közösségépítésre, az élményszerűbb kapcsolatok kialakítására a stigmatizált célcsoportok integrációja alkalmával.

Mint említettük, vizsgálatunkban azt találtuk, hogy a fogyatékos személyek elfogadását sokkal kevésbé befolyásolták a lakóhely, az életkor, az iskolai végzettség, illetve a nő/férfi nem dimenziói. Elemzésünk során feltártuk, hogy a pszichoszociális, illetve a szenvedélybeteg személyekhez jobban kapcsolódnak olyan stigmák, amelyek befolyásolják, illetve alakítják a hozzájuk való viszonyulást. E két csoporttal szemben lényegesen erősebb negatív attitűdök társultak a magyar lakosság körében végzett felmérésünk során. Ennek magyarázata elsősorban az ezekhez a célcsoportokhoz gondolatban társított veszélyesség és kiszámíthatatlanság (Link et al. 1999, Schomerus et al. 2011, Schomerus 2014), illetve a velük kapcsolatban gyakran feltételezett agresszivitás (Elekes et al. 2005). Mindezt kiegészül a szintén népszerű narratívával, amely a szenvedélybetegséget egy egyéni választás következményének tekinti, és a szenvedélybetegeket magukat tartja (kizárólag) felelősnek a függőségük kialakulásáért (Schomerus et al. 2010, Schomerus et al. 2011).

A fogyatékos személyekről való hiteles tájékoztatás és médiareprezentáció minden esetben hangsúlyos feladat, azonban a pszichiátriai-, illetve szenvedélybeteg csoport tekintetében kiemelten fontos a társadalomban élő stigmákkal szembeni aktív fellépés érdekében. A sikeres társadalmi integráció eredményes, amennyiben összekapcsolódik a lakosság szemléletváltásának elősegítésével, a stigmák, félelmek csökkentésével. Ennek keretében szükség van a fogyatékos személyekhez kapcsolódó félelmek és stigmák társadalmi kampány keretében történő oldására, illetve személyes interakciók révén, személyes életutak megismerésével, elfogadásuk elősegítésére. Az attitűdök formálódását már egészen korai életszakaszban az

6 Az értelmi fogyatékos, illetve az autista csoportok elfogadása és az érintettség között szignifikáns összefüggést figyelhetünk meg (F-próba szignifikanciája=0,000<0,05; Eta=0,159), a válaszadó érintettsége 2,5 százalékot magyaráz az értelmi fogyatékos személyek társadalmi elfogadásának heterogenitásából (Eta2=0,025).

7 A pszichoszociális fogyatékos személyek és az érintettség esetében az F-próba szignifikanciája 0,035<0,05, az Eta pedig 0,078 volt. Az Eta2=0,006 így a válaszadó érintettsége nagyon keveset, mindössze 0,6 százalékot magyaráz a pszichoszociális fogyatékos személyek társadalmi elfogadásának heterogenitásából.

iskolai oktatás és a non-formális programok is hatékonyan segíthetik. A fogyatékos diákok részvételével számtalan előítélet-mentesítő, integrált program támogathatja ezt a folyamatot az oktatási intézményekben is. E mellett a tanárképzés tekintetében is javasolható lenne a fogyatékossgal élő emberekről, integrálásuk lehetőségeiről és az integrációjuk támogatásának fontosságáról megszerzett ismeretek további bővítése.

A szegregált életvitel felszámolását és a közösségi befogadást döntő mértékben a fogyatékos személyek lakóhelyének, és így az intézmények perifériális elhelyezkedésének megváltoztatása határozhatja meg. Az elszigetelt, városszéli nagyintézményi lakhatást felváltó településközponti elhelyezkedés jelentős mértékben befolyásolja az általunk vizsgált célcsoportok integrációjának eredményességét, mivel a lakhatás a fogyatékos személyek esetében fokozottan jelöli ki az önállóság, a foglalkoztatás és a személyes kapcsolatok kialakításában lévő mozgásteret. A foglalkoztatásnak, különösen a nyílt munkaerőpiaci elhelyezkedés lehetőségének és támogatásának kiemelt szerepe van az integratív szemléletben, hiszen ez a társadalmi rétegződésre is jelentős hatást képes gyakorolni. Mindezek alapjaiban határozzák meg a személyes érintkezési lehetőségeket a többségi társadalom tagjaival, ahogyan azt a Magyarország által is ratifikált CRPD egyezmény is megállapítja.

A további teendők meghatározásához jelen írás csupán egy eleme, kizárólag a társadalmi integráció felől közelítő aspektusa a fogyatékos személyek társadalmi helyzetét feltérképező kutatásoknak. Ezzel összhangban a fogyatékos személyek integrációját kitűző sikeres cselekvési terv kialakítása során egyrészt figyelembe kell venni a társadalmi megítélések beazonosítása mellett a fogyatékos személyek személyes tapasztalatainak becsatornázását és az érintettek hangjának „kihangosítását” is, másrésztől elengedhetetlen, hogy minden program a fogyatékos személyek élethelyzetének empirikus feltárásából származó eredményeket rendszerszemponitú elemzésekkel együtt értelmezze. Mindezt jól érzékelteti Ullmann Tamás, amikor állást foglal Axel Honneth és Nancy Fraser vitájában: „ha csak az elismerés hiányát tartjuk a problémák forrásának, akkor valójában egyoldalúan gondolkodunk a jelenlegi társadalmi viszonyokról, hiszen azt feltételezzük, hogy minden rendben lenne, ha az összes elismerésért küzdő csoport megkapná az őt megillető elismerést” (Ullman 2015). A fogyatékos személyek társadalmi integrációjának elősegítésére – a társadalom egészének érintettségéből kifolyólag, – nem tekinthetünk elszigetelhető ügyként, ezért a cselekvési programnak a többi alrendszerrel összehangoltan kell formálódnia.

Irodalom

- Alexander, L. A. - Link, B. G. (2003): The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12, 271–289. Elérhető: <http://www.brown.uk.com/stigma/alexander.pdf> doi: 10.1080/0963823031000118267
- Allport, G. (1954 [1979]): *The Nature of Prejudice*. Reading, MA : Addison-Wesley Pub. Co.
- Angermeyer, M. C. – Beck M. – Matschinger H. (2003): Determinants of the Public's Preference for Social Dis-

tance From People With Schizophrenia, *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 48 (10): 663–668. o. Elérhető: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370304801004> doi: 10.1177/070674370304801004

- Angermeyer M. C. - Matschinger H. (2003): Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38 (9): 526–534. doi: 10.1007/s00127-003-0676-6
- Angermeyer, M. - Matschinger, H. - Schomerus, G. (2013): Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*, 203 (2), 146–151. Elérés: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0918AB-F17D6C176F8D9BB3EBCE183CEC/S000712500006757Xa.pdf/attitudes_towards_psychiatric_treatment_and_people_with_mental_illness_changes_over_two_decades.pdf doi: 10.1192/bjp.bp.112.122978
- Ács A. - Mészáros J. dr. - Balogh Z. dr. (2020): Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a betegekkel szembeni attitűdjének vizsgálata. *Orvosi hetilap*. 161 (2) 56–66. <http://real.mtak.hu/107996/1/650.2020.31577.pdf> doi: 10.1556/650.2020.31577
- Bogardus, E. (1928): *Immigration and Race Attitudes*. Boston: Heath.
- Bourdieu, P. (2013[1983]): Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Angelusz Róbert – Gecser Ottó – Éber Márk Áron (szerk.): *Társadalmi rétegződés olvasókönyv*. TÁMOP 2010-201. ELTE, 156-178.
- Braun E. - Gazdag G. (2015): Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között *Psychiatria Hungarica*. 30. (1) 60-67.
- Buchman-Wildbaum, T. - Paksi B. - Sebestyén E. - Kun B. - Felvinczi K. - Schmelowszky Á. - Urbán R. (2018): Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: Has there been any change? *Psychiatry research*, 267, 73-79. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.051 Elérhető: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0010440X19300690?token=6D-C38AD132362AD76EB04BABA511A6B22D96DC7CD-BDC269163DB4C756825AD941D0ED59AB6AFF430B-1736FC9CDAD5FBF>
- Burge, P. - Ouellette-Kuntz, H. - Lysaght, R. (2007): Public views on employment of people with intellectual disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 29–37. Elérhető: https://wintac-s3.s3.amazonaws.com/topic-areas/ta_511/Burge-2007-Public-views-on-employment.PDF
- Corrigan, P. W. - Edwards, A. B. - Green, A. - Diwan, S. L. - Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27 (2), 219-225. Elérhető: <https://academic.oup.com/schi>

- zophreniabulletin/article/27/2/219/1871015?login=true
doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006868
- Crisp AH. - Gelder MG. - Goddard E. - Meltzer HI. (2005): Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds Campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4: 106-113. Elérhető: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414750/>
 - Chung, K. F. - Chen, E. Y. - Liu, C. S. (2001): University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *International journal of social psychiatry*, 47(2), 63-72. Elérhető: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.953.8640&rep=rep1&type=pdf>
doi: 10.1177/002076400104700206
 - Csepeli Gy. (2001): *Szociálpszichológia*. Budapest, Osiris Kiadó https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_szociálpszichologia/adatok.html
 - Elekes Zsuzsanna – Paksi Borbála – Lendvai Anna (2005): A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata. Kutatási beszámoló. Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja.
 - Enyedi Zs. – Fábíán Z. – Sik E. (2004): Nőttek-e az előítéletek Magyarországon? In (Kolosi Tamás - Tóth István György - Vukovich szerk.): Társadalmi riport 2004. Budapest, *Tárki*, 375-399. <https://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a809.pdf>
 - Fazel S. - Långström N. - Hjern A. - Grann M. - Lichtenstein P. (2009): Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA*. 301(19):2016–2023. Elérhető: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/183929> doi:10.1001/jama.2009.675
 - Fábíán Z. – Sik E. (1996): Előítéletesség és tekintélyelvűség. *Társadalmi riport 1996*, Andorka Rudolf, Kolosi Tamás, Vukovich György (szerk.). Budapest: Tárki, Századvég, 381–413.
 - Fraser, N. (2008[1995]): Az újraelosztástól az elismerésig? Az igazságosság dilemmái a poszt-szocializmus korában. In: Kende Anna, Vajda Róza (szerk.): *Rasszizmus a tudományban*. Napvilág Kiadó, pp. 337-387.
 - Goffman, E. (1981): *A hétköznapi érintkezés szociálpszichológiája*. Budapest: Gondolat Kiadó.
 - Goodyear, R. K. (1983). Patterns of counselors' attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 26 (3), 181–184. Elérhető:
 - Grausgruber, A. – Meise, U. – Katschnig, H. – Schöny, W. – Fleischhacker, W. W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(4), 310-319. https://www.researchgate.net/profile/Alfred_Grausgruber/publication/6450727_Patterns_of_social_distance_towards_people_suffering_from_schizophrenia_in_Austria_A_comparison_between_the_general_public_relatives_and_mental_health_staff/links/5f7d9c52a6fdccfd7b4cb7b0/Patterns-of-social-distance-towards-people-suffering-from-schizophrenia-in-Austria-A-comparison-between-the-general-public-relatives-and-mental-health-staff.pdf
doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00882.x
 - Harangozó J. – Reneses, B. – Brohan, E. – Sebes, J. – Csukly, G. – López-Ibor, J. – Sartorius, N. – Rose, D. – Thornicroft, G. (2013): Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *Int Journal of Social Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23788438/>
doi: 10.1177/0020764013490263
 - Hernandez, B. - Keys, C. - Balcazar, F. (2000): Employer attitudes toward workers with disabilities and their ADA employment rights: A literature review. *JOURNAL OF REHABILITATION-WASHINGTON-*, 66(4), 4-16. Elérhető: https://www.researchgate.net/publication/279655194_Employer_attitudes_toward_workers_with_disabilities_and_their_ADA_employment_rights_A_literature_review
 - Madeleine Abrandt-Dahlgren et Christian Ståhl (2018): Employers' views on disability, employability, and labor market inclusion: a phenomenographic study. *Disability and rehabilitation* 41 (24) 2910-2917. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2018.1481150>
 - Honneth, A. (1997): Integritás és megvetés. in Uő.: *Elismerés és megvetés. Jelenkor*, pp. 97-108.
 - Horner-Johnson, W., Keys, C., Henry, D., Yamaki, K., Oi, F., Watanabe, K., et al. (2002). Attitudes of Japanese students toward people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 365–378. doi: 10.1046/j.1365-2788.2002.00406.x
 - Huszár Ákos: Elosztás és elismerés. Nancy Fraser és Axel Honneth a kritikai társadalomelmélet újrafogalmazásáról. *Fordulat* 10. pp. 9-34.
 - Jorm, A. F. - Wright, A. (2008): Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *The British journal of psychiatry*, 192(2), 144-149. doi: 10.1192/bjp.bp.107.039404
 - Jorm, A. F. – Griffiths, K. M. (2008): The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118 (4), 315-321. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01251.x
 - Jorm, A. F. – Oh, E. (2009). Desire for Social Distance from People with Mental Disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (3), 183–200. Elérhető: doi: 10.1080/00048670802653349

- Kazantzis, N. - Wakefield, A. - Deane, F. P. - Ronan, K. - Johnson, M. (2009): Public attitudes toward people with mental illness in New Zealand, 1995-1996. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 15 (2), 74-91. Elérhető: <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=1405&context=hbspapers> doi: 10.1375/jrc.15.2.74
- Keller, T. (2009): "Magyarország helyzete a világ értéktérképén." *Társadalmi Riport 2010*, Budapest: Táarki 227-253. Elérhető: http://www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult_wvs_keller.pdf. Letöltve: 2020.12.16.
- Lau, J. T. F. - Cheung, C. K. (1999): Discriminatory attitudes to people with intellectual disability or mental health difficulty. *International Social Work*, 42, 431-444. doi: 10.1177/002087289904200405
- Lauber C. - Nordt C. - Falcato L. - Rössler W. (2004): Factors influencing social distance towards people with mental illness, *Community Mental Health Journal* 2004; 40: 265-74. https://www.researchgate.net/publication/8449234_Factors_Influencing_Social_Distance_Toward_People_with_Mental_Illness doi: 10.1023/b:comh.0000026999.87728.2d
- Likert, R. (1932): *A Technique for the Measurement of Attitudes*. *Archives of Psychology*, New York.
- Link, B. G. - Phelan, J. C. - Bresnahan, M. - Stueve, A. - Pescosolido, B. A. (1999): Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333. doi: 10.2105/ajph.89.9.1328
- Malim, T. - Birch, A. (1998): *Cognitive Development*. *Introductory Psychology* (First Edition, pp. 459-478). London: Macmillan press.
- McManus, J. L. - Feyes, K. J. - Saucier, D. A. (2011). Contact and knowledge as predictors of attitudes toward individuals with intellectual disabilities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 579-590. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0265407510385494> doi: 10.1177/0265407510385494
- Mick, D.G. (1996): Are studies of dark side variables confounded by socially desirable responding? The case of materialism *The Journal of Consumer Research*, 23, 2. 106-119. Morin, D. - Rivard, M. - Crocker, A. G. - Boursier, C. P. - Caron, J. (2013): Public attitudes towards intellectual disability: A multidimensional perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 279-292. doi: 10.1111/jir.12008
- Murray, H. A. (1971 [2005]): *Thematic Apperception Test*. Manual. Printed in the United States of America. Magyarul: Tematikus Appercepció Teszt (TAT). Kézikönyv. OS Hungary
- Nagata, K. K. (2007): The measurement of the Hong Kong-based 'Baseline Survey of Students' Attitudes toward People with a Disability': cross-cultural validation in Lebanon. *International Journal of Rehabilitation Research*; 30 (3), 239-241. https://journals.lww.com/intjrehabilres/Abstract/2007/09000/The_measurement_of_the_Hong_Kong_based_Baseline.9.aspx doi: 10.1097/MRR.0b013e3282ab9601
- Ouellette-Kuntz, H. - Burge, P. - Brown, H. K. - Arsenault, E. (2010): Public attitudes towards individuals with intellectual disabilities as measured by the concept of social distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 132-142. doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00514.x
- Pace, J. E. - Shin, M. - Rasmussen, S. A. (2010): Understanding attitudes toward people with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 152A, 2185-2192. doi: 10.1002/ajmg.a.33595
- Paksi Borbála (2003): *Drogok és felnőttek. A 18 év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan.
- Pongrácz K. (2015): Tanulók fogyatékossgal élő társakkal szembeni attitűdjének vizsgálata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 43. (4). Elérhető: http://epa.oszk.hu/03000/03047/00070/pdf/EPA03047_gyosze_2015_4_290-304.pdf
- Pongrácz K. (2017): Többségi tanulók fogyatékossgal élő társakkal szembeni attitűdjének vizsgálat. Elérhető: https://ppk.elte.hu/file/Pongracz_Kornelia_disszertacio.pdf
- Read, J. - Harré, N. (2001): The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'. *Journal of Mental Health* 10 (2) 223-235. Elérhető: https://www.researchgate.net/profile/John_Read14/publication/229283633_The_role_of_biological_and_genetic_causal_beliefs_in_the_stigmatisation_of_mental_patients/links/5cde985e299bf14d959ff315/The-role-of-biological-and-genetic-causal-beliefs-in-the-stigmatisation-of-mental-patients.pdf doi: 10.1080/09638230123129
- Saetermoe, C. L. - Scatone, D., - Kim, K. H. (2001): Ethnicity and the stigma of disabilities. *Psychology and Health*, 16(6), 699-713. doi: 10.1080/08870440108405868
- Schomerus, G. - Holzinger, A. - Matschinger, H. - Lucht, M., - Angermeyer, M. C. (2010): Public attitudes towards alcohol dependence. *Psychiatrische Praxis*, 37 (3), 111-118. o. DOI: doi: 10.1055/s-0029-1223438
- Schomerus, G. (2014): *The stigma of alcohol and other substance abuse*. In P. W. Corrigan (Ed.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (p. 57-72). American Psychological Association. https://www.researchgate.net/publication/258257099_The_stigma_of_alcohol_and_other_substance_abuse doi: 10.1037/14297-004
- Scior, K. (2011): Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in developmental disabilities*, 32 (6), 2164-2182. doi:10.1016/j.ridd.2011.07.005

- Sigelman, C. K. (1991). Social distance from stigmatized groups: False consensus and false uniqueness effects on responding. *Rehabilitation Psychology*, 36(3), 139–151. doi: 10.1037/h0079081
 - Sik E. – Simonovits B. – Szeitl B. (2016): Az idegenellenesség alakulása és a bevándorlással kapcsolatos félelmek Magyarországon és a visegrádi országokban *Régió*. 24. (2) p. 83.
 - Szabó É. - Németh R. - Náfrádi L. (2013): Egy új eljárás az attitűdök érzelmi aspektusának, valamint az attitűd tárgyak asszociációs kapcsolatainak vizsgálatára: a Semantic Selection Test -SST – bemutatása, online: https://www.researchgate.net/publication/267096797_Egy_uj_eljaras_az_attitudok_erzelmi_aspektusanak_valamint_az_attitud_targyak_asszociacios_kapcsolatainak_vizsgalata_a_Semantic_Selection_Test_-_SST_-_bemutatasa (letöltve: 2020.11.19)
 - Sztancsik V. – Máth J. – Pék Gy. (2017): Szkirozofréniával élők megbélyegzettségének mérése. *Alkalmazott Pszichológia* 17 (1) 41-57. http://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2017/10/AP_2017_1_Sztancsik_et_al.pdf doi: 10.17627/ALKPSZICH.2017.1.41
 - Tajfel, H. – Billig, M. G. – Bundy, R. P. – Flament, C. (1971): Social categorization and intergroup behaviour. *European journal of social psychology*, 1 (2), 149-178. Elérhető: <https://eclass.uowm.gr/modules/document/file.php/NURED262/%CE%A0%CE%A1%CE%A9%CE%A4%-CE%9F%CE%A4%CE%A5%CE%A0%CE%91%20%CE%91%CE%A1%CE%98%CE%A1%CE%91/Tajfel%20et%20al%20social%20categorization%20and%20intergroup%20behaviour%201971%20EJSP.pdf> doi: 10.1002/ejsp.2420010202
 - Thurstone, L. L. (1931): Rank order as a psychological method. *Journal of Experimental Psychology*, 14. sz. 187–201.
 - Ullmann T. (2015): Az elismerélméletek kontextusai és rejtett problémái. *Replika* (92-93): 39-50.
 - Verdes T. – Scharle Á. – Váradi B. (2012): Intézet helyett. A fogyatékos személyeket támogató szociálpolitika megújításának lehetséges irányairól. Budapest: Budapest Intézet – Társaság a Szabadságjogokért. https://tasz.hu/files/tasz/imce/2011/intezet_helyett_2012.pdf
 - Wang, J. – Fick, G. – Adair, C., – Lai, D. (2007). Gender specific correlates of stigma toward depression in a Canadian general population sample. *Journal of affective disorders*, 103(1-3), 91-97. Elérhető: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032707000110> doi: 10.1016/j.jad.2007.01.010
 - Wilson, M C – Scior, K. (2015): Implicit Attitudes towards People with Intellectual Disabilities: Their Relationship with Explicit Attitudes, Social Distance, Emotions and Contact. *PLoS ONE* 10 (9): e0137902. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137902> doi:10.1371/journal.pone.0137902
 - Yazbeck, M. - McVilly, K. - Parmenter, T. R. (2004): Attitudes toward people with intellectual disabilities: An Australian perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 15(2), 97-111. doi: 10.1177/10442073040150020401
 - Yucker, H. E. (1994): Variables that influence attitudes toward people with disabilities: Conclusions from the data. *Journal of Social Behavior & Personality*, 9(5), 3–22.
 - Yucker, H. E. - Block, J. R. – Young, J.H. (1970): The Measurement of Attitudes Toward Disabled Persons, Retrieved from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED044853.pdf>
-
- Felmérések, statisztikák**
- Február Harmadika Munkacsoport, 2019
 - KSH: A megváltozott munkaképességűek munkaerő-piaci helyzete 2011.
 - Központi Statisztikai Hivatal munkaerő felmérése. Budapest, 2012a
 - KSH: Munkaerő-piaci diszkrimináció. Statisztikai Tükör. 2012b. VI. Évf. (81.)
 - A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői, KSH, Mikrocenzus 2016
 - Special Eurobarometer 493. 2019
-
- Jogszabályok, törvények**
- ENSZ Egyezmény a Fogyatékosokkal élő személyek jogairól (CRPD): 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről (61/106 Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006. december 13.) <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700092.tv>. Letöltve: 2020.12.16.
 - **Kiváltási stratégia¹** a 1257/2011. (VII.21.) Kormányhatározattal elfogadott, a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról. <https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=A11H1257.KOR&targetdate=&printTitle=1257/2011.+%28VII.+21.%29+Korm.+határozat&getdoc=1> Letöltve: 2020.12.16.

1 A határozatot az 1023/2017. (I. 24.) Korm. határozat 3. pontja hatályon kívül helyezte 2017. január 25. napjával.

- Kiváltási koncepció 1295/2019. (V. 27.) Korm. határozat a fogyatékkal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2019–2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról. Magyar Közlöny, 2019. évi 89. szám (2019. május 27.)

Függelék

F1. táblázat: A célcsoportonkénti lineáris regressziós modellek
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)

	értelmi/ autista	mozgás-/ érzékszervi	pszichoszociális/ pszichiátriai	szenvedélybeteg
Az adott célcsoport regressziós modelljét alkotó változók és befolyásuk mértéke (β)	státusz ($\beta=0,147$)	régió ($\beta=0,124$) státusz ($\beta=0,102$)	régió ($\beta=0,243$) státusz ($\beta=0,196$)	régió ($\beta=0,261$) településtípus ($\beta=-0,181$) státusz ($\beta=0,1$)
A modell magyarázóereje (R)	,147	,142	,272	,245
Az elfogadás heterogenitásából megmagyarázott hányad (R ²)	2,2%	1,7%	7%	5,5%
A reziduálisok szórása, a regressziós egyenes illeszkedése (SE)	1,02	0,9	0,97	1,0
Multikollinearitás (MC>0,05)	-	-	MCstatus=,059	MCteltip=,270 MCstatus=,092

F2. táblázat: A különböző célcsoportokkal szembeni társadalmi elfogadás és a településtípus közötti összefüggés páronkénti összehasonlítása a célcsoportonkénti Games-Howell post-hoc tesztek alapján
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)

	értelmi/ autista	mozgás-/ érzékszervi	pszichoszociális/ pszichiátriai	szenvedély-beteg
Budapest megyeszékhely	.	.	-0,65877	-0,49816
Budapest város	.	0,098448	-0,36705	-0,27777
Budapest község
megyeszékhely város	0,281987	0,097097	0,291716	.
megyeszékhely község	.	.	0,506849	0,491807
város község	.	0,091015	.	0,271414

F3. táblázat: A pszichoszociális fogyatékos személyekkel szembeni elfogadás és az életkor összefüggése többszörös összehasonlítások mentén, Games-Howell poszt-hoc teszttel
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)

		A válaszadó életkora 6 kategóriában	Átlagos eltérés	Szig.	95% Konfidencia-intervallum	
Games-Howell	1 18-29 éves	2 30-39 éves	-,11678253	,928	-,4638108	,2302457
		3 40-49 éves	-,21351438	,578	-,5895095	,1624808
		4 50-59 éves	-,02402408	1,000	-,3835228	,3354746
		5 60-69 éves	-,27904629	,268	-,6529346	,0948420
		6 70 év felett	,13779739	,920	-,2620578	,5376526
	2 30-39 éves	1 18-29 éves	,11678253	,928	-,2302457	,4638108
		3 40-49 éves	-,09673185	,959	-,4261599	,2326962
		4 50-59 éves	,09275845	,956	-,2174336	,4029505
		5 60-69 éves	-,16226376	,713	-,4892452	,1647177
		6 70 év felett	,25457992	,316	-,1023220	,6114819
	3 40-49 éves	1 18-29 éves	,21351438	,578	-,1624808	,5895095
		2 30-39 éves	,09673185	,959	-,2326962	,4261599
		4 50-59 éves	,18949030	,608	-,1531427	,5321233
		5 60-69 éves	-,06553191	,995	-,4233177	,2922539
		6 70 év felett	,35131177	,096	-,0337078	,7363313
	4 50-59 éves	1 18-29 éves	,02402408	1,000	-,3354746	,3835228
		2 30-39 éves	-,09275845	,956	-,4029505	,2174336
		3 40-49 éves	-,18949030	,608	-,5321233	,1531427
		5 60-69 éves	-,25502221	,265	-,5953150	,0852706
		6 70 év felett	,16182147	,805	-,2071649	,5308079
	5 60-69 éves	1 18-29 éves	,27904629	,268	-,0948420	,6529346
		2 30-39 éves	,16226376	,713	-,1647177	,4892452
		3 40-49 éves	,06553191	,995	-,2922539	,4233177
		4 50-59 éves	,25502221	,265	-,0852706	,5953150
		6 70 év felett	,41684368*	,024	,0338733	,7998141
	6 70 év felett	1 18-29 éves	-,13779739	,920	-,5376526	,2620578
		2 30-39 éves	-,25457992	,316	-,6114819	,1023220
		3 40-49 éves	-,35131177	,096	-,7363313	,0337078
		4 50-59 éves	-,16182147	,805	-,5308079	,2071649
		5 60-69 éves	-,41684368*	,024	-,7998141	-,0338733

F4. ábra: Útmodell a pszichoszociális fogyatékos személyek elfogadása és az életkor összefüggésére
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)



F5. táblázat: A pszichoszociális fogyatékos felnőttek iránti elfogadás átlaga
a nemiség dimenziói mentén
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)

	N	Átlag	Szórás	95% Konfidencia-intervallum	
1 Férfi	387	,0897084	1,01985674	-,0121722	,1915889
2 Nő	411	-,0844564	,97464722	-,1789102	,0099974
Total	799	,0000000	1,00000000	-,0694521	,0694521

F6. táblázat: Az értelmi fogyatékos vagy autista személyekkel szembeni elfogadás
és az iskolai végzettség kapcsolata többszörös összehasonlítások mentén, Games-Howell poszt-hoc teszttel
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)

A válaszadó iskolai végzettsége 4 kategóriában			Átlagos eltérés	Szig.	95% Konfidencia-intervallum	
Games-Howell	1 Alapfokú, max.8 ált.isk.	2 Középfokú, érettségi nélkül	-,32908746*	,025	-,6283650	-,0298099
		3 Középfokú, érettségivel	-,35483877*	,013	-,6556406	-,0540369
		4 Főiskola, egyetem diplomával	-,29519682	,123	-,6401769	,0497833
	2 Középfokú, érettségi nélkül	1 Alapfokú, max.8 általános	,32908746*	,025	,0298099	,6283650
3 Középfokú, érettségivel		-,02575131	,988	-,2302033	,1787007	
4 Főiskola, egyetem diplomával		,03389064	,988	-,2323131	,3000944	
3 Középfokú, érettségivel	1 Alapfokú, max.8 általános	,35483877*	,013	,0540369	,6556406	
	2 Középfokú, érettségi nélkül	,02575131	,988	-,1787007	,2302033	
	4 Főiskola, egyetem diplomával	,05964195	,939	-,2082803	,3275642	
4 Főiskola, egyetem diplomával	1 Alapfokú, max.8 általános	,29519682	,123	-,0497833	,6401769	
	2 Középfokú, érettségi nélkül	-,03389064	,988	-,3000944	,2323131	
	3 Középfokú, érettségivel	-,05964195	,939	-,3275642	,2082803	

F7. táblázat: A társadalmi elfogadás alakulása az értelmi fogyatékos és/vagy autista célcsoporttal szemben az érintettség kategóriái mentén
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján; +: magas)

	Átlag	N	Szórás
0 Nem érintett	,0954468	601	,90442223
1 Érintett	-,2677379	206	1,17893411
Total	,0027117	807	,99376949

F8. táblázat: A társadalmi elfogadás alakulása a pszichoszociális fogyatékos célcsoporttal szemben az érintettség kategóriái mentén
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján; +: magas)

	Átlag	N	Szórás
0 Nem érintett	-,0438818	549	1,00420864
1 Érintett	,1342581	187	,97781097
Total	,0014080	736	,99991987

F9. táblázat: A pszichoszociális fogyatékos célcsoport jogaiból képzett átlagos index-pontszám az érintettség kategóriái mentén
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)

	Átlag	N	Szórás
0 Nem érintett	4,2665	481	3,64727
1 Érintett	5,2889	148	3,05938
Total	4,5068	628	3,54229

F10. táblázat: A szenvedélybeteg célcsoport jogaiból képzett átlagos index-pontszám az érintettség kategóriái mentén
(Saját számítás TÁRKI Omnibusz, 2019 alapján)

	Átlag	N	Szórás
0 Nem érintett	4,73	593	3,614
1 Érintett	6,12	203	2,439
Total	5,08	796	3,406

Diglics Márk

TEAM: BESZÁMOLÓ A TERÜLETI AUTIZMUS MUNKACSOPORT PILOT MODELLPROGRAMJÁRÓL

A modellprogramról

A "MONTÁZS – A fogyatékos személyek számára nyújtott szakmai és közszolgáltatások hozzáférhetőségének kialakítása, fejlesztése" elnevezésű projekt fő célja a célcsoport számára való szükségletspecifikus, rendszerszerű szolgáltatások fejlesztése és hozzáférhetővé tétele, javítva ezáltal életminőségüket, elősegítve önállósodásukat, valamint azt, hogy megvalósulhasson minél szorosabb társadalmi integrációjuk.

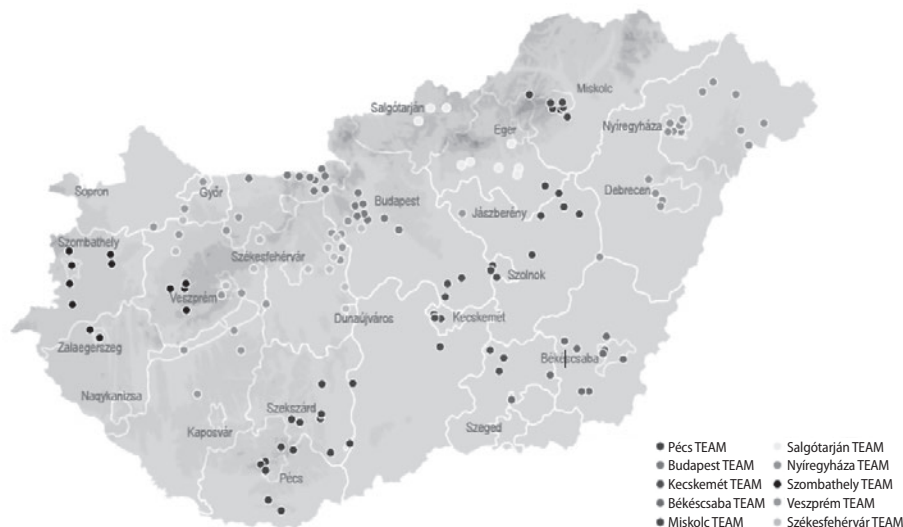
Az alábbiakban olvasható a MONTÁZS projekt keretei között, az 'Autista személyek ellátásának fejlesztése' munkacsoport (továbbiakban: autizmus munkacsoport) által kialakított TEAM modellprogram 2019. április1-től 2021. június 30-ig tartó működésének összefoglalója. A modellprogramról szóló adatokat az autizmus munkacsoport és a modellprogramról készült hatástanulmány szolgáltatja. A Területi Autizmus Munkacsoportok (TEAM) elsődleges feladata az autizmussal élő személyekkel foglalkozó intézményrendszer szakmai támogatása. A TEAM koncepció lényege, hogy az autizmus szolgáltatói szintű kezelését segítse elő, gyakorlati tudással megtámogatva annak intézményrendszerét. Ennek érdekében a TEAM szolgáltatások során érzékenyítő előadásokat, tanácsadásokat és konzultációkat tartottak a szakemberek.

A TEAM-ek modellidőszakának ideje alatt 10 munkacsoport létesült, kezdetben 25 szakemberrel, amelyek 2–3 megynként biztosították a szolgáltatás országos lefedettségét. A kitűzött cél az volt, hogy az ország bármely pontján működő, olyan intézményben, amelyben autizmussal élő személy él, dol-

gozik vagy tanul – különösen ideértve azokat a településeket és régiókat, ahol ilyen jellegű támogatás nem érhető el – lehetőség legyen szakmai tanácsadás igénybevételére. Az autizmussal élő személyek ezekbe az intézményekbe történő elhelyezését és a közösségekbe integrálását a különböző szakmai anyagok és módszerek terjesztésével és edukációjával kívánta elősegíteni.

A modellprogram célja az autizmus területén a földrajzilag és szakmailag is teljes lefedettség elérése volt. Ennek érdekében multidiszciplináris csoportokat állított fel az autizmus munkacsoport, így célozva meg a specifikus részterületeket. Egy TEAM-en belül a szakemberek az autizmus spektrum zavar különböző szegmenseihez való speciális hozzáértése mellett olyan támogató szakmai háttérrel rendelkeztek, melyen keresztül gyógypedagógiai asszisztens, gyógypedagógus segítségét is igénybe vehették, amennyiben erre szükség volt. A TEAM-ek összetételükben úgy lettek kialakítva, hogy ne csak bizonyos szegmenseket, korcsoportokat tudjanak ellátni, hanem – hasonlóan a multidiszciplináris megközelítés nemzetközi példájához (pl. Dillenburger at. all 2014) – kortól és a spektrum zavar jellegétől függetlenül tudjanak a TEAM-ek szolgáltatást biztosítani (Területi Autizmus Munkacsoportok Koncepció, 2019).

Az alábbi térképen látható a jelentkezők megoszlása. A rendelkezésre álló 10 munkacsoport biztosította az országos lefedettséget. A megkeresések sűrűsége és kiterjedtsége földrajzilag szorosan összefüggött a TEAM szakértők kapcsolati hálójának kiterjedtségével. A TEAM tanácsadók szakmai kapcsolatai határozták meg, hogy az oktatási rendszerből vagy szociális bentlakásos intézményből érkeztek a megkeresések.



1. ábra TEAM-szolgáltatásba jelentkezők megoszlása

Magyarországon a TEAM-ekhez hasonló működési forma az autizmus területén korábban nem volt jelen. A 2008. évi országos autizmusstratégia nyomán fogalmazódott meg egy segítő hálózat kiépítésének gondolata. Lévéen, hogy a TEAM-modellprogram az első kezdeményezés, amely a szervezeti egységen belül egy multidiszciplináris összetételre törekvő, országos program volt, így működésének kialakítása a legalapvetőbb szintektől indult. 2018. szeptember és 2019. március közötti időszakban zajlottak az induláshoz szükséges előkészületek, melynek nyomán megszülettek a szabályozási és működési rend dokumentumai. Ugyanezen időszakban történt meg a TEAM-tanácsadók rekrutációja és szerződte-tése.

A kezdeményezés pilot időszakában a szolgáltatás hirdete-tése és terjesztése volt az egyik fő feladata a tanácsadóknak. A cél az volt, hogy a TEAM-ek szakértői proaktív módon kliens-kört gyűjtsenek. Egyesével, több esetben személyesen keresték fel az adott intézményt, hogy ismertessék a szolgáltatás lehetőségeit és kialakítsák az együttműködést. A szolgáltatás híre proaktív népszerűsítés útján, a tanácsadók szakmai kapcsolati hálójának bevonásával terjedt el.

A Magyarországon 2020 és 2021 év elején tetőző COVID-19 járvány a modellprogram működését – hasonlóan más szegmensek mindennapjaihoz – teljes egészében átalakította. Az addig személyesen történő tanácsadások, érzékenyítések nem folytatódhattak, a bentlakásos intézmények bezártak, hasonlóan a szociális és oktatási intézményekhez. Az így kialakult helyzetben a szakemberek online és telefonos módon kényszerültek szolgáltatni. A nem várt körülményekre való tekintettel az autizmus munkacsoport, a projektvezetés engedélyével úgy döntött, hogy a tanácsadói szolgáltatást közvetlenül is kiterjeszti az autizmussal élőkre és családjaikra. Így a bezártságra kényszerülő családok számára, strukturált ügyeleti rendben, mentális és praktikus támaszt biztosítottak a tanácsadók, ezzel – amennyire a helyzet és a kapacitások engedték – tehermentesítve a rászorulókat.

2021 februárjától újra a rendes működési rend szerint működtek a TEAM-ek egészen a modellprogram végéig, kiegészítve a személyes tanácsadásokat az online és telefonos lehetőség opciójával.

Célok és megvalósulások

A TEAM-ek célmeghatározását érdemes lehet két részre osztani: úgynevezett törzscélokra és azokra, melyek a COVID-19 járvány idején bekövetkező kényszerhelyzetben születtek. A kezdeti cél egy – a fentiekben ismertetett – országos lefedettségű szolgáltatás kialakítása volt, mely tehermentesíti az autizmus ellátórendszerben működő intézményeket, és az autizmus szolgáltatói szektorban fellépő szakmai hiányosságok és szakemberhiány kiküszöbölésére vállalkozik. Mindezek mellett fontos célja és erénye volt a szolgáltatásnak, hogy minden korosztály érintettje számára igénybe vehető volt.

A magyarországi autizmusdiagnosztika és -ellátás sajátossága, hogy a hiányosságok mellett is jellemzően gyermekfókuszú, és kevésbé hangsúlyosak a felnőtt autisták számára nyújtott szolgáltatások. A modellprogramban kifejezetten olyan TEAM-ek alakultak, amelyek készen álltak mindenfajta szociális háttérrel és demográfiai jellemzővel rendelkező személy ügyében tanácsadói segítséget nyújtani.

A szakmai információnyújtás és a módszertani tanácsadás az érintett szereplők felé széles körben valósult meg. A gyakorlati segítségnyújtások mellett a tanácsadók workshopokat és előadásokat is tartottak. Az egyéni megkeresések esetén, lokális helyzetfeltárást követően, segítettek kialakítani a helyi stratégiát; szükség esetén esetmegbeszélést, tanácsadást, és konzultációt is tartottak. Amennyiben autista személyek vagy családtagjaik keresték fel a TEAM-et, információval látták el a jelentkezőt, továbbá keresték azokat a megoldásokat, amelyek segítségével az autista személyt ellátó intézmények és szakemberek kaphatnak segítséget. Fontos eleme volt a munkacsoport működésének az autizmussal kapcsolatos információk, módszertanok és szakmai kiadványok publikálása és terjesztése is.

Az országos lefedettség célját illetően megállapítható, hogy a 10 TEAM koncentrikus körei az egész országra kiterjedtek. A térképen látható megkeresések földrajzi fehérfoltjait valószínűleg az magyarázza, hogy nem volt eléggé kiterjedt a szakmai ismeretség hálója a térségben, vagy a szolgáltatás híre nem jutott el az érintettek köréhez az adott területeken, illetve az intézmények nem kívántak élni a lehetőséggel. Mindenesetre a tanácsadói modellprogram során egyetlen olyan eset sem volt, amikor, bármilyen okból, egy segítségkérő elutasításra került volna. Ha a TEAM-tanácsadók hatáskörén kívüli megkeresés érkezett (pl.: ellátásra vonatkozó jogszabályokkal kapcsolatosan), akkor a klienst az illetékes szervezet-höz irányították.

A TEAM modellprogram működésének indításakor a szisztematikus szakmai kapcsolatfelvétel volt az első lépés, értekezés és együttműködés kialakítása az autizmussal foglalkozó szervezetekkel, hogy az intézményi tanácsadás szegmensét adekvát, hatékony kooperációban fedhesse le a TEAM. Ezzel párhuzamosan a megalakuló TEAM-ek proaktív hirdetéskampánya is megkezdődött. Önállóan keresték fel az intézményeket és kínáltak a szolgáltatás keretében segítséget az érintettek számára. A jelentkezések elemzéséből, interjúkból és visszajelzésekből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az előzetes elgondolásnak megfelelően a proaktív népszerűsítés által jött létre a legtöbb együttműködés. A tanácsadók a saját szakmai kapcsolati hálójukat felhasználva kezdték kiépíteni a klientúrát, majd személyes látogatások keretében ismertették a szolgáltatást.

A jelentkezők koreloszlásán – értve ezen az intézményi jelentkezéseken keresztül közvetve, vagy a COVID-19 járvány idején közvetlenül jelentkezőket – az látszik, hogy jellemzően a fiatalabb korosztályokat sikerült elérni a szolgáltatással, miközben a szakmai felkészültség az életkorok teljes spektrumában lehetővé tette az autizmussal kapcsolatos szakmai tanácsadást. A megkeresések jellemzően oktatási és bentlakásos intézményekből érkeztek, így főként a fiatalabb autizmussal élők jelentek meg a szolgáltatásban. Pozitívum volt, hogy a szakemberek által nyújtott tanácsadások, érzékenyítések és tréningek olyan tanácsokat és gyakorlatokat biztosítottak, amelyek több szempontból tehermentesíteni tudták az említett oktatási intézményeket, illetve később, a járvány idején a családokat is. Az akkor jelentkező magatartás- és integrációs problémák jelentős részében előrelépés történt, köszönhetően az érzékenyítéseknek, konzultációknak, tanácsadásnak és a terjesztett szakirodalomnak.

Az idősebb korosztályokba tartozó autizmussal élők csekély számú jelentkezése mögött, vélelmezhetően az intéz-

ményi támogatottságuk hiánya fedezhető fel. Visszatérő tapasztalat más beszámolókból is, hogy „*az iskola befejezésével lényegében kiestek az ellátórendszerből*” az autizmussal élők (MASZK 2020, p. 9.).

A COVID-19 járvány következtében 2020-as évvel a mindennapok kihívásai és – a helyzethez igazodva – a célok is változtak, bővültek. Az országosan fokozódó átfertőzöttség és a járványügyi szabályok szigorítása következtében az autizmussal élők és családjaik is bezárkózni kényszerültek. Általában az autizmussal élők életszínvonalának emelése – mint a kezdeményezés egyik fő feladata/küldetése – evidens módon hozta magával a célt, hogy a világjárvány krízisében közvetlenül is segítséget nyújtson a modellprogram a rászorulóknak számára. A bezártsággal járó, fokozódó teher enyhítésének célja a TEAM klienskörében sikeresen megvalósult. Elérésnek módja elsősorban az online és telefonos tanácsadás volt, melyet az autizmussal élők szüleinek, hozzátartozóira is kiterjesztettek. Ez a későbbi működés során tartós része maradt a szolgáltatásnak.

Nem várt körülmény: COVID-19

A 2019-es áprilisi indulást követően egészen a Covid-19 járvány első hullámának tetőzéséig (2020 márciusig) az előre meghatározott keretek között működtek a TEAM-ek; a működési rendben addig bekövetkező változások mértéke csekélyebb volt. A járvány súlyosbodása miatt viszont márciustól, az addig normál működési rendben üzemelő szolgáltatás elemei, mint a tanácsadás, az esetmegbeszélések, szakirodalmi könyvek terjesztése szünetelni kényszerültek.

A mindannyiunk életére kiható járvány olyan nem várt körülmény volt a szolgáltatás életében, ami teljesen átszabta a modellprogram működését. Ebben az időszakban a szolgáltatással párhuzamosan a köznevelési és oktatási intézmények is átálltak az online oktatásra, amely fokozta a háztartások többletterheit. A bezártságban nőtt a feszültség, az autizmus terhe nem könnyített intézményi vagy egyéb szolgáltatói szegmens. Ezt mérséklendő született meg a döntés, hogy bővítsék azok körét, akik igénybe vehetik a TEAM-szolgáltatást és az intézményekről a magánszemélyekre is kiterjesszék a lehetőséget. Az egyeztetések során megszületett a tanácsadás online és telefonon történő folytatására tett javaslat, a vírushelyzetre való tekintettel így csökkentve a személyes találkozások számát. A változtatásoknak köszönhetően probléma esetén az otthon, szakmai oltalom nélkül maradó szülőknek, családoknak lehetőségük nyílt arra, hogy szaktanácsadó segítségét kérjék. A tanácsadóktól kért visszajelzésekben kiderült, hogy rengeteg szülő nagyon hasznosnak találta és örömmel fogadta ezt a lehetőséget.

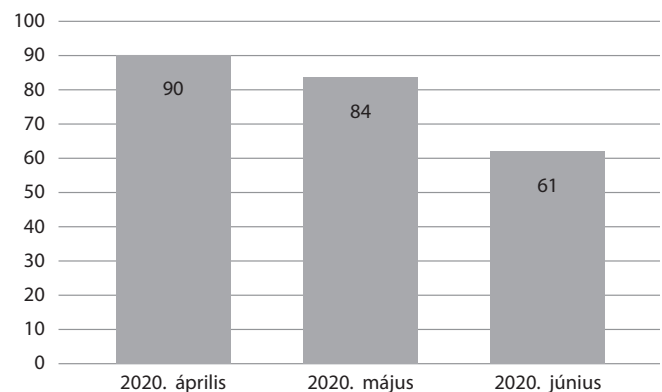
A járvány első tetőzésének ideje alatt (2020. március közepe) általánosan szünetelt mindennemű kliens és intézménylátogatás a szolgáltatást továbbra is igénylők számára a segítségnyújtás új formában valósult meg: a megoldás egy távügyeleti rend kialakítása volt, amelynek online regisztrációs felületén keresztül lehetett időpontot választani a tanácsadásra. Ekkor ügyeleti rendben fogadtak a tanácsadók klienseket, akiknek online videó-tanácsadást tartottak.

A regisztrációs felület, a felmerülő igényeknek megfelelően, nagyfokú egyszerűsítésen esett át, majd a direkt telefonos egyeztetésre is lehetőséget nyílt a szolgáltatásban. Az admi-

nisztratív oldal működése adekvátan ellátta feladatát, azonban a tapasztalat azt mutatta, hogy az amúgy is gondterhes és feszült helyzetben a krízisbe kerülő szülők számára – amint az egyik tanácsadó fogalmazott – „*ijesztő*” lehet egy új platform való eligazodás.

Az alábbi diagramon látható, hogy a kiterjesztés elérhetővé tétele és a COVID-19 járvány együttes hatásaként nagy számban érkeztek megkeresések a TEAM-ekhez. Már a kezdetektől fogva sikeres volt a kiterjesztés, nagy számban érdeklődtek szülők a szolgáltatásról. A sikeres átállás részben a szakemberek sok éves, olykor több évtizedes szakmai tapasztalatának köszönhető, melyet a területen szereztek. Később interjúk is készültek olyan szülőkkel, akik részt vettek a szolgáltatásban. Ezekben a beszámolókból mindannyian elégedettségükről adtak számot, valamint reményüket fejezték ki a tekintetben, hogy a szolgáltatást a továbbiakban is igénybe vehetik. Általános vélemény volt, hogy minden érintett család számára hasznos egy ilyen tanácsadói szolgáltatás a járvány időszakán kívül is. A szülők részéről érkezett visszajelzésekben megjelenő igény szerint szeretnék, ha állandó lehetőség lenne a tanácsadói szolgáltatás igénybevételére.

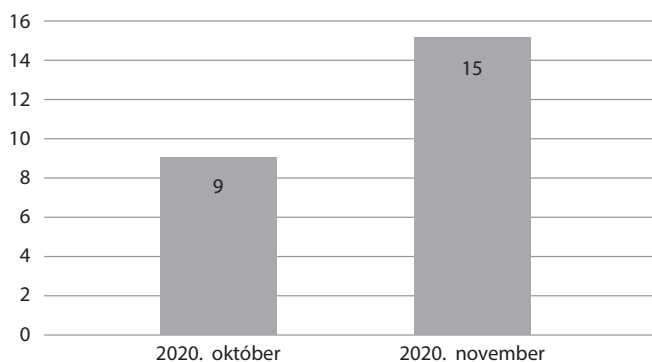
A kiterjesztés újszerűsége miatt, kezdetben jelentkeztek a legnagyobb számban újonnan szülők. Negyedév alatt 235 fő.



2. ábra A szülői jelentkezések első szakasza

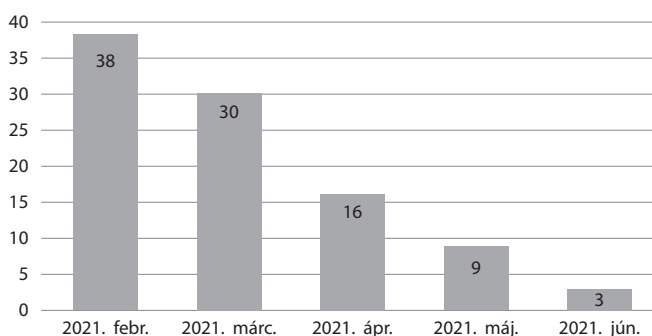
2020. júniust követően a járványügyi adatok javulásával és a hozzá kapcsolódó intézkedések enyhítésével párhuzamosan a TEAM modellprogramnál is megtörtént a visszaállás a rendes működési rendre. Így júniustól egészen októberig az eredeti, intézményi tanácsadás szolgáltatása zajlott.

2020. októbertől a COVID-19 járványügyi adatok romlása, valamint az újabb óvintézkedések miatt újra elérhetővé vált az egyéni, intézményfüggetlen szolgáltatás. Októberben és novemberben – amint az alábbi ábrán is látszik – 24 új jelentkező vette igénybe a szolgáltatást. Ekkor már – az online platformon történő bejelentkezést követően – telefonon lehetett időpontot foglalni a tanácsadásra. Ezt – amint a szakemberekkel készült interjúkból is kiderült – mind a kliensek, mind a szakemberek szerencsésnek találták, mert rugalmasan és közvetlenül tudtak konszenzuális időpontokat egyeztetni. Nem volt ritka, hogy kifejezetten késő délután vagy a kora esti órákban tartottak tanácsadást, mert a részmunkaidős szakemberek, valamint a főállásban dolgozó kliensek számára is így volt szerencsésőbb.



3. ábra A szülői jelentkezések második szakasza

A járvány további súlyosbodása következtében decemberben és januárban átmenetileg ismét szünetelni kényszerült a szolgáltatás. Februártól – amint alábbi grafikonon látható – újra üzemelt a tanácsadás, melybe a pozitív visszajelzések és tapasztalatok nyomán az intézmények mellé a szülők tanácsadásának lehetősége is tartósan bekerült. A tanácsadók és az Autizmus munkacsoport vezetésének véleménye is az volt, hogy a szolgáltatás klientúrájának ekképpen való, tartós kiterjesztése fontos segítség az érintett családok számára.



4. ábra A szülői jelentkezések harmadik szakasza

A fenti diagramon látható a harmadik, a tanácsadói szolgáltatás végéig tartó szülői jelentkezések turnusa. A folyamatos csökkenő tendenciának több oka is lehet. A szülők körében az intézményi zárások is fokozhatták a bizalmatlanságot. Valamint lehetséges, hogy azok a személyek, akiket a szolgáltatás népszerűsítésének eddig használt formáival (proaktív népszerűsítés, intézménylátogatások) el lehetett érni és kívántak is élni a lehetőséggel, már jelentkeztek a szolgáltatásba, így az újonnan jelentkezők száma lecsökkent.

Az online tevékenység hátránya a személyes jelenlét igénylő szakmai eseteknél mutatkozott meg. Ezeknél jellemzően nem volt kielégítő az alternatív szolgáltatási platform, így a járvány utánra tolódtott a szakmai munka. Olyan esetekben, amikor valamilyen problémával kapcsolatos tanácshoz szükség volt lokális ismeretekre, a tanácsadók a helyi kompetens kollégáikhoz tudták irányítani a klienseket. Mindazonáltal a tanácsadások sokasága valósult meg online, aminek köszönhetően olyan helyekre is eljutott a szolgáltatás, amely vagy a segítő vagy a kliens számára leküzdhetetlen távolságra volt.

A szolgáltatás átütemezésével és a szakmai kihívásokkal kapcsolatosan interjúk készültek a tanácsadókkal, akik közül

többen megjegyezték: korábban előfordult az intézményeknél, hogy elakadt, vagy egyáltalán nem jött létre a kapcsolat. Erre példa, amikor az intézmény vezetésének döntése miatt a TEAM-ekkel csak a szülőn keresztül léphetett kapcsolatba az intézményben dolgozó szakember. A kiterjesztésnek köszönhetően a szülőkön keresztül a pedagógusok is kapcsolatba tudtak lépni a tanácsadókkal.

A telekommunikációs platformok fő hátránya, melyről az interjúkban a tanácsadók beszámoltak az, hogy személyes kontaktus hiányában az esetek felmérése és az autizmus spektrum zavar diagnózisa magában hordozhat rejtett hibalehetőséget. Az ilyen közvetett felmérés hatékonysága – bármilyen felkészült és rutinos legyen is egy tanácsadó – mindig kissé kockázatos a pontosság és hatékonyság szempontjából; nem lehet teljes bizonyosság a tekintetben, hogy nincs valami a gyermek fizikai aktivitásában vagy környezeti ingereiben, amik pontosíthatnák a diagnózist.

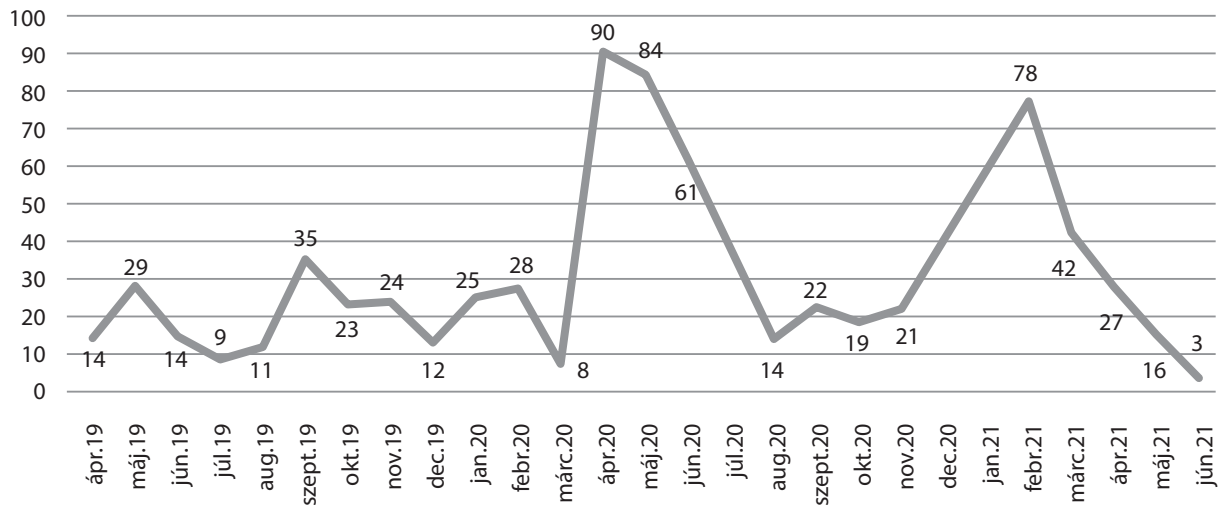
A tanácsadók közül többen megfogalmazták, hogy számos fejlesztőgyakorlat, vizuális segítség és eszköz közös készítése igényel személyes jelenlétet, ami biztosítaná, hogy azok megfelelő, jó minőségben készülnek el, illetve, hogy az eszköz esetleges hiányosságai helyben felmérhetőek és javíthatók. Ezért a személyes beavatkozást és/vagy személyes monitorozást igénylő esetekben sem tartják szerencsés választásnak az online formát.

A tanácsadókkal készült szakmai interjúk során minden tanácsadó beszélt arról, hogy gyümölcsöző lépésnek tartják ezt a változtatást. Az autizmussal élő személyek társadalmi integrációját az otthoni problémák kiküszöbölése, mérséklése nagymértékben elősegíti. A kiegyensúlyozott, rutinszerű mindennapok nagyban hozzájárulnak az autizmussal élők jóllétéhez, ennél fogva a személyes életükre és annak társadalmi vonatkozásaira is jótékony hatással vannak. Az ily módon feloldott feszültségek az intézmények számára a mindennapi működés normalizálását teszik lehetővé.

A szolgáltatás palettájára mint kiegészítő és alternatív együttműködési platformra, ténylegesen felkerültek a telekommunikációs lehetőségek. „Csupán” egy alkalmas eszköz (mobiltelefon, számítástechnikai gép) és internet-hozzáférés szükségeltetik hozzá. A feltételek megléte nyomán lehetőség nyílt egészen nagyfokú rugalmasságra: az elérhetetlen helyeken élők akár az ország másik felén tartózkodó tanácsadóval is konzultálhattak, mindössze szabad kapacitásra volt szükségük hozzá. Az időbeli rendelkezésreállást a tanácsadók rugalmasan kezelték, sokszor a munkaidő lejáta után, a délutáni, koraesti órák voltak a legalkalmasabbak a szülők számára, ez volt az az időszáv, amely az online térben mindkét fél részéről kölcsönösen kényelmesen, otthonról is elérhető volt.

A szolgáltatás számai

A TEAM – 2019 áprilisában induló – szolgáltatásába jelentkezők számában a projektre is kiható COVID-19 járvány és a hosszabbításokkal kapcsolatos bizonytalanság is megmutatkozik. Ha közelebbről megvizsgáljuk a jelentkezések havi megoszlását, azt láthatjuk, hogy az a közoktatási intézmények tanév-ciklusaival analóg módon mutat kiugrásokat. Az alábbi ábrán is látható, hogy a grafikon két legnagyobb mérvű kiugrása szeptember és február hónapokra esik, melyek a tanév kezdetének és a második félév kezdetének időszakai.



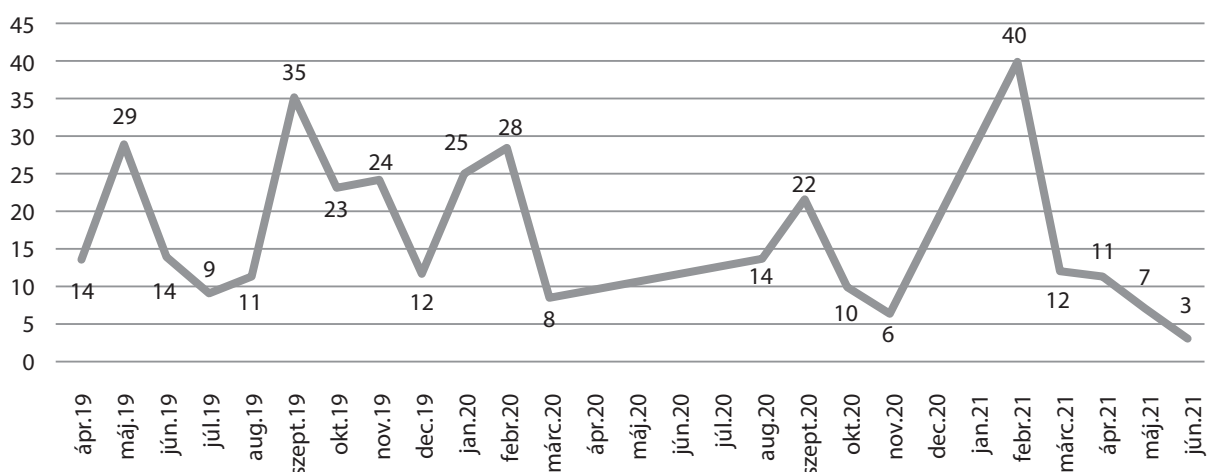
5. ábra A TEAM-ekbe érkező összjelentkezés

Mint a fenti ábrán látható, az iskolakezdés és az iskolai tanév második félévének kezdete (február) mutat kiugró jelentkezési adatokat, amikor a diákság körében az intézmények közötti legnagyobb mozgás fordulhat elő. Jellemzően ezek azok az időszakok a közoktatási és -nevelési intézmények számára, amikor újfajta, erősebb kihívások jelentkezhetnek egy újonnan az intézménybe érkező, autizmussal élő diák problémái kapcsán. Ezek az új helyzetek, amelyek konfliktusainak feloldását és általában az egész intézményi környezet érzékenyítését tették a TEAM-tanácsadók lehetővé a szolgáltatásokon keresztül. Várhatóan a terheléseloszlás a jövőben, amennyiben továbbra is közoktatási intézményekből jelentkeznek a kliensek többsége, az iskolai tanév ritmusához hasonlóan majd.

Az alábbi ábrán látható, hogy a fentebb ismertetett trendek kifejezetten az intézményi jelentkezések tekintetében rajzolódni ki. Ezzel szemben a civil szülők jelentkezésének szá-

mai sokkal inkább a krízisintervenciókhoz fűződő azonnali igények leképződéséeként értelmezhetjük. Látható, hogy 2020. október és november hónapjaiban az új jelentkezők száma csekélyebb, mint a korábbi időszakokban. Az interjúkban elhangzott beszámolók szerint a jelentkezések számára érezhető hatással voltak a vírusjárványhoz kapcsolódó zárások, valamint a modellidőszak folytatásának bizonytalansága is.

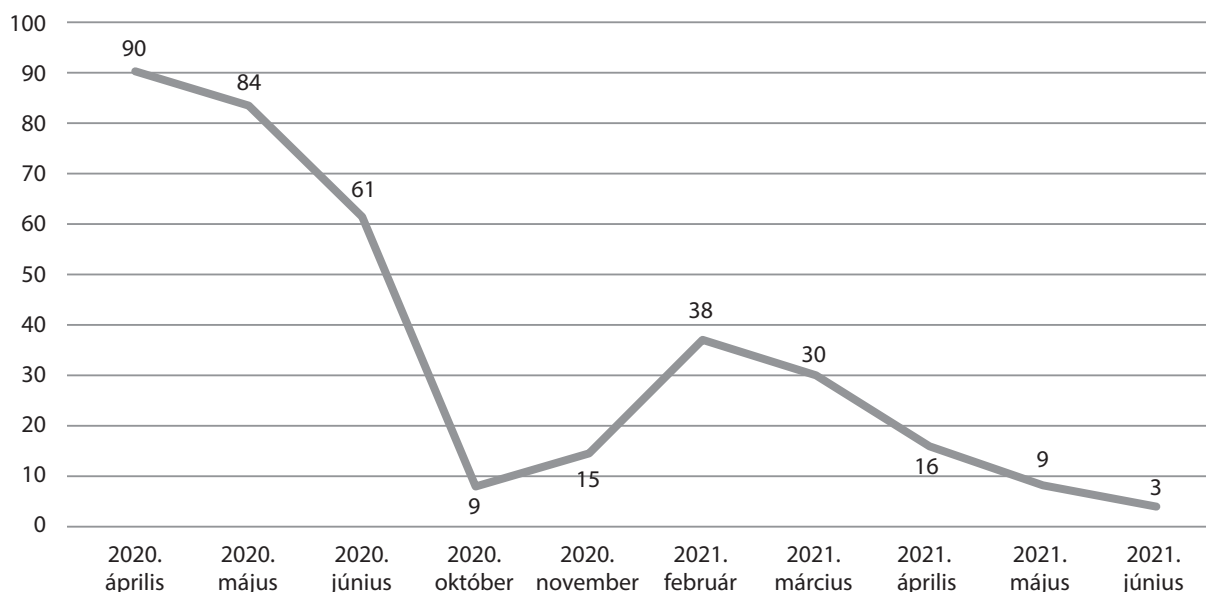
2020. június-október között, szinkronban a járványügyi helyzet enyhülésével, az eredeti működési rendre álltak vissza a TEAM-ek. Tehát intézmények és az autizmus szolgáltatói szférája vehette igénybe a tanácsadói szolgáltatást. Ezt követően pedig a modellidőszak a tervezett idejének végéhez közeledett, így november közepétől megkezdődött a modellprogram leállítás. Ekkortól nem is fogadtak több intézményi megkeresést a TEAM-ek, majd decembertől a szülők és hozzátartozók jelentkezési felülete is lezárásra került.



6. ábra Az intézményi jelentkezés a TEAM-szolgáltatásba

A fentiekből talán jobban érthető, hogy a kezdeti, nagyszámú megkeresést követően a szolgáltatás miatt esett vissza ilyen mértékben 2020 márciusától, valamint 2020 novemberétől. A hosszabbítás életbelépte után, februártól újra teljes körű szolgáltatás vehető igénybe, mind az intézményi, mind

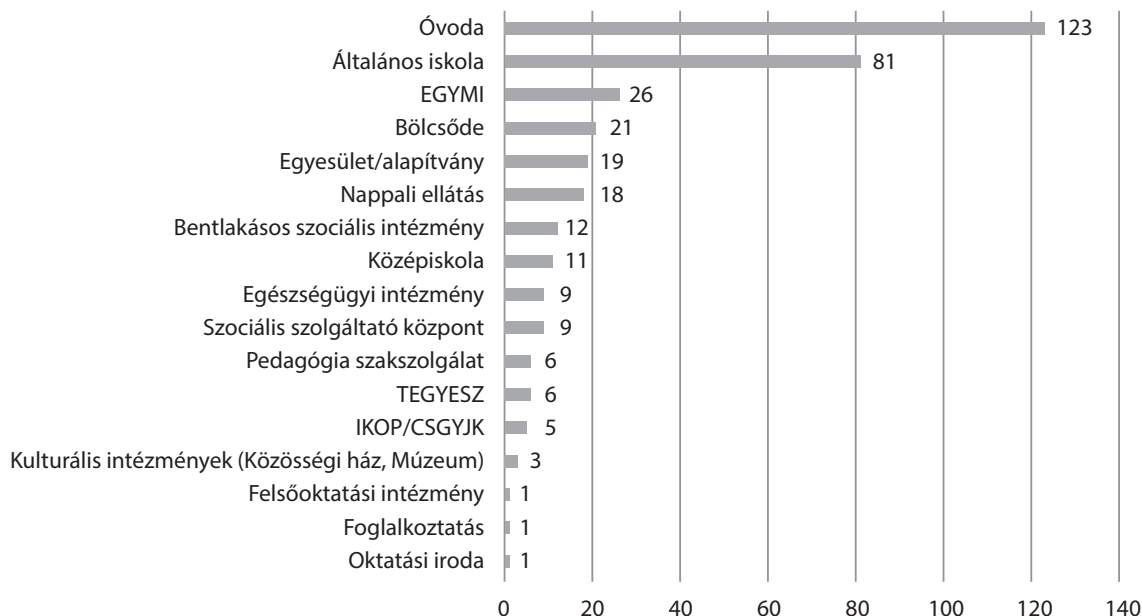
a szülői megkeresések tekintetében. Az újonnan jelentkezők számának folyamatos csökkenése mögött vélelmezhetően az áll, hogy a jelenlegi népszerűsítési módon a szolgáltatás „körbeért”.



7. ábra A szülői jelentkezések a TEAM-szolgáltatásba

A szakemberek a velük készült interjúkban elmondták, hogy véleményük szerint, folyamatos szolgáltatás esetén a kliensszámok növekedésére lehet számítani. Tapasztalatuk szerint a projekt meghosszabbításának kérdésessége, valamint a COVID-19 járvány okozta kétségek közvetve, vagy akár köz-

vetlenül bizalomvesztéssel is járhattak. A jövő szolgáltatását illető normatív működésnek köszönhető stabilitás várhatóan fokozni fogja a bizalmat a kliensek körében, amely több kliens elérésében mutatkozik meg.



8. ábra Jelentkezések a TEAM-szolgáltatásba 2019. április - 2021. június

Látható, hogy a legtöbb jelentkezés óvodáktól (123) és általános iskoláktól (81) érkezett, ezt követték az EGYMI-k (26 jelentkezés) és a bölcsődék (21 jelentkezés), majd az alapítványok és az egyesületek (19 jelentkezés) következtek. Az összejelentkezések több mint 70%-a fiatal- és gyermekkorú kliensekkel kapcsolatos. Az előbbi négy intézménytípus mellett a középiskolák, a pedagógiai szakszolgálatok a területi gyermekvédelmi szakszolgálatokkal együttesen a támogatói

szolgáltatást igénylők körülbelül 85%-a 18 év alatti személy. A szociális ellátást végző intézménytípusok aránya alacsony volt a modellidőszakban: összesen 18 nappali ellátást nyújtó, 12 bentlakásos szociális intézmény és 9 szociális szolgáltató központ intézménye jelentkezett. A fennmaradó jelentkezések, melyek csekély részét teszik ki az egész modellprogram alatt beérkezőknek, civil szervezetek, kulturális intézmények és családsegítő központok és egészségügyi intézmények voltak.

A szolgáltatásban is az az előre láthatónak mondható jelenség rajzolódik ki, mely szerint az intézményi támogatás az autizmus spektrumzavarral élők körében jellemzően gyermek és fiatalkorban van jelen nagyobb mértékben, köszönhetően az oktatási rendszernek (MASZK, 2020). A felnőtteket azonban töredék mértékben éri el az intézményi támogatottság. A felnőttkori ellátások hiányát az ELTE Autizmus Szakmódszertani Kutatócsoportja is „*az egyik legmarkánsabb problémának*” találja kvalitatív és kvantitatív kutatásaik tükrében (MASZK, 2020, p. 11). Becslésük és értékelésük szerint: „[...] *drámaian magas az inaktív (nem tanuló és nem dolgozó) autizmussal élő felnőttek száma (49%)*” (MASZK 2020, p. 9).

A megkeresések oka jellemzően valamilyen magatartás-problémából adódó integrációs zavar vagy nehézség volt. Az oktatási intézményekben általában a közösség életében való jelenlét és a társak közé való beilleszkedés problémája volt az alapkihívás az autizmussal élő gyermekeknél. A viselkedészavarokkal kapcsolatos segítség mellett a tanulásra való motivációra, megfelelő napirend és rutin kialakítására, új megközelítés és egyéni módszerek megszerzésére volt a legfőbb igény az érzékenyítő és informáló tanácsadások keretében. A kliensek igényeinek fő fókuszában a hiteles szakdiagnosztika állt. A beilleszkedéshez a megfelelő információk és szakmai ismeretek, szakirodalmak, módszerek átadásával nyújtottak segítséget a TEAM-tanácsadók.

Tapasztalatok hasznosíthatósága

A TEAM működés során szerzett tapasztalatok irányadóak a jövőre nézve. Sok tapasztalattal gazdagodtak a projekt résztvevői: a szakemberek rekrutálása és koordinálása, a szakmai alternatívák, melyek a projekt innovációját eredményezték (technikai újítás és online platformon történő szolgáltatás a COVID-19 járvány idején), a tanácsadók mobilitása, valamint a normatív működés tekintetében.

Szolgáltatás kiterjedtség és mobilitás

A TEAM-ek irányítása, amelynek eredményeként az országos lefedettséget biztosították, olyan koordinációs és szervezői tapasztalat, amelyet korábban, a pilot modellprogram előtt nem állt rendelkezésre. Magyarországon ilyen jellegű (országos kiterjedtségű, korosztály-független) szakmai támogatást nyújtó kezdeményezés korábban nem volt.

Az országos kiterjedtségű szolgáltatás vejejárója volt a tanácsadók utazási szükséglete. Ezek a munkavégzésekhez kapcsolódó utak 2019. április és 2020. március közepe között történtek, amely időszak után – a járványügyi helyzetre való tekintettel – a személyes konzultációkat az online szakmai tevékenység váltotta fel. A megkeresések a TEAM-szolgáltatás kliensei között valóban az ország egész területéről érkeztek. A legtöbb jelentkezés az ország középső részén, Budapestről, illetve Pest megyéből jött. A legkevesebb kliens Zala megyében, és Somogy megyében volt.

A tanácsadókkal készített interjúkból kiderül, hogy változatosan élték meg az utazás körülményét a megtett táv és időbeosztásuk függvényében. Az interjúkból megtudtuk azt is, hogy nagyon változatosak az utazásokkal kapcsolatos attitűdök. Alapvetően az interjúalanyok – vegyes – beszámolóit nyomán két csoportra oszthatjuk a válaszokat. A tanácsadók

egyik része soknak és terhesnek ítélte az utazási kötelezettségeket. A tanácsadók másik része számára az utazás és annak vejejárói, még akkor is, ha időben, vagy távolságban nagyobb-nak mondhatók, vállalhatók voltak és nem jelentettek problémát. Akiknek az utazás probléma volt, általában a távval, (a főállásuk miatt) az időbeosztással és az idő kiszámíthatóságával voltak gondjai. Mindazonáltal volt, aki úgy vélekedett, hogy akár 200 km-t is szívesen vállal, de csak olyan célállomás esetén, ahol az extrém táv kiszámíthatósággal, időbeli tervezhetőséggel párosul. Általánosságban elmondható, hogy ha az utazás több energiát és időt emésztett fel, mint maga a tanácsadás vagy érzékenyítés tevékenysége, akkor azt nem érezték kifizetődőnek.

Online tanácsadás

A fentebb már ismertetett járványügyi változások hozadéka volt, hogy távkommunikációs alternatívák kerültek a TEAM repertoárjába. A tanácsadókkal készült interjúkban arról számoltak be, hogy a maga korlátai között, megfelelő volt így a szolgáltatás. A körülményekhez képest ez egy jó lehetőség volt a családok számára. Az esetek egy kis részében fordult elő, hogy az internet stabilitása vagy okoseszköz hiánya akadályozta volna a szolgáltatást. Ezeket a helyzeteket is sikerült áthidalni valamilyen módon (például mobilitástervezéssel és telefonos konzultációval). A kényszerhelyzetet megelőzően az ilyen módon történő szolgáltatás nem volt hangsúlyos, hiszen autista személyek diagnózisa és viselkedésének vizsgálatához személyes jelenlét szükséges. Azonban – miként arról a tanácsadók is beszámoltak – bizonyos esetekben, melyeknél nem esszenciális pont a személyes jelenlét, a táv-tanácsadás a járványhelyzeten kívül is egészen hatékony kiegészítése tudott lenni a TEAM tanácsadásoknak.

Összefoglaló

Összességében a TEAM-szolgáltatás pilot modellprogramjának legfontosabb eredménye, hogy egy olyan országos szakmai hálózat alapkövét tette le, amely az autizmussal élők életét igazgató, támogató intézményi hálózat számára szakmai háttértámogatást nyújt. Az autizmussal élőkkel foglalkozó szakemberek (pedagógusok, szociális területen dolgozó szakemberek, intézményvezetők, stb.) számára az ország bármely pontján, ingyenesen igénybe vehető a szolgáltatás.

A modellidőszakban az intézmények és szakemberek által kitöltött visszajelző kérdőívek eredményei egyhangúan azt mutatták, hogy a szolgáltatást igénybe vevők köre érdemi segítségnek találta a tanácsadást, és meg volt vele elégedve. Leggyakrabban (1) autizmusról való tudásbővítésben, (2) szakmai-módszertani kérdésekben, (3) érzékenyítő szemléletformálásban és (4) konkrét esetmegbeszélések kapcsán igényelték a szolgáltatást a kliensek. A visszajelzések 90%-a teljes körű elégedettségről számol be, kifejezetten elégedettek voltak a fejlődéssel, eredménnyel. Az esetek közel negyedében volt olyan visszajelzés, hogy a ráfordított idővel nem voltak teljesen elégedettek, mind a rendszeresség, mind a szolgáltatásra fordított idő növelését üdvöznék. Megjelent – bizonyos esetek kapcsán, ahol a diagnózis indokolja – a hospitálás és a folyamatos kíséret igénye is. Az intézmények dolgozói körében a nyitott, pozitív hozzáállás volt a jellemzőbb,

aminek köszönhetően fejlődni tudtak. A TEAM-ek minőségi és érdemi munkát végeztek, mellyel az érintettek – pedagógusok, szociális segítők, kliensintézmények vezetői, szülők és a tanácsadók is – elégedettek voltak. Más nézőpontokkal és technikákkal bővült pedagógiai repertoárjuk, és így önbizalmuk is nőtt.

A TEAM modellprogram megvalósulásának eredményeként létrejött szolgáltatáshálózat fenntartására a normatív működtetést 2021. június 29-től a SZIN Nonprofit Kft. folytatja a jövőben. Így a szolgáltatás az intézményi kliensek és szülők számára egyaránt elérhető, biztos támpont marad, ahová kérdéseikkel, problémáikkal fordulhatnak.

.....

Felhasznált szakirodalom:

- Dillenburger, K., Rüdiger Röttgers, H., Dounavi, K., Sparckman, R. C., Keenan, M., Thyer, A. B., Nikopolous, Ch.: Multidisciplinary Teamwork in Autism: Can One Size Fit All?, 2014, Australian Journal of Educational and Developmental Psychology DOI:10.1017/edp.2014.13 online utolsó elérés 2021.07.29.: https://www.researchgate.net/publication/264547659_Multidisciplinary_Teamwork_in_Autism_Can_One_Size_Fit_All
- MTA- ELTE Autizmus Szakmódszertani Kutatócsoport (MASZK), szerk.: Ószi Tamásné, Vargáné Dr. Molnár Márta, Németh Vivien, 2020.: Hazai összkép az autizmussal élő személyek és családjaik helyzetéről, életminőségéről – MASZKOLATLANUL Online utolsó elérés: 2021.07.29.: https://maszk.elte.hu/tajekoztatok/MASZK%20kutatás_tajekoztato%20kiadvany.pdf
- MONTÁZS: Az autista emberek közszolgáltatásokhoz való hozzájutásának segítése a Területi Autizmus Munkacsoportok tevékenységén keresztül: A MONTÁZS projekt TEAM pilot modellprogramjának hatástanulmánya
- Területi Autizmus Munkacsoport Koncepció, 2019, online utolsó elérés 2021.07.29.: https://fszk.hu/wp-content/uploads/2019/04/TEAM-Koncepcio_Mar2019.pdf

Szerzőink

Diglics Márk

szociológus
kutatási menedzser (2020.10.15.-2021.06.29.)
Nemzeti Fogyatékosügyi- és Szociálpolitikai Központ

Farkas Péter

szociológus, teológus
főszerkesztő, tanácsadó
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

Horváth Zsófia

szociális munkás, okleveles szociálpolitikus

Jakubeczné Nagy Katalin

szociológus, kutató

Katona Krisztina

gyógypedagógus
vezető szakértő
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet,
Fogyatékosügyi Igazgatóság

Királyhidi Dorottya

gyógypedagógus
főtitkár, szakmai vezető
Siketvakok Országos Egyesülete

Kollár Sándor György

szociológus, kutató

Kovály Erzsébet

lelkész, mentálhigiénés szakember, szupervizor
egyetemi tanársegéd
Károli Gáspár Református Egyetem

Kristóf Pál

szociálpolitikus
módszertani intézményrendszer vezetője
Szent Ágota Gyermekvédelmi Szolgáltató

Kurucz Erika

szociológus, szociális munkás, kutató

Ökrösi Dóra

politológus, doktorandusz
ELTE Szociológiai Doktori Iskola
kutató
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

Dr. Simon Gabriella

pedagógus, mentálhigiénés szakember, szupervizor;
egyetemi oktató
Károli Gáspár Református Egyetem

Sziklai István

szociológus, szociálpolitikus; oktató, egyetemi adjunktus
ELTE Szociális Tudományok Intézete,
Szociálpolitikai Tanszék, Szociológiai Doktori Iskola

Vajda Kinga

szociális munkás, doktorandusz
SE Szociológiai Doktori Iskola;
módszertani szakember
Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet



Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet