

esély

2001/6

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

EURÓPAI SZEMMEL

- 3 Balogh András: Páriákból politikai entitás?

TANULMÁNYOK

- 18 Czike Klára: Önkéntesség – számokban
47 Csürke József: Társadalmi támogatottság mentén kialakuló konfliktusok az öngyilkosság megelőzésében

MAGYAR VALÓSÁG

- 58 Gyukits György: Betegjogi képviselet a kórházban
82 Lígeti György: Hátrányos helyzetűek az egyetemen

SZOCIÁLIS MUNKA

- 89 Fónai Mihály–Pattyán László–Szoboszlai Katalin:
Szociális munkások pályaképének néhány eleme
110 Koltayné Billédi Katalin: Főiskolai hallgatók
pályaszocializációs vizsgálata II.

CIVIL VILÁG

- 119 Szász Anna: A KESZ

BALOGH ANDRÁS

Páriákból politikai entitás?

A nemzeti kisebbségi kérdés a második világháború után

1945 és 1990 között világszerte olyan helyzet alakult ki, amelyben a nemzeti kisebbségi kérdések nemcsak hogy háttérbe szorultak, hanem e kisebbségekről éppen úgy nem illett tudomást venni, ahogyan Indiában a páriákról. Ha mégis beszélhetünk arról, hogy valamiféle álláspont kialakult a kisebbségekről, akkor azok a nemzetközi dokumentumokban találhatók. S miközben Kelet és Nyugat között ádáz harc dúlt, a nemzeti kisebbségeket illetően éppenséggel konszenzus alakult ki, abból kiindulva, hogy a nemzeti kisebbségek: destabilizáló tényezők; bizonytalan és általában kiszámíthatatlan trendek hordozói; a nagy nehezen kialakított status quo megbontásának eszközei; a terrorizmus táptalaját képezik; sorsuk a gyors integrálódás és az asszimiláció, és ezt a pozitív folyamatot elő is lehet, sőt elő is kell segíteni.

Az alábbiakban kísérletet teszünk arra, hogy vázlatosan összefoglaljuk, miért alakult ki ez a helyzet, s hogy mi történt valójában, és végül milyen fejlődés bontakozott ki a nemzeti kisebbségek státusának javítása érdekében.

A kérdéssel kapcsolatban az alábbi témaköröket érintjük:

1. A nemzettel kapcsolatos, történelmileg eltérő felfogások és nézetek közül azok diadalmaskodtak, amelyek a második világháború után a nemzetet és annak eszméit anakronisztikusnak és károsnak tartották – ezek közvetlenül hatottak a nemzeti kisebbségek helyzetének és perspektíváinak megítélésére.

2. A nemzetközi szervezetek különleges óvatossággal és kis hatékonysággal próbálták a nemzeti kisebbségek bizonytalanul megfogalmazott jogait meghatározni.

3. A nyolcvanas évek végén meginduló nemzetiségi ébredés egybeesett a bipoláris rendszer felbomlásával. 1990–1994 között a soknemzetiségű Szovjetunió, Jugoszlávia és Csehszlovákia szétesését követően viharos erővel törtek fel a nemzetiségi követelések. A nemzetközi szervezetek döntései és ajánlásai alapul szolgálhatnak a hatékony kisebbségvédelem számára.

4. Az elhúzódó balkáni válság közepette, a boszniai és koszovói

háború befejeztével talán jobbak az esélyek a kisebbségi kérdések egészének átgondolására.

I.

Az elmúlt két évszázadban a nemzeti eszmék jelentős, időnként meghatározó hatást gyakoroltak nemcsak a politikai döntésekre és a biztonságpolitikára, hanem a jogra, a kultúrára, a közigazgatásra és az oktatásra is. A nemzet fogalmának értelmezésében soha nem volt konszenzus, alapvető értékeit éles viták kísérték, születésétől fogva. Az eltérő megítélések oka abban rejlik, hogy a nemzeti tényező ereje és szerepe koronként változott, a nemzeti eszméket minden korszakban más és más társadalmi csoportok karolták fel, és más és más társadalmi csoportok maradtak távol ezektől vagy kezelték ellenségesen.

Európa különféle nemzeteinek viszonya azokhoz az állami keretekhez, amelyek között éltek, koronként és helyenként gyakran különbözött. Igen nagy változatosság fedezhető fel annak megfelelően, hogy egy-egy nemzet az adott államon belül uralkodó vagy alávetett szerepet játszott-e; hogy az egyes nemzetek a saját államuk létrehozására vagy fenntartására törekedtek, míg mások elviselhetetlennek érezték annak intézményeit és szétzúzásukra szövetkeztek. Ugyanígy teljesen eltérő volt az elmúlt két évszázadban Európa nemzeteinek és a nemzeti ideológiáknak viszonya az egyházakhoz és a vallásokhoz. A francia forradalom – amely a modern nacionalizmust felszínre hozta, magáévá tette és hódító útjára elindította – ateista volt. A hitleri Harmadik Birodalom nacionalizmusa ugyancsak vallásellenes volt, ugyanakkor az ír, a lengyel, a szlovák, a horvát és általában a balkáni nemzeti törekvések és nacionalizmusok szervesen összefonódtak a vallási tudattal és az egyházi szervezetekkel. Nem lehet általános érvényű igazságot kimondani a nemzetnek és a nemzeti eszméknek a polgárosodáshoz és a kapitalizmushoz való viszonyáról sem. Ezt jól kifejezik a piacgazdasághoz és a magántulajdonhoz köthető társadalmi rétegeknek az egymástól gyökeresen eltérő, koronként és földrajzi térségenként változó megnyilvánulásai. Míg a 19. század végi európai polgárság erősen támogatta a nemzeti eszméket, s olykor még a szélsőséges nemzeti törekvéseket is, később ez lényegesen megváltozott. A 20. század végén ugyanis a globalizáció folyamatának előrehaladtával a piacgazdaságban domináns szerepet betöltő erők határozottan szembekerültek az elmúlt időszak nacionalizmusával. A marxista teoretikusok hagyományosan az internacionalizmus talaján álltak, és többnyire antinacionalisták voltak, a kommunista gyakorlat viszont országoként és történelmi korszakoként igen különböző felfogásokat produkált. A második világháború utáni évtizedekben egyidejűleg lehetett tapasztalni szélsőséges nacionalizmusokat az egyes kommunista országokban, mint például Romániában vagy Koreában, míg más országokra, így az NDK-ra vagy Csehszlovákiára a nemzeti tényező szerepének ellenséges felfogása volt jellemző.

A világpolitika domináns erői a különböző történelmi korszakokban szintén nagyon eltérően ítélték meg a nemzeti törekvéseket és eszméket. A Szent Szövetség számára magától értetődően ugyanolyan fő ellenségnek számított a nemzet, a nemzeti szuverenitás, a nemzeti eszmerendszer, mint a republikanizmus, a demokratizmus és az antiklerikalizmus. A Szent Szövetség feudális és nem-nemzeti alapon szervezett államai rettegtek a nemzeti eszméktől, s a Szövetség valamennyi katonai lépése a nemzeti függetlenségre törekvő mozgalmak ellen irányult. A 19. század második felének Európájában viszont a nemzeti elv vitathatatlanul az események fő formálójává vált. A 19. század második felének legfontosabb folyamatait a német és olasz nemzeti egységtörekvések és az egységes nemzeti államok megteremtése képezte. Az első világháború utáni rendezés elve – amit persze kezdettől fogva a legdurvább módon megsértettek – az volt, hogy a birodalmak helyén létrejövő új államokat a nemzeti elv alapján hozzák létre.

Témánk szempontjából különösen fontos az első világháború utáni rendezés, hiszen a nemzeti elv érvényesítése Közép- és Kelet-Európában egyben a nemzeti elvvel való visszaélést is jelentette, és soha nem látott mértékben előtérbe került a nemzeti kisebbségi kérdés. Ez magától értetődő, hiszen ha az államok létrehozásának elvét a nemzeti hovatartozás jelenti, a nem-államalkotó vagy nem-domináns nemzet-hez tartozó nemzet kérdését valamilyen módon rendezni kellett volna. Ez azonban egyáltalán nem történt meg, jóllehet az első világháború utáni Európa lakosságának közel harmadát nemzeti kisebbségek alkották. A harmincas években a nemzeti elvet a nemzeti szocialista és fasiszta ideológiák, valamint a birodalomépítési törekvések sajátították ki. Ezek az irányzatok a nemzeti ideológiákat a rasszizmussal kapcsolták össze. A második világháború időszakának antifaszizmusa viszont nagyon sok esetben olyan elveket állított középpontba, mint a nemzeti szuverenitás és a nemzeti önrendelkezés, s így a nemzeti elv nagyon erősen összefonódott az antifasiszta és demokratikus törekvésekkel, Franciaországtól a Balkánig.

A második világháború után kialakuló bipoláris rendszer, amely a 20. század második felének nagyobbik részét uralta, teljes egészében antinacionalistának tekinthető. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a bipoláris időszak kimondva vagy kimondatlanul minden, a múltban és a későbbiekben elkövetett, emberellenes vagy társadalomellenes cselekedetért a nemzeti elvet tette felelőssé. Ez azt is jelentette, hogy a nemzeti kisebbségi kérdések háttérbe szorultak, és a nemzeti kisebbségekre mint az instabilitás forrásaira tekintettek.

De mi volt az oka annak, hogy az 1945 és 1990 között uralkodó bipoláris rendszer időszakában a nemzettel kapcsolatban egyértelműen az elutasító magatartás dominált? Feltehetően több ok egymást erősítő hatásáról van szó. Az egyiket kétségtelenül a faszizmus és a második világháború tapasztalatai képezik. A nemzetközi közvéleménybe ugyanis mélyen beleivódott az, hogy a második világháborút kirobantó hatalmak erőteljesen éltek és még erőteljesebben visszaéltek a nemzeti törekvések felkarolásával. Másodszer, az elutasítás okává

vált maga az a tény is, hogy a szuperhatalmak nem nemzetállamok voltak, és hogy pusztán létük a nemzeti és különösen az etnikai elvetésén és tagadásán nyugodott, ami akár önmagában is magyarázatát adhatná a nemzettel kapcsolatos gyanakvó, sőt kifejezetten ellenséges attitűdjüknek. Harmadszor, a bipoláris rendszer egész működése is ebbe az irányba hatott, nevezetesen az, hogy az egyes szuperhatalmak olyan szövetségi rendszereket működtettek, amelyek tagjainak nemzeti érdekérvényesítése a szövetségek működőképességét kérdőjelezte volna meg. Negyedszer, nem csekély szerepet játszottak az ideológiai megfontolások és értékek. A Nyugaton domináns liberális és a Keleten egyeduralmú marxista felfogás egyaránt erőteljes antinacionalizmust képviselt, és a politikai gyakorlat a nemzeti törekvéseket – hacsak nem találta a másik fél gyöngítésére alkalmas tényezőnek – határozottan elvetette.

Magától értetődő, hogy a nemzeti kisebbségek teljes egészében osztoztak a nemzeti elvetésének következményeiben. Visszatérő elemként jelent meg a kisebbségekkel kapcsolatos elutasító magatartás indoklásaként az a hely és szerep, amelyet a német nemzeti kisebbség kapott a Harmadik Birodalom törekvéseiben. Ez ürügyül szolgált arra, hogy a későbbiekben a kisebbséget afféle ötödik hadoszlopnak tekintsék.

A kisebbségi kérdést nem pusztán háttérbe szorították, hanem egyúttal békebontónak és a nemzetközi stabilitás tehertételének is tekintették a kisebbségeket, s ráadásul az átmeneti és a gyorsan eltűnő jelenség bélyegét sütötték rá. Európa valóban csaknem eltüntette kisebbségeit, és ennek a folyamatnak az igenlésében és gyorsításában Európa nyugati fele legalább annyira jeleskedett, mint a keleti. Ma Európa lakosságának csak mintegy 10 százaléka tartozik nemzeti kisebbségekhez.

A második világháború éveiben a 6 millió zsidó származású, különböző nemzetiségű állampolgár fizikai megsemmisítése, a többiek diszkriminálása és üldözése, a tatárok, csecsenek, koreaiak és mások megtizedelése és kiűzése, a háború utáni években a magyarok és németek elleni atrocitások és tömeges kitelepítések, a baltiak, ukránok és moldáviaiak elleni durva fellépések és deportálások jellemezték a nemzeti kisebbségekkel kapcsolatos politikát. Az egész európai földrészen felgyorsult a nemzeti kisebbségek beolvastási folyamata. Ezt a folyamatot egyrészt nyílt erőszakkal ösztönözték (példa erre a kisebbségekhez tartozók megfosztása állampolgári jogaitól Csehszlovákiában, a negyvenes évek végén; a települések etnikai jellegének megváltoztatása politikai okokból Erdélyben, Szlovákiában, a Vajdaságban és a balti államokban; a kisebbségi nyelvhasználat korlátozása az egész kontinensen Katalóniától Elzászig; a kisebbségek pusztán létének tagadása Bulgáriában, Törökországban, Görögországban és másutt), másrészt ezt az ún. természetes asszimiláció is erősítette – bár ezzel kapcsolatban is szükséges megjegyezni, hogy az asszimiláció mértékét és gyorsaságát döntően befolyásolta a mindenütt jelenlévő kisebbségellenes légkör. A szovjet birodalomban, főleg a hatvanas évekig, az eloroszosítás tendenciái voltak meghatározóak. 1945 és

1990 között – vagyis egy olyan korszakban, amely saját magát antinacionalistának tartotta – tudatosan vagy ösztönösen, kimondva vagy kimondatlanul egész Európában a homogén nemzetállam megteremtése zajlott. Ennek a folyamatnak a részeként, egyben reakciójaként vált általánossá a baszkok, bretonok, ír katolikusok szűnni nem akaró, és végül az eredménytelenség folytán a terrorizmusba forduló tiltakozási mozgalma. A második világháború után tehát Keleten és Nyugaton egyaránt általános elvvé vált az antinacionalizmus, amely nem egyszerűen szuperhatalmi érdekeket szolgált, hanem az egyes államok integritását és nemzeti jellegét is hangsúlyozta, és ennek következtében már az egyébként humanista alapállású megfigyelők is hajlamosak voltak és hajlamosak arra, hogy kisebbségeket beolvasztani akaró államokkal szemben magukat a beolvasztási politikát ellenző kisebbségeket nevezzék nacionalistának. A nemzeti kisebbségek megítélése olyannyira negatívvá vált, hogy még a hidegháború legrosszabb éveiben sem volt sok jele annak, hogy az egymással viaskodó és egymás létét felszámolni kívánó blokkok különösebben szoros kapcsolatot alakítottak volna ki ellenfelük kisebbségeivel.

II.

Sajnálattal kell megállapítani, hogy megalakulásakor az Egyesült Nemzetek Szervezete, amikor az emberi jogok és a demokrácia követelményeit – igaz, kompromisszumokkal – előtérbe állította, nemcsak hogy nem foglalkozott kisebbségvédelemmel, hanem még a nemzeti kisebbség fogalmát sem ismerte el. Az ENSZ alapítói kellő mélységgel és tisztességgel foglalkoztak a rasszista alapú diszkrimináció kérdéseivel, de nem érzékelték, hogy az erőszakos asszimiláció éppen olyan károkat okoz, mint a diszkrimináció. Nem vették észre, hogy a rasszista diszkrimináció és az egyes közösségek nyelvi, kulturális és egyéb értékeiktől való megfosztása ugyanannak az embertelen politikai és eszmei törekvésnek a két egymással összefonódó ága.

A rasszbéli megkülönböztetés elutasításában és elítélésében kevés helyet kapott a nemzeti alapú megkülönböztetés kérdése. Ami a kisebbségi kérdéseket illeti, nem jött létre a szükséges differenciálás a különféle jellegű kisebbségek között, így a nemzeti kisebbségek ügye teljes mértékben összemosódott a másfajta gyökerű és az egyéb, a kisebbségeket sújtó megkülönböztetésekkel.

Az Egyesült Nemzetek Szervezete közvetve, az emberi jogok érvényesítésén keresztül nagyon sok olyan alapelvet elfogadott, ami hivatkozási alapot jelenthetett a nemzeti kisebbségek számára is. Ám az a tény, hogy az Egyesült Nemzetek Szervezetében semmiféle nemzeti kisebbségvédelmi elképzelés nem jutott kifejezésre, mindenképpen visszalépést jelentett a Nemzetek Szövetségének idevágó elképzeléseihez képest is. Az első olyan nemzetközi dokumentum, amely a kisebbségek számára némi támpontot jelenthetett, az Európa Tanács által 1950-ben elfogadott, Az Emberi Jogok és Alapvető Szabadság-

jogok Európai Egyezménye címet viselő dokumentum. Ez az egyezmény kétségtelenül nagy jelentőségű annyiban, amennyiben mindenki számára biztosítja azokat az emberi jogokat, amelyeket jól lehet definiálni. Vagyis a dokumentum megfogalmazza a gondolat-, a lelkiismeret-, a vallás- és a szólásszabadság, valamint a békés célú gyülekezés jogának követelményét. A megkülönböztetések felsorolása azonban nyilvánvalóan hiányos. Ugyanakkor (nagyon helyesen) szól a nemre, rasszra, bőrszínre, vallásra való különbség nélküli egyetemes jogokról, és állást foglal amellet, hogy a politikai véleménykülönbségek vagy a vagyoni helyzetben fennálló különbségek nem akadályozhatják a szabadságjogok gyakorlását, s hogy a nemzeti vagy társadalmi származás szerinti megkülönböztetés elfogadhatatlan. A mindenki számára biztosított emberi jogok, amelyeket a 14. cikkely tartalmaz, kiegészülnek a 25. cikkelyben egy olyan fogalommal, amely előrelépést tesz lehetővé. Ez a fogalom az „egyének csoportjai”. Az Európa Tanács elfogadott dokumentuma ugyan megkerüli „a nemzeti kisebbség” kifejezést és nem emeli be a kollektív jogokat, de önmagában annak felfedezése, hogy az emberi jogokat időnként nem egyszerűen egyének, hanem azok csoportjai gyakorolják, elméleti áttörést jelentett. Mindazonáltal „az egyének csoportjainak” juttatott jog rendkívül halvány, s abban merül ki, hogy a szóban forgó csoportok petíciót nyújthatnak be az Emberi Jogok Európai Bizottságának. Mindenesetre előrelépés az, hogy – az ENSZ-től eltérően – a „kisebbség” kifejezést használja az Európa Tanács dokumentuma. Ennek szellemében az említett egyezmény kimondja, hogy „joga van az egyének egy csoportjának azt állítani, hogy az emberi jogok megsértésének áldozata”¹.

Az Európa Tanácsnak ez az 1950-ben elfogadott egyezménye sajnálatos módon nem vált egy kisebbségvédelmi jogfejlődés nyitányává. Igen hosszú időnek, több mint 10 évnél kellett eltelnie ahhoz, hogy az Európa Tanács ismételten foglalkozzék a kérdéssel. Az egész bipoláris rendszer, annak fő alkotórészei ugyanis a hidegháború legkilátástalanabb éveiben is teljes egészében fenntartották gyanakvásukat és ellenszenvüket a nemzeti, és ennek részeként a nemzetiségi jogok és érdekek elismerését illetően. Az egyetlen kivételt a nemzetközi politikai életben az újonnan felszabadult, egykori gyarmati országokhoz való viszony jelentette. Ez teljesen érthető, hiszen a gyarmati uralom alóli felszabadulás nemzeti felszabadulást is jelenthetett, és a felszabadító mozgalom, a függetlenségért küzdő és azt kivívó nemzet és annak politikai kerete, a nemzeti állam fogalma elméletileg is egybe mosódtak. A volt gyarmati országokra vonatkozóan általában mindkét nagyhatalom és a szövetségi rendszerükhöz tartozók is tudomásul vették azt a fikciót, amely szerint a felszabadulás pillanatától – bármilyen szinten is álljon a társadalom – a gyarmatosítás időszakában kialakított államhatárokon belül élők egy nemzet tagjainak tekintik. Ez a felfogás kétségkívül visszament az angol és francia nemzetfelfo-

¹ The European Convention on the Human Rights and Fundamental Freedoms. Rome, 1950. nov. 4.

gás koncepciójához, és természetesen megfelelt annak az igénynek is, hogy viszonylag szilárd kereteket teremtsenek az egyébként rendkívül ingatag gazdasággal és társadalmi szerkezettel rendelkező országokban. Mindenesetre figyelemre méltó az, hogy a függetlenség kivívásában vagy elnyerésében érdekelt, szűkebb vagy szélesebb társadalmi csoportok, magukat nacionalistáknak tartva, teljes egészében elfogadták, hogy új nemzeteik azonosak az állami keretekkel. Ebből az is következett, hogy a nemzeti kisebbségi kérdések immár globálisan, Ázsia és Afrika hatalmas területén is, teljes egészében háttérbe szorultak. A nemzeti kisebbségek a törékeny, fennmaradásukért küszködő, általában igen gyenge gazdasággal rendelkező, és esetleg az éppen most megteremtődő identitás nehézségeivel küszködő új államok számára kifejezetten a széthúzásnak, az ellenséges nagyhatalom vagy szomszéd ország eszközeinek tűntek. Sajnálatos módon azok, akik valamilyen okból szemben álltak a volt gyarmati országokkal, többnyire a volt gyarmattartók, csak akkor változtattak a nemzeti kisebbségek kérdésében mutatott teljes közönyükön és ellenszenvükön, amikor a számukra ellenségesnek tűnő országban a kisebbségeket saját céljaikra lehetett felhasználni. Ez jól megfigyelhető volt az olyan esetekben, mint Ciprus, India, Vietnam, Algéria. Ezekben az országokban a kisebbségi jogok kérdése teljes egészében egy olyan nagypolitikai-stratégiai játszma részeként vetődött fel, ami végső soron egyáltalán nem segítette a kisebbségi kérdés iránti szimpátia felkeltését.

A nemzeti kisebbségek pozitívabb megítélését segítő előrelépésre – szintén az Európa Tanács jóvoltából – csak 1961-ben került sor. Az Európa Tanács 285. számú ajánlása igen lényeges gondolatokat fogalmazott meg azokkal a korlátokkal kapcsolatban, amelyek a bipoláris időszakban végig fennálltak: „Azoktól a személyektől, akik egy nemzeti kisebbséghez tartoznak, nem lehet megtagadni a jogot, hogy csoportjaik más tagjaival együtt, és a közrenddel összefüggő módon ápolhassák saját kultúrájukat, használhassák saját nyelvüket, létrehozhassák saját iskoláikat és az általuk választott nyelven részesüljenek oktatásban, továbbá, hogy megvallhassák és gyakorolhassák saját vallásukat.”² Látható tehát, hogy a második világháború befejezése után másfél évtizednek kellett eltelnie ahhoz, hogy viszonylag egyértelműen megfogalmazzák legalább az ajánlás szintjén azt, hogy bizonyos jogokat csak kollektíven, ahogyan az ajánlás fogalmazza, a „csoport más tagjaival együtt” lehet gyakorolni. Ez nyilvánvalóan egyaránt érvényes a nyelvhasználatra és a vallásgyakorlásra. Nagy érdeme ennek az ajánlásnak, hogy együtt kezeli az egyébként nem egészen, és normális körülmények között talán egyáltalán nem összetartozó nemzeti kisebbségi és vallási kérdéseket. Itt annak a felismerése és elismerése jött létre, hogy több, megkülönböztetés áldozatává vált nemzeti kisebbség számára a vallási szervezetek jelentettek bizonyos védelmet, különösen ott, ahol egy-egy nemzeti kisebbség egy-egy vallásközösséggel erőteljesen összefonódott. Itt is figyelemre méltó az, hogy nem nemzeti kisebbségekről szól az ajánlás, hanem nemzeti kisebbségek-

2 The Council of Europe. Recommendation N° 285. 1961.

hez tartozó személyekről, tehát még mindig érvényesült azoknak a politikai erőknél az álláspontja is, amelyek nem voltak képesek elfogadni a nemzeti kisebbségeket önálló entitásként.

A következő korszak sem hozott lényeges változást a nemzeti kisebbségek jogállásának javulását illetően. A Helsinkiben elfogadott dokumentumok elsődleges célja a két szuperhatalom és szövetségesei közötti status quo szentesítése, és a kötelezettségvállalás kinyilvánítása ennek fenntartására. A Záróokmány nem tartalmazott olyan új elemet, amely egy demokratikusabb kisebbségi koncepció kialakulását segítette volna.

A Helsinkiben elfogadott, széles körben ismertté vált tíz elv többsége az európai államok határai stabilitásának elismerését és az államok területi integritásnak elvét ismételte.³ Nem vitás, hogy az elfogadott dokumentumok szelleme azt sugallta: a nemzeti kisebbségek ügyének bármiféle erőteljesebb felvetése zavarná az európai stabilitást. Ez az egyetlen magyarázat arra, hogy a nemzeti kisebbségi jogok Helsinkiben teljesen háttérbe szorultak.

A Helsinkiben megalapozott EBEÉ-folyamat egészen a bipoláris nemzetközi rendszer bukásáig nem produkált számottevő eredményt.

Még ezektől a tiszteletre méltó, de mégiscsak meglehetősen sovány eredményektől is, úgy tűnik, megriadt az európai politikai elit, és ismételten másfél évtizednek kellett eltelnie ahhoz, hogy valamilyen módon foglalkozni merjenek a kérdéssel az Európa Tanács 814. számú ajánlásának formájában, 1977-ben. Ezt a lassúságot és bizonytalanságot minden valószínűség szerint az a félelem is motiválta, amelyet a még mindig nem teljesen eltüntetett kisebbségek esetleges destabilizáló, separatista, olykor erőszakba torkolló megmozdulásai sugalltak. Sokan azonban akkor is úgy látták a helyzetet, hogy a baszkok, korzikaiak, írek és mások mozgalmainak erőszakba fordulása következmény is, és pedig a kisebbségi jogok következetes megtagadásának, sőt a kisebbségek erőszakos beolvasztási kísérletének és üldözésének következménye, hiszen ezek voltak azok a tényezők, amelyek lehetőséget adtak a szélsőséges elemeknek a térnyerésre. Az említett 814. számú ajánlás ugyan nem törekedett a kisebbségek státuszának általános rendezésére, de a kisebbségeket zavaró, egyik nagyon fontos diszkriminációt, nevezetesen a nyelvhasználat korlátozását kívánta lazítani. Ez az ajánlás ugyanis „A modern nyelvekről Európában” címet viseli, és talán nem is annyira a nyelvhasználat korlátozás nélküli elismerése az erénye ennek a dokumentumnak, hanem az, hogy kimondta: a kulturális sokféleség értéket képvisel.⁴ Ez nyilvánvaló szakítás azzal a felfogással, amely a modern ipar követelményeire hivatkozva és a demokratikus értékek egyetemes érvényesítéséből kiindulva azt képviselte, hogy – ahogyan a gazdaságban, ugyanúgy a kultúrában is – az egységes, mindenki által kötelezően tanult és használt

³ Az európai biztonsági és együttműködési értekezlet. Záróokmány. Kossuth, 1975. A tíz alapvető külön közli a Nemzetközi Szerződések (1945–1982) c. dokumentum-gyűjtemény. Halmossy Dénes szerkesztésében. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Bp. 1985. 542–549. o.

⁴ The Council of Europe. Recommendation N° 814. 1977.

nyelv nagyban segíti az egyén karrierjét, s amellet a modernizáció elengedhetetlen eszköze is.

A kisebbségi nyelvek szabad használata nem minden nemzeti kisebbség számára kiemelkedően fontos, hiszen nem feledkezhetünk el arról, hogy Európa és a világ számos nemzete és kiváltképpen a nemzeti kisebbségek nem mindig rendelkeznek önálló nyelvvel. Erre jó példát jelent az észak-írországi helyzet, amelynek sajátossága, hogy egy különlegesen militáns kisebbségnek, az írnek nincsenek nyelvi sérelmei, minthogy nyelvüket az idegen uralom alatt elvesztették.

III.

A hetvenes évek végétől a nyolcvanas években, az úgynevezett mini-hidegháború kibontakozásának idején ismételten nem volt semmi-féle komoly haladás a kisebbségi kérdésben a jogalkotás szintjén. Igazi előrehaladásra csak a bipoláris rendszer megszűnése után került sor. Ekkor valóban minőségi áttörés következett be, és ez nem egyszerűen egy pozitív jogfejlődés következménye. 1989–90-től kezdve a politikusok akkor meghatározó nemzedéke és a világ közvéleménye számára is váratlanul megsokasodtak a szinte a semmiből előretörő kisebbségi ébredés és általában a nemzeti újjászületés jelei. Elsősorban Közép- és Kelet-Európában egymás után megszorodtak a nemzeti szervezetek, nemzeti követelések kerültek előtérbe, amelyek legalább olyan erővel befolyásolták a társadalmi és politikai áramlatokat és mozgásokat, mint a demokratikus intézmények kiépítésének követelménye. De azt is fontos látni, hogy nem egyszerűen a Szovjetunió és politikai rendszerének összeomlása következményeiről van szó. Az a tény, hogy Közép- és Kelet-Európában a nemzeti jellegű törekvések és ezeken belül a kisebbségi újjászületés sokkal nagyobb hangsúlyt kapott, mint Nyugat-Európában, annak is a következménye, hogy a világnak ezen a részén befejezetlenek maradtak a nemzeti folyamatok, s hogy a nemzeti államok születésének folyamata még nem ért véget, továbbá az első és a második világháború után létrejött rendezések nagyon sokak számára, helyenként a többségi nemzetek számára is átmenetinek, bizonytalannak, sőt kifejezetten sérelmesnek tünnek. Hogy itt általános, nem rendszer- és nem régió-specifikus problémáról van szó, az kétségtelen, hiszen Európa nyugati felében is minden eddiginél erősebben jelentkeztek a különböző nemzeti törekvések, amelyek a szélesebb körű autonómiák követelésében fejeződtek ki, esetleg teljesen új államjogi elrendezésben. Az általános nemzeti ébredés Kelet- és Közép-Európában új államok felbukkanásához, régiók széteséséhez, időnként súlyos és véres konfliktusokhoz vezettek, Nyugat-Európában a nemzeti-kulturális örökségeket is figyelembe vevő regionalizmus terjedését idézte elő vagy olyan alkotmányos változásokat hozott, mint az, hogy a skót parlament 300 év óta először megkezdte működését, vagy hogy a nemzeti elvet figyelembe vevő jogi

és közigazgatási átszervezést hajtottak végre Belgiumban. Itt azt is meg kell jegyezni, hogy – főleg a kisebbségi identitások erősödése következtében – erőteljes mozgalmak születtek, súlyos konfliktusok alakultak ki szinte mindenütt az Európán kívüli világban, ahogyan ez jól látható volt az egykori portugál gyarmat, Timor Indonézia elleni függetlenségi harcában, Eritrea megszületésében, a kurdok erőteljes mozgalmában, a szörnyű ruandai mészárlásokban és nagyon sok másban, még Latin-Amerikában is, ahol egy soha nem látott erejű mexikói indián felkelés tört ki.

Sokak számára teljesen új jelenségekről van szó, és ezért érte felkészületlenül a világot mindaz, ami bekövetkezett a Balkánon, a Kaukázus vidékén vagy Moldáviában. Meggyőződésünk szerint itt nem teljesen váratlan és új fejlemények alakultak ki, hanem a bipolaritás időszakának sajátos politikai, intellektuális konszenzusának megszűnése és bilincseinek lehullása után az vált nyilvánvalóvá, ami a mélyben eddig is létezett, és amire figyelni lehetett és kellett volna. A tekintélyesnek kikiáltott politikai és biztonságpolitikai elemzők, csak úgy mint a „dolgok mögé látó” szabad sajtó ismét teljes kudarcot vallott: semmit sem éreztek meg a nemzeti tényező természetéből, erejéből és várható szerepéből.

Mindenesetre egyes nemzetközi intézmények figyelemre méltó gyorsasággal tudták elemezni a kisebbségi kérdéseket, az eddigieknél tisztességesebb és objektívebb feltárássra törekedve. A kezdeményezés most is nagyrészt az Európa Tanácshoz kötődött. Az Európa Tanács 1990. 1134. számú ajánlása „a kisebbségek jogairól” abból indult ki, hogy „a kisebbségek és a hozzájuk tartozó személyek jogainak tiszteletben tartása lényeges tényező a béke, az igazságosság, a stabilitás és a demokrácia megőrzésében”⁵. Az ajánlásnak az adja a jelentőségét, hogy a dokumentum készítői első ízben szállnak szembe azzal a felfogással, mely szerint a kisebbségi jogok pusztá felvetése és különösen azok biztosítása destabilizáló tényező, és ráadásul kifejezetten a demokratikus intézmények szilárdságának aláásását szolgálhatja. Ez az ajánlás ugyanis világossá teszi, hogy annak az értelmezésnek van létjogosultsága, amely szerint a stabilitást elsősorban a kisebbségi jogok megtagadása vagy megsértése veszélyezteti. Feltűnő ebben a szövegben, hogy nemcsak „a kisebbséghez tartozó személyeknek”, hanem a „kisebbségeknek” a fogalma is szerepel. Ez a felfogás jótékonyan befolyásolta azt a törekvést is, hogy megfogalmazzák a kisebbségi ismertetőjegyeket is. E szerint létezhetnek etnikai, nyelvi, vallási és más természetű kisebbségek is. Kifejezhetnénk ugyan fenntartásainkat azzal kapcsolatban, hogy a nemzeti kisebbség etnikai kisebbséggként szerepel, hiszen az etnikum fogalom sok esetben tényleges nemzetrészt vagy nemzeti kisebbséget jelöl. A nemzeti kisebbség definíciója fölöttébb hiányos és nyilvánvaló, hogy ez fogalmi zavart is kelthet. Ezzel együtt vitathatatlan a haladás, hiszen az etnikai kisebbs-

⁵ The Council of Europe. Recommendation. N° 1134. 1990.

ség fogalmának megjelenése határozottan a nemzeti kisebbség számára teremtette meg a szükséges jogi kereteket.

Az Európa Tanács 1134. számú ajánlásának 11. cikkelye tartalmaz egy olyan megfogalmazást, amely továbblép mindannál, amit a második világháború után keletkezett dokumentumok megfogalmaztak (s nemcsak a betűkében, hanem a szellemében is), amennyiben kimondja, hogy az adott állam (ez a világ országainak nagy részében tényleges vagy vélt nemzetállamot jelent) kötelessége a nemzeti kisebbségeket elismerni. Ez a cikkely ugyanis úgy fogalmaz, hogy „a nemzeti kisebbségeknek rendelkezniük kell azzal a joggal, hogy őket mint nemzeti kisebbségeket ismerje el az az állam, amelyben élnek”⁶. Egy nagyon vitás kérdésben szintén igen egyértelműen és bátran fogalmaz a dokumentum, nevezetesen a 10. cikkelyében, arról, hogy „szabad és akadálytalan érintkezést” kell biztosítani azokkal, akiknek „közös a származásuk vagy az örökségük”. Természetesen ez a mi térségünkben nem jelent kevesebbet, mint az egyes nemzeti kisebbségeknek az ún. anyaországgal való akadálytalan kapcsolatainak biztosítását. Magától értetődőnek tarthatjuk, hogy az Európa Tanács ugyanebben a cikkelyben igyekszik megnyugtatni azokat az államokat is, amelyeknek területén nemzeti kisebbségek élnek. Ezért fogalmaz úgy, hogy a kisebbségi jogok, így pl. a szabad és akadálytalan érintkezés az anyaországokkal, ne sértsék meg az államok területi integritásának elvét. Óriási a különbség a második világháború utáni, legfontosabb dokumentumokban megfogalmazott elvekhez képest, amelyek az államok területi integritását tették az egyedül fontos politikai értéké (mint a Helsink-i Értekezlet dokumentumai). Ez az ajánlás a nemzeti kisebbségek szempontjából vizsgálja a kérdéseket, demokratikus megközelítést érvényesítve, és ezzel együtt foglal állást az államok területi integritása mellett.

Szintén 1990-ben bontakozott ki egy másik, párhuzamos fejlemény, ezúttal az Európai Béke és Együttműködés Értekezletének koppenhágai ülésén. Az EBEÉ ma már híresnek tekinthető koppenhágai dokumentuma a kisebbséghez tartozást éppen úgy, mint a nemzethez tartozást, egyéni választás kérdésévé tette.⁷ Ez a tisztességes felfogás, pontosabban ennek elfogadtatása szilárd alapot jelenthet ahhoz, hogy egyes állami hatóságok ne maguk döntsék el kényük-kedvük szerint, hogy valakinek milyen a nemzetiségi hovatartozása. Magától értetődő azonban, hogy az egyéni választás előtérbe állítása a tekintetben jelenthet veszélyt, hogy ha a légkör valahol továbbra is kisebbségellenes, akkor az egyének tartózkodnak attól, hogy vállalják egy kisebbségi közösséghez tartozásukat. A koppenhágai dokumentum jogosnak tartja az adott kisebbségek kapcsolattartását a határon túli nemzetársakkal, és kimondja, hogy ezeket a kisebbségi jogokat egyénenként és közösen, csoportjaik többi tagjával együtt is gyakorolhatják.

⁶ The Document of the Second Meeting of the Conference on the Human Dimension of CSCE, Copenhagen, 1990.

⁷ The Council of Europe. Recommendation. N° 1177.

Ez a megfogalmazás összhangban áll az Európa Tanács idevágó javasolataival.

1990-ben született a gyakran hivatkozott Párizsi Charta is, amely az Európai Tanács és a helsinki folyamat eddigi eredményeit erősítette meg.⁸ A kilencvenes évek elején ez a pozitív fejlődés számos más fontos nemzetközi dokumentumban is megjelent.

Az Európa Tanács a megkezdett irányban folytatta tevékenységét, és ennek egyik mérföldköve 1177. számú ajánlása volt a kisebbségek jogairól. Egy korszakváltás fedezhető fel abban a szemléletben, amely kifejezésre jutott Európa soknemzetiségű jellegének elismerésében. Ez nyilvánvalóan összhangban van azzal a fejlődéssel, amely természetes állapotnak tekinti a multikulturalizmust. Bizonyos értelemben magának a kisebbség fogalmának a megkérdőjelezéséről szó van. Ez nagyon kényes kérdés; a nemzeti kisebbség fogalmának hirtelen elvetése nem felelne meg a kialakult gyakorlatnak és a kisebbségek saját szóhasználatával is ellentétes lenne. Ugyanakkor az említett 1177. számú ajánlás azzal, hogy kimondja: „egy demokratikus államban nem lehetnek másodrendű állampolgárok”⁹, megnyitja afelé az utat, hogy az államok nemzeti jellege jelentősen háttérbe szoruljon, vagy egyenesen el is tűnjön. Ez tenné lehetővé a kisebbségek teljes egyenjogúságát, ami azonban nyilvánvalóan csak egy nagyon hosszú út eredménye lehet, miközben az ellenérvek és az ellentétes érdekek még sokáig jelentős szerepet játszanak.

1992-ben fogadták el a Regionális és Kisebbségi Nyelvek Európai Chartáját is, amelynek fő vívmánya, hogy túllépett a kisebbségek és a kisebbségi nyelvek diszkriminációjának egyszerű tiltásán. A Charta is a jogegyenlőség elvéből indul ki. A Kisebbségi Nyelvek Európai Chartája állást foglal a nyelvhasználat szabadsága mellett az oktatásban, a képzésben, a tömegkommunikációban, a gazdaságban, a közigazgatásban és az igazságszolgáltatásban.¹⁰ Vagyis, ma már azokban az országokban, ahol bármiféle tényleges diszkrimináció előfordul, vagy egyáltalán nem érvényesül a kisebbségek nyelvhasználatának szabadsága a bíróságokon, a gazdasági életben vagy általában az egész közigazgatásban, ott ez nem elfogadott, az államok legitim jogaival összhangban álló gyakorlat, hanem kifejezetten ellentétes a demokrácia mai értelmezésével. Természetesen hosszú évek küzdelme lesz, amíg mindenütt tényleges eredményeket lehet elérni.

Magyarországon és a Kárpát-medencében az Európa Tanácsnak talán a leginkább ismert ajánlása az 1201. számú. A hosszan és sokat vitatott alapszerződések, amelyeket Magyarország az egyes szomszédaival kötött, valamilyen formában a 1201-es ajánlásra támaszkodnak. Ez az ajánlás megismétli az eddigiekben már idézett megfogalmazást, amely szerint olyan egyéni jogokról van szó, amelyek kollektíven is gyakorolhatók. Az Európa Tanács 1201-es ajánlása érthető módon ke-

⁸ Charter of Paris for a New Europe. CSCE. Paris, 1990.

⁹ The Council of Europe. Recommendation. N° 1117. 1992.

¹⁰ The European Charter for Regional and Minority Languages. The Council of Europe. 1992. nov. 5.

rült az érdeklődés homlokterébe, hiszen egy ajánlás kötelező érvényű jogi dokumentummá vált. Ennek szövege jóval túllép az európai dokumentumok nagy többségén, nem beszélve az ENSZ-dokumentumokról, hiszen tudomásul veszi a kollektív jogok gyakorlásának bizonyos formáit. Nem kétséges, hogy a megfogalmazás nem teljesen egyértelmű, valóban lehetőséget ad különféle hangsúlyú értelmezésekre. Hogy miről is van szó, ezúttal idézzük a vitákban sokszor csak félig értett vagy félremagyarázott paragrafust: „Azokban a körzetekben, ahol nemzeti kisebbséghez tartozó személyek többséget alkotnak, ezen személyeknek jogukban áll, hogy sajátos területi helyzetüknek megfelelő és az állam nemzeti törvénykezelésével összhangban álló helyi vagy autonóm közigazgatással vagy különleges státussal rendelkezzenek.”¹¹ Az ajánlás definiálni is törekszik a nemzeti kisebbség fogalmát. Ez a megfogalmazás az 1134. számú ajánlásra épít, de annál lényegesen pontosabb és sokkal nagyobb hatású is. A definíció szerint a nemzeti kisebbséghez azok tartoznak, akik egy adott államnak az állampolgárai; tartós kapcsolatban állnak az állammal; jól meghatározható etnikai, kulturális, vallási vagy nyelvi megkülönböztető jegyeik vannak; elég nagy lélekszámúak; meg akarják őrizni identitásukat. Ez az általunk minden eddigénél pontosabbnak minősített meghatározás maga is tartalmaz lazaságokat, és ez valószínűleg kikerülhetetlen. Így például az a követelmény, hogy egy kisebbség tartós kapcsolatban álljon az állammal, nem ad útbaigazítást arról, hogy mit tekintünk tartósnak. Azon is lehet vitatkozni, hogy egyáltalán mit jelentenek az etnikai jegyek, minthogy magának az etnikumnak a fogalma sem teljesen tisztázott. Az „elég nagy lélekszám” is meglehetősen szubjektív meghatározás, ám ez ebben az esetben elkerülhetetlen, hiszen az illető kisebbségnek a többséghez viszonyított aránya, egy bizonyos területen való koncentrálttsága és nagyon sok minden egyéb határozza meg azt, hogy lényegében mit is lehet tekinteni elégséges lélekszámnak. Természetesen ennek az ajánlásnak a szelleméből az következik, hogy minden kisebbség saját maga döntse el, hogy kisebbségként is kíván-e létezni, ebben az esetben pedig a lélekszám-küszöböknek a megállapítása nem egyszerűen valamely állam toleranciájától függ.

A kisebbségvédelem szempontjából figyelemre méltó az európai államok állam és kormányfőinek bécsi találkozója, amelyen deklarálták, hogy „politikai és jogi kötelezettséget vállalnak az európai nemzeti kisebbségek védelmére”, és feladatul tűzték ki egy keretegyezménynek az előkészítését. A csúcstalálkozón létrehozott ad hoc bizottság valóban nagyon gyorsan, a kedvező légkört kihasználva elkészítette az 1994-ben elfogadott „A nemzeti kisebbség védelméről szóló” egyezményt. Ez az egyezmény célul tűzte ki „a kisebbségek és az e kisebbségekhez tartozó személyek jogainak és szabadságainak hatékony védelmét”¹², és a keretegyezmény a kisebbségvédelmet az

11 Erről bővebben Balogh András: Az Európai Stabilitási Egyezményről. „Magyar Tudomány”, 1995. 7. szám.

12 Framework Convention for the Protection of National Minorities, Prepared by

európai politikai és jogfejlődés hagyományainak megfelelően összekötötte az államok területi sérthetlensége és szuverenitása tiszteletben tartásának elvével.

IV.

A nemzetközi közösség előtt ma már nyilvánvaló, hogy a kisebbségi kérdéseknek egyidejűleg biztonságpolitikai és humanitárius vonatkozásai vannak, és ezek elválaszthatatlanok a demokratikus közgondolkodás és intézmények fejlődésétől. Egyes jelentős hatalmak döntéshozói végre rászánták magukat, hogy a kisebbségek érdekében is vállaljanak konfliktust, ahogyan ez Koszovó és Kelet-Timor esetében történt. Biztató az Európai Unió politikai fejlődése; az országjelentésekben a kisebbségi ügyek elég nagy hangsúlyt kaptak. Ugyanezt a szemléletet tükrözi az Unió regionális politikája, abban az összefüggésben is, hogy a régiók kialakításánál az Unió elképzelése szerint figyelembe kell venni a történelmileg kialakult kulturális és etnikai egységeket is.

Feltűnő, hogy nemcsak Kelet-Európában, hanem Nyugat-Európában is nőtt az egyes kisebbségek identitástudata. Ez különösen szembevető a rendkívül sikeres és nagy vonzerőt gyakorló Katalóniában, de egyértelműek a jelek Skóciában, sőt Walesben is. Kezd erősödni az a felismerés, hogy a kisebbségek nem képezik egy állam kizárólagos belügyét, vagyis egy kormány nem tehet azt az állampolgáraival, és azok csoportjaival, amit akar. Nagy visszhangot vált ki az a vita, amely arról folyt, hogy esetenként az emberi jogok védelme sokkal fontosabb, mint a hagyományos nemzeti szuverenitás vagy állami területi integritás elvei.

A fentiekben vázolt jó irányú fejlődés azonban korántsem képvisel kizárólagos irányt a nemzetközi politikában, és az eredmények még nem visszafordíthatatlanok. Zavaró mozzanat az is, hogy az Európa Tanács ajánlásainak tekintélyes részét az Unió tagállamai nem építették be saját jogrendjükbe. Úgyszintén félelmet kelthet egyes kisebbségek körében, hogy az Egyesült Államok elleni terrortámadást egyes nacionalista kormányzatok ürügyként használják fel a kisebbségek elleni fellépésre.

CZIKE KLÁRA

Önkéntesség – számokban¹

A 2001-es évet az ENSZ az Önkéntesek Évének nyilvánította. A deklaráció nyomán nemzetközi és hazai szinten is egymást érve szerveződtek konferenciák, kutatások, fórumok. E tanulmány célja, hogy összefoglalja mindazokat az önkéntességgel kapcsolatos eddigi, a nemzetközi és hazai szakirodalomban megjelent tényeket – számokat, definíciókat, elméleteket –, amelyek elméleti információkkal szolgálhatnak az önkéntességgel, a civil szektor működésével kapcsolatosan, vagy az önkénteseket alkalmazó szervezetek számára jelenthetnek segítséget jövőbeni programjaik szervezésében. Erre alapozva az önkéntességet itt olyan társadalmi tőkének tekintem, amely számos módon járul hozzá a társadalom integráltabb működéséhez. A kapcsolataikban gazdagabb, színesebb egyénekből, közösségekből álló társadalom feltétlenül emberibb hely a benne élők számára.

Társadalmi tőke: bizalom, szolidaritás, civilség

A társadalmi tőkét leíró definíciók általában kétfélék: az egyik megközelítés az individuumok közötti kooperatív hálózatok fontosságát hangsúlyozza, a másik a javak és szolgáltatások, valamint az ezeket reprezentáló intézmények együttműködésére helyezi a hangsúlyt. Putnam (1993) hipotézise szerint a személyes informális kapcsolódások nyomán jönnek létre a közösség formális szervezetei, a pártok, szövetségek, egyesületek, vállalkozások. A társadalmi tőke létrejöhet informális és formális együttműködésekben, köz- vagy a magánszükségletek kielégítése során. Lehet olyan kötés (*bonding*), társadalmi

¹ A tanulmány doktori értekezésem része, melynek elkészítéséhez nyújtott támogatásért köszönettel tartozom az Oktatási Minisztériumnak és a Soros Alapítványnak. A kutatásban nyújtott segítségét köszönöm dr. Bényei Andrásnének, F. Tóth Andrásnak, Garas Ildikónak, Hábcencius Juditnak, Kovács Editnek és Wizner Balázsnak.

Az Önkéntesek Évének programjait, eseményeit szervező egyik munkacsoport vezetőjeként és a munkacsoportokat összefogó bizottság tagjaként vezettem azt a kutatást, amely az önkéntesekkel kapcsolatos mennyiségi és minőségi adatokat a szervezetek oldaláról gyűjtötte össze. A kutatás anyagi hátterét a Miniszterelnöki Hivatal Civil Kapcsolatok Főosztálya biztosította.

vagy pszichológiai támogatás, segítségnyújtás, amelyet a társadalom kevésbé szerencsés tagjai élvezhetnek. De betöltheti a híd szerepét is (*bridging*), pl. különböző etnikai csoportok között, vagy ökumenikus vallási csoportok működése során.

A különböző megközelítések természetesen különböző kutatási módszereket indukálnak. Fukuyama (2000) szerint a társadalmi tőke a kultúrában gyökeredzik. Eszerint minden egyénnek ugyanolyan fogékonysága, hajlandósága van arra, hogy együttműködjön – a különbségek a különböző kultúrák között feszülnek. Fukuyama értelmezésében pl. a japán és a kínai társadalomban mélyen gyökerező cselekvés az együttműködés a szoros családi kötődések révén, míg az amerikai társadalomról ez kevésbé mondható el.

Más elemzések szerint a társadalmi tőke inkább az individuumok jellemzőitől függ. Sokan például szívesebben működnek együtt, mások kevésbé (Putnam 1993). Ugyanakkor Coleman (1990) szerint a társadalmi tőke különböző szituációkban határozható meg: vannak helyzetek, amelyek ösztönzői az együttműködésnek, és vannak, amelyek nem.

A társadalmi tőke kulturális megközelítésében a kérdés tehát úgy merül fel, hogy mennyi az adott ország nettó társadalmi tőkéje.

A szociálpszichológiai megközelítés azt vizsgálja, hogy mekkora az egyén bizalma másokban, és a társadalmi intézményekben, mert ennek függvénye, hogy részt vesz-e informális hálózatokban, s hogy tagja lesz-e formális szervezeteknek.

A Világbank honlapján a társadalmi tőke alábbi definíciója olvasható:

„A társadalmi tőke intézmények, kapcsolatok, normák összessége, amely meghatározza egy társadalom interakcióinak mennyiségét és minőségét. A társadalmi tőke a társadalmi működés egyik legfontosabb eleme, amely megteremti a társadalmi kohéziót, lehetővé és fenntarthatóvá teszi a gazdasági fejlődést. Nem az intézmények összessége, hanem enyv, amely összetartja a társadalmi intézményeket. Horizontális és vertikális kapcsolatokat egyaránt jelent. A horizontális kapcsolatok tartalmazzák a társadalmi hálózatokat és a társulási normákat, amelyek hatnak a közösség produktívására és jólétére. A horizontális szerveződések növelik a termelékenységet, redukálják a gazdasági élet költségeit. Negatív oldalát azok a csoportosulások képezik, amelyek az adott társadalom céljaival szemben dolgoznak és ezzel hátráltatják a fejlődést. A vertikális kapcsolódások alatt elsősorban a szervezetek közötti és a szervezeteken belüli viselkedéseket értjük.”

(<http://www.worldbank.org/poverty/scapital.htm>)

A legtágabb értelmezés szerint a társadalmi tőke magában foglalja a társadalmi és a politikai környezetet is, meghatározza a társadalmi

struktúrát, és létrehozza azokat a normákat, amelyek a fejlődést biztosítják. Hatása kiterjed az olyan formális intézményi kapcsolódásokra és struktúrákra, mint a kormányzat vagy a politikai rendszer, a törvények és szabályok, valamint a polgári és politikai szabadságjogok.

A társadalmi tőke fogalmát ebben a dolgozatban a fentebb részletezett definíciók együttesével fogom használni. A társadalmi tőke társadalmi jelenlétét, s így a bizalmat, a szolidaritást vagy a civil kurázsit nem lehet az adott társadalom kulturális gyökerei nélkül vizsgálni. Egyetértve Fukuyama (2000) említett megközelítésével, a társadalmi tőkét az adott ország kulturális normái, értékei határozzák meg. Ezek a normák azonban – főként, ha a fejlődés nem töretlen – időről időre változnak a társadalomban, és ehhez képest változik a társadalmi tőke mennyisége és milyensége is.

Ralf Dahrendorf leírása szerint a rendszerváltás általában három különböző idősíkon megy végbe: a törvényeket hónapok alatt meg lehet változtatni, a gazdasági átalakulás évek alatt végbemehet, de a szokások, attitűdök, kulturális kódok, értékek megváltoztatása nagyon hosszú, évtizedekbe telő folyamat (Dahrendorf 1990). E lassú folyamatnak lehettünk tanúi a civil társadalom működésének hazai megfigyelése során is. Ennek a szektornak a változásait ugyanis legfőképpen az attitűdök, értékek alakulása befolyásolja.

A kelet-közép-európai társadalmakban az államszocializmustól örökölt bizalmatlanság különösen a rendszerváltás utáni években szembetűnő. Jó példa erre, hogy az emberek a pénzüket még sokáig valutában tartották, és akkor is a külföldi árukat részesítették előnyben, ha azoknál olcsóbb és jobb minőségű volt a hazai termék. Aki teheti, még ma is magánorvoshoz jár, és magániskolába járattja a gyerekeit az ingyenes állami helyett (Sztompka 1998). Ugyanakkor Dögei–Ferge (2000) felmérései azt mutatják, hogy az emberekben Magyarországon a rendszerváltás után is növekszik az igény az állam szerepvállalása, felelősségvállalása iránt. A mintában szereplő válaszokban különösen nagy hangsúlyt kap az állam felelőssége az egészségügyi ellátás (82%), a munkalehetőségek (80%), a megfelelő nyugdíjak (79%) és a fogyatékkal élők megélhetésének biztosításáért.² Ebből az következik, hogy az állam iránti elvárások nem igazolják egyértelműen az állammal kapcsolatos bizalmatlanságot Magyarországon.

E jelenségeket részben az magyarázza, hogy az emberek kétféle módon reagálnak olyan dolgokra, amelyekre nincsen ráhatásuk: majdnem biztosak abban, hogy a politikusok igyekeznek elkerülni a háborút, vagy hogy az autók az úttesten maradnak, és viszonylag kicsi az esélye annak, hogy a járdán elütik az embert (Luhmann 2000). Néhány esetben történik ugyan valami váratlan, de a dolgok legtöbbször kiszámíthatóak. Ezzel szemben léteznek olyan dolgok, amelyek *kockázattal* járnak (*risk*). A kockázatvállalásban rejlő előnyök miatt az egyén általában vállalja a kiszámíthatatlanságot is, mert bízik abban,

² A kérdések a SZONDA IPSOS 2000. augusztusi Omnibusz kérdőívén szerepeltek.

hogy befektetése megtérül. A *bizalom* életet jelent az interperszonális kapcsolatok számára, de az olyan rendszerekben való részvétel, mint amilyen a gazdaság vagy a politika, nem alapulhat máson, mint *bizonyosságon* (Luhmann 2000). Ez a bizonyosság veszett el az államszocializmus ideje alatt a kelet-közép-európai országok állampolgárai számára. A nagy társadalmi intézményekkel szemben megjelenő bizalmatlanság nem ugyanazon folyamat részeként zajlott le itt, mint Nyugat-Európában, viszont hasonló okokból: az elégtelen információ, a részvétel lehetetlensége, és az interperszonális kapcsolatok biztonságának hiánya folytán.

A kulturális örökség mellett fontos hangsúlyozni az egyének saját tapasztalatait másokkal, amelyek szintén fontos szerepet töltenek be a társadalmi tőke meghatározása szempontjából. A társadalmi tőke másik fontos alapja ugyanis az egyének, hálózatok közötti kapcsolat, amely elsősorban a kölcsönösségen és a bizalmon alapul. A társadalmi tőke egyik fontos mércéje, hogy a társadalom tagjai milyen mértékben vesznek részt a formális civil társadalmi szervezetekben (Putnam 2000).

A bizalom terminusának a társadalmi tőkéhez hasonló, jól körülírt változatai léteznek a társadalomtudományokban. A téma egyik legjelesebb feldolgozója Seligman (1997), aki a bizalmat a szolidaritás fontosságával veti össze. A bizalom alapja lehet a vallásosság (pl. Németország) vagy a család szentsége (pl. Japán). A szerző a bizalmat a durkheimi organikus szolidaritás modern formájának tekinti. A bizalom olyan, általános értelemben vett csereüzlet, amely egyértelműen megkülönböztethető a speciális piaci csereüzlettől. Ha ez az általános csereüzlet jól működik egy társadalomban, akkor alapjául szolgálhat a bizalomnak és a szolidaritásnak. Az M. Mauss-féle *ajándéktól* és a Lévy-Strauss-féle *csereüzlettől* az különbözteti meg, hogy a csereinek nincs azonnal várható vagy időben ugyanattól a személytől később visszakapható jellege. Seligman és Putnam is használják azt a példát, hogy a zsidó közösség temetési szertartásában tíz fő imája szükséges a halottól való búcsúhoz. Így az ima, amit úgymond odaajándékozunk valaki temetésén (akit nincs, aki eltemessen), egyfajta önzetlen kölcsönné válik, hiszen nem kapható vissza attól, akinek adtuk. Ugyanakkor a közösség tagjaként biztosak lehetünk abban, hogy hozzánk hasonlóan lesznek majd mások, akik ugyanúgy részt vesznek majd a mi temetésünkön.

Luhmann (1979, majd 2000) kétféle bizalmat különböztet meg egymástól. A bizalom (*trust*) csak személyek felé irányulhat, míg a bizakodás (*confidence*) az intézményekbe vetett bizalmat jelöli. A bizalom olyan fogalom, amely csak interperszonális kapcsolatokban értelmezhető. A bizalom kérdése akkor válik élessé, amikor egy személy úgy kerül bele egy szituációba, hogy nincs közvetlen ráhatása a folyamatokra, és nincs lehetősége megérteni, felfogni vagy ellenőrizni a másik ember cselekedetét. Ebben az esetben választási lehetősége sincsen, csak bizalma lehet (Seligman 1997).

„Ahol a civil élet és a civil kezdeményezés erős, ott az állampolgárok elköteleződnek bizonyos közügyek mellett, de nem a személyesség szférájában, és nem a patrónus–kliens viszonyon belül. A polgárok bíznak egymás cselekedeteinek tisztességében, és abban, hogy kölcsönösen betartják a törvényeket. A vezetők ezekben a régiókban aránylag tisztességesek. Hisznek a kormányzatban, és hajlandóak politikai ellenfeleikkel kompromisszumokat kötni. Az embereknek és vezetőiknek azonos kötelezettségeik és jogaik vannak. A társadalmi és politikai hálózatok horizontálisan és nem vertikálisan szervezettek. A közösség értékei közé tartozik a szolidaritás, a civil kezdeményezés, az együttműködés és az őszinteség. A kormányzat dolgozik.

Ahol a civil társadalom gyenge, ott egy-két ember hoz döntéseket a közjót illetően, s kevesek számára adatik meg, hogy részt vegyen a folyamatban. A politikai részvétel személyi függőségeken vagy magánérdekeken nyugszik, nem kollektív célok vezérlik. A szociális és kulturális megmozdulásokban való részvétel minimális. A magánkegy áll szemben a közösségi célokkal. A korrupció normaként elfogadott a politikusok körében is, akik a demokrácia alapelveiről szólva meglehetősen cinikusan nyilvánulnak meg. A kompromisszumnak pedig negatív felhangja van. A törvényeket mindenkivel egyetértésben – mintegy a közös norma érvényesítéseként – szegik meg, de a mások törvénytelenységétől való félelmükben az emberek egyre szigorúbb szabályokat követelnek. E csapdában csaknem mindenki tehetlenséget, kismizmizettséget és boldogtalanságot él át. Mindent figyelembe véve nem meglepő, hogy a kormányzat ebben a helyzetben kevésbé hatékony, mint a civilizálásában fejlettebb közösségekben lenne.” (Putnam 1993:113)

Az ipari társadalomból az információs társadalomba való átmenet a *Gemeinschaft*-ból a *Gesellschaft*-ba való átmenethez hasonlítható (Fukuyama 2000). Akkor a mezőgazdasági társadalom alakult át iparivá, most az ipari társadalom válik információs társadalommá, ahol a fizikai munka szellemi munkává, a termék információvá, a termelés szolgáltatássá változik. E változás során átalakulnak a közösségek is. A modernitás előtti társadalomban a bizalom alapvető jelenség volt a közösség személyes kapcsolatrendszerében. A kapcsolatokban lehetett érzelmi intimitás, de ez nem volt feltétele a bizalom fenntartásának (Tönnies 1983).

A bizalomnak ez a formája a mai közösségekben már nem létezik, mert a bizalom szubjektív, átpszichologizált fogalommá vált (Luhmann 2000). A modern élet váratlan struktúrák és változó kondíciók tömege. A nagy társadalmi rendszerekben a bizonyosság és a bizalom egyaránt fontos tényező. Ha nincs bizonyosság, a társadalom tagjai elidegenednek egymástól, s nagy méreteket ölt a kiilleszkedés. Ha nincs bizalom, akkor az egyén személyes tapasztalásai, cselekvései

átkerülnek a magánéletbe, s a környezet és az együttműködések elenyésző szerephez jutnak.

Webernél (1989) a modernitás lényege a racionális, hierarchikus tekintély társadalmat összetartó ereje volt. Mára ez megváltozni látszik, és a spontán, közösségi megmozdulások ennél jóval erősebb kötések létrehozására képesek. Bizalom híján egy társadalomban nincsenek prevenciók, csak korrekciós megoldások, csökken a közérdeklődés a közös dolgok iránt, csökken az újítás, a reprodukció és a fejlődés szerepe.

Az *információs társadalmakban* csökkent a bizalom az emberekben az állam, a politika és a nagy társadalmi intézmények iránt, ami – több szerző szerint is – a civil társadalom előtérbe kerülését eredményezte. A folyamat részben Kelet-Közép-Európában is megfigyelhető. A regisztrált civil szervezetek és szerveződések számának hirtelen növekedése jelzi a folyamatot, ugyanakkor e növekedés stagnálása egy ellenkező irányú folyamatra hívja fel a figyelmet.

1. táblázat A nonprofit szervezetek számának alakulása 1982 és 1999 között

Év	Alapítvány	Társas nonprofit szervezet	Összesen
1982	–	6 570	6 570
1989	400	8 396	8 796
1990	1 865	14 080	15 945
1996	17 109	28 207	45 316
1999	19 754	28 417	48 171

1994-től az alapítványok számában a közalapítványok, a társas nonprofit szervezetek számában a köztestületek és a közhasznú társaságok is benne vannak

Forrás: KSH 1999:55

A táblázat adatai alapján mondhatjuk, hogy az alapítványok számában tapasztalható némi növekedés, de a társas nonprofit szervezetek számának növekedése megállt. A szervezetek számának korábbi növekedési üteme lelassult.

Az alapvető bizalmatlanság tehát, amely az állammal, a politikával, és általánosságban véve a nagy társadalmi intézményekkel kapcsolatos, általában egy hosszú társadalmi szocializációs folyamat végeredményeként jelentkezik. Hasonló folyamat zajlik Nyugat-Európában is, csak egészen más háttérrel és tartalommal, így a végeredmény sem teljesen ugyanaz. Magyarországon és Kelet-Közép-Európa más országaiban a bizalmatlanság ugyanis nemcsak a fentebb említett társadalmi intézményekre terjed ki: az egyének is bizalmatlanok egymással vagy az új dolgokkal kapcsolatban.

Ha nincs bizalom egy rendszerben, akkor nincs kockázatvállaló magatartás, akkor pedig nincsenek innovációk, és fejlődés sincs. A bizalom hiánya a cselekvést iktathatja ki, különösen a közösségek

szintjén. Ez természetesen ellentmond a civil társadalom számos alapértékének – az együttműködésnek, a szolidaritásnak, az újtásnak stb.

A társadalmi szinten megjelenő bizalmatlanság megjelenik a közösségekben, társadalmi csoportokban, amelyek állapota alapvető a civil társadalom építkezése szempontjából. Sok olyan példát lehetne említeni, amely azt mutatja, hogy nem alulról jövő kezdeményezésként indult el egy-egy szervezetnek az egyéb szervezetekkel való együttműködése, hanem felülről jövő támogatások hívták életre.

Az adatokból jól látható, hogy a társas nonprofit szervezetek (egyesületek, egyesületi szövetségek, köztestületek, közhasznú társaságok) száma stagnál, illetve nem emelkedik és nem is csökken jelentősen. A 2. táblázat adatai a társas nonprofit szervezetek számát és az egy egyesületre jutó tagok létszámát mutatja. A számokból kitűnik, hogy a szervezetek taglétszáma 1995 és 1996 között hirtelen lecsökkent. Az adatok gyanakvásra adnak okot a két adat összevethetőségét illetően. Ha ezt a változást ennél fogva figyelmen kívül hagyjuk, akkor is azt találjuk, hogy míg a szervezetek létszáma a 6. táblázat tanúsága szerint növekszik, addig a tagok száma és az egy egyesületre jutó tagok létszáma az első esetben 1993 és 1995 között gyakorlatilag nem változik (5322, 5517, 5523), a második esetben valamelyest csökken (295, 243, 239).

2. táblázat Az egyesületek taglétszáma és az egy egyesületre jutó tagok száma 1862–1995

Év	Egyesületi tagok száma (ezer fő)	Az egy egyesületre jutó tagok száma (fő)
1862	114	326
1878	352	184
1932	2998	209
1970	2171	244
1982	2305	351
1989	2979	350
1993	5322	295
1994	5517	243
1995	5523	239
1996	3552	145

Forrás: KSH 1995:32 és 1996:40

Emellett az alapítványok esetében is csak minimális növekedés figyelhető meg (6. táblázat, 17 109-ről 3 év alatt 19 754-re).

Putnam (2000) elemzése szerint a második világháborút követő időszakban az Egyesült Államokban fellendítő erejű, a civil társadalom szempontjából elemi fontosságú kollektív szolidaritás volt – erre a korszakra az érzelmek túlaradása volt jellemző (ahogyan a rendszerváltást követően Kelet-Közép-Európára is). Ezt az erőt Putnam a civil szervezetek számának növekedésében látja. Az ötvenes évekre

ez az eufória lanyhul, bár a számok szerint továbbra is növekedés érzékelhető. Fontos megállapítása, hogy az Amerikában pl. ebben az időszakban oly népszerű szervezetek – a szülők–tanárok együttműködését segítő egyesületek (*parent-teacher organisations*) – száma a hatvanas években éri el csúcát, s azóta folyamatosan csökken. Putnam ebből azt a következtetést vonja le, hogy a baj akkor kezdődik, amikor a szülők már a gyermekeik oktatásában sem vesznek részt.

Putnam (2000) a társadalmi tőkét mérő, legfontosabb számoknak az oktatáshoz kapcsolódó civil kezdeményezéseket, az egyházi szerveződéseket, a sporttal kapcsolatos szervezetek számát, a szakmai szervezeteket és az irodalmi társaságokat tekinti. Az iskolához kapcsolódó szervezeteké az egyik legkiemelkedőbb szerep a társadalmi tőke reprodukciójában. Elemzésében vizsgálja az önkéntesek számának, valamint az önszervező csoportosulások számának alakulását is.

Hangsúlyozza az informális kapcsolatok fontosságát, kiemelve, hogy aki reggelente rábólint a vele szembe futóra, minden csütörtökön ugyanazzal a baráti társasággal bridzsezik, vagy egyszerűen pletykál a szomszédal, az minden alkalommal hozzátesz valamit ezzel a társadalmi tőkéhez.

Érdekes leírást vezet be az informális és a formális szervezetekben részt vevő társadalmi csoportok elkülönítésére: a leírás szerint megkülönböztethetők a *macherek* (formális szervezetekben inkább tagok) és a *schmooserek* (informális kapcsolattartók). A macherek rendszeresen járnak klubülésekre, vagy templomba, általában önkéntes védőadók, rendszeresen olvasnak napilapot és folyóiratokat, politizálnak. A magasabban iskolázottak csoportjába tartoznak, magasabb a jövedelmük is. Fiatalabb korukban visszafogottabbak, középkorban teljesedik ki aktivitásuk, idősebb korban ismét visszavonulnak. Általában férfiak.

A schmooserek aktív társadalmi életet élnek, kapcsolataik kevésbé formalizáltak, mint az előző csoporté. Rendszeresen adnak partikat, kártyáznak, rokont látogatnak. Fiatal korukban és idősebb korukban a legaktívabbak, aktivitásuk középkorukban a leggyengébb. Inkább a nők közül kerülnek ki.

Ha ezeket az összefüggéseket Magyarországon vizsgáljuk, akkor azt találjuk, hogy a két rendszer között ugyan vannak hasonlóságok, a két társadalom mégis alapvetően különbözik egymástól.

A KSH 1995-ös felmérése szerint (*Lakossági adományok és önkéntes munka*) a jótékonyági magatartás szoros összefüggést mutat a társadalmi-demográfiai jellemzőkkel. Az 5. táblázat adatai szerint a nők szívesebben adományoznak, de valamivel (3 százalékkal) kevesebb önkéntes munkát végeznek, mint a férfiak. Az adományozók általában aktív korú (30–60 éves), családban élő, jól képzett, magas jövedelemmel bíró, fővárosban vagy nagyobb vidéki városban élő állampolgárok.

A Putnam által megfigyelt kettősség a magyar társadalomban más-ként, de a kulturális tényezők által ugyanúgy meghatározottan van

TANULMÁNYOK

jelen. Magyarországon a nők hagyományosan végeznek pl. ápoló, gondozó tevékenységet, hivatásszerűen és nagyobb arányban tevékenykednek az egészségügy, az oktatás, a szociális ellátás területén, mint a férfiak. Ez a hatás a civil szektorban is megfigyelhető, a női foglalkoztatottak aránya a legmagasabb az egészségügy (75,3%), a politika (66,7), a szociális ellátás (65,4%) és az oktatás (55,3%) területén belül, de 50 százalék feletti az érdekképviselő (54,7%), a kutatás (54,6%) és a kultúra (52%) területein belül is. A táblázat szerint a legalacsonyabb a nők foglalkoztatottkénti jelenléte a sport- és szabadidős tevékenységekkel, polgárvédelemmel foglalkozó területeken, amelyek hagyományosan férfiak által végzett feladatok. Első látásra különös a politikában való ilyen magas részvétel, ugyanakkor nem az, ha tudjuk, hogy a politikai szervezetek adminisztratív feladatait ellátó alkalmazottak általában nők, a magasabb politikai szereplők viszont általában nem alkalmazottai az adott szervezetnek.

3. táblázat A női foglalkoztatottak aránya a nonprofit szervezetek tevékenységcsoportjai szerint

Tevékenységcsoport	Az összes foglalkoztatott száma	A nők aránya
Kultúra	5 681	52,0
Vallás	380	49,7
Sport	9 114	28,2
Szabadidő, hobbi	5 702	27,6
Oktatás	11 236	55,3
Kutatás	2 117	54,6
Egészségügy	4 551	75,3
Szociális ellátás	9 948	65,4
Polgárvédelem, tűzoltás	415	6,2
Környezetvédelem	1 654	31,6
Településfejlesztés	9 151	22,7
Gazdaságfejlesztés	8 195	39,4
Jogvédelem	539	47,6
Közbiztonság védelme	181	30,7
Többcélú adományosztás, nonprofit szövetségek	3 404	45,7
Nemzetközi kapcsolatok	512	47,3
Szakmai, gazdasági érdekképviselő	8 078	54,7
Politika	115	66,7
Összesen	80 973	45,8

Forrás: KSH:1999:175

4. táblázat Az egyesületi tagok megoszlása nemek szerint, százalékban 1932–1992

Évszám	Férfi	Nő
1932	80,9	19,1
1970	76,3	23,7
1982	73,6	26,4
1989	72,1	27,9
1992	64,4	50,5

Forrás: KSH 1994:34

5. táblázat Az adományozók és az önkéntes segítők felnőtt népességben belüli aránya, nemek szerint

Nem	Természetbeni adományozók	Pénzbeli adományozók	Önkéntes segítők
	a felnőtt népesség százalékában		
Férfi	31	42	31
Nő	37	48	28
Együtt	34	45	29

Forrás: KSH 1993:18

A nők jobb adományozók, ugyanakkor hagyományos szerepeik miatt (gyermeknevelés, otthoni munkák) inkább az informális kapcsolatok építésében jeleskednek. A férfiak – szintén hagyományos szerepeik okán – több közéleti szerepet vállalnak, aktívabbak a társadalmi szervezetekben való részvételben vagy az önkéntes kuratóriumi munkákban. Ugyanakkor a magyar társadalomban a civil szervezetek kuratóriumaiban hagyományosan több férfit találunk, míg a konkrét feladatok megoldása körül (alkalmazottak, általános önkéntesek) több a női szereplő. A nonprofit szervezetek által foglalkoztatott munkaerő 45,8 százaléka nő, s ez az arány a budapesti szervezetek esetében meghaladja az 50 százalékot is (KSH 1999:21 4. táblázat). A 8. táblázat adataiból látható, hogy a nők számaránya az egyesületi tagok között 1989 és 1992 közt majdnem megduplázódott. Bár újabb adatokkal nem rendelkezem, de az a sejtésem, hogy számuk fokozatosan növekedett az azóta eltelt, csaknem tíz évben. A sejtés alapja, hogy a nők szektorbeli számaránya és önkéntesként vállalt szerepe is folyamatos növekedést mutat.

Magyarországon a fiatalabbak és az idősebb generációbeliek kevésbé aktívak, mint az amerikai példában. Ennek egyik oka, hogy az egzisztenciaépítés itt valószínűleg nehezebb feladat, illetve hogy a nyugdíjasok anyagi lehetőségei is jóval korlátozottabbak. A másik ok – és ez mutatja a legnagyobb eltérést a két társadalom összehasonlításában –, hogy a fiatalok szocializációjában Magyarországon kisebb szerepet játszik a társulásokban való részvétel, és kisebb presztízsű az önkéntesség vagy az adományozás. A nyugdíjasok Magyarorszá-

gon még mindig főként passzív társadalmi életet élő csoportnak számítanak.

A KSH önkéntességet, adományozást vizsgáló kutatásának egyik leglényegesebb megállapítása, hogy a magyar társadalomban 1993-ban a felnőtt lakosoknak közel a kétharmada áldozta idejét, pénzét és egyéb támogatását a rokonsági és a szűk baráti körén kívül eső emberek segítésére. Az indítékokat firtató kérdésekre adott válaszok alapján elmondható, hogy a szolidaritás a magyar társadalomban alapértéknek számít. Am figyelembe kell vennünk, hogy még élt a rendszerváltás eufóriája, amikor – 1993-ban – ez a felmérés készült. Ahogyan az alábbi táblázat számai is mutatják, azóta csökkenés figyelhető meg az önkéntesek számában, az elvégzett önkéntes munka mennyiségében, és stagnálás mérhető az önkéntes munka értékében.

6. táblázat Az önkéntesek által végzett munka értéke és mennyisége 1993–1999

	Önkéntesek száma	Önkéntesek munkaórája millió óra	A munka értéke milliárd Ft
1993	418 739	106,5	14
1995	506 142	39,0	n. a.
1996	400 206	20,3	n. a.
1997	381 221	19,0	n. a.
1998	379 393	n. a.	n. a.
1999	313 000	30,0	12

Forrás: KSH 1995, 1996, 1997, 1998, 1999

Nem lehet megmondani, hogy az 1993-ban 106,5 millió munkaóra-ra taksált önkéntes segítség hogyan csökkent kevesebb mint a felére a következő évben. Az adatok itt valószínűleg nem vethetőek össze. De ha ezt a drasztikus csökkenést nem vesszük figyelembe, akkor is egyértelmű, hogy folyamatosan csökken az önkéntesek száma, az önkéntes munkával eltöltött idő pedig növekszik, miközben az önkéntes tevékenység által teremtett többletérték valójában stagnál.

A jelenségeket elemző, korábban bemutatott adatokból tudjuk, hogy a szervezetek számának növekedése megállt, expanzió végére értünk. Az önkéntesek számának csökkenése aggasztó jelenség, de a munka értéke és az önkéntes munkával eltöltött munkaórák száma biztató. Az eufória csökkenése egyértelmű, ugyanakkor egyre inkább érzékelhető a szolgáltatások minőségének és hatékonyságának növekedése. A szervezetek egyre tudatosabban és átgondoltabban szervezik munkájukat, gyűjtenek adományokat, fordítanak figyelmet az átláthatóság megteremtésére; önkénteseik száma ugyan csökken, de egyre több munkaórában dolgoznak, és munkájuk értéke állandónak tekinthető.

A nonprofit szervezetek számának növekedése egyes területeken egyértelműen megállt, más számok szerint néhol csökkenést mutat.

A civil társadalom egyik fontos funkciója, hogy továbbhagyományozza mindazt, amit a társadalom egyszer már tudott a társadalmi tőke gyarapításáról. A fentebb vázolt társadalmi tőke és bizalom fogalmának vizsgálata során azt találtuk, hogy számszerűségében a civil társadalom fizikai fejlődése megállt, de minőségében pozitív változások jelentek meg.

Azok a társadalmi változások, amelyek az utóbbi 30–40 évben zajlottak le világszerte, nagymértékben befolyásolták a társadalmi tőke, az emberek közötti bizalom alakulását, és ugyanilyen hatással voltak a civil kezdeményezések, mozgalmak szerepének alakulására is. Ezek a jelenségek – a családok szerepének megváltozása, a házasságkötések számának csökkenése, a válások számának növekedése, az egyszülős családok, illetve az egyedül élők számának megugrása – mind-mind befolyásolói a civil társadalommal kapcsolatos folyamatoknak Amerikában és Nyugat-Európában egyaránt.

A társadalmi tőke nemcsak a gazdasági kiadásokat optimalizálja, illetve csökkenti. Gyorsabb és könnyebb megoldásokat találni az adott társadalomban felmerülő kollektív problémákra, ha a közösség egymással érintkező, egymás iránt bizalommal bír, kompromisszumok, szolidaritás vállalására kész egyénekből áll. A társadalmi tőke állapota lemérhető azon is, hogy a társadalomban élő emberek hogyan, milyen határfokkal küzdenek meg egyéni problémáikkal: mekkorák az öngyilkossági, válási számadatok, milyen az egészségügyi helyzet, mekkora a munkanélküliség, s mekkora az emberek egymás iránti toleranciája.

A társadalmi tőke jelenlétét természetesen jelzik negatív jelenségek is. A futballpályák lelátóinak antiszemita megnyilvánulásai, a romák elleni atrocitások, az állami gondozott gyerekek zárt helyekről való kiköltözése ellen gyűjtött aláírások jelzik az olyan közösségi megmozdulásokat, amelyek a közösség távlati céljai és a demokrácia ellen hatnak.

Az önkéntesség

Nem kis problémát jelentett az Egyesült Nemzetek Közgyűlésének mind az önkéntesség, mind pedig az önkéntességgel kapcsolatos alapfogalmak definiálása. Az önkéntes munka, az önkéntesség megjelenése egy adott társadalomban a történelmi helyzetek, a politika, a vallás és a kultúra függvénye. Három jellemző tulajdonsággal mégis általánosságban is meghatározható:

1. Önkéntes tevékenységet elsősorban nem anyagi ellenszolgáltatásért végeznek, de a kiadások megtérítése, vagy jelképes fizetség megengedhető.

2. A tevékenységnek nincs külső kényszere.

3. Szükségképpen más személy vagy a társadalom hasznára kell

irányulnia (bár köztudott, hogy az önkéntesség jelentős haszonnal jár az önkéntes személyére nézve is).

Az önkéntességet a világ különböző országaiban különbözőképpen definiálják. Az Önkéntesek Nemzetközi Évének megnyitása gyanánt 2000 májusában megrendezett, utrechti konferencia Az önkéntesség és az állam szerepe címet viselte. E konferencia egyik záró anyaga annak a kérdőívnek az eredményeit foglalja össze, amelyet az egyes országokat képviselő kormányzati emberek töltöttek ki. A kérdőívben fölített kérdések az adott országban elfogadott hivatalos önkéntes-definíciókat, az önkéntesek számát, a kormányzat által, illetve az önkéntes szervezetek által tett kezdeményezéseket tudakolták. A 18 válaszadó ország (Argentína, Brazília, Dánia, Egyesült Királyság, Franciaország, Hollandia, Izrael, Jordánia, Mali, Spanyolország, Ausztrália, Ausztria, Banglades, Fülöp-szigetek, Japán, Lengyelország, Magyarország, Svédország) mindegyike az ellenszolgáltatás nélküli, mások számára nyújtott tevékenységet nevezte önkéntes tevékenységnek. A magyarországi válaszban a következő szerepel: „Az önkéntes szót inkább a nonprofit, nem állami vagy a civil szervezetekre használják.” Ahogyan azt később látni fogjuk, az önkéntes szó valóban használatos Magyarországon ebben az értelemben is. Nem szabad azonban megfeledkeznünk azokról a magyarországi önkéntesekről, akik a szó klasszikus értelmében végeznek önkéntes munkát kórházakban, szociális vagy ifjúsági szervezeteknél. A konferencia előzetes kutatási eredményei között szerepel az is, hogy az önkéntesek száma növekszik Franciaországban, Hollandiában és Magyarországon. A definíciós kérdés itt válik fontossá, mert ha csak a (civil-önkéntes) szervezetek számát vesszük alapul Magyarországon, akkor a növekedés valóban megfigyelhető. Ha e felszíni megfigyelésünket tovább elemezzük, akkor azt látjuk, hogy a társas szervezetek tagsága csökken, valamint kimutattuk, hogy az önkéntesek számát is ez jellemzi.

A kérdőívben a különböző országok az egészségügy és szociális gondoskodás, a sport és a közösségi részvétel, illetve közösségfejlesztés szektorokat jelölték meg a legtöbben, amikor arra a kérdésre válaszoltak, hogy hol, melyik területen a legaktívabbak az önkéntesek. A KSH 1999-es felmérése szerint a magyarországi önkéntesek a szociális szektorban, a sport- és szabadidős szervezetekben, valamint a nonprofit szövetségek tagjaiként végezték a legtöbb önkéntes munkát.

A KSH felmérései szerint az informális (nem szervezethez kapcsolódó) önkéntesek száma 1995-ben meghaladta a 2 263 780 főt (ez a felnőtt korú népesség 29 százaléka). A formális szervezetekben önkéntes munkát végzők száma ugyanekkor 400 207 fő, ami a felnőtt korú népesség 5 százaléka. A formális önkéntes munkáról azóta is készültek felmérések, ezek szerint az önkéntesek száma 1995 óta folyamatosan csökken. A lakosság körében 1995 óta sajnos nem volt újabb felmérés, így azt nem tudjuk, hogy az informális önkéntesség esetében is elmondható-e ez a tendencia.

Ha a szervezeti statisztikát nézzük, akkor az derül ki, hogy a szervezetek 16,6 százaléka (8 012 szervezet) foglalkoztat fő-, mellék- és részállásban munkaerőt. Mivel a civil szervezetek megfelelő számban nem engedhetik meg maguknak a fizetett, bejelentett munkaerőt, céljaik megvalósítása érdekében megbízási szerződéses munkaerőt vagy önkénteseket kell alkalmazniuk. A megbízási szerződéses kifizetéseket tevő szervezetek száma 10 307, ami a szervezetek 21,4 százalékát jelenti. A szervezetek elég alacsony százaléka fizet valamilyen formában az elvégzett munkáért. Az adatok szerint tehát a szervezetek többségének céljai megvalósítása érdekében önkénteseket kell alkalmaznia.

A következő táblázat szerint az Egyesült Királyságban pl. a felnőtt lakosság 48 százaléka végez önkéntes munkát a formális szervezetek valamelyikében, az informális önkéntes tevékenység 78 százalékos.

7. táblázat Nemzetközi adatok az önkéntesek munkájáról 2000-ben

Ország	Formális szervezetben a felnőtt lakosság százalékában	Informálisan
Egyesült Királyság	48% (1999)	78% (1999)
Dánia	28% (1993)	31% (1995)
Hollandia	32%	n. a.
Németország	34% (14 év felett, 1999)	n. a.
Svédország	48% (16 év felett, 1999)	52% (16 éve felett, 1999)
Magyarország	5% (1995)	29% (1995)

Forrás: Az önkéntesség és az állam szerepe c. konferencia záróanyaga, Utrecht. Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk. 2000.

E táblázatból azonban nyilvánvaló, hogy az önkéntesek száma és munkája elég kis szerepet játszik Magyarországon a kutatásban szereplő európai országok adataihoz képest. (Sajnos az eredmények között szereplő országok között Lengyelország kivételével más kelet-közép-európai ország nem szerepel, ebben az esetben sajnos lengyel adatok sincsenek, így a régióra vonatkozóan ebből a kutatásból nem vonhatók le következtetések.)

Annyi azonban a lengyel adatokból is kiderül (www.ngo.pl/base/stat/stateng.htm), hogy a civil szervezetek többsége – a magyarországi adathoz nagyon hasonlóan – 47–63 százalékban nem alkalmaz fizetett munkaerőt.

Az önkéntesség előnye, hogy elősegíti a társadalmi beilleszkedést,

hozzájárul a szegénység, a kiilleszkedés csökkentéséhez és a teljes foglalkoztatáshoz. Gazdasági szempontból is hozzájárul a társadalom működéséhez, ez Nyugat-Európában általában a GDP 8–14 százalékát jelenti. Putnam (2000) és más szerzők szerint az országok közötti vagy az egyes országokon belüli régiós különbségeket elsősorban az úgynevezett *társadalmi tőkének* lehet tulajdonítani, amely a legjobban az önkéntes tevékenységekben való részvétellel nyilvánul meg. Ahol magas részvételt találtak az adott terület társadalmi mozgalmában vagy az önkéntesek számát illetően, ott más gazdasági, társadalmi mutatók is jobbnak bizonyultak.

Az állam fontos feladata, hogy megteremtse az önkéntes munkavégzéshez szükséges infrastruktúrát, hiszen az önkéntes alkalmazása pénzbe kerül (költségtérítés), és komoly szervezőmunkát is igényel. Az állam stratégiai tervezéssel, a közfigyelem felkeltésével, a civil és a piaci szektorral való együttműködés elősegítésével, koordinálásával vállalhat aktív szerepet. Az önkéntes tevékenység megismerése érdekében kutatásokat kell finanszírozni, és nagy hangsúlyt kell helyezni az önkéntesség eszméjének oktatásba való bekapcsolására is. Magyarországon még elég jelentős deficittel rendelkezünk ezeken a területeken.

Sokan hiszik, hogy az önkéntesség ma is a középkorú, unatkozó középosztályi háziasszonyok tevékenysége. Az önkéntesség sokkal szélesebb korosztályokat és társadalmi rétegeket érinthet. A gyerekek szocializációja, oktatása, nevelése során fontos cél, hogy később közösségük aktív tagjaivá legyenek. A fiatalok, pályakezdők szempontjából előnyös, ha első munkahelyi gyakorlatukat segítő környezetben teszik, ahol a felelősséget még mások viselik helyettük. Figyelembe véve a fiatalok körében növekvő tartós munkanélküliség tendenciáit, még nagyobb a társadalmi felelősség: sokan karrierjük első állomásaként passzivitásba kényszerülnek. Különösen fontos a nők munkaerőpiaci visszakerülésének elősegítése. A nyugdíjas önkéntesek számára a magány, a passzivitás, a betegségekbe menekülés és az elszegényedés elkerülésének lehetősége jelenthet vonzást. Emellett egyre több piaci szervezet figyel fel arra, hogy szakembereinek ösztönzése az önkéntes munkára elősegíti az alkalmazottak kreativitásának, munkakedvének növekedését, felfogható az alkalmazottak sokoldalúvá tételének egyik állomásaként, javítja a cég közösségen belüli reputációját, növeli a vállalaton belüli munkamorált.

Az Önkéntesek Nemzetközi Évének munkájában Magyarország is részt vesz. A folyamatban a kormányzati és a civil szektor is képviselteti magát. A közös munka egyik eredményeként készült el egy kérdőív, melynek célja, hogy az önkénteseket, az önkéntes munka minőségét, milyenségét, gyakoriságát vizsgálja a civil szervezetek oldaláról. A kérdőív minden típusú civil szervezethez eljutott, megjelent a Pályázati Figyelőben, az interneten, e-mail-listákon, hozzá lehetett jutni konferenciákon, és egyes minisztériumok és önkormányzatok a saját civil címlistájukra is kiküldték.

A kiküldött és megjelentetett több ezer kérdőívből 188 kitöltött érkezett vissza. A kutatásban részt vevő szervezetek 67 százaléka egyesület vagy valamilyen társas szervezet, egyharmada alapítvány. Ez az arány nem sokban tér el az országosan nyilvántartott civil szervezetek arányától, amely 59 százalék a társas nonprofit szervezetek, és 41 százalék az alapítványok vonatkozásában.

A válaszadó szervezetek több mint egyharmada fővárosi illetőségű. A nem budapesti kérdőívek nagy része is városi szervezetektől érkezett vissza (52 százalék kis- és nagyváros), a községi válaszadók aránya mindössze 15 százalék. Ezek az arányok országosan is hasonlóak, bár a községek felé tolódnak el: a budapesti szervezetek száma 26,9 százalékot jelent, a városok a civil szervezetek 47,1 százalékát, a községek 26 százalékát adják. (Kaptunk vissza kérdőíveket a határon túlról is (11 db), ezeket azonban a minta országos adatokkal való összevethetősége érdekében nem dolgoztuk fel.)

A kérdőív válaszadó szervezetei között a legtöbben (41%) a szociális ágazatban tevékenykednek, de a kulturális és az egészségügyi ágazatot is megjelölte a válaszadók majdnem egyharmada. A szervezetek átlagosan 1,7 ágazatba sorolták be magukat, a megjelenített 8 ágazati forma közül. A városok és a főváros szervezetei általában több tevékenységi kört jelöltek meg, míg a községek szervezetei homogén választ adtak a kérdésre.

A kérdőív tíz célcsoportot definiált: kisebbségek, gyerekek, hajléktalanok, fogyatékkal élők, munkanélküliek, szegények, idősek, betegcsoportok, szakmai szervezetek, nőikkel foglalkozó szervezetek csoportjait. A vizsgált szervezetek 44 százaléka a gyerekeket, egynegyede a fogyatékkal élőket, 20–20 százalék az idősekkel való foglalkozást, valamint a szakmai tevékenységet jelölte meg ellátott csoportként. A vizsgált szervezetek fele egy, 25 százaléka két, 16 százaléka háromnál is több célcsoport érdekében tevékenykedik.

Az egyéb kategóriában sokféle tevékenység szerepel, így pl. véradók, környezettel foglalkozók, pedagógusok és szülők csoportjai, menekültek, sorkötelesek, de a legtöbb válaszban a „mindenki”, „az egész társadalom”, „az egész közvélemény” megfogalmazások szerepelnek.

A szervezetek által ellátott kliensek száma átlagosan szervezetenként 2098 fő. Ebben a vonatkozásban országos adatokkal sajnos nem rendelkezem, ezt az adatot tehát nem tudom összehasonlítani. Csak sejteni lehet, hogy a mintában megjelenő számadat magas számot jelent.

A szervezetek 41 százalékánál dolgozik fizetett munkatárs, 12 százalék esetében mindössze egy munkaerő. A fizetett munkatársak száma az országos adatokkal való összevetésben ebben a mintában bizonyult magasabbnak. Az országos adatok szerint a szervezetek 16,6 százaléka alkalmaz fizetett munkaerőt, 83,4 százaléka nem. A szervezetek 21,4 százalékban alkalmaznak megbízásos szerződéssel fizetett munkaerőt.

TANULMÁNYOK

Az alkalmazottal nem rendelkezők éves költségvetése a másfél millió Ft-ot sem éri el.

1. ábra A fizetett munkatársak száma

8. táblázat Az alkalmazottak száma és a bevételek nagysága

A bevételek nagysága (ezer Ft)	Nincs alkalmazott	1 vagy 2 alkalmazott	3–10 alkalmazott	13 fölötti alkalmazott	Összesen
0– 500	34	4	1	–	39
501– 1000	19	3	–	–	22
1001– 5000	31	11	4	1	47
5001–10000	7	5	3	1	16
10001–30000	–	4	12	6	22
Összesen	91	27	20	8	148

A 2000. pénzügyi év eredményességét tekintve azt találjuk, hogy az általunk vizsgált szervezetek 18 százaléka deficittel zárta a vizsgált időszakot. A szervezetek 28 százaléka számol be a kiadások és a bevételek egyenlőségéről, és 54 százalék zárta pozitívan a tavalyi évet.

A kérdőívet visszaküldők közül 60 százalék rendelkezik saját bevételekkel, 49 százalék önkormányzati forrást (is) jelölt és 45 százalék kap egyházi, alapítványi támogatást. Költségvetési támogatással a szervezetek egyharmada rendelkezik – ez a szám az országos adatnál kicsit magasabb, ott ez az arány 23,6 százalék. A piaci szektor a vizsgált szervezetek 28 százalékát támogatja (országos: 17%). A szervezetek egyötöde térítési díjából is tesz szert bevételre.

2. ábra *Bevételi források*

A vizsgált szervezetek túlnyomó többsége a bevételi forrásait tekintve több lábon áll. 38 százalékuk minimum két, egymástól független bevételre tesz szert, 25 százalék három, 19 százalék négy vagy több forrásból biztosítja bevételeit. A szervezeteknek mindössze a 18 százaléka jelölt meg egy bevételi forrást.

Ezek az arányok nagymértékben eltérnek a már említett országos adatoktól, ahol a szervezetek 56 százaléka pénzeszközeinek kétharmadát egyetlen forrásból szerzi.

9. táblázat *A bevételi források és a szervezeti forma összefüggése*

Bevételi források	Egyesület	Alapítvány	Egyéb	Összesen	Esetszám
Saját bevétel	65	31	11	107	178
Önkormányzat	51	25	10	86	178
Alapítvány/ egyház	37	34	8	79	178
Költségvetés	38	19	7	64	178
Piaci szektor	21	22	5	48	177
Térítési díjak	17	16	7	40	178
Külföld	11	12	2	25	177

A táblázatból látható, hogy az egyesületek a piaci szektortól és a külföldről származó bevételek kivételével mindegyik bevételtípusból nagyobb arányban részesülnek, több lábon állnak. Az alapítványok azonban az országos adatok szerint is magasabb bevételekre tesznek szert, bár kevesebb bevételi forrástípusból.

Az összehasonlításból az derül ki, hogy a mi mintánk és az országos minta hangsúlyaiiban nincsenek lényeges eltérések, így a nyitott

kérdések elemzésénél általános következtetéseket lehet levonni a civil szektor egészére vonatkozóan.

A kérdőívben arra is kíváncsiak voltunk, hogy a szervezetek maguk mit értenek az önkéntesség fogalmán. A szervezetek általában azt tekintik önkéntes munkának, ha az elvégzett munkáért cserébe nincsen semmiféle ellenszolgáltatás. A válaszadók 10 százaléka gondolta úgy, hogy az önkéntesek kategóriájába beletartozik a teljes tagság, 9 százalék pedig a szervezet vezetőit, kuratóriumi, elnökségi tagjait is önkéntesnek tekintette. Ez utóbbiakat egyébként a nemzetközi definíciók is az önkéntesek kategóriájába sorolják. A tagság is lehet része az önkéntesek táborának, amennyiben a szervezetnek nincsenek fizetett alkalmazottai, és a tagság tényleges tevékenységet is folytat. A fejezet elején említett hármás definícióból kettő érvényesül, azaz a szervezetek önkéntes és ellenszolgáltatás nélküli tevékenységnek tekintik az önkéntes munkát. Az utolsó szempont, miszerint az önkéntes munkát egy harmadik személy javára végzik, már nem mindig jön számításba. Ez az a különbség, amely a magyarországi és a nemzetközi értelmezés között egyértelmű, és amelyet ez a vizsgálat is igazol.

10. táblázat Az „önkéntes” definíciója

Ki számít önkéntesnek?	%
aki ellenszolgáltatás nélkül, ingyen dolgozik	28,7
aki bármiben, bárhol segít a szervezetnek	19,2
a teljes tagság	11,4
a szervezet vezetői, vezetőség	9,0
mindenki, aki itt dolgozik	7,2
akik társadalmi munkában dolgoznak	3,6
rendszeresen ingyen segít, munkát lát el a szervezetnél	3,0
aki kevés pénzért sokat dolgozik	2,4
aki a szervezet céljai elérése érdekében hasznos munkát végez	2,4
aki nem pénzért, fizetésért dolgozik	2,4
térítés nélkül dolgozó külső segítő	1,8
aki továbbadja a tudását a szervezet és mások javára	1,8
mindenki, aki szeretetből segíteni akar a szervezetnek, illetve a szervezeten keresztül másoknak	1,2
aki nem főállásban dolgozik a szervezetnél	1,2
aki a közösségért dolgozik	1,2
közvetlenül az érintettek	0,6
polgári szolgálatos	0,6
aki önként dolgozik a szervezetnél	0,6
aki elvégezte az önkéntesek tanfolyamát, képzését és segít is	0,6
a hatóságoknál nem bejelentett munkatárs	0,6
juttatás nélküli alkalmazott	0,6

Az egy szervezet által foglalkoztatott önkéntesek száma a fővárosban a legmagasabb, ahogyan ezt az országos adatok is alátámasztják. A megyei és az országos hatókörű civil szervezetek foglalkoztatják a legtöbb önkéntest, a regionális és a helyi szervezetek ennél jóval alacsonyabb számban.

11. táblázat Az önkéntesek száma a székhely, a szervezeti forma és a hatókör szerint

		Önkéntesek átlagos száma 2000	Önkéntesek átlagos száma 2001
	Főátlag	73	70
székhely	Budapest	122	118
	megyei jogú város	67	74
	kisváros	34	19
	község	31	34
típus	alapítványok	41	35
	egyesületek	78	78
	egyéb szervezetek	140	126
hatókör	országos	113	106
	regionális	19	36
	megyei helyi	113 39	112 29

3. ábra Mióta foglalkoztat önkénteseket a szervezet?

A szervezetek 17 százaléka nyilatkozott úgy, hogy az alapítás óta foglalkoztat önkénteseket. A többi válaszadó konkrét évszámmal válaszolt a kérdésre.

A szervezetek tevékenységi körét tekintve a legtöbb önkéntes munkát a sporttal foglalkozó szervezetek és a szakmai tevékenységet végzők javára végzik. Az országos adatok szerint a szociális ellátás és a sporttevékenységek területén mérhető a nagyobb aktivitás.

TANULMÁNYOK

4. ábra *A szervezet számára végzett éves önkéntes munkaóra, ágazati forma szerint*

A vizsgált szervezetekben az összes önkéntes 43 százaléka férfi, 57 százaléka nő. A felnőtt népességen belül a KSH 1995-ös adatai szerint a nők kevesebb önkéntes munkát vállalnak, mint a férfiak. Sajnos részletes adatokkal nem rendelkezem, tehát nem lehet tudni, hogy a 313 ezer országosan nyilvántartott önkéntes között milyen a nemek megoszlása.

Az önkéntesek 64 százaléka szellemi, 22 százaléka fizikai munkát végez egyébként. Az önkéntesek között 14 százalék a tanulók aránya. Az önkéntesek 96 százaléka magyar, 4 százaléka külföldi állampolgár.

5. ábra *Az önkéntesek megoszlása településtípus szerint*

A megkérdezett szervezetek 78 százaléka végez valamilyen toborzó munkát az önkéntes munkaerő biztosítása érdekében. 13 százalék egyáltalán nem folytat toborzási tevékenységet, további 10 százalék nyilatkozott úgy, hogy önkénteseik maguktól találják meg a szervezetet. A szervezetek egyharmada tagjaik, barátaik, ismerőseik között toboroz, 18 százalék rendezvényeken, 12 százalék felhívásokon keresztül. Van olyan szervezet is, ahol intézmények segítségével toboroznak (iskola, plébánia, művelődési ház, képzések stb.).

A szervezetek 65 százaléka biztosít képzést az önkéntesei számára.

6. ábra Az önkéntesek által végzett munka típusa

Az önkéntesek többsége szervezési, vagy szakmai munkát végez a szervezetekben (alkalmanként mindkettőt), és kisebb arányban látnak el adminisztratív feladatokat. A szervezetek 10 százalékában az önkéntesek mindhárom feladat ellátásában részt vesznek.

12. táblázat *Miért foglalkoztat a szervezet önkénteseket?*

Miért foglalkoztat a szervezet önkénteseket?	%
nincs pénzük fizetett alkalmazottra	28,3
erre épül az egész szervezet, önkéntesekből áll	20,5
kell a segítség a szervezetnek	14,5
a hatékonyság növelése érdekében	9,0
kell a szakmai tudásuk, tapasztalatuk	6,6
olcsó munkaerő	4,8
lehetőség másoknak a munkára, igény van rá	4,2
így az igazi	3,6
meggyőződésből, a szervezet filozófiájából	3,0
a célokat csak így tudja megvalósítani a szervezet	3,0
szakmai gyakorlat nekik	1,2
örömmel végzik a munkát	0,6
a helyi összefogás miatt	0,6

TANULMÁNYOK

Az önkéntesek munkájára a szervezeteknek alapvetően két ok miatt van szükségük. Egyrészt nincs pénzük fizetett alkalmazottakra, másrészt sok esetben az egész szervezet az önkéntességre épül, gyakorlatilag önkéntesekből áll. A válaszokat tekintve kiderül, hogy a szervezeteknek az önkéntesek szakmai tudására, tapasztalatára is szükségük van, valamint a működési hatékonyság növelése érdekében is alkalmaznak önkénteseket. Ha a szervezetek az önkéntesek munkáját kiválthatnák fizetett alkalmazottak professzionális munkavégzésével, a szervezetek 84 százaléka akkor is alkalmazna önkénteseket.

7. ábra Az önkéntes program továbbfejlesztéséhez szükséges feltételek

A szervezetek többsége, 79 százaléka tervezi, hogy a jövőben fejleszti az önkéntes programot. Különösen sokan, 86 százalék mondta ezt a helyi hatókörű szervezetek közül. A továbbfejlesztéshez a civil szervezeteknek segítségre van szükségük. Saját bevallásuk szerint az önkéntes programok bővítéséhez elsősorban anyagi és technikai támogatást igényelnének (működési feltételeik javítását), illetve 13 százalék szerint további képzésekre is szükség volna. Ezenkívül említették még a fiatalok bevonását (ami a mintában való részvétel alapján valóban fejlesztésre szorul), önkéntes adatbázis létrehozását, az önkéntesek munkájának nagyobb elismerését és a megfelelő információkhoz való hozzájutást. A válaszok között előkerült a tapasztalatcsere, valamint a szakmai gyakorlat szükségessége is.

Az önkéntesekkel való közös munkának előnyei és hátrányai egyaránt vannak. Az előnyök között kell szólni a hatékonyságról, az önkéntesek elhivatottságáról, lelkesedéséről, valamint az önkéntes munka alacsony költségigényéről. Az önkéntesekkel való munkavégzésnek hátránya, hogy a munkahelyi, családi és egyéb elfoglaltságok miatt az önkénteseknek kevés idejük van, csak korlátozottan tudnak ren-

delkezésre állni. Részben ebből fakad a munkavégzés bizonytalansága, a munka megszervezésének nehézsége. Másik jellemző hátrányként említik a számonkérhetőség korlátozottságát.

13. táblázat Az önkéntesekkel való munka előnyei és hátrányai

Az önkéntessel való közös munka előnyei (említések száma)	Az önkéntessel való közös munka hátrányai (említések száma)		
hatékonyság	23	kevés idejük van	29
kis költséggel jár	19	bizonytalanság	21
az önkéntesek elhivatottak	18	nehéz számon kérni	20
az önkéntesek lelkesek	18	sok szervezéssel jár	20
színesebb a munka, hozzák az ötleteiket	17	nem értenek hozzá	10
a közös munka öröme miatt	16	nem tartják be a határidőket	4
közösségfejlesztő hatás	11	lemorzsolódnak	3
rugalmasság, kötetlenség	9	nem elég aktívak	3
szívből segítenek	8	felelősség hiánya	2
az önkéntesek tapasztalata hasznos	4	nincs infrastruktúrájuk	2
az önkéntesek megbízhatóak	3	tapasztalatlanok	1
így tud a szervezet fennmaradni	1	nem hatékonyak	1
NINCS	0	NINCS	21

A kérdőívre adott válaszok szerint a szervezetek fele kap külső segítséget önkéntes programjainak működtetéséhez. Az önkénteseknek a civil szervezetek 42 százaléka tud alkalmanként vagy rendszeresen költségtérítést fizetni.

Az önkéntes programokhoz az egyesületek 57 százaléka, az alapítványok 34 százaléka kap külső segítséget. A szervezet típusa szerint a kisebbségi csoportokat és a munkanélkülieket segítő szervezeteknek több mint 60 százaléka kap ilyen segítséget, míg a nők helyzetével foglalkozó és a civil szakmai szervezetek átlag alatt jutnak ilyen támogatáshoz. Az önkénteseknek legnagyobb arányban a fogyatékos és betegcsoportokkal foglalkozó szervezetek tudnak költségtérítést adni (több mint 50 százaléka), míg a szakmai és a hajléktalan szervezeteknek csupán a 15–20 százaléka mondhatja el ezt magáról.

A legtöbb válaszadó az önkéntesek lehetséges motivációit firtató kérdésre azt a feleletet adta, hogy az embereket segítő szándékuk motiválja, de az elhivatottság és a szervezet céljaival való azonosulás is fontos. Az sem elhanyagolható, hogy az önkéntes munka közösségi élményforrást jelent. Sokak számára hasznos tapasztalatszerzőként vagy az önmegvalósítás lehetőségeként jelenik meg.

A KSH 1995-ös Lakossági adományok és önkéntes munka című felmérése szerint az adományozásból és az önkéntes munkából fakadó jóérzés, a segítségnyújtás öröme volt a jótékonyági tevékenység legfontosabb motivációja (KSH 1995:26). Az önkéntes munkáról és az adományozásról megjelenő vélemények között a legtöbben ezt említették, „Gyerekeken, öregeken segíteni erkölcsi kötelesség” (5-ből 4,47-es

átlagpontszám), de hasonló erősséggel jelenik meg az „Adományozásra szükség van, mert az állam nem tud minden problémát megoldani” (3,92) és a „Szegényeken segíteni erkölcsi kötelesség” vélemény (3,88) is.

A visszaérkezett kérdőíveken szereplő válaszok a személyes indítást, a meggyőződést, a segítségnyújtást, az önmegvalósítást és a közösséghez tartozást említik a leggyakrabban. De megjelenik a tanulási vágy, a szeretet kifejezése és a hasznossá válás vágya is.

Összefoglalva

Az önkéntesek által végzett munka az adott társadalom és az önkéntes számára is előnyös. Az ENSZ ajánlása szerint e tevékenység hozzájárulása az egyik legjelentősebb azokhoz a területekhez, amelyeket a Koppenhágai Nyilatkozat is kiemel, így elősegíti a társadalmi beilleszkedést, csökkenti a szegénységet, hozzájárul a teljes foglalkoztatottsághoz.

Az önkéntességnek nagy szerepe van az emberek társadalmi beágyazottságának tekintetében is. A gondozás passzív alanyai a társadalom segítő aktív résztvevőivé válhatnak (pl. nyugdíjasok, fogyatékosok önkéntes munkája). Az önkéntesség a fiatalok számára is jó lehetőség munkatapasztalatok gyűjtésére, a saját erőforrások feltérképezésére.

Az önkéntesség lehetőség a munkanélküliek önbizalmának, kapcsolati hálóinak építésére is, de nagy a szerepe a fizetett állások létrehozásában is. Az önkéntes munka olyan szükségletekre reagál, amelyek korábban nem, vagy csak kis mértékben voltak jelen az állami vagy a piaci ellátórendszerekben (pl. segítségnyújtás HIV-fertőzöttek számára, hospice-szolgálatok stb.). Az önkéntesek innovatív és gyors válaszainak köszönhetően fizetett állások ezrei jöttek létre Európa számos országában (ENSZ-ajánlás 2000:9).

Az önkéntes munka történetének negatív oldala, hogy több országban még mindig amolyan „úri időtöltésnek” számít. Fontos cél, hogy a társadalmi kirekesztettség, kiilleszkedés ellen az önkéntesség is felvegye a harcot, és pedig úgy, hogy minél többek számára tegye lehetővé az ehhez a munkához való hozzáférést.

Felhasznált irodalom

- Pete Alcock, Angus Erskine, Margaret May (ed., 1998): *The Student's Companion to Social Policy*. Blackwell. Oxford. 161–174.
- Jeffrey C. Alexander (ed., 1998): *Real Civil Societies – Dilemmas of Institutionalization*. London: SAGE Studies in International Sociology 48.
- Angelusz Róbert–Tardos Róbert (1998): *A kapcsolathálózati erőforrások átrendeződésének tendenciái a kilencvenes években*. Társadalmi Riport. TÁRKI. Budapest. 234–255.

- Arató András (1992): Civil társadalom Lengyelországban és Magyarországon. Politikatudományi Szemle 2.
- Andrew Arató András (1999): Civil társadalom, forradalom és alkotmány. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Bartal Anna Mária (1999): Nonprofit szervezetek. Doktori értekezés. ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet. Budapest.
- Sir William Beveridge (1942): Social Insurance and Allied Services. HMSO. London.
- Bocz János (1997): Önszerveződésből civil társadalom. Társadalmi Szemle 12.
- Bocz János (1997): Szociális nonprofit szervezetek Magyarországon. KSH. Budapest.
- Maria Brenton (1984): The Voluntary Sector in British Social Services. London and New York: Longman.
- Charities Aid Foundation (1997): The Non-Profit Sector in the UK. CAF International.
- Jean L. Cohen–Andrew Arato (1992): Civil Society and Political Theory. The MIT Press. Cambridge, Massachusetts and London. England.
- James S. Coleman (1990): Foundations of Social Theory. Harvard University Press. Cambridge.
- Tony Cutler–Barbara Waine (1994): Managing the Welfare State: The Politics of Public Sector Management. Offord: Berg. 54–87; 141–167.
- Csizmadia Andor (1977): A közigazgatás fejlesztése. A szociális gondoskodás változásai Magyarországon. MTA ÁJI Kiadvány. Budapest.
- Ralf Dahrendorf (1997): After 1989 – Morals, Revolution and Civil Society. London: MacMillan.
- Nicholas Deakin (2000): Civil Society as a Revolution? The Hungarian Case. Kézirat.
- Dőgei Ilona–ferge Zsuzsa (2000): A szubjektív szegénység és néhány társadalmi érték megítélése – az állam szerepe. Kézirat.
- Egymás jobb megértése felé: Tanulmányok az állam, az önkormányzatok és a nonprofit szervezetek viszonyáról Magyarországon (1997). A Civil Társadalom Fejlődéséért Alapítvány. Budapest.
- Gosta Esping-Andersen (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press. 19–34.
- Amitai Etzioni (ed.1995): New Communitarian Thinking – Persons, Virtues, Institutions, and Communities. The University Press of Virginia, Charlottesville and London.
- Amitai Etzioni (ed., 1998): The Essential Communitarian Reader. Rowman & Littlefield. Boston.
- Ferge Zsuzsa (1986): Fejezetek a magyar szegénypolitika történetéből. Magvető Kiadó. Budapest.
- Ferge Zsuzsa (1994): Szociálpolitika és társadalom. ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitika Tanszéke. Budapest.
- Ferge Zsuzsa (1997): A szociálpolitika paradigmaváltása – A társadalmi individualizálása. Kézirat. PHARE Szociálpolitikai Fejlesztési Program. ELTE Szociálpolitika Tanszék, Budapest.
- Geoffrey Finlayson (1994): Citizen, State, and Social Welfare in Britain 1830–1990. Oxford: Clarendon Press. 201–423.
- Peter Flora (1986): Növekedés a határokig. In: Társadalmi rétegződés (szerk.: Andorka–Hradil–Peschar), Aula Kiadó. Budapest.
- Derek Fraser (1984): The Evolution of the British Welfare State. London: MacMillan.
- Frei Mária (2000): Munkahelyteremtés a munkaerőpiac fő áramlatán kívül (II). Kézirat.
- Francis Fukuyama (1997): Bizalom. Európa Könyvkiadó. Budapest.
- Francis Fukuyama (2000): A Nagy Szétbomlás. Európa Könyvkiadó. Budapest.
- Ernest Gellner (2000): Trust, Cohesion, and the Social Order. In: Gambetta, Diego (ed.): Trust: Making and Breaking Cooperative Relations. Department of Sociology,

TANULMÁNYOK

- University of Oxford, chapter 9. Pp. 142–157. (www.sociology.ox.ac.uk/papers/gellner142-157.pdf)
- Anthony Giddens (1998): *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*. Cambridge: Polity Press.
- David Gladstone (1995): *The British Welfare State, Past, Present, Future* London: UCL Press.
- Frank Gladstone (1979): *Voluntary Action in a Changing World*. London: Bedford Square Press, 1–123.
- Howard Glennerster (1995): *British Social Policy since 1945*. Oxford: Blackwell.
- Gyekiczky Tamás (1994): Társadalmi hálózatok és a munkaerőpiac civil szerveződései. *Szociológiai Szemle*. 4. 97–118.
- Hargitai Lilla (1996): Néhány adat a nonprofit szektorról. *Mozgó Világ* 9. 27–31.
- Stephen Hatch (1980): *Outside the State*. London: Croom Helm, 27–151.
- Hegyesi Gábor (1991): A jóléti pluralizmus első jelei Magyarországon. *Esély*.
- Harry Hendrick (1994): *Child Welfare, England 1872–1989*. London–New York: Routledge, 211–242.
- Gordon Hughes (ed., 1998): *Imagining Welfare Futures* Routledge. London and New York, 55–103.
- Thomas Janoski (1998): *Citizenship and Civil Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Norman Johnson (1981): *Voluntary Social Services*. Oxford: Blackwell, 11–144.
- Kis János (1999): 1989: A víg esztendő. *Beszélő*, 1999. október, 22–46.
- Kondorosi Ferenc (1998): *Civil társadalom Magyarországon. Politika+Kultúra Alapítvány*. Budapest.
- Kósa Eszter (1996): A nonprofit szervezetek pénzügyi politikája. *Mozgó Világ* 9. 19–26.
- Krémer Balázs (1996): Az NGO kultuszáról. *Esély* 2. 45–66.
- Krémer Balázs (1996): Ami az állam és a civil szféra között van: (z)úr. *Mozgó Világ* 9. 31–50.
- Kuti Éva (1998): *Hívjuk talán nonprofitnak... Nonprofit Kutatócsoport*. Budapest.
- Kuti Éva–Marschall Miklós (1991): *A harmadik szektor. Nonprofit Kutatócsoport*. Budapest.
- Kuti Éva (1996): A nonprofit szervezetek szerepe a kilencvenes évek magyar társadalmában és gazdaságában. *Közgazdasági Szemle*, október.
- Lakossági adományok és önkéntes munka (1995), KSH. Budapest.
- Lévai Katalin (szerk.) (1997): *Civil a pályán. Helyi Társadalomkutató Csoport*. Budapest.
- Ruth Levitas (1998): *The Inclusive Society, Social Exclusion and New Labour*. Macmillan Press. London.
- Nan Lin (1987): *Social Resources and Social Mobility: A Structural Theory of Status Attainment*. State University of New York. Albany.
- Niklas Luhmann (1979): *Trust and Power*. John Wiley and Sons. New York.
- Niklas Luhmann (2000): *Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives*. In: Gambetta, Diego (ed.): *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Department of Sociology, University of Oxford, chapter 6. Pp. 94–107. (www.sociology.ox.ac.uk/papers/luhmann94-107.pdf)
- T. H. Marshall (1965): *Class, Citizenship and Social Development*. Doubleday and Co. New York. 78–90.
- Maira Martin (1996): *Managing the Poor: The Administration of Poor Relief in Bristol in the Nineteenth and Twentieth Centuries*. In Madge Dresser–Philip Ollerenshaw (ed.): *The Making of Modern Bristol*. Tiverton: Redcliffe Press, 156–183.
- Marcel Mauss (1925): *Essay on the Gift*. Norton. New York.
- Gregor McLennan–David Held–Stewart Hall (ed., 1984): *The Idea of the Modern State*. Philadelphia: Open University Press, 29–109

- Claus Offe (1996): How Can We Trust Our Fellow Citizens? Social Science Department, Humboldt University, Berlin. Kézirat.
- David Owen (1965): English Philanthropy 1660–1960. London: Oxford University Press, 527–597.
- Nonprofit szervezetek szerepe a helyi foglalkoztatásban (1997), Hálózat a Demokráciáért Program, Budapest.
- Malgorzata Ochman–Pavel Jordan (1997): Az önkéntesség mint értékes szervezeti erőforrás. Johns Hopkins University Institute for Policy Studies. Baltimore.
- dr. Pálos Károly (1934): Szegénység, szegénygondozás. Martineum Könyvnyomda Rt. Szombathely.
- Christopher Pierson (1996): The Modern State. London and New York: Routledge.
- Polányi Károly (1997): A nagy átalakulás. Mészáros Gábor kiadása. Budapest.
- Frank Prochaska (1980): Women and Philanthropy in 19th Century England. Oxford: Clarendon Press.
- Frank Prochaska (1988): The Voluntary Impulse – Philanthropy in Modern Britain. London–Boston: faber and faber.
- Adam Przeworski (1997): The State and the Market Economy. In.: Joan M. Nelson–Charles Tilly–Lee Walker (ed., 1997): Transforming Post-Communist Political Economies. Washington DC: National Academy Press. 411–431.
- Robert D. Putnam–Robert Leonardi–Raffaella Y. Nanetti (1993): Making Democracy Work. Princeton University Press. Princeton.
- Robert D. Putnam (2000): Bowling Alone – The Collapse and Revival of American Community. Simon and Schuster. New York.
- Reisz László (1988): Egyletek a dualizmuskori Magyarországon. Statisztikai Szemle 10.
- Susan Rose-Ackerman (1997): Altruism, ideological entrepreneurs and the non-profit firm. Voluntas. 8:2. 120–134.
- Lynne Russell–Duncan Scott–Paul Wilding (1996): The funding of local voluntary organisations. Policy and Politics. 24:4. 395–412.
- Lester M. Salamon–Helmut K. Anheier (1996): Defining the Nonprofit Sector. A Cross-National Analysis. Manchester New York: Manchester University Press.
- Adam B. Seligman (2000): The Problem of Trust. Princeton University Press. Princeton, New Jersey.
- Daniel Siegel–Jenny Yancey (1992): A civil társadalom újjászületése. The Rockefeller Brothers Fund, Budapest.
- Sükösd Miklós (1996): Információszabadság, pénz és hatalom. Mozgó Világ 9. 3–19.
- Társadalmi trigonometria (1993), Scientia Humana, Budapest.
- Marilyn Taylor (1996): Between Public and Private: Accountability in Voluntary Organisations. Policy and Politics. 24:1.
- Marilyn Taylor–Joan Langan–Paul Hogett (1995): Encouraging Diversity: Voluntary and Private Organisations in Community Care. Hampshire: Arena, 8–35.
- Alexis de Tocqueville (1993): Az amerikai demokrácia. Európa Könyvkiadó. Budapest.
- Ferdinand Tönnies (1983): Közösség és társadalom. Gondolat. Budapest.
- Antonin Wagner (1997): Methodology and communitarianism. In: Voluntas, Volume 8 No. 1. 64–69.
- Michael Walzer (1998): Toward a Global Civil Society. Providence and Oxford: Berghahn Books.
- Immanuel Wallerstein (1983): A modern világgazdasági rendszer kialakulása. A tőkés mezőgazdaság és az európai világgazdaság eredete a XVI. században. Gondolat. Budapest.
- Max Weber (1989): A politika mint hivatás. Medvetánc Füzetek. Budapest.

TANULMÁNYOK

6 Perri-Kuti Éva (1993): A közös piac veszélyei és kihívásai a magyar nonprofit szektor számára. Közgazdasági Szemle 2.

Dokumentumok

Egyetemes nyilatkozat az önkéntességről. LIVE 90 Párizsi konferencia dokumentuma. Önkéntesség és társadalmi fejlődés. Egyesült Nemzetek Közgyűlése. A Társadalmi fejlődésről és más kezdeményezésekről szóló világ-csúcstalálkozó eredményének végrehajtására összehívott közgyűlés különleges ülészakának előkészítő bizottsága (2000. április 3–14.)

Az önkéntesség és az állam szerepe. A konferencia zárótanulmánya. Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk. Utrecht, 2000. május 8.

A szociális fejlődéssel foglalkozó 1995-ös Koppenhágai Csúcstalálkozó vállalásainak megvalósulása Magyarországon. Civil jelentés az ENSZ 2000-ben tartandó Koppenhága+5 rendkívüli ülészakára. Szociális Szakmai Szövetség, 2000. Budapest. Voluntary Action in a Changing World. National Council of Social Service. 1979. London.

Dr. Dávidné B. Hídvégi Julianna (2000): A Kapu-program. Kézirat.

Statisztikák

A lakosság időfelhasználása 1999 szeptemberében. KSH. 2000. Budapest.

Magyar Statisztikai Évkönyv 1999. KSH. Budapest

Nonprofit szervezetek Magyarországon 1993. KSH. Budapest.

Nonprofit szervezetek Magyarországon 1994. KSH. Budapest.

Nonprofit szervezetek Magyarországon 1995. KSH. Budapest.

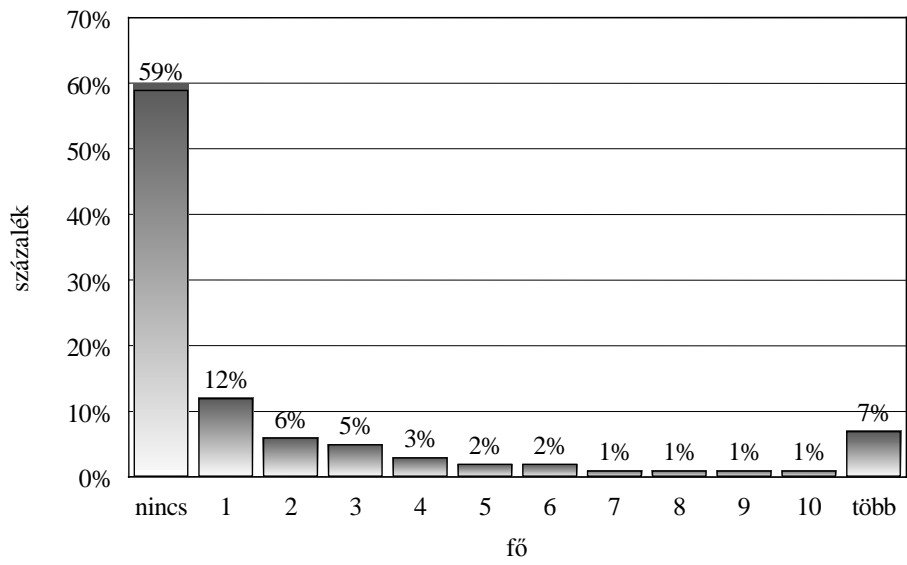
Nonprofit szervezetek Magyarországon 1996. KSH. Budapest.

Nonprofit szervezetek Magyarországon 1997. KSH. Budapest.

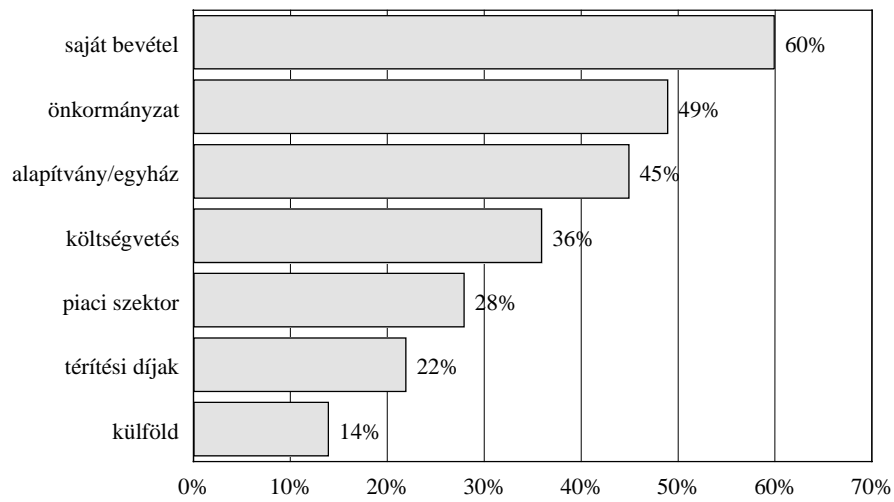
Nonprofit szervezetek Magyarországon 1998. KSH. Budapest.

Nonprofit szervezetek Magyarországon 1999. KSH. Budapest.

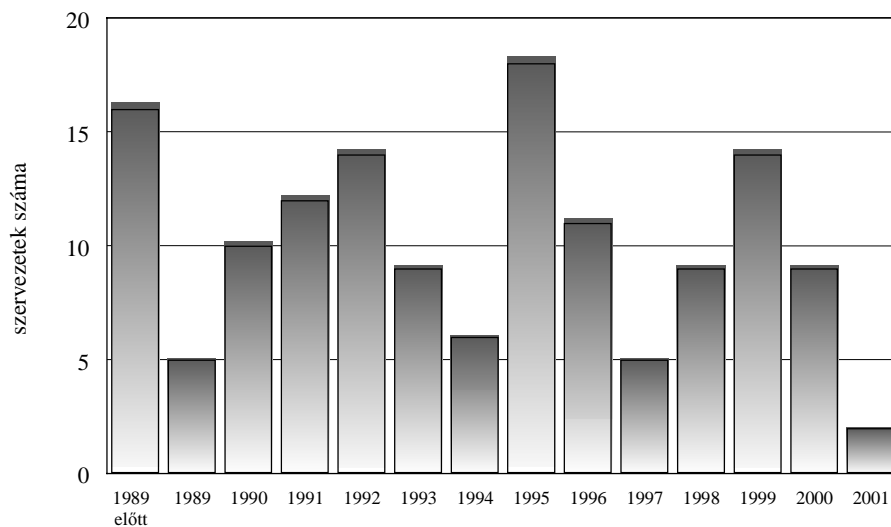
1. ábra



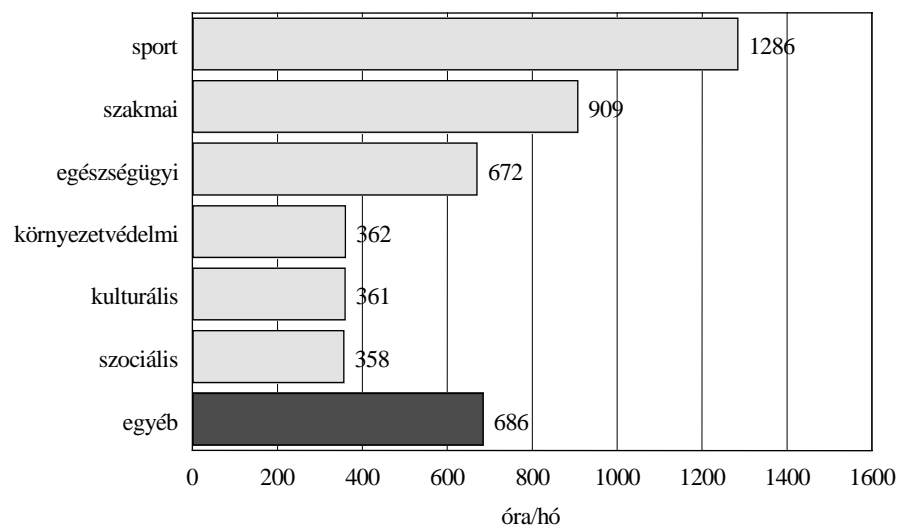
2. ábra



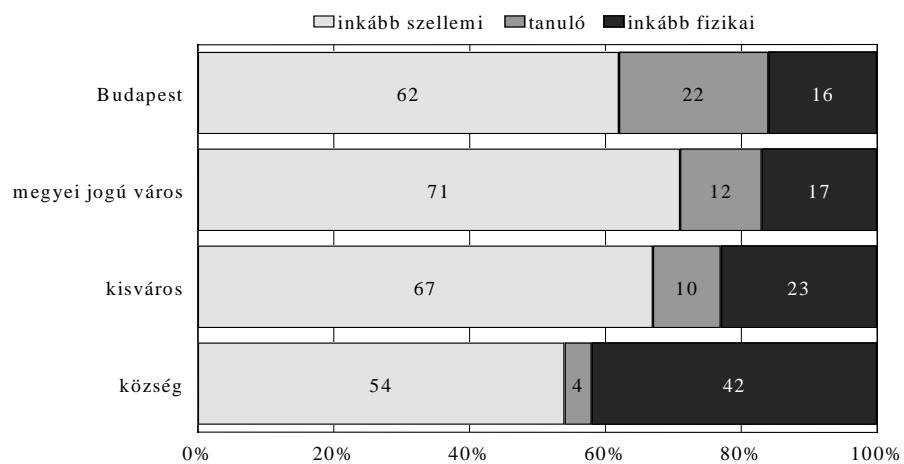
3. ábra



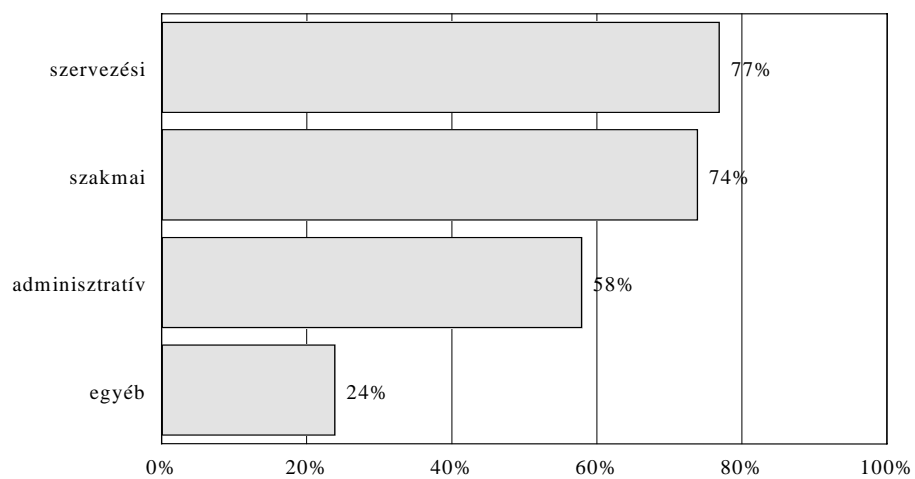
4. ábra



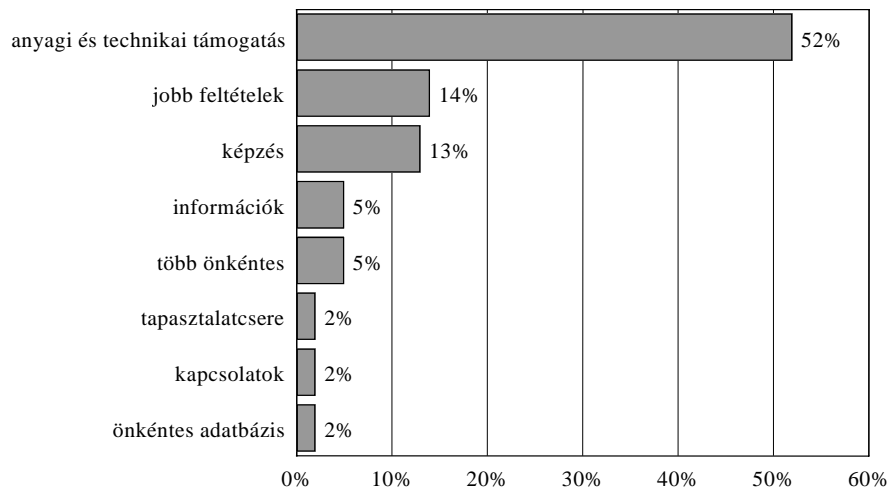
5. ábra



6. ábra



7. ábra



CSÜRKE JÓZSEF

Társadalmi támogatottság mentén kialakuló konfliktusok az öngyilkosság megelőzésében

A tanulmány az egyik, a lelki egészségvédelem terén megjelenő és megoldásra váró kérdéskör körülményaira vállalkozik: a hazai öngyilkossági helyzetet, valamint az ehhez kapcsolódó, különböző szintű preventív törekvéseket, s azok társadalmi-gazdasági támogatottságát elemzi. Egyúttal a társadalmi és mentálhigiénés összefüggések vizsgálatán keresztül kíván rávilágítani a különböző szinteken megjelenő egyéni és társadalmi konfliktusokra.

Magyarországon az utóbbi évtizedben a kommunikációkutatások egyik kiemelt témájává vált annak vizsgálata, hogyan miként jelenik meg a társadalom számára az öngyilkosság, illetve hogy milyen rejtett üzenetet közvetítenek a médiában a szuicídiummal kapcsolatos információk, hírek és diskurzusok. E tanulmány a folyamat lehetséges jogi és gazdasági összefüggéseivel egészíti ki a képet, azzal a törekvéssel, hogy egy teljesebb, a probléma megértésének újabb dimenzióját megjelenítő perspektívát tárhat föl.

A jelenség és társadalmi feltárásának tendenciái

Hazánkban 1995 és 1999 között az öngyilkosság aránya csökkenő tendenciát mutat, azonban továbbra is évente 3100 és 3400 között mozog azoknak a személyeknek a száma, akik szuicid cselekmény következtében halnak meg.

Befejezett szuicídiumok alakulása Magyarországon 1995–1999 között¹

A befejezett szuicídiumok elkövetői azonban egy olyan piramisnak a csúcsát alkotják, melynek második rétegét a hozzávetőleg ötvenezer öngyilkossági kísérletet elkövető képezi. E cselekményeknek nyilvánvalóan nagy a hatásuk a közvetlen környezetre (család, munkahely, lakóhely stb.). Ez, valamint az a tény, hogy hazánk 1962 óta folyamatosan az elsők között áll az öngyilkossági statisztikákban², tehát a jelenség mérete és társadalmi hatása indokolttá teszi a témáról való elmélyültebb gondolkodást.

A hazai öngyilkosság-kutatást a hatvanas években a társadalomstatisztikai és epidemiológiai adatgyűjtés jellemezte (Böszörményi, 1976; Cseh-Szombati, 1965, 1974; Kádár–Cselkó, 1972).

Az epidemiológiai adatok azonban a konkrét, az egyes egyén öngyilkossághoz vezető útjának rekonstruálásához nem tudtak elegendő támpontot adni. Az viszont világosan kirajzolódott – s egyúttal igazolta a durkheimi tételt (Durkheim, 1982) –, hogy az öngyilkosságok kialakulásában a társadalmi tényezők alapvető szerepet kapnak.

A hetvenes évek elejétől végzett szociológiai vizsgálatok erőteljesebben segítették a szuicídiumhoz vezető tényezők pontos feltárását (Buda, 1971, 1976; Kádár–Cselkó, 1973). Ettől az időszaktól kezdve kapott egyre nagyobb szerepet a hazai pszichiátriai és pszichológiai szakirodalomban is az öngyilkossági cselekmény dinamikus szemléletű elméleteinek ismertetése, jelezve az igényt, hogy az adatgyűjtés mellett az elméletalkotás, az állapot rögzítése mellett és helyett a feltárás, a leírás mellett és helyett az elemzés kerüljön előtérbe (Gálfi, 1971; Ozsváth, 1977).

A hetvenes évek végétől helyi kezdeményezések indultak meg a szuicid páciensek ellátásának javítására (Buda, 1976; Cselkó–Hárdi, 1976; Hegedűs, 1974; Kádár–Cselkó, 1973; Kézdi, 1977).

Míg a szuicídiumban meghaltakról rendelkezünk pontos statisztikai adatokkal, addig a kísérletezők számáról csak becslések alapján

¹ Forrás: KSH.

² A WHO-tagállamok adatai alapján.

nyilatkozhatunk. Az öngyilkossági kísérletekről a KSH által elrendelt, de később abbahagyott adatgyűjtés szintén nem tekinthető teljes körűnek, ahogyan a különféle kórházakban vagy klinikákon kezelt életben maradt öngyilkosok mintája sem tekinthető reprezentatívnak. Ez feltétlenül indokolttá és időszerűvé tette egy olyan, egy régióra kiterjedő, teljes körű felmérés elindítását, amelyből összehasonlítható adatok nyerhetők minden szuicid eseményről. Egy ilyen vizsgálat segítségével megalapozottabb véleményt nyilváníthatunk abban a szakirodalomban folyó vitában, hogy mutat-e eltérést az öngyilkosság miatt meghaltak és a kísérletet elkövetők csoportja, illetve hogy az öngyilkossági kísérlet és az öngyilkosság különböző társadalmi és lélektani jelenség-e.

A *Társadalmi beilleszkedési zavarok* című komplex kutatás keretében 1984-ben teljes körű adatgyűjtés kezdődött Baranya megyében a szuicídiumot megkísérlőkről, s ez a befejezett szuicídiumok regisztrálásával párhuzamosan zajlott. A baranyai kutatás már egy másik, a korábbi időszak megközelítésmódjától eltérő paradigmában zajlott; a „világ” tanulmányozása helyett a nyelv szerkezetének tanulmányozását preferálta, s ezen keresztül kereste a valóság szerkezetének fonalait (Kampis, 2000).

A kutatási eredmények szerint a tett-kísérlet arány Baranya megyében 1:5, de a kísérletek aránya egyes becslések szerint a tízszerese is lehet a tettének (Kézdi, 1990). Ugyancsak megállapították, hogy a kísérletezők 48 százaléka járóbeteg, vagy kórházi kezelésben részesült, kedélybetegség miatt. Ez az eredmény is igazolta azt a korábbi megfigyelést, hogy a páciensek az öngyilkosságuk előtt önmagukat beteggé minősítve adnak jelzéseket a szakemberek számára is, és indirekt módon segítséget kérnek.

Magyarországon a kilencvenes évek kutatásaiban az öngyilkosság és a kultúra reflexív kapcsolata kerül előtérbe (Kézdi, 1991). Az önpusztításnak mint kódnak a jelentése nem egyéb, mint a jövő negatív módon való elővételezése, ami minden egyéni és kollektív önpusztító magatartás és cselekvés alapvető, meghatározó oka lehet. Az önpusztítás nyelvi kódja a tagadás. Ez a jel homológ-metaforikus kódként működik a *kultúra szimbolikus rendszerében*. A homológ-metaforikus kódok eredetileg nem abból a célból jöttek létre, hogy jelrendszerként működjenek, mégis azok. Alapvető jellegzetességük éppen a *negativitás*ban van, s úgy működnek, hogy a *kommunikáció résztvevői* nem tudják, hogy jeleket artikulálnak. Az, amit a homológ-metaforikus kódolás szintjén tulajdonképpen kommunikálnak, nem azonos azzal, amit ők maguk *tartalomnak* vélnék. A nyelvünkben megjelenített kultúránk a negativitást, a tagadást részesíti előnyben, ami mögött az a történelmi helyzet és tendencia áll, hogy a valóság (a létezés) nem felel meg a lehetőségeknek, s a pozitív tartalom csupán a tagadás tagadásaként ragadható meg. Az ebben a kultúrában élők elsajátítják a szorongás megszüntetésének természetes, a kultúrából következő lehetőségét (Kézdi, 1995).

Állami és civil kezdeményezések, beavatkozások a helyzet kezelésére

Az öngyilkossági cselekmény megelőzése érdekében különböző szinteken folyik mentálhigiénés tevékenység.

Ma Magyarországon a következő intézmények foglalkoznak a szuicídium valamilyen szintű megelőzésével.

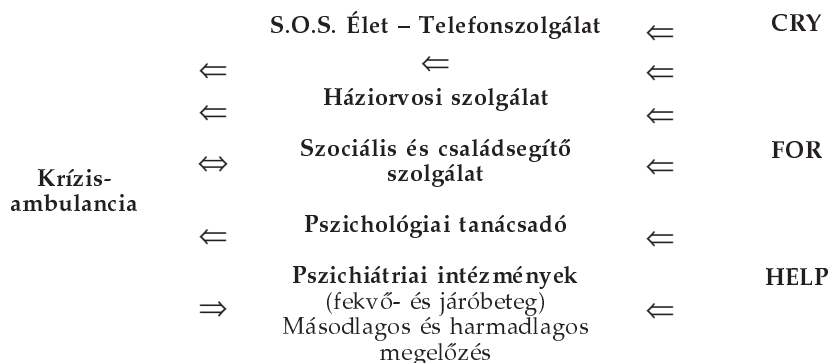
1. táblázat

Nevelési tanácsadók és gyermekideggondozók; Családsegítő intézetek; Kriszambulanciák; Pszichiátriai osztályok;	Önsegítő, illetve nonprofit szervezetek; Lelki elsősegély telefonszolgálatok; Krisziosztályok; Háziorvosi szolgálatok.
--	---

E felsorolt intézmények, szervezetek mindegyikének jelentős szerepe van a „cry for help”, azaz a segélykiáltás észlelésében, vagyis az öngyilkossági krízisben lévő személy segélykérő kommunikációjának dekódolásában.

A fentebb felsorolt szervezetek, intézmények együttműködésének, kapcsolódásának módját, valamint a különböző prevenciós szinteken való elhelyezkedését a következő ábra szemlélteti:

1. ábra



Emeljük ki ezek közül azt a két szervezettípust, amelynek szerveződését és működését elsősorban az öngyilkosság primer és szekunder prevenciója határozza meg.

Telefonszolgálatok és kriszambulanciák

Valamennyi telefonszolgálatra jellemző, hogy civil vagy egyházi kezdeményezésre alapulnak és a magányos, öngyilkossági szempontból veszélyeztetett személyek megsegítésére jönnek létre. A világ első te-

lefonszolgálatát egy baptista lelkész, Warren alapította New Yorkban, 1885-ben.

Az európai telefonszolgálatok közül kiemelendő a The Samaritans, amit egy londoni anglikán lelkész, Chad Varah által alapított, mint az első nagy-britanniai szervezetet. Ez kezdetben kizárólag az öngyilkosság megelőzésén dolgozott, később a különböző élethelyzetekben adódó lélektani problémák megoldásának elősegítését is vállalta.

Az oxfordi székhelyű szervezet, az IFOTES (International Federation of Telephonic Emergency Service) a következő követendő normákat határozta meg az alapszabályában (Balikó, 1990):

- Mindenki számára, aki sürgőshelyzetben, kétségbeesett lelkiállapotban illetve öngyilkossági veszélyben van, biztosítania kell az azonnali kapcsolatfelvétel lehetőségét.
- A segítségnyújtás kiterjed a krízishelyzet teljes időtartamára.
- A személyes kapcsolatot igénylő ügyekben segíteni kell a közvetítést.
- A segítség azt célozza, hogy a segélykérő élethez való bátorságát fokozza és fejlessze a krízishelyzetek megoldására irányuló képességét.
- A segélykérő számára a titoktartás teljes mértékben biztosított.
- A segítségnyújtás vallási, ideológiai, politikai nyomástól mentes.
- A telefonszolgálat munkatársai gondos válogatást és kiképzést követően dolgozhatnak.
- Nem szabad a segítségkérőtől anyagi hozzájárulást elfogadni.
- A telefonszolgálat munkatársai bírósági vallomást nem tesznek, amennyiben ez a hívóra vagy a szolgálatra nézve hátrányos.
- A telefonszolgálatban főfoglalkozású és önkéntes szakemberek alkotnak egy munkaközösséget.
- A kiképzést követően a kezdő munkatársak munkáját a már gyakorlattal rendelkező vezető támogatja.
- A telefonszolgálat szervezeti egységei kapcsolatot tartanak olyan szakemberekkel, akikkel adott esetben konzultálhatnak.
- Az első kapcsolat a segítségkérővel rendszerint telefonon keresztül jön létre, azonban e kapcsolat szükség esetén folytatódhat más módon is. Alapvető fontosságú, hogy a kapcsolat kezdeményezése, fenntartása, lezárása, esetleges újrafelvétele a segítségkérő igényei szerint történjék. S a kapcsolat során mindvégig biztosított legyen mindkét fél számára az anonimitás.
- A kapcsolatfelvételre állandóan, a nap minden órájában legyen lehetőség.
- Ha a segítségnyújtás során egyéb intézmény együttműködése szükséges, akkor a kapcsolat csak a hívó előzetes hozzájárulásával jöhet létre.

Ezek a követelmények – a lehetőségekhez mérten – a legtöbb, hazánkban működő szolgálatot is jellemzik.

A telefonszolgálatok elsődleges háttérintézményei az országban több helyen jelenlévő krízisambulanciák, krízisosztályok, ahová azok a társadalombiztosítással rendelkező személyek fordulhatnak, akik *személyes kapcsolatban* igényelnek segítséget, illetve akik számára a testközeli, személyes segítő kapcsolat nyújthat megnyugtató segítséget. Ezekben a szervezetekben, intézményekben hasonló alapelvekkel dolgoznak, mint a telefonszolgálatokban, de itt a segítséget kereső ember nem marad névtelen.

A krízisambulanciák feladatai igen sokrétűek. Egyrészt folyamatosan figyelemmel kísérik és segítik a telefonszolgálatok szakembereinek munkáját, például visszajelzést adnak, szupervíziós és konzultációs lehetőséget biztosítanak. Másrészt különböző szinteken tevékenykedő egészségügyi és oktatásügyi szakembereket képeznek ki és képeznek tovább, s ellátják azokat a klienseket, akiket a szociális és családsegítő szolgálatok a lelki krízishelyzetük miatt személyes terápiás kapcsolatba irányítottak, és azokat, akik az ambulanciát spontán keresik fel.

Ezeket a döntő többségükben munkanapokon működő, ambuláns szakellátást nyújtó intézményeket többségükben civil szervezetek támogatják, s valamely egészségügyi intézményhez kapcsolódva teremtik meg egy folyamatos krízisintervenciós ellátás feltételeit.

A vizsgálódások során feltárt és feltételezett, megoldatlan kérdések³

Az intézményeket övező konfliktusok a jellegük alapján két fő csoportba sorolhatóak, bár szoros kapcsolódásuk, összefonódásaik igen megnehezítik a szétválasztásukat. Úgy tűnik ugyanis, hogy a gazdasági támogatók körei a társadalmilag támogatott, s akár csak átmenetileg is előtérbe tolt értékek köré szerveződnek, így különválasztásuk előbb-utóbb tulajdonképpen értelmetlenné, feleslegessé is válhat.

A társadalmi és gazdasági támogatottság mentén kialakuló konfliktusok

A világon mindenütt, így hazánkban is súlyos gond az öngyilkosságok számának visszaszorítása. A társadalom számára egyre szélesebb körben nyilvánvaló, hogy az öngyilkossági cselekmény megelőzhető, és az is, hogy a sikertelen öngyilkossági cselekményt követően van lehetőség az olyan, segítő és támogató beavatkozásokra, amelyek átsegíthetik a krízisben lévő személyeket a válságos időszakokon.

³ A kutatást az OTKA T-029.194 sz. pályázata támogatja.

Az öngyilkosságok megelőzésének lehetőségeit vizsgáló esettanulmányok az alábbi prevenciók tevékenységeket tartják elvárhatónak:

1. Primer prevenciók szinten: a lélektani válságban lévő személyek számára 24 órán belül biztosítani kell a szakellátást. Ez a telefonszolgálatok és krízisambulanciák feladata.

2. Szekunder prevenciók szinten: a már öngyilkosságot megkísérelt személyek számára 24 órán belül biztosítani kell annak lehetőségét, hogy szakemberrel találkozhasson, még egy olyan időpontban, amikor a krízisben lévő személy megközelíthető. Igen sok hazai és külföldi kutatás bizonyította, hogy a szakellátás hiányában a szuicid páciensek az első kísérletet követő két héten belül megismétlik tettüket.

3. Tercier prevenciók szinten: itt már az a tevékenység célja, hogy a szuicid páciens a krízis után, a kezelését követően sikeresen vissza illeszkedjen korábbi környezetébe, illetve az adaptációjában korrigálni tudjon.

A telefonszolgálatok működésében kiemelkedő jelentősége van annak, hogy ez a kapcsolat mindenki számára elérhető. Ez azt jelenti, hogy a nagy-, közép- és kistelepüléseken élők is hamar kapcsolatot vehetnek fel egy speciálisan képzett szakemberrel, aki akár egy egyszeri, akár tartós, pszichoterápiás jellegű segítő kapcsolat formájában is támogatást tud nyújtani nekik. Kiemelendő, hogy a szolgálat ingyenes. A telefonbeszélgetések költségeit jellemzően a nagyobb telefontársaságok finanszírozzák, pályáztatási rendszer keretében, valamint kisebb, kifejezetten a szolgálatok fenntartásának elősegítésére, civil kezdeményezésre létrehozott, nonprofit szervezetek állják a költségeket.

Mindezek mellett a telefonszolgálatoknak a következő problémákkal kell szembesülniük, működésük folyamatossága érdekében:

I. A pályáztatási rendszer következtében a folyamatos működtetés érdekében évről évre meg kell küzdeniük a fennmaradásukért. Ami még inkább megnehezíti a kiegyensúlyozott és biztos alapokra fektetett munka folyamatosságát, az az, hogy a pályázat kiírói korlátozott pénzből sokakat igyekeznek támogatni, így a pályázás olykor indulatokat gerjeszthet a különböző szakmai orientációjú, magasan képzett szakemberek között is. Hiszen a támogatás elnyeréséért végzett munka küzdelemmé, harccá válik, s már kevésbé az önfenntartás vagy az együttműködés a cél, mint inkább a másik fél kiszorítása.

II. Egy másik feszültségkeltő tényező szorosan az előzőhöz kapcsolódik. Tekintettel arra, hogy ezek a szervezetek a finanszírozottságukat tekintve állami és nem állami forrásokból egyaránt fenntartják magukat, egyre inkább megfigyelhető, hogy az állam az önkormányzatok hatáskörébe utalva, azok autonóm hatás- és döntési jogkörébe rendelve kívánja fenntartani, illetve fenntartatni az ilyen jellegű szervezeteket. Azonban egyre inkább megfigyelhető annak tendenciája, ahogyan a települési önkormányzatok megpróbálnak kivonulni a lelki egészségvédelmet támogató szervezetekből. A rendszer, úgy tűnik,

oly módon változik, hogy a kormányzati szinteken elkülönített forrásokból, valamint a települési önkormányzatoknál, azok szabadon elkölthető kereteiből van lehetőség prevenciók tevékenységek támogatására, ugyanakkor az, hogy mely területekre áramlanak támogatások (pénzbeli és természetbeniek), már sokkal inkább függ a kormányzati szinten elhelyezkedő politikai csoportosulások ideológiai elképzeléseitől, valamint a helyi kispolitikában működő lobby-tevékenységektől, mint a valós igényektől. A jelzett folyamat pedig azt eredményezheti, hogy esetleg egy adott cikluson belül bizonyos tevékenységek támogatása – esetünkben az öngyilkosság prevenciója – növekszik, majd akár néhány hónapon belül is kiderülhet, hogy már a minimális működési feltételek megteremtésére sincs pénz.

III. Jelentős konfliktusforrás a szolgálat társadalmi értékeinek igazolásában az is, hogy hazánkban a prevenciók céllal működő szolgálatok, szervezetek – de még azok az állami intézmények is, amelyek megelőző tevékenységet vállalnak – alulfinanszírozottak. Eklatáns esete ennek az a tény, hogy a szuicid pácienseket ellátó intézményekben az orvosok az öngyilkosságot elkövető személyek kórlapjaira kénytelenek egyéb, nem valós kórisméket is felírni, mert ha hitelesen regisztrálnának, vagyis krízisintervencióról beszélnének, nem kapnának megfelelő összegű állami juttatást a gyógyításhoz. Ez természetesen eltorzítja a statisztikákat is.

IV. A médiakutatások (Osváth–Fekete–Takahashi, 1998; Fekete–Osváth, 1996), amelyek többek között internetes szövegeket⁴, újságcikkeket, rádió- és televízió-beszélgetéseket, illetve hírműsorokat⁵ elemeztek, kimutatták, hogy az öngyilkossági cselekményekről szóló beszámoló: *egyrészt* igen elfogadók a szuicid személyek problémamegoldó stratégiájával kapcsolatban, *másrészt* szinte olykor népszerűsítik azt a módszert, ahogyan a szuicid személy az életét kioltotta, *harmadrészt* pedig az események háttérében olyan élethelyzetet, életvilágot vázolnak fel, amit lehetetlen túlélni, és amelyen reménytelen változtatni.

Meglátásom szerint a kommunikációkutatással foglalkozó szakem-

4 Kapcsolódva Szakadár István szociológus előadásához (Szakadár, 2000) a mentálhigiénés projektek is egyre inkább használják a PC és az internet nyújtotta lehetőségeket, melyek a lelki egészség támogatása és megőrzése terén két fő területen jelennek meg. Egyrészt, elsősorban az USA-ban jelentek már olyan CD ROM-os adatbázisok, amelyek egyfajta interaktivitást tesznek lehetővé, a felhasználó által megjelölt lélektani nehézségekre való „rákereséssel” van lehetőség a probléma kezelésének, terápiás lehetőségeinek megismerésére (sőt, olykor diagnosztizálására). Másrészt egyre több olyan internetes honlappal találkozhatunk, amelyek fenntartói pszichológusok, szociális munkások, lelkesek, akik vagy folyamatosan várják a felhasználók megkereséseit, s e-mail-en vagy IRC-rendszeren keresztül válaszolnak a feltett kérdésekre, vagy általában 24 órán belüli személyre szóló választ ígérnek.

5 Finnországban hozzávetőleg 10 éve foglalkoztatnak mentálhigiénés szakembereket minden televízió-csatornánál, akiknek feladata az adás előtti időszakban megvizsgálni a műsorban elmondani kívánt szövegeket, s szükség szerint átalakítani azokat olyan formába, amelynek mögöttes, sugallt információtartalma nincs, illetve oly módon kommunikálja a szuicid cselekményeket, hogy hangsúlyozza a változtatás, segítségkérés lehetőségét, sőt annak konkrét formáját is megajánlja.

berek számára igen nagy feladatot jelenthetne e kedvezőtlen hatású folyamatok mérséklése, átformálása.

V. A tanulmány utolsóként említett észrevétele az öngyilkosság-megelőzés és annak társadalmi-gazdasági támogatottsága mentén létrejövő konfliktusok sorában azon az 1997. évi ombudsmani jelentésen alapul, amely ismét feltárta, hogy sajnálatos módon a hatályos jogszabályok vonatkozó részeiben is egy meggyökeresedett szemlélet uralkodik, amely szerint az öngyilkossági cselekmény elkövetését elmebetegségnek⁶ kell tekinteni.

Eklatáns esete ennek a megközelítésnek az Országos Mentőszolgálatról szóló 55/1997. (XII. 27.) N. M.-rendelet, amely kimondja, hogy az öngyilkosságot elkövető személyek kezelésekor az elmebetegekre vonatkozó rendeleteket kell alkalmazni, miután az öngyilkosságot elkövető személy sürgősségi ellátására vonatkozóan nincs sem speciális szabályozás, sem külön előírás. Az Országos Mentőszolgálat hatályos Szervezeti és Működési szabályzata az öngyilkosok ellátására vonatkozó önálló részt nem tartalmaz. A tárgyhoz legközelebb álló szabályozott kérdés itt is az elmebetegekkel kapcsolatos eljárás rendje.

Záró gondolatok⁷

A dolgozat szerzője úgy véli: ezeknek a felsorolt problémáknak jelentős a szerepük az öngyilkosság mint társadalmi probléma kezelésében. Úgy tűnik ugyanis, hogy azok a szabályozatlanságok, amelyek ugyan egy joghézag következményének is, de tájékozatlanságból, információhiányból adódó, negatív hatásrendszernek is tekinthetőek – úgy vélem – valójában a társadalom részéről egy kollektív hátrítási folyamat megnyilvánulásai.

A helyzet rendezése mindenképpen egy átgondolt, részben törvényi szinten megfogalmazott és realizált háttérrel, részben pedig az

⁶ Mindezt Esquirol francia elmeorvos 1900-as évek elején megalkotott „pillanatnyi elmezavar” koncepciója támasztja alá, amely kifejti, hogy az öngyilkosság akkor is a zavart elme megnyilvánulása, ha egyéb tünetek nincsenek, mert az ember veleszületett hedonizmussal rendelkezik, amely ellentmond minden öndestrukciónak. Ha ez bekövetkezik, akkor az természetellenes, tehát betegség. Ha az elmezavar pillanatnyi, akkor viszont érthetővé válik, miért nem érzékelhetőek az öngyilkosságot megelőzően elmekorra utaló jelenségek. (Durkheim, 1982; Buda, 1977; Kézdi, 1995)

Esquirol teóriájának erőteljes hatása nemcsak a közvéleményben, de többnyire rejtett formában az öngyilkosokkal hivatásszerűen foglalkozók (orvosok, pszichiáterek, pszichológusok, egészségügyi dolgozók) körében is érzékelhető, ami elsősorban érzelmi okokra vezethető vissza. A szakemberek az élet mindenáron történő megővésére tesznek esküt, s ez az attitűd identitásuk részévé válik. Az öngyilkos jelenség ennek ellentmond, így racionalizálniuk kell e tettet. Azon túl a „pillanatnyi elmezavar” koncepciója hosszú távú felmentést ad mindenkinek, aki egyébként sokszor okkal, büntudatot érezne valaki öngyilkossága miatt. A szuicídium ténye ugyanis mindenkit megrettent, érzelmi reakciókat vált ki, amelyek kínzóak, kellemetlenek, s csak a sorsszerűség, kiszámíthatatlanság, megakadályozhatatlanság adhat megnyugvást. (Kézdi, 1995)

⁷ Köszönöm Dr. Mocsári Ilona értékes reflexióit.

ilyen jellegű mentálhigiénés problémák megértéséhez szükséges ismeretek és tudás átadásával képzelhető el, hogy azután ennek mentén, ezt erősítve jelenjenek meg a különböző, lelki egészséget elősegítő tevékenységek.

Bibliográfia

- Andorka R. – Buda B. – Cseh-Szombathy L. (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat Kiadó, Budapest (11–60. és 423–434.)
- Balikó M. (1990): Telepszichofon (Öngyilkosságmegelőzés lehetőségei telefonon át). Animula Kiadó
- Buda B.: Az öngyilkosság, I, II, III, IV; Orvosi hetilap 1971/122.
- Buda B. (1976): Pszichés hatás és pszichoterápia telefonon át; In: Magyar Pszichológiai Szemle XXXIII. 5.,6. (429–440. és 530–542)
- Buda B. (1977): Az öngyilkosság pszichiátriai vonatkozásai. In: Világosság 1977/10.
- Buda B. (1978): Az öngyilkosságról. A lélektani események. In: Élet és tudomány 1978/33. A megelőzés 1978/35. A társadalmi-lélektan szemszögéből 1978/31. A társadalmi okok 1978/29.
- Buda B. (1980): Az öngyilkosság fogalmi meghatározása. In: Cseh-Szombathy L. (szerk.): Tanulmányok a TBZ köréből. Budapest. Statisztikai Kiadó.
- Buda B. (1986): Az öngyilkosság szociálpszichiátriai alapkérdései. In: Buda B.–Füredi J. (szerk.): Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. Budapest. Animula Kiadó.
- Buda Béla – Füredi János (szerk.) (1987): Az öngyilkosság pszichés háttere. Medicina, Budapest.
- Cseh-Szombathy L.: Az öngyilkosságok vizsgálata. Statisztikai Szemle 1965/43.
- Cseh-Szombathy L. (1974): A statisztikai módszerek alkalmazása az öngyilkosságok vizsgálatában. In: A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat Kiadó, Bp., 408.
- Durkheim, E. (1982): Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány. Budapest. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Fekete S. – Osváth P. (1996): The Internet – a new source of data on suicide, depression and anxiety, Satellite Symposium on „Suicidal behaviour”. Előadás, Budapest.
- Gálfy Z.: „Tenni kell valamit az öngyilkosság megelőzésére”. Egészségügyi felvilágosítás 1971/12.
- Hárdi I. (1992): A lélek egészségvédelme. Springer Hungarica K. 48–73.
- Kampis Gy.: A hálózatalvú gondolkodás. Előadás, elhangzott: Kommunikációkutatás: helyzetkép és perspektívák előadásorozat keretében. Pécs, 2000. április 3.
- Kézdi B. (1976): A krízisintervenció szerveződése telefonon keresztül. In: Orvosi Hetilap, 118. 1473–1477.
- Kézdi B. (1976): A telefon: eszköz és módszer. In: Magyar Pszichológiai Szemle, XXXIII. 6.
- Kézdi B. (1985): A lélektani krízis és szuicídium összefüggései. In: TBZ Tájékoztató Bulletin, VI. Bp.
- Kézdi B. (1986): Pszichológiai és pszichopatológiai szabályszerűségek az öngyilkossági folyamatban. In: Buda B.–Füredi J. (szerk.): Az öngyilkosság a szociálpszichiátria szempontjából. Animula Könyvek, Bp., 1986.
- Kézdi B. (1987): A tagadás igenlése. In: Kortárs. X.
- Kézdi B. (1988): Tagadás és öngyilkosság. In: Psychiatria Hungarica. III. évf. 15–23.
- Kézdi B. (1991): Kultúra és önpusztítás. In: Műhely. 4.
- Kézdi B. (1991): Kultúra és önpusztítás. In: Műhely. 4. (38–44.)

Csürke: Társadalmi támogatottság mentén kialakuló konfliktusok...

- Kézdi B. (1995): Negatív Kód. Pannónia Kiadó, Pécs.
- Kézdi B. (1999): A mentálhigiéné paradigmáiról. In: Bagdy Emőke (szerk.): Mentálhigiéné: elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás. Budapest, Animula Kiadó.
- Kolozsi B. (1992): Deviancia. Gondolat, Budapest.
- Osváth P. – Fekete S. – Takahashi Y.: Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök a médiában. Magyar–amerikai–japán összehasonlító vizsgálat. In: *Psychiatria Hung.* 13. (4) (405–413.)
- Ozsváth K. (1977): Orvosi pszichológiai és pszichiátriai alapismeretek. In: Pécs, Oktatási segédanyag,
- Ozsváth K. – Kóczán Gy. (1988): Az öngyilkossággal szembeni beállítódás vizsgálata és befolyásolhatósága. In: *Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarokról.* Budapest. Kossuth Kiadó
- Szakadát I.: Ong, text, hipertext és adatbázis: mit használhatunk fel a torontói iskola gondolataiból a jelenkor digitális kultúrájának leírásakor? Előadás, elhangzott: *Kommunikációkutatás: helyzetkép és perspektívák előadássorozat* keretében, Pécs, 2000. március 27.
- Takács V. (1986): Egyéni és társadalmi tényezők kölcsönhatása az öngyilkossági cselekményben. Szakdolgozat, Pécs,
- Telkes J. (1990): Válság, változás, változtatás: A kríziskoncepció jelentősége a mentálhigiénés gyakorlatban. Kézirat.
- World Health Statistics 1993–1994.

GYUKITS GYÖRGY

Betegjogi képviselet a kórházban¹

(A SZÓSZÓLÓ Alapítvány kezdeményezésének mérlege)

Az egészségügy válságos helyzetének az orvosok és a betegek nyilvánvalóan egyaránt kárvallottai. Tovább súlyosbítja a helyzetet, ha a gyógyítás során különböző okokból maguk a betegek is konfliktusba kerülnek az ápolókkal vagy az orvosokkal. E konfliktusok kezelésére hozták létre a betegjogi képviselet intézményét. A tanulmány ennek helyzetét elemzi, a SZÓSZÓLÓ Alapítvány kezdeményezésének tapasztalataiból kiindulva.

„Műtökést kérek. Kiderül, hogy a műszer életlen, de azt mondják, hogy ez lehetetlen, mert csak nemrég köszörülte meg a lakatos. A felcser és a muzsikok felpattannak, és két-három perces várakozás után hoznak még egy műtökést. Hozzáfogok a felvágáshoz, kiderül, hogy ez is életlen. ... Se medence, se vattacsomók, se szondák, se rendes olló, még víz sincs elegendő mennyiségben. ... Szahalinon nagyon drága a gyógyszer, a kórházat klórfüstöléssel fertőtlenítik, szellőztetés nincs, és az a leves, amelyet ottlétemkor főztek Alexandrovszkban a betegeknek, nagyon sós volt, mert sózott marhahúsból készítették. Állítólag azért, »mert nem kapták meg az edénykészletet, és mert nincs felszerelve a konyha«, egészen a legutóbbi időkig a közös börtönkonyháról étkeztették a betegeket is. ... Az asztal, amely mellett az orvos ül, el van kerítve egy faráccsal, mint egy bankhivatalban, úgyhogy a rendelés ideje alatt a beteg nem megy közel, és az orvos többnyire messziről vizsgálja meg.”

Csehov

Szükség van-e betegjogi képviselőre?

„Egy háromszintes pavilonban, a földszinten és az első emeleten van a női és a férfi zárt osztály, a második emeleten a pszichiátriai rehabilitációnak nevezett nyitott osztály. Nagyon sok hasonlóságot mutat az előbbi intézménnyel, már ami a sivárságát és lepusztultságát illeti.

Hasonló estekben jártam el itt is, amit még kiegészített a betegek értékeinek szabálytalan kezelése, és a személyzet részéről azok eltulajdonítása. Itt különösen a férfi osztályon alakultak ki a személyzet részéről a betegekkel szemben az agresszióknak olyan formái, hogy a betegeket fordították egymással szembe, és a tettegességet a betegársak valósították meg egymással szemben, melyet ők (mármint a személyzet) generáltak.

Itt is hiányzik a szakképzettség, és a személyzet jelentős része egyszerűen primitív

¹ A tanulmány a Soros Alapítvány támogatásával készült. Köszönettel tartozom továbbá Kismódi Eszternek és Losonczi Ágnesnek a tanulmány megírása során nyújtott segítségéért. – A Beszélő 2001. július–augusztusi számában rövidített változatban megjelent.

személyiség, mely esetben szintén tehetetlen az ember. Gyakori panasz volt egyébként az ápolók munka alatti italozása, és az ebből eredő problémák sora, amely a munka el nem végzéséből adódott (például elmaradt a fürdetés, tisztába tevés, illetve ezt a betegekkel csináltatták meg, akik különböző előnyökért, vagy egyszerűen félelemből ezt elvégezték).

Az osztályvezető főorvosasszonnyal régi ismeretség fűz össze, ennek ellenére sok eredményt itt sem sikerült elérni. Sajnos az a meggyőződése, hogy az ő általa vezetett osztály, a személyzetével egyetemben tökéletes, és így a kritikám egyszerűen el sem jut hozzá. Tökéletesen elbeszélünk egymás mellett, a szakmától úgy húsz évvel van lemaradva, és nem hajlandó tudomásul venni a problémákat. Minden alkalommal cigarettával a zsebében vonul végig és teátrálisan szétosztja a betegek között, élvezzi az ő szeretetüket."

(Részlet egy betegjogi képviselő jelentéséből)

Kétségbe vonhatja-e bárki is a betegjogi képvisel szükségességét?
Az egészségügyi törvény körüli viták alapján igen:

"A törvénynek támogatni kellene a bizalmon alapuló orvos–beteg kapcsolat kialakítását. Az orvosi gyógyítás szabadságát csak szakmailag elfogadható, ésszerű korlátok közé lehessen szorítani. ...

Az egészségügyi törvény betegellenes, mert: sérti a beteg–orvos kapcsolat bizalmi jellegét. ...

Szakmaellenes, mert az alapelvek felfogása azt sugallja, hogy a gyógyító intézmények eleve korlátozni kívánják a betegek személyiségi és önrendelkezési jogait. Ez indokolatlan ellenségképet, bürokratikus, dehumanizált viszonyt hoz létre. ...

A Magyar Orvosi Kamara ezt elfogadni nem tudja, elsősorban az orvosi titoktartás, az orvos–beteg kapcsolat védelme érdekében."

(A Magyar Orvosi Kamara képviselőtestületének állásfoglalása az egészségügyi törvény tervezetéről, 1997)

Mivel magyarázható, hogy az Orvosi Kamara a betegjogi képvisellettel szemben foglalt állást?

A Kamara funkciója

A beteg panasszal fordulhat az Orvosi Kamarához, ha egészségügyi ellátása során méltánytalanság éri.

Az Orvosi Kamara jogosultságának alapja az ún. professzionális autonómiában keresendő. De mit jelent ez a kifejezés?

Ehhez először a professzió fogalmát kell tisztázni. Freidson (Freidson, 1970) szerint professzióról akkor beszélhetünk, ha egy foglalkozás tagjai kizárólagos jogokat kapnak az államtól valamely tevékenység folytatására. Az orvosok esetében e tevékenység magától értetődően a gyógyítás, de felhatalmazásuk ennek kapcsán kiterjed a beteg testébe való belenyúlásra is. Tehát az orvosok igencsak széles jogkörrel, és ebből adódóan nagy hatalommal vannak felruházva.

Az orvosi beavatkozás szakszerűségét a diploma garantálja, amely mögött komoly, vizsgákkal igazolt tudás áll.

A tudás azonban nem jelent biztosítékot arra, hogy az orvos nem él vissza a hatalmával, ezért van szükség az etikai kódexre, továbbá a hatékony szankciókra is, amelyekkel a Kamara be tudja tartatni e

normákat. A kamarai tagság kötelező, és a súlyos etikai vétséget elkövető orvos kizárható, ami egyben azt is jelenti, hogy nem praktizálhat tovább. Ez rendkívül súlyos szankció, hiszen hosszú évek keserves munkája veszhet kárba, ráadásul egy orvos diplomája kevésbé konvertálható, mint például egy közgazdászé.

Az autonómia pedig azt jelenti, hogy az orvos tevékenységét legitim módon csak a professzió tagjaiból alakult testület ítélni meg (Freidson, 1970). Az orvossal szembeni panasz jogosságáról a kamaráknak kell döntenieük.

A professzionális autonómia a fent vázolt formájában csak a tizenkilencedik századtól érvényesül (Conrad-Schneider, 1990), amikor az orvosok még független vállalkozók voltak, és a közép- vagy felső társadalmi osztályok betegeinek gyógyításából éltek. A szegényeket pedig pusztán karitatív alapon látták el az ispotályokban.

Az egészségügyi rendszer kialakulásával, a kórház nagyüzemmé válásával az orvosok helyzete is jelentősen megváltozott, a modern kórházban ugyanis az orvosi professzió tagjai belekényszerülnek egy bürokratikus struktúrába (Turner, 1984). Az orvosok korábbi önállósága ezáltal számottevően korlátozódott: alkalmazottakká váltak, főnökeik lettek, akik döntéseiket véleményezhették, felülbírálhatták, s vétség esetén felelősségre vonhatták őket, ez utóbbi akár a munkaviszony megszüntetését is jelenthette. Ebből következik, hogy ebben a szisztémában a betegek a kezelőorvosukkal szembeni panasszal a kórház vetetéséhez is fordulhatnak.

A professzionális autonómia további csorbítását jelentette a biztosítók és a társadalombiztosítás megjelenése, ugyanis ezek is elvárásokat támaszthatnak az orvosokkal szemben. Ennek egyik ékes példája, hogy meghatározzák, mely gyógyszereket írhatják fel az orvosok, és melyeket nem.

A professzionális autonómia megsértésének sajátos kelet-közép-európai módja, amikor a kamarát kisajátítja az állam (Kovács M. Mária, 1991), s ezáltal az orvosok a legfontosabb érdekérvényesítő szervezetüket veszítik el – márpedig ez történt hazánkban a harmincas években. Később a Rákosi-korszakban paradox módon éppen arra való hivatkozással szüntetik meg a kamarát, hogy kiszolgálta az államot. A független Orvosi Kamara csak a rendszerváltás után jöhetett ismét létre.

A Magyar Orvosi Kamara az egészségügyi törvény kritikájában ugyan az orvos–beteg kapcsolat alapjának, a bizalomnak a megrendülésére hivatkozik, de valójában a professzionális autonómia csorbulása miatt sérelmezi a betegjogi képviselő intézményét.

A Magyar Orvosi Kamara a professzionális autonómiáért vívott harca során ütközik bele a betegjogi képviselő ügyébe. Most már nemcsak az állam, a társadalombiztosítás és a kórházi bürokrácia, de még a betegek is beleszólhatnak a gyógyításba? Ez a professzionális autonómia alapján teljesen elfogadhatatlan.

A betegjogi képviselő azonban az orvos szintjén is egy újabb külső, kontrolláló tényezőt jelent, amely csökkentheti az orvos befolyását, hatalmát, és sértheti érdekeit, beleértve ebbe az anyagiakat is. Ennek

következtében a betegjogi képviselet létrehozásának kísérlete nemcsak a kamara, mint a professzió intézményrendszere, hanem az egyes orvosok részéről is ellenállásba kell ütköznie.

Az idő kerekét azonban nem lehet visszaforgatni; a tizenkilencedik századi klasszikus, professzionális autonómia a múlté. Az állam és a társadalombiztosítás befolyása kikerülhetetlen, a kórház bürokratikus struktúrája szintén.

De megváltozott maga a gyógyítás is. Az orvosnak ma már nem az „elromlott” szervek megjavításával kell foglalkoznia, ahogyan tette ezt a tizenkilencedik században, hanem oda kell figyelnie a betegség pszichés és szociális vonatkozásaira is (Csabai–Molnár, 1999).

A változás egyik legfőbb velejárója az orvos–beteg kapcsolat jellegének megváltozása. Eszerint az orvos partnernek tekinti a beteget a betegség elleni küzdelemben. Az utóbbi évtizedekben az egész fejlett világban ez a modell hódít tért. Előretörését eredményessége indokolja: például a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségek elleni hatékony küzdelem (ideértve a prevenciót is) elképzelhetetlen a beteg aktív közreműködése nélkül, hiszen az életmódnak közismerten meghatározó a szerepe ezen a téren. Márpedig a fejlett világ népességének döntő többsége e civilizációs betegségek valamelyikében hal meg (Gray, 1985).

Ha ez így van, akkor a betegeknek (mint partnereknek) a hatékony együttműködés érdekében joguk van tudni, mi történik velük a gyógyítás során.

Visszatérve a betegjogra: természetesen a valódi kérdés nem az, hogy szükség van-e a betegjogi képviselőre, hanem az, hogy az ezer sebből vérző egészségügyben hogyan kellene kialakítani ennek intézményét. A tanulmányban erre a kérdésre keressük a választ.

A magyarországi betegjogi kezdeményezésről

1997-ben indult el az a kísérleti kezdeményezés, melynek során a SZÓSZÓLÓ Alapítvány által felkért, önkéntes betegjogi képviselők megkezdték tevékenységüket az ugyancsak szabad elhatározás alapján számukra helyet biztosító kórházakban.

A kezdeményezés kiindulópontját a betegjogi képviselet angol-szász gyakorlata képezte, ezt megpróbálták a helyi viszonyokhoz igazítani. A betegjogi képviselő munkájának lényege, hogy felvilágosítja a beteget jogairól, és segítséget nyújt e jogok érvényesítésében, illetve konfliktus esetén közvetít a beteg és az egészségügyi személyzet vagy az intézmény között. Ő tehát egyfajta békebírói szerepet tölt be.

Ugyanakkor a betegjogi képviselő bizonyos értelemben kontrollálja is az ellátás folyamatát. Erre a betegnek nagy szüksége van, mert az orvos–beteg kapcsolat minden esetben – még ha partneri jellegű is – szükségképpen aszimmetrikus (Freidson, 1970). A beteg kiszolgáltatottsága magából a betegszerepből következik (Lososnczi, 1986): szak tudás híján nem lehet tisztában a betegség lefolyásával, a betegség

okaival és következményeivel, ezért nem tudja, milyen sors vár rá; emellett gyakran kerülhet a magatehetetlenség, sőt akár az öntudatlanság állapotába is.

A betegjogi képviselő javítja a beteg érdekérvényesítő képességét is. A betegnek azonban nemcsak attól javul a helyzete, hogy a betegjogi képviselő eljár az ügyében, hanem attól is, hogy a képviselő saját kapcsolati hálóját felhasználja a beteg érdekében, s ennek következtében megsokszorozhatja a képviselő hatékonyságát. A későbbiek során látni fogunk erre konkrét példákat is. Előjáróban csak annyit, hogy lényegében arról van szó: a betegjogi képviselő a beteg ügyének intézése során tanácsot kérhet a kollégáktól vagy a különböző szakmai fórumoktól.

A kísérlet eredményeit nem lehet az egész egészségügyre kivetíteni, hiszen csak az itt elemzett kórházak tapasztalatai állnak rendelkezésünkre. Ráadásul ezek a kórházak önként vállalkoztak a részvételre, így joggal feltételezhetjük, hogy legalább a kórházak vezetősége nyitott volt a kezdeményezésre. A fentiek következtében valószínűsíthető, hogy az egész kórházi ellátást lefedő betegjogi képviselői rendszernek sokkal súlyosabb problémákkal kell szembesülnie, hiszen a szelekció pozitív volt, és minden bizonnyal akadnak olyan egészségügyi intézmények is, ahol még a vezetőség sem kooperatív. Mindezek ellenére a kísérlet tapasztalatai hasznos adalékul szolgálhatnak a betegjogi képviselői rendszer hazai bevezetéséhez.

A betegjogi képviselő helye

Mivel új kezdeményezésről van szó, ezért a betegjogi képviselő működése szempontjából lényeges, hogy mennyire sikerült elfogadtatni magukat a betegjogi képviselőknek mind a betegek, mind az egészségügyi intézmények alkalmazottainak körében. Mint látni fogjuk, ez rendkívül nehéz és összetett feladat volt a számukra.

Jelentéseikben többször említik a betegjogi képviselők, hogy ellenérzést tapasztaltak személyükkel kapcsolatban az egészségügyi személyzet részéről:

„Egy pszichológus szembesített azzal a ténnyel, hogy az ellátó személyzet számára egy kétes státusú, utált lény vagyok...”

A kórház bürokratikus struktúrájában fontos szerepe van a hierarchiában elfoglalt helynek. A fenti idézetben a pszichológus éppen azt rója fel a betegjogi képviselőnek, hogy nincs tisztázva a pozíciója, ezért tevékenységük legitimitása a kórház dolgozói szemében megkérdőjeleződik:

„Nagy problémát jelent számomra, hogy miután írásbeli szerződéselem nincsen, a klinika vezetősége jobbitó szándékú észrevételeimet személyükkel szembeni támadásnak élik meg, és munkám sikerességéhez nem járulnak hozzá.”

Mivel a betegjogi képviselő státusa megkérdőjelezhető, ezért felértékelődik a közte és az alkalmazottak között kiépülő személyes kap-

csolatok szerepe. Ezt az egyes esetek bemutatása során fogjuk illusztrálni.

Rátérve a betegekkel kialakított kapcsolatukra: fontos, hogy megbízzanak bennük a betegek, továbbá hogy feltételezzék, képesek a segítségükre lenni. Az utóbbi esetben a presztízsükről is szó van. E tekintetben a szakma nélküli betegjogi képviselők vannak a legrosszabb helyzetben. Erről így számol be az egyikük:

„Munkám során megpróbáltam mindenben alkalmazkodni az angolszász »békebírói« intézményrendszer elveihez. Mindenki tudatosítottam, hogy sem jogász, sem olyan végzettségű szakember nem vagyok, mint az ellátó személyzet tagjai, csupán egy olyan beteg, aki maga is megjárta a pszichiátriát. ...

Számos olyan helyzet volt, amikor szembesítettek helyzetem korlátaival:

Egy toloszékes beteg társnő nyíltan kimondta: úgy érzi, nem tudok neki segíteni, mivel csak egy olyan beteg vagyok, mint ő.”²

Az idézetből látható, hogy a betegeknek is vannak elvárásaik a betegjogi képviselővel szemben. Valószínűsíthető, hogy a bürokratikus egészségügyi rendszer hatására alakul ki a fenti igény, amely a megbecsülést a hierarchiában kivívott pozícióhoz köti, ahogyan ezt az egészségügyi alkalmazottak esetében is láthattuk.

Az ellátás anomáliái

A betegjogi képviselők tevékenységét úgy tudjuk a legjobban bemutatni, ha rámutatunk azokra a jellemző esetekre, amelyek munkájuk során előfordultak. Ezért a továbbiakban megpróbáljuk számba venni és csoportosítani azokat a problémákat, amelyekről a különböző egészségügyi intézményekben a betegképviselek jegyzőkönyvei említést tesznek.

Bánásmód

A bánásmódot érintő kifogások között a legsúlyosabb típus a betegek fizikai bántalmazása:

„A következő panasz telefonon érkezett. A panaszos egy hozzátartozó, egy harmincegy éves férfit beteg édesanyja. Elmondta, hogy fia 2000. március 20-án feküdt be a kórház pszichiátriai osztályára, hogy alkoholbetegségét kezeltesse. Első este a szomszédban lévő benzinkútnál elfogyasztott alkohol után legurult a lépcsőn és fejsérülést szenvedett. Betegtársa találta meg, ő értesítette a mentőket a saját mobiltelefonján. A mentősök állítólag úgy bántak vele, mint a kutyaival (jegyzőkönyv!). Hajánál fogva ültették fel, lábon rángatták, nem hoztak hordágyat sem. A szülőket nagyon bántja, ahogyan a mentősök a gyerekekkel bántak, szeretnék »megfenyíteni őket«.

Az orvos szerint, aki a fejsérülést műtötte, lehet, hogy leütötték a beteget, mivel lehetetlen legurulni tizenhat lépcsőfokon egyetlen seb, sérülés nélkül a testén. Az orvos feltételezése szerint bántalmazták vagy leütötték a beteget. A mentősök a tra-

² Ha az idézetek forrását külön nem jelöljük, akkor betegképviseletől származnak.

MAGYAR VALÓSÁG

umatológiai osztályra vitték a beteget, ahol az édesanyja elmondása szerint még mindig nagyon rossz állapotban van.

A fentiekhez hasonlóan bánnak el egy beteggel, csupán azért, mert részegnek tűnik:

„Imre egy fővárosi kórház betege volt. A kórházban elesett, fejét beütötte, zavart lett. Mentőt hívtak, a felvételes kórházba irányították. A mentők részegnek titulálták, holott a beteg édesanyja elmondta, hogy nem volt részeg, az ütéstől vált zavarttá. A beteggel gorombák voltak, lökdösték, szidalmazták. A kórházban kiderült agyzúzódása, amely miatt megoperálták. A beteg édesanyja felháborítónak tartja az esetet, perelni akar.”

A gyermekek kórházi ellátása terén is van példa a fizikai bántalmazásra:

„A panasz a betegtájékoztató füzet véleménykérő lapján érkezett. Az ápolási igazgató értesített engem. A levél egy kórházban fekvő kislány és nagymamája panaszát tartalmazza egy nővérrel szemben, aki szerintük minősíthetetlen módon viselkedik a gyerekekkel, és a szemük láttára megvert egy kétéves kislányt.

Elutaztam és a lakásán kerestem fel a kislányt és a nagymamát. Kérdésekre készségesen beszámoltak a történekről. Elmondták, hogy melyik nővérről van szó, beszámoltak arról, hogy a nővér általában mogorván, agresszívan viselkedik a gyerekekkel, és látták, amikor az esti lefekvésnél kiabált az egyik kisgyerekekkel és többször a fenekére ütött.”

A fizikai bántalmazás, mint a fenti idézetből is látható, együtt járhat a goromba bánásmóddal. De szép számmal van panasz önmagában a durva bánásmódra is. A továbbiakban ezt illusztráljuk néhány esettel:

„A 75 éves férfitbeteg szintén arról panaszkodott, hogy az egyik ápoló durván beszélt vele, »rángatja, előfordul, hogy nem ültetik ki időben a WC-re, leszidják, ha ezért az ágyba vizek.«

„13 órákor, a nővérek osztályátadásakor az egyik nővér felháborodottan számolt be arról, hogy a tegnap esti műszakban mennyi gond volt egy kislánnyal, mert 30 percenként bekakilt (pedig már tudna szólni). És egyébként is egész éjjel félt és arra kért, hogy hagyjam nyitva az ajtót.

Jól megszidtam – mondta –, és megfenyegettem, ha még egyszer bekakil, vagy még egy szót is szól, akkor nagy baj lesz. Ezek után persze, igaz, fél óra sírás után, de el tudott aludni. (A nővér beszámolója közben – ami a nővérszobában zajlott – az összes többi nővér lehajtott fejjel állt, és ijedten pillantgatott rám, hogy mit szólok az egészhez.)”

Előfordul az is, hogy az ellátással elégedetlen beteget megfenyegetik:

„A Misi »nővér« pedig azt mondta neki, hogy ha itt nem tetszik neki, akkor majd elhelyezik egy olyan helyre, ahol meghalasztják.”

A fizikai bántalmazásnak és a durva bánásmódnak a jegyzőkönyvek tanúbizonysága szerint a gyenge, a nem beszámítható vagy a magatehetetlen betegek vannak elsősorban kiszolgáltatva: tehát az alkoholisták, a részegek, vagy részegnek tűnők(!), a gyerekek, az elmebetegek és az aggastyánok. Jellemző, hogy ezeket az inzultusokat az ápolószemélyzet követi el. Ennek oka részben az ápolók és a segéd-

személyzet nem megfelelő felkészültségében keresendő, továbbá abban, hogy az egészségügyi intézmények nem válogatják meg, pontosabban nem tudják kellően megválogatni, hogy kit engednek a beteg közelébe, hiszen olyan alacsony a bér, hogy örülni kell, ha egyáltalán valaki jelentkezik, és így a szakmai szttenderdeket nem tudják érvényesíteni.

A bánásmódot érintő panaszok további típusa, amikor a beteg számára kellemetlen, megalázó helyzetbe kényszerül, illetve ilyen helyzetbe kényszerítik:

„05. 12-én jöttem be először (ti. a hozzátartozó), amikor is az egész ágyban szarban feküdt (ti. a beteg), 2 cm-es körme alatt beleszáradva a kaki. Akkor megkerestem a doktornőt, hogy milyen állapotban van, azt mondta, hogy utána fog nézni és gondoskodni fog arról, hogy tisztába tegyék a beteget. A férjem minden nővért és orvost megkért és megfizetett, hogy legalább emberszámba vegyék őt. Következő négy nap múlva ugyanebben az állapotban találtam az anyósomat. X nővér külön ügyelt arra, hogy mindig »szaros« legyen. A liberóbetét nem volt a betegre felhelyezve, állandó katéter volt bekötve. Később a katétert kivették, és ezután került fel a liberó.

A főorvos úr, aki behívatott, közölte velem, hogy ő tulajdonképpen nem is hívatott, de meg kell oldani a néni helyzetét, mert sajnós agyérelmeszesedése van. Nyugodtan ki merem jelenteni, hogy a főorvos tud ezekről a dolgokról, és nem történik a világon semmi. Azt sem tudom, miért kell üzengetni, amikor egy rehabilitációs osztályon kilencven napig lehet lenni. Naponta különböző családtagok látogatták a nénit, és ugyanezt tapasztalták, amit én.

Intézkedtem arról, hogy innen elkerüljön a doktornő felhívására, ezért 1998. 05. 26-án reggel el fog innen kerülni.”

Máskor a nőgyógyászati vizsgálat során kerülnek az intimitást, a privát szférát sértő helyzetbe a páciensek:

„A nőgyógyászati osztályon fekvő, női beteg felháborodottan számolt be a következőkről, s az elmondottakat betegtársai is megerősítették:

A nőgyógyászati vizsgálóban a vizsgálószeket úgy helyezték el, hogy azt a helyiség többi részéről semmi, sem egy paraván, sem akár egy függöny nem választja el, így bárki, aki belép a helyiségbe, láthatja a vizsgált nőket. Mivel ezen az osztályon ez az egyetlen vizsgáló található, és több orvosnak és nővérnek egyszerre lehet rá szüksége, az emberek itt ki-be járkálnak, így a nők folyamatosan megalázó, szégyenteljes helyzetbe kerülnek.”

Súlyos következményei lehetnek annak a gondatlanságnak, amikor a magatehetetlen beteget egyedül hagyják:

„1997. december 8-án 15 órakor a CT-vizsgáló folyosó felőli részén, közvetlenül a bejárati ajtó mellett a hordágyon őrizetlenül egy idős beteg feküdt. Megszólítás után meggyőződtem arról, hogy a beteg sem térben, sem időben nem volt tájékozott. Nevét akadozva mondta meg, azt, hogy melyik osztályról hozták, nem volt képes felidézni.

A CT felvételi ablakához siettem, és az ott lévő munkatársnak bemutatkoztam – név és beosztás megnevezésével. Megkérdeztem, miért van egyedül az idős beteg. A fiatalember nem akarta érteni, ki vagyok és mit akarok. Újra elismételtem, hogy ki vagyok és milyen okból szólítottam meg, valamint átnyújtottam a kórház főigazgatója által aláírt működési engedélyem. ... Ekkor közölte, hogy ne tartsam fel, üljek le, ha akarok (és ekkor nagyon sürgössé vált), mert neki az említett beteg ügyét kell intézni. Nem ültem le, hanem a következő percekben a változatlanul őrizetlenül hagyott beteg

mellett tartózkodtam, amíg a betegszállító elő nem került, akivel szintén közöltem: nehezményezem, hogy őrizetlenül hagyták a beteget.”

A betegek szociális helyzetének megoldatlanságával nap mint nap szembesülniük kellett a betegjogi képviselőknek. Ezzel a problémakörrel a kompetenciahatárok kapcsán foglalkozunk részletesebben. Az alábbi eset azonban különleges abból a szempontból, hogy egy szociális probléma medikalizációjáról van szó: szociális indokok alapján kerül valaki pszichiátriai osztályra:

„31 éves nőbeteg panasza: szociális problémáival nem foglalkoznak. Az osztályos főnővér elmondása szerint a beteg három nappal ezelőtt került felvételre, szociális problémái miatt. Volt állami gondozott, most hajléktalan, és négy hónapos terhes. Felvételét önként kérte, pszichiátriai indoka nincs. A szociális nővér egy teljes napon keresztül csak az ő problémájával foglalkozott. Igéretet kapott az átvételre, de terhesége miatt az anyaszállóra nem vették fel. Másnap felhívtam az egyik kollégámat, aki a következő pénteken felvette volna egy otthonba, de a beteg szerdán már nem volt az osztályon. Végül a Bakáts téri anyaotthonba került.”

A betegtájékoztató hiányosságai, orvosi titok, műhiba

Gyakran fordul elő a betegjogi dokumentációban, hogy a betegeket egyáltalán nem, vagy nem megfelelően tájékoztatják. Az alábbi példa azt illusztrálja, hogy ennek milyen súlyos következményei lehetnek:

„A beteget 1997 áprilisában epilepsziás roham miatt vitték be a kórházba, ahonnan 8 nap után otthonába bocsátották. Elmondása szerint kapott egy doboz gyógyszert és zárójelentést. Az elbocsátásakor tájékoztatást nem kapott. A zárón szereplő, egy hónap utáni kontrollon megjelent, az ambulancián újabb adag gyógyszert írtak fel, és közölték vele, hogy a záróval menjen el a családorvoshoz. A családorvos bevette a zárót, de a betegnek semmi tájékoztatást nem adott, vissza nem hívta. A beteg gyógyszer elfogyása után gyógyultnak tekintette magát, s a nyár folyamán alkalmi munkákat vállalt. Szeptember 27-én Budapest mellett egy templom vakolatát javította 12 méter magasban, rosszul lett és leesett az állványról. Csodával határos módon csak kisebb sérüléseket szenvedett. Kétnapos kórházi megfigyelés után hazaengedték. Munkaadója a bérének kétszeresét fizette ki neki, feljelentést nem tett. A betegnek az volt a panasza, hogy neki senki sem mondta meg, hogy nem gyógyult, nem mondták neki, milyen életmódot kell folytatnia, mit, hol dolgozhat.”

Súlyos félreértések adódhatnak a nem kellően tisztázott kompetenciahatárokból. Ennek megoldásában a betegjogi képviselő kulcsszereplővé válhat:

„Elmondtam a történetet, és kérdeztem a főorvost: miért nem tájékoztatták a beteget? Véleménye szerint ez nem az ő feladata, hanem a családorvosé, aki kapja a kártyapénzt. A zárójelentés alapján a gondozás (gyógyszerfelírás, tájékoztatás) a családorvos dolga.

Elmondtam, hogy nincsen igazsága: ők állították fel a diagnózist, ők kezelték a beteget, ők bocsátották haza, nekik lett volna feladatuk a részletes tájékoztatás. Hosszas beszélgetés után ezt belátta (?) és megígérte, hogy levélben behívja a beteget, megvizsgálja személyesen, és elmondja neki a szükséges információkat.”

Beleegyezés?

„A kórházban lehetőséget kaptam arra, hogy különböző beavatkozásoknál, műtéteknél jelen lehessenek. Ezek alkalmával azt az abszolút jogszerűtlen és legkevésbé humánus és etikus gyakorlatot észleltem, hogy a betegekkel a műtéti beleegyező nyilatkozatokat a nőgyógyászati műtőasztalra való felfekvés után, közvetlenül az altatóinjekció beadása előtt – miután lábaikat már beszűjzték a lábtartóba – íratják alá.

Ezen a betegek minden esetben meglepődnek, láthatóan kellemetlenül érezték magukat, mégis automatikusan, kérdés nélkül, olvasatlanul aláírták a nyilatkozatokat.”

Nyilvánosság vagy orvosi titok?

„Egy nőgyógyászati osztályon fekvő, abortuszon átesett beteg arról panaszkodott, hogy általa nem kívánt személyek jutottak annak az információnak a birtokába, hogy őt az osztályon kezelik. Ez úgy történhetett, hogy a nővérpult melletti tábla árulkodik arról, hogy melyik szobában milyen nevű beteget kezelnek, így tulajdonképpen bárki tájékozódhat arról, hogy éppen ki tartózkodik az osztályon.”

Műhiba

„A jobb térdét porcleválással műtötték. Spinalis anaesthesiat alkalmaztak. Az aneszteziológus nem tájékoztatta a beteget az esetleges kockázatokról (semmiről sem tájékoztatták, csak aláírtatták vele a beleegyező nyilatkozatot). Az érzéstelenítést friss diplomás, szakvizsga nélküli orvos végezte, felügyelet nélkül. A kövér nőbeteget ötször szúrta meg sikertelenül. A hatodik próbálkozást a főorvos végezte, ezúttal »sikerrel«, a műtétet elvégezték, de a beteg lába megbénult. A beteg e kockázat ismeretében nem vállalta volna a beavatkozást. A beteg úgy gondolja, hogy az orvosok hibát követtek el: nem tájékoztatták, szakmailag nem jártak el korrektül. Tanácsot kért, mit tegyen: megbízott, hogy nézzem meg a beleegyező nyilatkozatát, amiből nem kapott másodpéldányt, nem tudja, mibe egyezett bele.”

Az eset leírásából látható, hogy egyszerre van baj a beteg informálásával és a dokumentációval. Gyakran fordul elő; a gondatlan ellátás mellett több betegjog sérül.

Az ellátás feltételeinek hiányosságai

Ezek az esetleírások idézik fel leginkább Csehov szahalini egészségügyi ellátásáról szóló beszámolójának légkörét:

„Az intézmény dolgozója elpanaszolta, hogy az osztályon katasztrófális a helyzet, nincsen gyógyszer, kevés az ágynemű (a hét végén úgy koldulják össze a házban), nincsen elég matrac (előfordult, hogy az átázott matracot nem tudták kicserélni, a beteg órákig az ágy sodronyán, pokrócon feküdt, míg sikerült kölcsönözniük), nincsen kesztyű, nincsen papucs.”

„A szolgálatban lévő nővérek nagyon elkeseredve panaszolták, hogy a harmincöt ággyal részlegesen nem tudják hét végén megfürdetni a betegeket, mert egész hét végére hat garnitúra tiszta ágynemű van. Nincsen hálóing, a nőbetegeket is férfipizsamába

kell öltöztetniük. Huszonheten kaptak ötven garnitúrát, de azt a mosoda az adósságuk miatt nem adja vissza.”

„13.45-kor még nem kaptak ebédet a járóképes betegek. Utánajárásomra kiderült, hogy megint nincsen elegendő tányér, nemhogy a járó betegek, de az egyes osztályok is csak kettő-három között kapnak ebédet. Az anyagosztály vezetője elmondta, hogy két hónapja megrendelték a tányérokat, de a cég nem szállít, mert tartozik neki a kórház.”

„14.15-kor az ápolási osztályon nem volt tiszta ágynemű. A nővérek elmondták: már pénteken sem volt elegendő, van olyan ápoltuk, akit péntek óta nem fűrésztöttek meg. Amúgy pléd sincs elég, vannak, akiket csak huzatokkal tudnak letakarni. Ezúttal a kórház főnővéréhez mentem, aki nem hitte el. Elvittem az osztályra, elhitte.

Kiderült, hogy megint eltűnt egy csomó ágynemű, az osztály új főnővére mással van elfoglalva. A kórház mosodája kedden délelőtt műszaki hiba miatt leállt, nem mostak.

Megoldás (?): kaptak harminc garnitúra félig vizes ágyneműt. Az ápoltak száma harmincöt.”

„Az egyik nőbeteg azzal a problémával keresett meg, hogy az osztályon csak két WC áll a női betegek rendelkezésére, mivel gyakran kell a betegeket előkészíteni a különféle béltükrözésekhez (gastroenterológiai profilú osztály), így ez nagyon kevés. A saját tapasztalatából mondja, őt vastagbéltükrözéshez készítették elő, megkapta a beöntést, így többször kellett volna WC-re mennie, de nem volt mindig szabad WC, ebből adódóan nagyon kellemetlen helyzetbe került, mert nem tudta visszatartani.”

Az ellátás feltételeivel, az annak minőségével kapcsolatos kifogások jogi szempontból talán kevésbé súlyosak, mint egy műhiba, vagy a kezelés visszautasításának kérdése, de ezek gyakori előfordulása és alapvető volta miatt e problémátípus ugyanolyan fontosnak tekinthető, ha nem fontosabbnak, mint a többi.

Végezetül az ellátás anomáliáival kapcsolatban lenne még egy megjegyzésem: olyan egészségügyi rendszer még a fejlett világban sincs, amelyben ne fordulnának elő visszasságok, de a betegjogi képviselők beszámolóiban felmerülő problémák között olyanok is vannak szép számmal, mint például a betegek fizikai bántalmazása, megáldozása, elégtelen táplálása, amelyek a tizenkilencedik századi viszonyokra emlékeztetnek.

Gettó

„Az első emeleten van egy zárt osztály, amely egy századvégi tébolyda képét mutatja. Iszonyatosak a körülmények, minden tekintetben. Az ápoltak nagyon elhanyagoltak, gyakori a meztelen beteg. Hálós ágyak vannak, és nagyon kevés esetben tapasztaltam, hogy üres lett volna. Kényszerintézkedés esetén az osztályon jegyzőkönyvet nem vezetnek. Az ápolók körében nagyon alacsony a szakképzettek aránya, és rendkívül nagy a fluktuáció. Szinte havonta kicserélődik az ápolói gárda fele. Jellemző a színvonalra, hogy amikor az első alkalommal az intézetvezető főnővérrel bejártam a kórházat, a zárt osztályon délelőtt tíz órakor a kezelőben dohányzó nővérek a lábukat sem vették le, amikor a vezető főnővérrel bementünk. Egyébként ezt ő szó nélkül tudomásul vette.

Az osztályon felmerült panaszok működésem során:

– A betegeknek semmiféle foglalkoztatása nem folyik (a társalgóban is kórtermet alakítottak ki).

- A betegekkel durván bánnak.
 - Gyakori, hogy az éjszakai ápolók tettelesen bántalmazzák a betegeket.
 - A fürdőszobákat csak reggel fél öt és fél hat között biztosítják, egyébként a fürdőszobákat lezárják.
 - Nincs telefonálási lehetőség a zárt osztályról, a kórházban kódolt telefonok vannak, s a betegek nem tudják értesíteni a hozzátartozóikat.
 - Nem lehet az udvarra lemenni.
 - A levelek napokig ott hevernek a zárt osztályon, nincs, aki a postaládába bedobja őket.
 - Minden személyes tárgyukat elveszik (óra, szemüveg, fogsor).
 - Kést, villát az osztályon nem adnak, és nem lehet bevinni. Ha reggelihez vaj van, a betegek nem tudják megkenni a kenyeret.
 - A betegeket kérésükre sem tájékoztatják, fogalmuk sincs, hogy milyen kezelést kapnak (pl. ES), vagy hogy milyen gyógyszert szednek.
 - A bírói szemle formális, hiába szeretnék elmondani a problémájukat, nem hallgatják meg őket (ez folyamatosan visszatérő panasz).
 - Nem kapnak tiszta ruhát, hiába kérnek.
 - Az éjszakai ápolók rendszeresen nagy társasági életet élnek, a hangos zenétől, kiabálástól a betegek nem tudnak aludni.
 - Néhányan indokolatlanul vannak zárt osztályon, nyitott osztályra szeretnének menni.
 - A betegek egyéb betegségével nem törődnek, és nem küldik el őket konzíliumra (pl. az egyik beteg lába elfertőződött, ennek ellenére hiába kérte, hogy lássa el sebész, csak egy hét múlva került hozzá, akkor már szepszisz állapotban).
 - Pszichoterápiás kezelést csak pénzért végez a pszichológus.
- Sajnos a kórház menedzsmentje sem szeretne változást, és ebben nem is volt partner, meg másban sem.
- Működésemet felesleges spiclikedésnek ítélte meg, javaslataimat elutasította, emiatt kapcsolatunk gyorsan megromlott. A főnővér, aki harminc éve van az osztályon, szintén nem érdekelt a változásban. Így gyakorlatilag mindennap ugyanazt a problémát leírom, jelzem, de nem történik semmi.”

A fenti pszichiátriai osztály a társadalmi exklúzió (Ferge, 2000) iskolapéldája, amely most az egészségügyi intézményrendszer falain belül valósul meg. Eddig egymástól elszigetelt eseteket ismertettünk, de itt szinte valamennyi ellátási anomália fellelhető, egyetlen kórházi osztályon belül.

Ez a pszichiátriai osztály az emberi jogok sárba tiprásának szimbóluma, de az egészségügyi rendszeren belüli egyenlőtlenségek szakadékszerű különbségeit, továbbá a minőségbiztosítás teljes hiányát is jelzi. Ráadásul a legkiszolgáltatottabbak, a súlyos pszichiátriai betegek részesülnek ebben az „ellátásban”. Zárt osztályról lévén szó, a betegek még azt sem tehetik meg, hogy nem kérnek a „gyógyításnak” ebből a fajtájából.

Ez tehát a minimum, ami a betegjogi képviselők anyagából élénk tárul, de féltő, hogy vannak a magyar egészségügynek olyan szigetei, ahol az állapotok még ennél is katasztrofálisabbak.

Ahogy a problémák megoldási kísérletei végződnek

A betegjogi képviselők munkájának eredményessége az egyes problémátípusok megoldása terén igencsak különböző. Legkevésbé az ellátás hiányosságainak kiküszöbölésében sikeresek.

A hiányzó tényérok esetében például a következő olvasható a betegképviselő feljegyzésében:

„Megvették a tényérokat, most ágynemű nincs.”

Lepedőügyben pedig a következő történik:

„Felhajtottak adomány lepedőket. ... Javasoltam, hogy rendeljenek el túlmunkát a mosodában, hogy be tudják hozni a lemaradást, illetve a mosoda dolgozzon szombaton is. Nem lehetett elérni olyan vezetőt (15 órakor), aki erre jogosult lett volna. Minden maradt a régiiben.”

Úgy látszik, a lepedő másutt is az ellátás neuralgikus pontja:

„A szolgálatban lévő nővérek nagyon elkeseredve panaszkodtak, hogy a harmincöt ágylás részlegén nem tudják hét végén megfürdetni a betegeket, mert egész hét végére hat garnitúra tiszta ágynemű van. Nincsen hálóing, a nőbetegeket is férfipizsamába kell öltöztetniük. Huszonheten kaptak ötven garnitúrát, de azt a mosoda az adósságuk miatt nem adja vissza.

Az osztályvezető főnővér a kórházban tartózkodott, de nem intézkedett. Egyszerűen beletörődött, hogy leltárhány miatt a hétvégén nincs fürdetés, és a legszükségesebbet majd összekoldulják más osztályról.”

Végül az állandó pénzhiánnyal küszködő egészségügyi intézményben még a betegjogi képviselő is feladja:

„Sajnos kénytelen vagyok elfogadni a gazdasági vezető érvelését: mindenekelőtt gyógyszer- és eszközellátást kell elfogadható szinten biztosítani, a beteg meztláb is meggyógyul, de antibiotikum nélkül már biztos nem.”

Minden panaszt azonban nem lehet a pénz hiányával magyarázni, mert vannak olyan esetek, ahol sokkal inkább az odafigyelés, a megértés és a tolerancia hiánya az igazi baj:

„Az idős, de szellemileg teljesen friss néni arról panaszkodott, hogy nem hajlandók neki vacsorára két deci tejet adni, mást nem tud este megenni, így éhezik. Lényegében mindenki elismerte, hogy a néninek jó lenne, ha mindennap kapna tejet, de adminisztratív és gazdasági nehézségekre hivatkoztak. (Pl.: Ez nem szálloda. Mi lenne, ha mindenkinek az egyéni kívánságait kellene teljesítenünk? Többletköltséggel jár.)

Felajánlottam, hogy a napi két deci tejet számla ellenében kifizetem a kórháznak.

Igyekeztem tisztázni a félreértéseket (a néni csak tejet kért, a rendes vacsorára nem tartott igényt), és megértetni az érintettekkel, hogy mennyire kicsinyes és nevetséges bürokratikus akadályokat támasztanak. Az eset így leírva apróságnak tűnik, de megítélésem szerint igazi ombudsmani feladat volt megértetni a rutin és a bürokratikus eljárások lélektelenségét.”

Rátérve a orvos–beteg kapcsolatot érintő problémákra, az eseteket megismerve az a tendencia körvonalazódik, hogy minél feljebb megyünk a kórházi hierarchiában, annál hatékonyabbak az orvosok el-

lenállási lehetőségei: ezáltal a beosztott orvosokkal könnyebb a betegjogi képviselőnek kapcsolatot, párbeszédet kialakítania, mint a felelőseivel:

„Viziten vettem részt a kórház igazgatójának osztályán. Elképesztő volt, minden hibát elkövetett, amit el lehet követni. (Rohan, nem kommunikál a beteggel, pattogó utasításokat ad az osztályos orvosoknak latinul, vizsgálatokat rendel el, de nem magyarázza el az okát, nem törődik a beteg tiltakozásával. ... Egy hétre rá elbeszélgettem az osztályon fekvő betegekkel, akik elmondták, hogy az osztályos orvosok nagyon kedvesek, ők beszélgetnek velük. ... Az igazgatónak nem mondtam semmit, teljesen felesleges lett volna. Nagyon furcsa figura.”

Ráadásul a paternalista szemléletű magas beosztású orvosok részéről tapasztalható leginkább a jobbító szándék hiánya, a problémákra való oda nem figyelés, illetve azok meg nem értése:

„A kórházba érkezésemkor az ápolási igazgató felhívta a figyelmemet, hogy az egyik osztályon fekvő kisfiú édesanyja panaszt tett nála a főorvosra. ...

Megkerestem a szobán forgó kisfiút és édesanyját, aki elmondta, hogy három nappal ezelőtt érkeztek a kórházba, mert a fiának véres hasmenése volt. A gyermek felvételekor az anyja elmondta a főorvosnak, hogy a kisfiúnak allergiája van, erre gyógyszereket kap, amiket magával hozott, és kérte, hogy ezeket adják be a gyerekeknek. Kérte a főorvost, hogy köptetőt semmiképpen se adjanak a kisfiúnak, mert valószínű, hogy arra is allergiás.

Az édesanya panasza eredetileg az volt, hogy kérését nem vették figyelembe, a gyerek gyógyszereit nem adták be és mégis kapott köptetőt. A kisfiú kórházi tartózkodása idején hozzá egyáltalán nem engedték be, annak ellenére, hogy elmondta, hogy ő a megyei kórházban fertőző osztályon ápolónő, és maximálisan tisztában van a higiéniai szabályokkal. Ennek ellenére a főorvos durván rendreutasította, azt tanácsolva, hogy nézze a gyereket az ablakon keresztül. Az anya emiatt nagyon elkeseredett, mert többdioptriás szemüveget visel, így, mivel a kórterembe egyáltalán nem engedték be, három napig egyáltalán nem látta a gyereket, annak ellenére, hogy a kórház köztudottan nyitott látogatási rendszeréről híres.

Azt tanácsoltam az édesanyjának, hogy mivel pár percen belül mindenképpen beszélnie kell a főorvossal a gyermek kórházból való távozása kapcsán, mondja el panaszait és véleményét személyesen a főorvosnak.

Az anya azt mondta, hogy jobb lenne, ha a főorvossal én beszélnék, és átnyújtott egy levelet, amelyben megfogalmazta eddigi panaszait, és kért, hogy ezt továbbítsam a kórház vezetéséhez.

Eközben megérkezett a főorvos. Az édesanya – valószínűleg jelenlétemtől felbuzdulva – mégis előadta problémáit neki a látogatás megtagadásáról, a gyógyszerek nem megfelelő adásáról, a főorvos háromnapos, minősíthetetlen magatartásáról és beszédmodoráról. A főorvos minősíthetetlen módon válaszolt, majd az anya mondanójának végét meg sem várva faképnél hagyta az asszonyt.

A főorvos a beszélgetés után azonnal hívatott engem, és felháborodottan esetelte trágár kifejezésekkel tarkítva mondanóját, hogy mennyire szomorú, hogy ilyen esetek mindennap előfordulnak. Ismét trágár szavakkal illette az édesanyját, kikérte magának, hogy az ő munkáját az anyához hasonló senki kritizálja. Mondandója végén örömet fejezte ki arra nézve, hogy az esetnek tanúja voltam, mert legalább láthattam (ismét trágár kifejezések), hogy kik és milyen módon nehezítik meg a munkáját.

Próbáltam a főorvost meggyőzni arról, hogy nincsen igaza, és hogy az édesanyjával nem megfelelő módon viselkedett. Próbálkozásom azonban nem vezetett eredményre.

Az eset után felkerestem az igazgatót, részletesen beszámoltam neki a történetekről,

MAGYAR VALÓSÁG

és átadtam neki az anya levelét. Az igazgató rendkívüli módon megdöbbsent, és ígéretet tett arra, hogy kézbe veszi az ügyet.

Ezután visszamentem a főorvoshoz, és tájékoztattam arról, hogy az édesanya levelét továbbítottam az igazgatónak. ...

Az igazgatótól visszajelzés még nem érkezett."

A betegjogi képviselők sokkal eredményesebben tudják képviselni a betegek érdekeit az ápolószeméllyel kapcsolatos panaszokat illetően. Ezt példázza egy bántalmazott gyerek esete is:

„Jelen esetben a pusztá jelenlétem kiváltotta a főnővér azonnali intézkedését, így nem az én feladatomból volt a főnővér felelősségre vonása. ... A főnővér a nővérrel folytatott beszélgetés után odajött hozzám, és biztosított arról, hogy megfelelően felelősségre vonta őt, s figyelmeztette, ha még egyszer hasonló eset előfordul, annak súlyos következményei lesznek. A főnővér elmondta, hogy ez egy példátlan eset volt, s egyáltalán nem gyakorlat náluk az, hogy így bánnak a gyerekekkel.”

A betegek gyakran kényszerülnek elfogadhatatlan helyzetbe, és vannak olyan osztályok, amelyeknek nem lenne szabad működniük, s általában véve aggasztó, ahogyan a problémák megoldódnak, illetve ahogyan a betegjogi képviselők megoldási kísérletei végződnek. Miért nem sikerül a problémákat megoldani? Egyrészt, mert súlyos szemléletbeli hiányosságok tapasztalhatóak az orvos-beteg kapcsolat terén: mintha egyes orvosok még soha nem hallottak volna a pszichológiáról, a kommunikáció fontosságáról, illetve az e tudományterületeken elért eredményekről. Az orvosok gyakran kérdőjelezik meg a betegjogi képviselő tevékenységének legitimitását, vagyis ismét a professzionális autonómia és a kórházi bürokratikus struktúra kérdéséhez jutottunk vissza. Más esetekben a vezetők legjobb indulata ellenére sem tudnak változtatni a helyzeten, mert nincsenek meg az anyagi erőforrások. A körülmények és ezek jobbításának lehetetlensége azonban nemcsak a betegeknek kényelmetlen, hanem a kórház személyzete számára is zavaró. Ez kiegészítéshez vezethet, ami tovább erodálja az amúgy is alacsony színvonalú ellátást.

Visszatekintve a hazai egészségügyi ellátás történetére (Losonczy, 1998), megállapítható, hogy a jelenlegi állapot nem új keletű, hanem az évtizedeken át húzódó válság vezetett ideig.

Kompetenciahatáron innen és túl

A betegjogi képviselőknek gyakran kellett szembesülniük olyan feladatokkal, amelyek nem elsősorban egészségügyi természetűek, vagy legalábbis túlmutatnak az egészségügyi intézményrendszer határain. E panaszok hátterében többnyire valamilyen megoldatlan szociális természetű probléma húzódik meg:

„Az egyik leggyakoribb panasztípus a rokkantsági fok megállapításával kapcsolatos. A panaszosok rendszerint a második fok után, ritkábban az elsőfokú bírósági döntés után keresnek fel. Kivétel nélkül minden esetben azt kifogásolják, hogy a rokkantság fokát alacsonyan, nem a betegségük súlyosságának megfelelően állapították meg. Ilyen esetben csak a tapasztalataimat tudom megosztani az ügyfelemmel.

A másodfok után általában azt tanácsolom, hogy ne forduljanak bírósághoz, mert lényegében nincs esélyük. Az ilyenkor minden esetben kirendelt igazságügyi orvosszakértő az orvosi iratokból és a bizottság(ok) döntéséből dolgozik. Nem ismerek olyan esetet, amelyben a bizottság döntésétől eltérő véleményt adott volna az igazságügyi orvosszakértő. (Az elsőfokú bírósági döntés utáni ügyben sem javaslom a fellebbezést.) Tanácsom az szokott lenni, hogy várjanak körülbelül egy évet, közben gyűjtögessék az újabb orvosi iratokat (leletek, zárójelentések), és adják be újra, állapotromlás miatt. Két esetről tudok (ők visszahívtak és megköszönték a segítségemet), hogy a taktika bevált, a bizottság megállapította a magasabb rokkantsági fokot."

Ezekben az esetekben nehéz meghúzni pontosan a kompetenciahatárokat, másfelől azért is nehéz helyzetbe kerülhet a betegjogi képviselő, mert benne bíznak meg a betegek, és tőle várják a megoldást:

„A beteg rájött, hogy a rokkantnyugdíjának csak a 63 százalékát kapja meg. Kért, hogy segítsék neki kideríteni, miért van ez így.

Felkerestem a pszichiátriai osztály szociális munkását, akivel együtt átvizsgáltuk a beteg papírjait. Kiderítettük a félreértést: nem a nyugdíjának, hanem az átlagkeresetének kapja a 73 (és nem a 63) százalékát.

Tipikusan szociális munkásra tartozó ügy volt, de a beteg a korábbi segítségem miatt irántam volt bizalommal."

Szerencsés eset, amikor alkalmaznak szociális munkást. De ha nem:

„Hajléktalan alkoholista rosszul lett. A teljesen leépült beteget a településről át-paterolták egy másik településre, mondván, hogy az utolsó lakhelye a kórház ellátási területéhez tartozó falu volt. Innen már a szokásos és megoldhatatlan történet: a betegnek se jövedelme, se tartásra kötelezhető rokona, a szociális otthonoknak nem kell, a kórházban sem maradhat örökké (nem fizeti az ápolási díjat) ...

Amit tehettem: 1. Igen határozott fellépésemre a területi önkormányzat (ők vették meg néhány évvel korábban a beteg házat és elfelejtették kijelenteni) rendkívüli segély formájában részben kifizette a gondozási díjat. 2. A gyámhivatal ideiglenes gyámot jelölt ki, aki jogosult a rendszeres segélyért folyamodni és a szociális otthonbeli elhelyezést aláírni. 3. Ismeretségem révén kerítettem elmeszociális férőhelyet, amit nem vett igénybe: december 26-án meghalt."

Hogy milyen gyakran fordulnak a betegek hozzájuk különféle szociális problémáikkal, azt egy szociális munkásból lett betegképviselő feljegyzése illusztrálja:

„Minden egyes látogatásom alkalmával tapasztalom a szociális munka hiányát, és az itt töltött időm jelentős része az ezzel való foglalkozással megy el."

A szociális otthonokban élő idősök gyakran tesznek panaszt az őket ellátó szociális intézményekre:

„A beteget (elme)szociális otthonba vették fel, mint (normális) időskorút, azzal az ígérettel, hogy az elkészülő új épület nem elmeszociális ellátó lesz. A felvételt megelőzően a falu polgármestere (!!) felszólította, hogy fizessen be 150 ezer forintot, mint utóbb kiderült, alapítványra. A betegnek csak 100 ezer forintja volt, s ezt be is fizette. Egy évig lakott a portásfülkében, majd kapott szobát az új épületben, ahol az ígérekkel ellentétben elmeszociális férőhelyet alakítottak ki. A gondozott kérte áthelyezését, de a befizetett pénzt nem kapta vissza.

A szociális otthon igazgatóhelyettese elmondta, hogy szerinte elég sötét ügyek lehetnek az alapítvány körül. (Tisztázatlan, hogy mi köze a polgármesternek az otthonhoz, hiszen az megyei intézmény.)

MAGYAR VALÓSÁG

Fontolgom, hogy ellátogatok a szociális otthonba. Nagy maffiózó lehet az ottani polgármester. Nem tudom, mitévő legyek. ... Sajnálom a becsapott öregeket, de egyedül valószínűleg nem tudnék segíteni. (Nagyon időigényes lenne, és illetékességem sincs.)"

"A vállalkozó elismerte, hogy nem megfelelő az élelmezés (friss gyümölcsöt, friss zöldséget, kompótot egyáltalán nem tud adni, húsfélét keveset, azt is szójával dúsítva). Az otthon több mint másfél millióval tartozik neki, nem tud alapanyagot vásárolni.

A gondozottak szinte megrohantak a panaszaikkal. A legtöbben az élelmezést és a zsúfoltságot kifogásolták.

A helyéttessel hosszasan beszéltem. Elmondta, hogy a személyzet minden tagja fél a vezetőtől, mert más munkalehetőség nincs a városban. Olyan embereket alkalmaz, akiknek nincs meg a szükséges szakképesítése (neki sincs), tanulni nem engedni őket. Bármikor elbocsáthatók. Megtesznek mindent, amit lehet az ápoltakért, de kevés a pénz, kevés a személyzet. Az önkormányzat késve utalja le a állami támogatást.

Elmentem az aljegyzőhöz (a vezetők közül csak őt találtam meg). Felvettem, hogy szociális munkás beállításával számos konfliktus megoldható lenne. Válasz: nincs pénz.

Az aljegyző felajánlotta, hogy terjesszem ki tevékenységemet az otthonra is, ezt elutasítottam. Kétszeri látogatásom alapján úgy ítélt meg, hogy legalább heti egy napot kellene ott töltenem, hogy valamit tehessenek is. Nagyon sajnálom őket."

A fentiek a szociális intézményekben lévő áldatlan helyzetére hívják fel a figyelmet, de erre a megoldást az egészségügyi rendszeren kívül kell keresni.

A szociális munka hiánya vagy a szociális ellátórendszer elégtelen működése gyakori panasz, de vannak olyan szociális problémák is, amelyek mögött a beteg társas kapcsolataiban gyökerező problémák húzódnak meg.

"Teljes tudatú, idős nőbetegét vérző végbéltumorral szállítottak az osztályra. Vérzését csak részben sikerült csillapítani, a kezelőorvos műtétet javasolt, amit a beteg elfogadott. A hozzá látogatóba érkező rokonok (két unoka) kijelentették, hogy nem járulnak hozzá a műtéthez. Azt állították, hogy a néni nem beszámítható, zavart a betegsége és a gyógyszeres kezelés miatt. Elmondták, hogy a temetéshez már mindent előkészítettek, az örökségben is megegyeztek.

A kezelőorvos kérdése az volt, hogy mennyiben kötelesek elfogadni a hozzátartozók nyilvánvalóan alantas szándékú döntését.

Válaszom: nem kell elfogadni. Azt tanácsolom, hogy a biztonság kedvéért kínos pontossággal készítsék az orvosi feljegyzéseket, és kérjenek pszichiátriai konzíliumot annak megállapítására, hogy valóban inkompetens-e, illetve valóban befolyásolják-e az adott gyógyszerek a beteg döntésképeségét.

A biztonság kedvéért felhívtam kollégámat, aki megerősítette az általam elmondottakat."

Tehát a betegjogi képviselőnek nemcsak az egészségügyi személyzet szakmailag kifogásolható magatartásával szemben, hanem időnként a vagyona éhes hozzátartozóitól is meg kell óvnia a beteget.

A magatehetetlen beteg vagyona azonban rokonok mellett mások is áhítozhatnak:

"Az ügy szokásosan kezdődött: a néni haza akart menni. Hamarosan kiderült, eltartási szerződése van a helyi plébániával. Az ápolóktól megtudtam, a plébános állami (!) szociális otthonban akarja a nénit elhelyezni. A beteg állítása szerint a

szomszédja gondoskodna róla. Sok mindennel vádolta az eltartóját, akiről eléggé rossz véleményem volt a kórházban.

Felhívtam az egyházmegye kincstárnokát, aki megerősített: csak a püspökség engedélyével köthetnek a plébániák eltartási vagy hagyatéki szerződést. Megtudtam azt is, hogy a plébános ellen gazdasági bűncselekmény miatt rendőrségi feljelentést tett a püspöki hivatal. A kincstárnok úr megígérte, hogy ha szükséges, elhelyezi a nénit (háza fejében) egyházi szociális otthonba.

Elmentem a plébánoshoz, és hosszasan beszélgettem vele és az ügyvédjével. Elmondták, hogy a néni nem tűr meg maga mellett senkit, más módon, mint otthon, nem lehet róla gondoskodni. Betekintettem az eltartási szerződésbe, melyből egyértelműen kiderült, hogy személyes gondoskodásra kötelezte magát a plébánia. Azt javasoltam, hogy ha végképp nem tudnak mit kezdeni a nénival, akkor fel kell bontani a szerződést.

Szerződésbontásra nem került sor, hazavitték."

Nem kétséges, hogy a betegjogi képviselőnek nem tartozik feladatkörébe a szociális munka. Az egészségügynek azonban éppen ez az egyik legnagyobb hiányossága, ezért főleg emberiességi szempontból kényszerülnek a betegjogi képviselők ilyen jellegű feladatok ellátására. De e példákból az is jól látható, hogy milyen fontos szerepet játszhat a betegjogi képviselő egyes szociális természetű problémák megoldásában. A betegjogi képviselők illetékessége akkor érvényesíthető, ha a szociális probléma az egészségügyi intézményeken belül válik ismertté.

Nehéz és ellentmondásos helyzetbe kerülhetnek a betegjogi képviselők, amikor egészségügyi alkalmazottak keresik fel nem betegjogi kérdésben, jogtanácsért:

"Eléggé gyakran mondható, hogy kórházi dolgozók munkajogi kérdésekkel keresnek fel. Körülbelül havi egy-két eset. Ezek meglehetősen kínos helyzetek, mert a panaszok túlnyomó többsége a kórházzal való konfliktus. A betegképviseelőnek semmiképpen nem dolga a munkajogi kiokosítás, és ha ehhez folyamodik, az könnyen konfliktushoz vezethet. (Eddig megúsztam.) Mindezek ellenére nem szoktam kitérni az ilyen kérdések elől, és tudásom szerint tanácsot adok, de úgy, hogy minden esetben hangsúlyozom: magánemberként adom és nem betegképviseelőként. (Aranyos eset volt, amikor egy ilyen tanácsomat ötezer forinttal akarták honorálni, alig tudtam elhárítani.) Úgy gondolom, a betegképviseelőnek a személyzet kéréseit a jó kapcsolat kiépítése és megőrzése érdekében – ha csak lehetséges – teljesíteni kell."

Ez utóbbi eset mindenképpen a betegjogi képviselő kompetenciáján kívül esik, hiszen a dolgozók munkajogi problémáiról van szó.

A betegek jogtudata és/vagy kiszolgáltatottsága

A felmerülő panaszokkal kapcsolatban szeretnék néhány megjegyzést tenni: jellemző, hogy a betegek, illetve hozzátartozóik az egészségügyi személyzettel kapcsolatos panasszal csak nagyon súlyos esetben fordulnak a betegjogi képviselőkhöz.

Kérdés: vajon mivel magyarázható ez a jelenség? Azzal-e, hogy nincsenek tisztában a jogaikkal, vagy inkább a kiszolgáltatottságuk mértékével?

A panaszos többnyire nem az érintett, hanem valamelyik hozzátartozója. A panaszra már csak akkor kerül sor, amikor a beteg a kórházat elhagyta, vagy – mint az egyik esetben láthattuk – a betegnek a bepanaszolt egészségügyi intézményből való evakuálása már folyamatban van. Fentiek arra engednek következtetni, hogy a betegek és hozzátartozóik nagyon kiszolgáltatott helyzetben lévőnek érzik magukat, és talán nem is alaptalanul:

„A belgyógyászati osztályon fekvő, súlyosan cukorbeteg, mindkét lábán amputált férfi azzal keresett meg, hogy őt az idős korúak szociális otthonából át akarják helyezni a szenvedélybetegek szociális otthonába. Elmondta, hogy ő nem alkoholista. Az otthon vezetője azért kezdeményezte áthelyezését, mert az ápoltak érdekében többször felszólalt, az elégtelen élelmezés miatt aláírásokat gyűjtött, amit elvitt a polgármesteri hivatalba.

Az elhelyezés a vezetőnő bosszúja, fegyelmi vétséget nem követett el. Elmondta, hogy mindenképpen maradni akar, mert gyakran van rosszul, amikor is sürgős kezelésre szorul, valamint hogy gyermekei itt a településen dolgoznak, tanulnak, nem tudnák a távoli másik otthonban látogatni. Tanácsot kért tőlem, hogy mit tehet.

A belgyógyász főorvos elmondta, hogy egy súlyos cukorbetegről van szó, aki gyakran »hypózik«. A beteg számára életmentő lehet, hogy minél előbb kórházi elátáshoz jusson. Kérdésekre kijelentette, hogy e betegnek alkoholos eredetű elváltozásai nincsenek, erről írásos igazolást is hajlandó kiállítani. Azon a véleményen van, hogy segíteni kellene rajta, mert »bármit tett is korábban, az élet nagyon megbüntette érte« (bűne az volt, hogy aláírást gyűjtött az elégtelen élelmezés miatt!). Megígérte, hogy a maximális ápolási idő elteltéig az osztályon tartja a beteget.

Az alkoholológiai osztály orvosa készen mutatkozott arra, ha szükséges, megvizsgálják a beteget és szakvéleményt adnak róla. (Nem került rá sor)

A professzor telefonon történt megkeresésemre kifejtette, hogy a beteg áthelyezéséről kiállított beutaló nem kötelezi semmire a beteget.

Az igazgatónő elmondta, hogy az otthon ellen nagyon sok a panasz. Több mint húsz éve ismeri a beteget, kezelte fiatalkori cukorbetegségét. Nem könnyű ember, hangulata, időnkénti agresszivitása – ami sohasem fajul fizikai erőszakká – cukorbetegségének köszönhető. Megbeszéltük, hogy sorsának rendeződéséig az ápolási osztályon maradhat. Nagyon fontosnak tartaná, hogy működésemet kiterjesszem a szociális otthonra is.

A szociális otthon igazgatóhelyettese hosszasan védte igazát. Az ombudsmantól nagy önfegyelmet igénylő beszélgetés lényege az volt, hogy egy összeférhetetlen iszákos alak, aki fellázítja a betegeket. Elismerte, hogy a beutaló nem kötelezi semmire a beteget. Ők tulajdonképpen nagyon szeretnének segíteni rajta, ha hagyná. Természetesen visszamehet az otthonba. Négy szemközti beszélgetésben elmondta, hogy csak az a baj vele, hogy mindig okoskodik, állandóan a jogaira hivatkozik, el is neveztek Jogerős Jakabnak. Amúgy sokat segít az időseknek: bevásárol nekik, elintézi ügyesbajos dolgukat.

– Az ápoltnak semmi bajuk nincs vele, annál több az intézmény vezetésével.”

Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy ez az ügy a betegjogi képviselő kompetenciájának határait súrolja, mivel a panasz egy szociális intézmény vezetésével szemben fogalmazódik meg, de úgy vélem, a képviselő fellépése jogos, mert egyben az egészségügyi ellátás igénybevételének problémáját is érinti.

Visszatérve a jogtudatosság vagy kiszolgáltatottság kérdésére, az esetből egyértelműen látható, milyen veszéllyel járhat egy panasztétel.

A betegek és hozzátartozóik éppen emiatt nem szívesen, vagy csak

nagyon súlyos esetben panaszkodnak a ápolószemélyzetre és az orvosokra. Így az enyhébbnek minősíthető esetekre csak akkor derül fény, ha azt maga a betegjogi képviselő veszi észre.

Az ellátás feltételeire sokkal bátrabban panaszkodnak a betegek, vélhetően azért, mert ez többnyire személyesen nem érinti az egészségügyi alkalmazottakat.

Végezetül, fentiek nem jelentik azt, hogy a betegek jogtudata elhanyagolható szempont lenne a betegjogi képviselők tevékenységével kapcsolatban, de a betegek kiszolgáltatottsága legalább ennyire fontos tényező.

Ki a felelős?

A betegjogi képviselők által felállított diagnózisban foglaltakért vajon ki a felelős?

Bár az egyes bánásmódbeli anomáliákért, a műhibákért, a beteg-tájékoztatás hiányosságaiért stb. többnyire személy szerint meg lehet találni a felelősöket, de itt másról van szó. Ez a diagnózis azt mutatja, hogy az egészségügyi rendszer az igazi beteg, ezért pedig elsősorban a politikai elit tehető felelőssé.

A fejlett országokhoz képest körülbelül fele akkora a hazai egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya. Ráadásul Magyarországon a rendszerváltás óta az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított mértéke folyamatosan csökken: az egészségügyi kiadás 1991-ben még a GDP-nek 5,5 százaléka, 1995-ben 4,4 százaléka és 1999-ben már csupán 4,3 százaléka volt (Ferge, 2000). E miatt a tendencia miatt egyértelműen a politikai elitet terheli a felelősség. Különösen azóta, amióta a gazdasági mutatók javuló tendenciát mutatnak.

A finanszírozás elégtelenségének következményeit a betegjogi képviselők jelentései is hűen tükrözik: ennek közvetlen jelei a gyógyszerhiány, a betegek elégtelen táplálása, az ágyneműhiány, a női betegek férfitársamába bújtatása stb. Közvetett megnyilvánulása a kórházi alkalmazottak körében eluralkodó anomia. A kórház dolgozói ugyanis ellentmondásos helyzetben vannak: azok a célok, amelyekre felesküdték, elérhetetlenek számukra a kórházakban uralkodó állapotok miatt. A kitűzött célok elérése és az ezek elérésében rendelkezésre álló eszközök közötti feszültség pedig érték- és normavesztett állapotához, más szóval anomiahoz vezet (Merton, 1980).

Elsősorban a törvényhozást terheli a felelősség azért is, mert a rendszerváltás óta nem sikerült olyan érdekviszonyokat teremteni a kórházi ellátásban, amely a minőségi betegellátást ösztönözné. Ez a betegjogi képviselők és az egészségügyi intézmények viszonyában is megnyilvánult.

Betegjogi képviselet és egészségügyi rendszer

A betegjogi képviselet ügyének tárgyalása során nem tehetjük zárójelbe az egészségügyi rendszer működésének kérdését, hiszen az orvos–beteg kapcsolatot ennek struktúrája, érdekeltségi viszonyai alapvetően meghatározzák.

De vajon érdekeltek-e a kórházak és az ott dolgozók a betegjogi képviselők jelenlétében?

Az egészségügyi rendszer szak- és kórházi ellátást biztosító szintjén senki sincs érdekeltté téve a betegjogi képviselet működésében. Ennek okai a következők:

Egyrészt Magyarországon még kevesen fordulnak jogorvoslatért bírósághoz, és a bíróság is csak igen szerény összeget szokott megítélni a betegnek. Így a kórház menedzsmenete közömbös az iránt, hogy létezik egy fórum, ahol peren kívül meg lehet egyezni.

Másrészt az ellátást biztosító személyzet a kórházban közalkalmazotti fizetést kap, ami nem függ az ellátott betegek számától, ezért nem érdekeltek abban, hogy betegek elégedettek legyenek az általuk nyújtott szolgáltatással.

Ezzel szemben a kórház bevétele a homogén betegcsoportonkénti finanszírozás miatt az alkalmazott kezelések számának függvénye. Ez a szituáció arra kényszeríti az egészségügyi személyzetet, hogy egyre többet teljesítsen, azonos bérért. A kórházi ellátás mókuskerekében szaladó orvosnak vagy nővérnek se ideje, se kedve a betegekkel való törődésre: és a rendszer logikájából adódóan nem is érvényesül velük szemben ilyen elvárás. A lényeg: valahogy lássák el a beteget, és ezért a kórház megkapja az egészségbiztosítótól a pénzt.

A (végső) megoldás?

A betegjogi képviseletet a törvény az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) kötelékébe utalja, így a betegjogi képviselők az ÁNTSZ-hez kerültek. Vajon milyen következményei vannak ennek a döntésnek?

Az ÁNTSZ igen széles jogkörrel és hatalommal felruházott szervezet, ezért okkal vonhatnánk le azt a következtetést, hogy a betegjogi képviselet intézményi háttere megnyugtatóan megoldódott, hiszen egy olyan szervezet adott otthont neki, amely rendkívül hatékonyan tud fellépni a különböző jogsértésekkel szemben.

A kérdés azonban nem ilyen egyszerű. Fontos ugyanis, hogy milyen funkciót szánunk a betegképviseletnek: az egyes jogsértéseket akarjuk hatékonyan megtorolni, vagy az orvos–beteg párbeszédet akarjuk elősegíteni a vitás kérdésekben. Ha az előbbi a cél, akkor az ÁNTSZ az ideális intézmény, de ha az utóbbi, akkor komoly kétségeink lehetnek. Hiszen hogyan képes egy betegjogi képviselő elhithetni magáról, hogy ő pusztán közvetít orvos és beteg között, amikor egy olyan intézménynek a tagja, amely felügyeleti funkciókat gyakorol?

Olyan ez, mintha a drogambulanciákat a rendőrség intézményrendszerébe olvasztanánk, és azt várnánk a drogfogyasztóktól, hogy továbbra is bizalommal legyenek irántuk.

Az ÁNTSZ-nek egyébként feladata volt még a betegképviselők befogadása előtt a betegek panaszainak orvoslása. Így tehát egy funkció kettős ellátásának lehetünk tanúi. Ez oda vezethet, hogy a betegjogi képviselők az ÁNTSZ előretolt egységeivé válnak, akik felderítést végeznek, és a rendteremtést a szolgálat már hatalommal is felruházott egységei végzik el.

Bármennyire is kétségeinket fogalmazzuk meg ezzel a megoldással szemben, ebben az egészségügyben paradox módon ez az adekvát megoldás, hiszen a kórházi dolgozókat nem teszik érdekeltté abban, hogy az egyenlőség alapján nyugvó párbeszédet folytassanak a beteggel. Ráadásul gyakran az emberhez méltó gyógyítás feltételei sincsenek meg, és többnyire ezért is őket teszik felelőssé, ami tovább mélyíti a szakadékot gyógyító és beteg között, aminek következtében hatékonyabb eszköz a megfélemlítés vagy a nyers erőszak.

Miért az ÁNTSZ-hez kerültek a betegjogi képviselők? A következő hipotézist fogalmaztam meg ezzel kapcsolatban:

Egyrészt ez volt a legolcsóbb megoldás, hiszen egy már létező bürokratikus struktúra intézményrendszerét lényegesen olcsóbban lehetett erre a célra átalakítani, mint egy újat létrehozni.

De véleményem szerint nem ez játszotta a fő szerepet, hanem az, hogy a döntéshozók, vagy még inkább a döntéselőkészítők – ez utóbbiak minden bizonnyal orvosok – kevésbé ítélték veszélyesnek, értd kontrollálhatatlannak az ÁNTSZ intézményrendszerén belül működő betegjogi képviselőt, mint egy autonóm szervezetet. Ezt a folyamatot nevezhetjük a betegjogi képviselő medikalizációjának, hiszen a betegjogi képviselők alárendelődnek egy befolyásos orvosok által vezetett szervezetnek. Így végső soron sikerült egy civil kezdeményezést orvosi felügyelet alá helyezni és az egészségügy intézményrendszerébe becsatornázni.

Kérdőjelek

Végezetül az eddig tapasztaltak alapján néhány kérdésre szeretném felhívni a figyelmet:

– Hogyan lehetne javítani a kórházi ellátás területén az orvos–beteg kapcsolatot? A betegjogi képviselők jelentései arra mutatnak rá, hogy az ellátás feltételeinek javítása és az érdekeltségi viszony megváltoztatása nélkül ez nem lehetséges.

– El kellene gondolkozni azon, hogy milyen nemkívánatos következményei lehetnek annak, ha a betegjogi képviselők a betegek érdekeit a kórházi hierarchiában a magasabb pozíciót betöltőkkel szemben egyre kevésbé tudják érvényesíteni, és azon is, hogy miként lehetne ezen változtatni.

– A betegjogi képviselők által leírt esetek és ezek megoldódása

kapcsán a szociális tényezők szerepét emeltük ki: megkülönböztetett figyelmet érdemelnek a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok, mint például az idősek, a gyermekek, a pszichiátriai osztályon kezelt betegek. Meglepő azonban, hogy nem jelentkeztek a területi egyenlőtlenséggel, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos problémák. Vélhetően azért, mert ezek nem a kórház falain belül jelennek meg. Ahhoz azonban nem férhet kétség, hogy ezek ugyancsak súlyos betegjogi kérdéseket vethetnek fel. Érdekes, hogy a romák etnikai jellegű megkülönböztetésével kapcsolatos eset egyetlen alkalommal sem fordult elő, holott jelentős arányban él cigány népesség a kísérletben részt vevő kórházak körzetében. Hogy nincs etnikai jellegű megkülönböztetésre panasz, ez egyáltalán nem jelenti azt, hogy a betegség képviselőkhöz sincs bizalmuk. Ezt támasztja alá, hogy a kísérletben részt vevő egyik kórház területén a romák többször is panasszal éltek a helyi cigány önkormányzatnál. Fontos lenne tehát a betegjogi képviselet intézményét, feladatait az egészségszociológiában általánosan figyelembe vett társadalmi egyenlőtlenségi dimenziók alapján újragondolni.

– Amellett érveltünk, hogy a betegjogi intézményrendszernek az ÁNTSZ-hez való odakerülésével rossz döntés született, annak ellenére, hogy ez tűnik az adekvát megoldásnak, a jelenlegi egészségügyi rendszer ismeretében. De mi lesz, ha megvalósul a kórházi intézményrendszer reformja? Egy új és jobban működő kórházi struktúrában hogyan fog működni a mostani betegképviseleti rendszer?

Hivatkozások

- A Magyar Orvosi Kamara Képviselő-testületének állásfoglalása az egészségügyi törvény tervezetéről. In: Magyar Orvos 1997. május 20. 3.
- Conrad, Peter – Schneider, Joseph (1990): Professionalisation, Monopoly, and Structure of Medical Practice. In: Peter Conrad–Rocheslle Kern (eds.): *The Sociology of Health and Illness/Critical Perspectives*. New York St. Martin's Press.
- Csabai Márta – Molnár Péter (1999): Egészség, betegség, gyógyítás / Az orvosi pszichológia tankönyve. Springer, Budapest.
- Ferge Zsuzsa (2000): Elszabaduló egyenlőtlenségek. A szociális szakképzés könyvtára. Budapest.
- Freidson, E. (1970): *Profession of Medicine, a Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Harper and Row.
- Gray, Alastair (1985): *World Health and Disease*. Open University Press.
- Gyukits György (2000): A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: Cigánynak születni. Szerk.: Horváth Ágota – Landau Edit – Szalai Júlia. Aktív Társadalom Alapítvány/Új mandátum, Budapest.
- Kovács M. Mária (1991): A liberalizmus két útja a szakértelmiség körében. *Világosság*, 6.
- Losonczy Ágnes (1986): *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*, Magvető Kiadó, Budapest (Gyorsuló Idő).
- Losonczy Ágnes (1998): *Utak és korlátok az egészségügyben*. MTA, Budapest.

Merton, K. Robert (1980): Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Gondolat, Budapest.
Turner, B. (1984): Medical power and Social Knowledge, Sage, London.

A program szervezői a SZÓSZÓLÓ Alapítvány kuratóriumának tagjai: dr. Matkó Ida, dr. Sándor Judit, dr. Blasszauer Béla, dr. Kovács József prof. Ádám György, prof. Losonczi Ágnes, Nagymáté Éva, Csató Zsuzsa.

A program betegjogi képviselői: Rozsos Erzsébet, Jakab Tibor, dr. Kismődi Eszter, dr. László Klára, Forrai Márta, dr. Álmos Richárd, dr. Torma Albert, Simon Zsuzsa, Gombosné Juhász Katalin, Novák Ádám, dr. Ballay Attiláné, Csöbi Tünde.

LIGETI GYÖRGY

Hátrányos helyzetűek az egyetemen¹

Kérdések és módszerek az integrációra

Írásomban egy több éve működő programot, illetve egy friss kezdeményezést szeretnék bemutatni. Mindkettő célja az egyetemeken-főiskolákon továbbtanulni szándékozó hátrányos helyzetű fiatalok, illetve a felsőoktatásba felvételt nyert hallgatók társadalmi integrációjának előmozdítása, tanulmányaik szakmai-mentális segítsége.

Felvételi előkészítő

A Kurt Lewin Alapítvány 1995-től két éven keresztül a Szociális Szakmai Szövetséggel, majd a továbbiakban önállóan hozta létre és működteti azóta is ingyenes felvételi előkészítőjét, olyan magyarországi roma, illetve családon kívül nevelkedő fiatalok számára, akik szociológia, szociálpolitika, illetve szociális munkás szakokra jelentkeznek.

Az előkészítő minden szombaton 10.00-tól 16.00 óráig tartanak, amelyekben munkacsoportunk társadalomismeretet, szociálpolitikát, szociálpszichológiát, történelmet, illetve némi matematikát oktat. A tananyag a fentebb felsorolt szakok felvételi vizsgájának kötelező irodalma. A munka szeptembertől júniusig tart, a diákoknak otthon kell készülniük, az órák elsősorban a megértést, illetve az ellenőrzést szolgálják: az adott tantárgyból rendszeres az írásbeli számonkérés, minden alkalommal. Célunk nemcsak a tudásanyag átadása, hanem a gondolkodásra és megértésre való ösztönzés, a kifejezőkészség, a vitakultúra fejlesztése is. A kurzus utolsó alkalmi során a diákoknak módjukban áll próbafelvételi dolgozatot írniuk, amit a munkacsoport természetesen kijavít, s a hiányosságokra is felhívja a tanulók figyelmét. A szóbeli próbavizsga során pedig – megkísérelve, hogy az igazi felvételi vizsgához hasonló lélektani szituációt teremtsünk – kísérletet

¹ Sem a felvételi előkészítő, sem a SzocHáló, sem pedig a jelen írás nem jöhetett volna létre a következő munkatársaim-barátaim nélkül: Tausz Katalin, Czike Klára, Trafnek Mónika, Báder József, Csáki Anikó, Sziklai István, Fellegi Borbála, Darvas Ágnes, Mendi Rózsa. Munkájukat és több éven át folyamatos együttműködésüket, nemegyszer türelmüket ezúton is szeretném megköszönni. A cikkben ismertetett projektek a Soros Alapítvány, a Mobilitás Ifjúsági Szolgálat, a Budapest Bank Budapestért Alapítvány támogatásával jöttek létre. Nekik is szeretnék köszönetet mondani nemcsak az anyagi, hanem az erkölcsi támogatásért is.

teszünk a szóbeli vizsgára való felkészülésre. A diákok legtöbbször az előkészítő tanárai személyesen is elkísérték a felvételi vizsgára.

Az előkészítő segítséget nyújt a diákoknak a könyvek, jegyzetek beszerzésében, lehetőségeinkhez mérten a diákok útiköltségének támogatásában. Az előkészítő tanárai stábben dolgoznak. A stáb általában havonta egy alkalommal találkozik. A stábmegbeszéléseken szervezési kérdésekről és a diákokról (haladásukról, problémáikról, csoportbeli helyzetükről) esik szó. E munkamódszer lehetővé teszi, hogy a tanárok teljes képet kapjanak diákjaikról, illetve segítséget nyújt a felmerülő problémák, konfliktusok kezelésében is.

Bejutás az előkészítőre

Kikből verbuválódik évről évre a felvételi előkészítő kurzus? Túlnyomó többségében vidéki, érettségi előtt álló, vagy egy-két éven belül érettségizett roma fiatalból. Bár előkészítőnk meghirdetésekor évről évre nagy erőfeszítéseket teszünk arra, hogy a gyermekotthonban élő fiatalokat is elérjük, ennek ellenére a kurzuson minimális a családon kívül nevelkedő diákok száma. Ennek az lehet az oka, hogy a gyermekotthonban élők között sokkal kevesebb az érettségire készülők száma, mint például a roma fiatalok között. Tanulóink között előfordult már mozgássérült vagy halláskárosult diák, s minden évben van néhány nem roma tanuló is, akik fontos szerepet játszanak a kölcsönös etnikai előítéletek megelőzésében.

Ameddig az előkészítőről megcélzott felsőoktatási intézmények köre egyre szűkült, addig a sikeres felvételi vizsgát tett fiatalok száma és aránya egyre nőtt az évek során. A diákok az első időkben a legkülönbözőbb felsőoktatási intézményekbe adták be jelentkezésüket. Így volt például orvosi egyetemre jelentkező fiatal tanulóink is. A munkacsoportnak be kellett látnia, hogy lehetetlen ennyire széles spektrumát nyújtani a szolgáltatásunknak, így jelentősen szűkült azon szakok köre, ahová a Szociális Szakmai Szövetség és a Kurt Lewin Alapítvány által működtetett kurzus vállalta a felkészítést. Bár a fennállás harmadik évétől kezdve már csak szociológia, szociálpolitika és szociálismunkás-szakokra jelentkező fiatalok felkészítését és mentorálását vállaltuk, olyan széles volt a számba vehető felsőoktatási intézmények köre, olyannyira felduzzadt a kötelező olvasmányok listája, s az adminisztráció is oly bonyolulttá vált, hogy a munkánkért csak további megszorításokkal vállalhattunk felelősséget: a projekt negyedik évétől kezdve már kizárólag az ELTE Szociológiai Intézetébe jelentkező diákok felkészítését vállaltuk.

Az első két év során egy-egy ismerkedő délelőttöt tartottunk, melyek végén közfelkiáltással mindenkit felvettünk az előkészítőre. Valószínű, hogy ennek volt a következménye a nagy arányú lemorzsolódás az első tanévek során. A harmadik évtől kezdve már valamiféle megmértetéshez kötöttük a bejutást: a jelentkezőknek egy rövid írás-

beli feladatot kellett megoldaniuk, tanulmányt kellett elolvasniuk, és részt kellett venniük egy nyár végi tréningen (Várong, Tolna megye). A mai napig minden év elején komoly viták zajlanak a munkacsoportban a jelentkezők szűrését illetően: kezdje-e velünk minden olyan diák az évet, aki jelentkezett az előkészítőre, vagy ne rettenjünk vissza egy, akár többfordulós házi felvételi vizsgától? Az első megoldás mellett az a nagyon nyomós érv áll, hogy képtelenség eldönteni valakiről néhány futó benyomás alapján, vajon alkalmas-e az előkészítő, és végső soron az egyetem elvégzésére. Egy ilyen döntés meghozatalához nincs is jogunk. A másik megközelítés mellett viszont az szól, hogy egyes esetekben meg kellene előznünk a biztos kudarcélményt, s nem szabad olyan diákot áztatnunk a sikeres felvétellel, akivel kapcsolatban biztosak vagyunk az alkalmatlanságában, és abban is, hogy nem lesz képes az előkészítő feszített, tízhónapos programjának véghezvitelére. További érv a szűrés mellett: különösen az utóbbi években olyan magas a jelentkezők száma, hogy lehetetlenné válna a munka, ha minden jelentkező részt is venne az előkészítőn.

		Elkezdte	Elvégezte	Felvették
1.	1996/1997	8	3	3
2.	1997/1998	20	10	3
3.	1998/1999	21	10	9
4.	1999/2000	9	8	8
5.	2000/2001	21	15	11

A fenti táblázat azt mutatja, hogy az egyes tanévek során hány diák kezdte meg tanulmányait az előkészítőn, hányan végezték azt el, illetve hányan nyertek felvételt valamely felsőoktatási intézménybe. Itt szeretném megjegyezni, hogy az évek során egyetlen diákunkat sem vették fel szociológia szakra. Szilárd meggyőződésem, hogy ennek oka legkevésbé sem a tanulók tehetségének vagy akaratának hiányában keresendő.

A módszer

A projekt első három éve során külön tantárgyi időben szerepelt a *tanulásmódszertan*, amely sokkal inkább volt hasonlítható egy játékos csapatépítő tréninghez, mint valódi módszertani foglalkozáshoz. A diákok mellett, hogy szakavatott csoportvezetők közreműködésével játszottak, ezen az órán nemcsak beszélhettek félelmeikről, azokról a görcsökről, melyek a tananyag elsajátításának akadályai voltak, hanem ki is játszhatták azokat magukból. Ezek a foglalkozások a későbbiekben elmaradtak, aminek nagyrészt a megfelelő szakemberek hiánya volt az oka (Bakó Tihamér és Parádi József a második évet követően szakmai-etikai okokból nem akartak egy újabb kurzust vállalni). De hozzájárult a foglalkozások elmaradásához az is, hogy nagyon

szigorúak a felvételi követelmények: mivel az előkészítő heti egy alkalommal zajlik, a szigorúan vett tananyag alig-alig volt befejezhető az írásbeli idejére. Mindazonáltal a továbbiakban is szükséges (lenne) valamiféle tanulásmódszertani kurzus: egyetemi oktatóként találkozva az egyetemre bekerült hallgatókkal, számomra ez ismét egyértelművé vált. Az ilyen jellegű felkészítés persze alapjában véve a közép-, illetve az általános iskola feladata lenne.

A havi egy alkalommal megrendezett tréninget táborral, illetve kirándulásokkal pótolta a felvételi előkészítőt szervező munkacsoport. A kirándulás(ok) az előkészítő tanfolyam szerves részét képezik, és nagyon fontosak a személyes kapcsolatok kialakulásában. Úgy gondoljuk, hogy sokan azért járnak szívesen az előkészítő (egyébként igen feszített és nehéz) óráira, mert itt barátokra lelnek. Az előkészítő kurzus folyamán mindvégig törekszünk arra, hogy diákok és tanárok, diákok és diákok között partneri, egymást segítő kapcsolatok alakuljanak ki. Az oldott légkör már önmagában is megtartó erő lehet, ami csökkenti az előkészítőről való lemorzsolódást. A diákok tanulási, esetenként életvezetési problémáira személyre szabottan tudunk reagálni abban az esetben, ha megfelelő időt töltenek velünk. A kirándulások is alkalmat teremtenek arra, hogy az újak az előző évfolyamok diákjaival találkozzanak, akik már egyetemi hallgatók.

Az előkészítő során jelentős hangsúlyt kapott a jelentkezéssel kapcsolatos adminisztráció segítése. Általában elmondható, hogy a jelentkezés és a felvételizés minden mozzanatát részletesen és sokat ismételve ismertettük diákjainknak, és ezzel az volt a célunk, hogy tudják, mi történik majd az írásbeli, illetve a szóbeli vizsgán, továbbá tisztában legyenek azzal, hogy mit kell tenniük, mihez van joguk, hol lehet energiát spórolniuk, s mi az, amit érdemes kiemelniük, és mi az, amivel nem érdemes túl sokat törődniük. (Jó példája az aránytévesztésnek a vizsgákra való öltözködés túldimenzionálása, amely egyúttal nyilvánvalóan a félelmek rossz kezelési módját is jelzi.)

Az előkészítő során indokolt a mentori munka, hiszen a diákok folyamatosan tele vannak aggodalommal. E szorongások pedig nemcsak a munka hatékonyságát és a felvételi vizsgán való szereplés sikerét befolyásolják, hanem már az előkészítő kurzushoz való viszonyt, a jelentkezést, a továbbtanulás színteréül szolgáló felsőoktatási intézmény kiválasztását is. A tanulókat minden évben befolyásolja a túljelentkezés, illetve az, hogy mekkora a ponthatár az egyes szakokon. De találkoztunk olyan jelenséggel is, hogy valaki inkább egy – egyébként általa teljesen ismeretlen – főiskolára adta be a jelentkezését az azonos szakon diplomát adó egyetem helyett, csak azért, mert az főiskola. Részben a szorongás jele, részben az önbizalom teljes hiányára utal, hogy az előkészítőre járó diák túlzottan sok helyre adja be jelentkezési lapját, megjelölve olyan intézményeket is, melyek egyáltalán nem szerepeltek a saját terveiben, de néhány héttel a jelentkezés előtt hallott róluk, s a kapkodástól kiesik a látóteréből, hogy ezek a lakóhelyéhez képest az ország túlsó végében vannak. Egyik felvé-

teliző diákunk egyszerre hét helyre is beadta jelentkezését. A tréningek során stábunknak el kellett érnie, hogy a diák maga döbbenjen rá: értelmetlen a számokra való koncentráció, akár a túljelentkezés elegáns vagy elborzasztó mérőszámait, akár a ponthatárokat vesszük figyelembe, hiszen a saját felvételijének sikerességére kellene figyelnie.

Összefoglalva: előkészítőnkön az elsődleges cél természetesen a sikeres tanulás, a felvételi vizsgára való felkészülés. Mindezt azonban támogató, oldott, feszültségektől mentes légkörben tesszük, ami önmagában megtartó erő. Kurzusunk jellegzetessége, hogy a másság megismertetése, az előítéletek csökkentése mellett segítjük a roma fiatalokat abban, hogy elfogulatlanul, de lehetőleg pozitív viszonyt alakítsanak ki a saját cigányságukhoz, s hogy a hátrányos helyzetűek is könnyebben beilleszkedjenek. Mindezt a diákok önbizalmának növelésével, önbecsülésük támogatásával s közösségalkotással igyekszünk megtenni.

SzochHáló

2001 márciusában a Kurt Lewin Alapítvány és az ELTE Szociális munkás és Szociálpolitika Tanszéke egyedülálló projekt megvalósításába kezdett. SzochHáló néven² olyan internetes web-lapot hozott létre, amely a társadalomtudományok és azok eredményeinek népszerűsítése mellett új fórumává válhat a társadalomkutatóknak, s a civil, illetve a szociális szférában dolgozó szakembereknek. Az oldal egyrészt a társadalompolitika egyes területein tevékenykedő szakembereknek, illetve a szociológus, szociálpolitikus és szociális munkás hallgatóknak szolgáltat szakmai-tudományos és gyakorlati információkat. Ez egyszerre tudományos és az egyetemi tanulmányokat segítő oldal. A SzochHáló web-oldal jelentősége, hogy az ELTE Szociológiai Intézetének egyes szakjaira mind nagyobb számban bekerülő hátrányos helyzetű hallgatók szakmai-kulturális lemaradását oly módon kísérli meg pótolni, hogy a munkában felsőbb évfolyamos hallgatók is aktívan részt vesznek. A kezdeményezést 2001 szeptemberétől kezdve a PHARE³ is támogatja. A kezdeményezés része egy speciális, egyete-

² www.szochalo.hu

³ A Szociális és Családügyi Minisztérium, az Oktatási Minisztérium és az Európai Unió PHARE-programjának *A hátrányos helyzetű, elsősorban roma fiatalok társadalmi beilleszkedésének támogatása* című, HU-99.04-01. számú III/2. alszámú alprogramja.

men belül zajló mentori program,⁴ s emellett egy kutatási program,⁵ melyek szintén a képességek fejlesztését, illetve a közös munkán keresztüli integrációt tűzték ki célul. A SzocHáló projekt legfőbb célkitűzése, hogy a hátrányos helyzetű egyetemi hallgatóknak is lehetőségük nyíljon a szakmai jellegű munkára, így segítséget kapjanak ahhoz, hogy tanulmányaikat könnyebben folytassák, valamint hogy mindezzel anyagi helyzetükön is javíthassanak. A programban számos olyan fiatal dolgozik, aki annak idején a felvételi előkészítő diákja volt.

A problémák

A hallgatók közül az első vagy a második év során többen kényszerülnek arra, hogy megszakítsák egyetemi tanulmányaikat, ami a legtöbb esetben a végső befejezést jelenti. Mindez pedig olyan kudarcélményt jelent, ami a további pályafutásukra is kihat, adott esetben az értelmiségi lét feladását jelenti, valószínűleg a kognitív disszonancia redukciójaként. Gyakran tapasztalni, hogy a kihullás oka a lehetetlen anyagi helyzettel párosuló egyetemi kudarc sorozat. E kudarcok részben tanulási-szakmai sikertelenségek, részben pedig a szükséges köttetések kialakulásának hiányait jelenti: az egyetem tempója, idegen nyelvizete számukra a nagyváros idegen világa marad.

A hátrányos helyzetű hallgatók gyakran kapnak ösztöndíjat. Az ösztöndíj azonban sok esetben nem éri el a kívánt hatást. Gyakorta valamiféle szociális járadék funkcióját látja el (ahelyett, hogy a kimagasló színvonalú tanulmányi munkát honorálná), néha pedig olyan körülmények között adják át, hogy az újrateremti az alárendelt viszonyt, és kényelmetlen, egyenlőtlen helyzetek sorát produkálja. Az ösztöndíjak esetenként nem azért járnak az egyetemistának, mert az kimagasló teljesítményt nyújt, hanem mert roma származású. Bár egyes ösztöndíjat nyújtó programok célul szökték kitűzni a cigány identitás megerősítését, tapasztalataim szerint több hallgató esetében ez feloldhatatlan belső feszültséget szül: a hallgató szeretne megfelelni a – gyakran pontosan ki nem fejtett, pusztán éreztetett – elvárásoknak.

⁴ A mentori program feladata a hallgatók előrehaladásának nyomon követése. Cél az egyes szakokra bekerült hátrányos helyzetű hallgatók felzárkóztatása – szintén felsőbb éves hallgatók aktív részvételével. Fontos, hogy a hallgató elvégezze a megkezdett egyetemi tanulmányokat, s a felsőoktatásban eltöltött évek *ne* kudarcot, hanem sikerélményt jelentsenek pályafutása során. Lényeges a családdal való kapcsolat fennmaradása, melyben a felsőbb éves hallgatók aktív szerepet tudnak vállalni: az alsóbb évesek mintegy „hazavihetik” őket, bevezetve saját családjuk világába. Az elsős és másodikos hallgatók vizsgákra való felkészülésében aktívan vállalnak részt a felsőbb évesek: nyilvánvaló, hogy az egyetemen dolgozó oktatók kevésbé vehetnek részt ebben a munkában.

⁵ Az ELTE és a Kurt Lewin Alapítvány a korábbi években is megkísérelte lehetővé tenni a hallgatóknak azt, hogy empirikus kutatásokban vegyenek részt. Tapasztalat, hogy a hallgatók – azon túl, hogy rengeteget tanulnak egy vizsgálat során, interjúkat készítenek, kérdőíveket töltenek ki, illetve dolgoznak fel – nagyon élvezik a személyes részvételt, s az egyes évfolyamok diákjai között kiváló ismerkedési lehetőséget teremtenek a többnapos vidéki adatfelvételek, vagy a kutatószemináriumokon való együttműködés.

Tapasztalat, hogy sok – különösen első évfolyamos – hallgató rendkívül rossz anyagi helyzetben van, szegénynek mondható. Ezeken a fiatalokon a család nem tud segíteni, sok esetben éppen ők azok, akik ösztöndíjuk, pótlékaik jelentős részét hazautalják. Némegyszer előfordul, hogy az egyik gyermek továbbtanulása e családokban súlyos anyagi gondokat okoz, és személyes feszültségeket is szül.

Módszertani megoldások

A SzocHáló web-oldal fejlesztése során a felsőbb évfolyam hallgatóinak külön feladata, hogy odafigyeljenek az elsős-másodikos (hátrányos helyzetű) hallgatók munkájára, és segítsék őket. A web-oldal létrehozói úgy gondolják, ez a legalkalmasabb módja annak, hogy a frissen felvételt nyert egyetemi hallgatókat az egyetem meg tudja tartani kötelékében. A program során fontos az egyetemi élet hétköznapjaiba való beilleszkedés segítése, az új hallgatók eligazítása. A SzocHáló web-lapon külön nyitottunk egy *Város* című rovatot, amely – ha a maga szerény módján is – annak a közegnek a megismerését-megismertetését segíti, amelyben a hallgatók több éven keresztül élnek, tanulnak, dolgoznak. Sokszor ugyanis ennek hiánya okozza azt, hogy aprófalvakból érkező, a középosztálytól eltérő kulturális háttérrel rendelkező hallgatók nem tudnak gyökeret verni a számukra idegennek tűnő nagyvárosban, és így az egyetemi életbe sem tudnak igazán beilleszkedni.

A program során az egyetemisták *a szakmájukhoz közel álló* munkát végeznek, s a SzocHáló web-oldal fejlesztésében való részvétel kiváltja azokat a segédmunkákat, amelyeket valamely gyorsbüfében vagy nyomdában végeznek, mint asztaltetörölők vagy csomagcipelők. Fontos ágens ez a kezdeményezés a hallgatók munkakultúrájának kialakításában: a határidőket szigorúan be kell tartaniuk, s a saját munkájuk mennyiségére, minőségére kell figyelniük. A munka egyfajta kompetenciaélményt is nyújt a résztvevőknek. A web-oldal sok olyan tartalommal rendelkezik, amelynek tudásigénye a külvilággal létrehozott és folyamatosan fenntartott szakmai kapcsolat nélkül nem fejleszthető. A módszer célja, hogy a hallgatók ismeretségre tegyenek szert a szakmai világban, elegánsabban fogalmazva kapcsolati tőkét hozzanak létre, amely későbbi elhelyezkedésük egyik alapja lehet. A hallgatók a munka során természetesen informáltak lesznek, különösen a pályázatok, munkalehetőségek, kutatások és ösztöndíjak terén.

A SzocHáló web-lap friss kezdeményezés, melynek tanulságait egyelőre működése első néhány hónapjának tapasztalatai alapján vonhattuk le. Bízom abban, hogy a PHARE-program első szakaszának lezárultakor a tapasztalatoknak olyan összefoglalását tudjuk majd átadni, hogy ezzel segíthetjük más, hasonló kezdeményezések sikerét is.

FÓNAI MIHÁLY – PATTYÁN LÁSZLÓ –
SZOBOSZLAI KATALIN

Szociális munkások pályaképeinek néhány eleme¹

Jelen tanulmány a Szociális munkások pályaképe és rekrutációja című kutatás keretében a már „pályán lévő” szociális munkások pályaképeinek néhány elemét vizsgálja. A kutatás több almintában elemezte a szociálismunkás-szakma pályaképét és ismertségét.

Számos ok következtében – ezek egy része a kutatás belső logikájából következett – a szociálismunkás-szakos hallgatók, az egyéb diplomás foglalkozások és a „laikus” minta vizsgálata után került sor a szociálismunkás-státusban dolgozók megkérdezésére.

A minta sajátosságai

A mintaválasztás nem várt nehézségeket jelentett a kutatás számára.² Kit értsünk szociális munkáson, és *kire terjedjen ki a vizsgálat*? Azok kerüljenek-e bele, akiknek a végzettsége szociális munkás – függetlenül attól, hogy milyen munkakörben dolgoznak –, vagy azok, akik a szociális törvény által megnevezett intézmény- és feladattípusok szociálismunkás-státusait töltik be, a végzettségüktől függetlenül? A mintaválasztás során a második kört fogadtuk el a szociális munkások populációjaként, feltételezve, hogy a Szociális törvény előírásai miatt az e körbe tartozók rövid időn belül rendelkezni fognak szakirányú felsőfokú végzettséggel, attól függetlenül, hogy a megkérdezés időpontjában mi volt az iskolai végzettségük (e feltételezés azt is magában foglalta, hogy a mintába került szociális munkások között magas lesz a levelező tagozatos hallgatók aránya). Az első kört illetően – ahogyan arra korábbi jelentésünkben utaltunk – a SZOTE EFK által koordinált országos követő vizsgálat miatt hoztunk nemleges döntést,

¹ A tanulmány a T 017955 sz., „Szociális munkások pályaeorientációja és pályaképe” című OTKA-kutatás keretében készült.

² A szociális munkás alminták kialakításában és az elvek meghatározásában dr. Pauwlik László, Pattyan László, Szoboszlai Katalin, Korondyné Molnár Tímea és Ferenczi Gábor vettek részt. A szociális munkára specifikált kérdéseket és helyzeteket (lásd: szituációk) Pattyan László és Szoboszlai Katalin véglegesítette.

ti. az elmúlt években végzett kutatások zöme, többek között szociális munkások követéses vizsgálata 1998 nyarán indult (ez nem zárja ki azt, hogy a két kör néhány esetben ne érintkezzen). *Az általunk vizsgált mintába tehát a szociális munkások által betölthető státusok képviselői kerültek, függetlenül az aktuális iskolai végzettségüktől. A mintaválasztás következő lépése annak meghatározása lett volna, hogy konkrétan kik „töltik be” ezeket a státusokat. Csakhogy a lehetséges szociálmunkás-státusokról a vizsgálat időpontjában semmilyen nyilvántartás nincs, amit részben a fenntartói kör összetettsége is magyaráz (önkormányzatok, egyházak, civil szervezetek).³ E probléma kezeléseként úgy döntöttünk, hogy a pályán lévő szociális munkások pályaképére vonatkozó eredmények első körben egy jól körülhatárolható mintára vonatkozzanak, és a kutatás feladata csak működő hipotézisek és további kutatások számára megfogalmazható alaperedmények feltárása lehet. A kutatás mintájának meghatározási nehézségei miatt ezért a Debreceni Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar (továbbiakban: DOTE EFK, 2000. január 1-től Debreceni Egyetem EFK) Általános Szociális Munkás Szak Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei terepintézményeit vontuk be, és az azokban szociálmunkás-státusban dolgozók alkották a kutatás mintáját. Feltételezésünk szerint ez azt jelenti, hogy a megyei szociálmunkás-státusoknak mintegy az egyharmada került be a mintába. A korábbi – hazai hallgatói és nemzetközi hallgatói – kérdőívek tapasztalatai és a professzionalizációval foglalkozó szakirodalom főbb téziseinek operacionalizálásával sztenderdizált kérdőívet 100 szociális munkásnak küldtük ki, és végül 57 kérdőívet tudtunk feldolgozni (az önköltős kérdőív visszaküldési aránya jónak mondható). Lássuk a feldolgozott 57 kérdőív alapján a minta néhány, főbb meghatározó vonását (megjegyezzük, hogy a minta nagysága nem adott módot mélyebb statisztikai elemzésekre, a zárójelentésben ezért mindenhol az alapmegoszlásokat közöljük). A minta nagysága miatt a vizsgálatot problémafeltáró és előkutatásként értelmezhetjük.*

A mintát 21 férfi – 36,8% – és 36 nő – 73,2% – alkotja, ami jelentős mértékben eltér a szociálmunkás-szakos hallgatók nemek szerinti összetételétől, ahol a nők aránya rendre 85 százalék körüli. Ennek oka lehet a mintaválasztás hibája, de lehet a fluktuáció is; ezt a hipotézisünket fontos volna tesztelni (ti. azt, hogy a pályaelhagyók között nagyobb a nők aránya). Ettől függetlenül megfogalmazható, hogy a szociális munkás szakma a minta adatai alapján is „női” szakma. A minta életkori összetétele alapján pedig kifejezetten fiatal, hiszen a legnagyobb csoportot a 22–25 évesek alkotják:

³ A 8/2000. Szociális és Családügyi Minisztérium-i rendelet értelmében 2001. január 1-jétől kötelező az intézményekben dolgozók központi nyilvántartása.

1. ábra *A mintabeli szociális munkások megoszlása életkori csoportok szerint, százalékban*

A minta „fiatalságának” egyik magyarázata a szakma egy évtizedes hazai történetében keresendő: a képzésből az első végzett szociális munkások mindössze a hatodik éve érkeztek a szakmába – ez magyarázza a középfokú végzettségűek és a fiatalok magas arányát a szakmában és a vizsgált mintában egyaránt (a mintabeli szociális munkások korösszetétele eltér a Lévai Katalin kutatásában közölt adatoktól; oka minden bizonnyal a mintaválasztásban keresendő – lásd Horváth–Lévai, 1996). Az általunk vizsgált mintában az 57 főből 14-nek van befejezett felsőfokú végzettsége, míg a többiek legmagasabb befejezett iskolai végzettsége csak középiskola (ez közel áll a Lévai Katalin és a Szoboszlai Katalin által jelzett adatokhoz, lásd Horváth–Lévai 1996, Szoboszlai 1999). *A csak középfokú végzettségűek közül azonban 35 fő, azaz 81 százalékuk tanul felsőoktatási intézményben.* Az első diplomájukat szerzők 82 százaléka a DOTE EFK hallgatója, mindössze 18 százalékuk tanul más egészségügyi főiskolai karon, amit a DOTE EFK regionális szerepe magyaráz. A diplomával rendelkező szociális munkások körében nagyon erős a továbbtanulás szándéka – a második diplomájukat szerzők leginkább egyetemi szociálpolitikusi végzettség megszerzésére törekszenek, de jelentős a jogi karokon és az Államigazgatási Főiskolán tanulók száma is. Minden bizonnyal ezek a sajátosságok magyarázzák azt, hogy a megkérdezettek hathetedét a munkáltatója támogatja a felsőfokú tanulmányaiban. A második diplomák szakmai összetétele alapján a szakma kettészakadásának a veszélye fogalmazható meg: a szociálpolitikusi és államigazgatási végzettség részben a szociális szféra vezető pozícióinak a betöltésére ad módot, ám a jogi végzettség jó ugródeszka más szférák és pozíciók irányába is. Milyen családi háttérrel rendelkeznek a szociális munkások? A hallgatók⁴ esetében – és ez nemcsak magyar sajátosság – magas az első generációs értelmiségiek aránya. Ez tapasztalható a pályán lévő szociális munkások esetében is.

4 A hallgatók pályaképét és rekrutációját először 1996-ban kutattuk, Nyíregyházán. E kutatás kérdőívének tapasztalatai alapján sztenterdizáltuk a nemzetközi minta kérdőívét. Az 1997-ben lefolytatott vizsgálatban négy ország hét egyeteme vett részt. A továbbiakban mindig erre a kutatásra hivatkozunk (lásd: Fónai–Fábián, 1999).

SZOCIÁLIS MUNKA

1. táblázat A szülők iskolai végzettségének megoszlása, százalékban

	Hallgatók		Szociális munkások	
	Apa	Anya	Apa	Anya
Alapfok	23	32	69	83
Középfok	59	52	26	15
Felsőfok	18	16	5	2

A mintába került szociális munkások esetében a szülők jellegzetes iskolai végzettsége az alapfokú végzettség, szemben a hallgatók szüleinek középfokú végzettségével. Ez arra utal, hogy akik a gyakorlat felől érkeztek a szakmába – az érettségi után szociális területen kezdtek dolgozni –, azok a szülők iskolai végzettsége alapján a leghátrányosabb társadalmi csoportokból származnak. Ennek ellentmondani látszik a szociális problémák előfordulási gyakoriságának jellemzése, hiszen – ahogyan azt bemutatjuk – a közvetlen családban a szociális munkások alig jeleztek szociális problémákat. A minta adatai alapján a pályán lévő szociális munkások *első generációs értelmiségiek, nők, városiak⁵, és diplomájukat jelentős mértékben levelező képzés keretében szerzik meg.* A szakma ez utóbbi sajátosságát a szociális ellátások területein foglalkoztatottak képesítési előírásai is magyarázzák. Valószínű, hogy a levelező képzésben részt vevők aránya jelentősen csökkenni fog a szakmabeliek körében, kivéve, ha magas lesz a fluktuáció, vagy ha a diploma jól konvertálható módon más diplomás státusok betöltéséhez is lehetőséget ad (mindkét scenárióra számos jel utal, sőt, gyakran a szociális munkás végzettségre épülő második diploma jelenti a pályamódosítás alapját).

Iskolai életút

A hallgatói minta esetében jól igazolódott az a hipotézisünk, hogy a szociális munkások humán érdeklődésűek és aktívak (iskolai közösségeikben a tisztségviselők közé tartoztak). Lássuk ezeket az adatokat a már dolgozó szociális munkások esetében:

⁵ A minta összetételét jelentős mértékben alakítja az a tény, hogy a terepintézmények kétharmada városi intézmény.

2. ábra Tantárgyak kedveltsége, a választás százalékában

A szociális munkások – a hallgatókhoz hasonlóan – *humán érdeklődésűek, bár esetükben nem olyan kiugró a humaniorák választása, mint a hallgatók esetében.* A humán érdeklődés mellett a már pályán levő szociális munkások ugyancsak aktívak voltak, hisz több mint felük töltött be valamilyen tisztséget, ami jellegzetes módon osztálytitkárságot vagy diák-önkormányzati tagságot jelentett. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a leendő és a már dolgozó szociális munkások a közösségekben aktív és humán érdeklődésű középiskolások közül kerülnek ki; aktivitásuk és a másokért végzett munka jól egybecseng az egyik meghatározó szakmai motivációval, az emberekkel való foglalkozással.

A szakmaválasztást befolyásoló tényezők

A továbbiakban elsőként azt vizsgáljuk, hogy a mintabeli szociális munkások miért lettek szociális munkások.

2. táblázat *Miért lett szociális munkás, illetve miért szeretne szociális munkás lenni? (ötfokozatú Likert-skála-átlagok*)*

	Hallgatók	Szociális munkások
Emberekkel akar foglalkozni	4,69	3,16
Segíteni szeretne az embereken	4,59	4,51
Társadalmi megbecsülést akar szerezni	3,60	2,30
Sikerélményekhez szeretne jutni	3,49	3,10
Sok pénzt akar keresni	2,77	1,80

* 5 = teljes elfogadás, 1 = teljes elutasítás; a 2. és a 6. táblázatoknál is

A miért akar szociális munkás lenni a szakmai motivációk fontos kérdése, és részben a megkérdezettek előzetes elvárásait és ismereteit is jellemzi. E kérdés itemei megegyeznek a „mi a szép a szociális munkában?” kérdés itemeivel, így lehetőség adódik a személyes mo-

tívumok és a szakmának tulajdonított vonzó tényezők összevetésére is. Mindkét csoport esetében az *emberekkel való foglalkozás* és az *embereken való segítség* szándéka a meghatározó szakmaválasztási motívum. A már pályán lévő szociális munkások esetében lényeges eltérés tapasztalható a „miért lett szociális munkás?” és a „mi a szép a szociális munkában?” kérdések itemeinek választásában: míg a pályaválasztást sokkal inkább a másokon való segítség szándéka motiválta, a szakma szépségeként az emberekkel való foglalkozás jelenik meg. Ez valószínűleg a szakma belső fejlődéséből fakadó, lényegi változás: a segítő szándékot a „foglalkozás” szándéka váltja fel, azaz az altruizmus helyébe jelentős mértékben a szakmai tudáson alapuló „foglalkozás” lép (ennek azonban ellentmondani látszik, hogy a mintabeli szociális munkások a magas presztízsű foglalkozásokra jellemző professzionalizációs sztenderdeket nem fogadják el). A két csoport közötti lényeges különbségek közé tartozik még a megbecsülés – sikerélmény eltérő kezelése: a hallgatók a megbecsülés és a szakmai sikerélmény között szoros kapcsolatot képzelnek el, ezzel szemben a *szociális munkások el tudják választani a társadalmi megbecsülés mértékét és a szakmai sikert, ami a később elemzendő, a szakmára jellemző ambivalenciák sorába tartozik*. Mindenesetre figyelmet érdemel, hogy a pályaválasztás motívumaként a szakmai siker viszonylag jelentős szerepet játszott a szociális munkások között ahhoz képest, amennyire a szakmai mindennapok során értékelik azt.

A kutatás tervezése során feltételeztük, hogy a szociális munkások pályaválasztására a környezetükben fellelhető és érvényesülő szociális problémák is hatást gyakorolnak. E hipotézisünk a hallgatói mintában elsősorban a magyarországi hallgatók körében érvényesült, ezért úgy gondoltuk, hogy a már pályán levő szociális munkásoknál is hat.

3. táblázat Szociális problémák előfordulásának gyakorisága
(Likert-skála-átlagok*)

	Hallgatók	Szociális munkások
Egykori középiskolájában	59,81	86,25
Munkahelyén (ha az egyetem előtt dolgozott)	64,41	67,25
Rokonságában	61,68	55,50
Barátai körében	57,31	46,25
Egykori általános iskolájában	63,21	41,25
Közvetlen környezetében (szomszédok, ismerősök)	65,51	27,75
Családjában	57,61	27,00
Jelenlegi tanulmányai során	68,75	–

* 100 = teljes elfogadás, 1 = teljes elutasítás, a 8–10., 13–15. táblázatoknál is

Szembetűnő, hogy a nappali tagozatos hallgatók sokkal inkább, és több területen is jelezték a szociális problémák meglétét, így az ő ese-

tükben valóban érvényesülhetett e problémáknak a szakmaválasztásra gyakorolt hatása. A már dolgozó szociális munkások *személytelenítik és távolítják maguktól a szociális problémákat, szinte teljesen kiiktatják a személyes szférájukból*. Ezt a jelenséget a már kialakult szakmai védekezési stratégiák érvényesülésével magyarázzuk, amit a szociális munkások a szakmai gyakorlatuk során sajátítanak el, részben a kiégési jelenségek megelőzése érdekében. Mindezekről függetlenül úgy látjuk, hogy a személytelenített szociális problémák és azok megoldásának motívuma („segíteni az embereken”) nem elhanyagolható hatást gyakoroltak a pályaválasztásra.

Szociális munka és a szociális munkás

A szociális munkások pályamotivációi között vizsgáltuk, hogy milyen tulajdonságokat tartanak fontosnak a szociális munkások esetében.

4. táblázat A szociális munkás fontos tulajdonságai (Likert-skála-átlagok)

	Hallgatók	Szociális munkások
Empátia	4,85	1,96
Szakmai felkészültség	4,83	2,29
Talpraesettség	4,54	2,21
Megfelelő iskolai végzettség	4,39	2,27
Kreativitás	4,16	2,21
Érzékenység	4,03	2,17
Önzetlenség	3,65	2,11
Vonzó megjelenés	3,00	1,98

A már dolgozó szociális munkások és a szociálismunkás-szakos hallgatók fontossági sorrendjének trendje egy lényeges különbségtől, az empátia preferálásától eltekintve nagyjából megegyezik; a két almintá lényeges különbsége az, hogy a szociális munkások sokkal kisebb jelentőséget tulajdonítanak a szakma szempontjából a felsorolt kijelentéseknek. A szociális munkások meghatározó tulajdonságnak tartják a *szakmai felkészültséget, a talpraesettséget és a kreativitást*. Preferenciáik praxis-orientáltak, hiszen inkább a napi gyakorlatban meghatározó tulajdonságokat választják. Pályaképük sajátossága a hallgatókhoz képest az, hogy a felsorolt kijelentéseket még csak hármásra sem értékelik, ami azt jelenti, hogy a felsorolt tulajdonságokat nem tartják fontosnak a szakma szempontjából. Ezt igazolják a kizáró tulajdonságok preferenciái is.

5. táblázat A szociális munkások kizáró tulajdonságai

	Hallgatók	Szociális munkások
A másság elutasítása	4,39	2,28
Szakmai felkészültség hiánya	4,24	2,15
Érzéketlenség	4,21	2,15
Merev gondolkodás	4,02	2,04
Tehetetlenség	4,01	2,04
Megfelelő iskolai végzettség hiánya	3,84	2,02
Önzés	3,69	2,10
Rossz külső	2,79	2,15

A hallgatók és a szociális munkások a kizáró tulajdonságok között hasonlókat tartanak kizáróbbnak: a „tolerancia – szakmai felkészültség – érzékenység” hiányát. A preferenciák alapján úgy tűnik, hogy a szociális munkások praxis-orientáltak, és a megoldandó feladatok oldaláról értékelik a kizáró tulajdonságokat: a szociális munkás ne legyen tehetetlen, és találja fel magát a napi munka során. A mintabeli szociális munkások esetében a fontos-kizáró tulajdonságok kifejezetten alacsony preferenciái tűnnek meghatározó pályakép-motivációnak, amit a mintabeli szociális munkások burn-out-jával, a munkával kapcsolatos kudarcokkal és a megbecsülés személyesen tapasztalt alacsony szintjével magyarázunk. A kutatás egyéb adatai is arra hívják fel a figyelmet, hogy a hallgatók és a már dolgozó szociális munkások pályaképének lényeges eltérése a szakmába beépített időzített bomba, és garantáltan magas fluktuációt generál. Bár a pályaválasztás előtt állók és a már pályán lévők között a legtöbb szakma esetében megfigyelhető egy lényeges eltérés a szakmai ideálkép és a gyakorlati szakmakép között, s úgy tűnik, a szociális munkások esetében az átlagosnál is erősebb az eltérés a szakmába aspirálók és a szakmabeliek között, bár ezt részben magyarázhatja a mintavétel hibája is.

6. táblázat Miért szép a szociális munkás munkája (Likert-skála-átlagok)

	Hallgatók	Szociális munkások
Emberekkel foglalkozik	4,39	4,75
Segít az embereken	4,34	2,35
Sikerélményekhez jut	3,08	2,11
Mert munkájukat megbecsülik	2,66	2,04
Sok pénzt keres	2,01	3,07

A szociális munkások a pálya szépségének azt tartják, hogy emberekkel foglalkoznak. Úgy tűnik, ez a szakmának az az Archimedes-pontja, amire maga a szakma is épül, ami a sikerélmény és a megbecsülés hiányát ellensúlyozza, és a két csoport – a hallgatók és a szociális munkások – pályaképe közötti lényeges eltéréseket magyarázza. A mintabeli szociális munkások pályaképének kifejezetten ambivalens mivoltára utal azonban, hogy miközben a szakma szépségeként az

emberekkel való foglalkozást nevezik meg, az embereken való konkrét segítség már nem jelenti a szakma szépségét! Hasonlóan nehéz értelmezni a sok pénzt keres kijelentés elfogadását. Még teljesebb képet kapunk, ha megvizsgáljuk a miért nehéz a szociális munkás munkája? kérdés itemeinek választásait.

7. táblázat *Miért nehéz a szociális munkás munkája?*

	Hallgatók	Szociális munkások
Kevés pénzt keres	3,75	4,49
A tapasztalt élmények megviselik	3,59	2,77
Kudarccokkal teli	3,49	4,19
Nem nézik semmibe	3,13	2,35
Az emberek hálátlanok	2,69	2,96

A többször jelzett eltérés a hallgatók és a pályán levő szociális munkások pályaképe között a munka nehézségének megítélésében is érvényesül, különösen a kudarcok esetében. Úgy tűnik, *a mintabeli szociális munkások meghatározó szakmai alapélményét az állandó kudarcok és azoknak a feldolgozása jelenti, annak minden következményével együtt.* A szakmai ambivalenciák és a meghatározó szakmai motiváció – az emberekkel való foglalkozás motívuma – miatt a szociális munkások nem vetítik klienseikre problémáik okát, hiszen nem fogadják el azt a kijelentést, hogy az emberek hálátlanok. A hallgatók lényegesen eltérő szakmaképét a képzés alakítja, de ez nem jelent életidegenséget: a képzés épp azokra a jelenségekre készíti fel a hallgatókat, amik a lehetséges szakmai kiegésző okai lehetnek – valószínűleg ezért fogadják el jobban a tanult kiegésző okokat.

A szociális munkások és más foglalkozások

A szociális munka a sajátosságai folytán szorosan beágyazódott az egyéb diplomás foglalkozások közé; a szociális munkások sok egyéb (diplomás) szakmabelivel működnek együtt. E tényből kiindulva vizsgáltuk azt a hallgatói mintában is, hogy milyen foglalkozásokhoz hasonlít a szociális munka, és hogy milyen foglalkozásokkal tud együttműködni a szociális munkás.

SZOCIÁLIS MUNKA

8. táblázat A szociális munka melyik foglalkozáshoz hasonlít? (100 fokozatúra transzformált Likert-skála-átlagok)

	Hallgatók	Szociális munkások
Pszichológus	73,23	67,50
Szupervízor	67,95	59,75
Lelkész	63,78	59,50
Ápoló	53,96	73,75
Tanár	52,95	27,00
Jogász	50,47	53,00
Közgazdász	35,07	–
Mérnök	31,81	–
Szociálpolitikus	–	39,00
Szociálpedagógus	–	59,75

A hallgatók és a gyakorló szociális munkások foglalkozáslistája csak részben volt azonos; a változtatásokat e listán éppen a hallgatói adatfelvételek tapasztalatai alapján végeztük el. A két almintaválasztásai két foglalkozás esetében térnek el lényegesen egymástól: az ápolóknál és a tanároknál. A szociális munkások az *ápolók munkáját tartják a leginkább hasonlatosnak a sajátjukhoz, és a tanárokét a legkevésbé*. Meglepő eredményt hozott a szociális munkások listájára felvett két foglalkozás megítélése is: a szociálpolitikust egyáltalán nem tartják hasonlónak a saját foglalkozásukhoz; ez azért is különös, mert a munka során a szociálpolitikusokkal igen aktív kapcsolat alakul ki, ráadásul ezt a „Kikkel tud a leginkább együttműködni?” kérdésre adott válasz is igazolja. Valószínűleg arról van szó, hogy a szociális munkások számára a szociálpolitikusi foglalkozás, illetve pozíció aspirációs státusként jelenik meg – ezt igazolják a másoddiplomás továbbtanulás adatai is –, és ez a két foglalkozás „szintje” közötti különbségként értelmezhető. A szociálpedagógusokat a többi segítő foglalkozáshoz hasonló módon kezelik, és átlagos mértékben tartják a szociális munkához hasonlónak. A „Melyik foglalkozáshoz hasonlít a szociális munkás tevékenysége?” kérdésre adott válaszok szoros kapcsolatot mutatnak a „Melyik foglalkozással tud együttműködni a szociális munkás?” kérdésére adott választásokkal.

9. táblázat Melyik foglalkozással tudna leginkább együttműködni?
(100 fokozatúra transzformált Likert-skála-átlagok)

Hallgatók		Szociális munkások	
Pszichológus	89,28	Szociálpedagógus	86,75
Szociálpolitikus	83,26	Önkormányzati bizottság tagja	86,00
Szupervízor	82,57	Bíró	83,25
Szociológus	77,90	Ápoló	81,50
Orvos	67,38	Tanár	81,25
Ápoló	67,12	Szociológus	79,75
Lelkész	67,08	Pszichológus	77,25
Tanár	66,89	Politikus	74,50
Rendőr	63,81	Rendőr	72,25
Újságíró	62,75	Ügyvéd	70,50
Ügyvéd	62,75	Lelkész	69,25
Politikus	55,58	Szociálpolitikus	65,75
Bíró	55,35	Újságíró	50,05
Művész	51,43	Orvos	46,75
Közgazdász	47,16	Szupervízor	23,50
Mérnök	36,88		

A hallgatók és a szociális munkások választásai a legtöbb esetben lényegesen eltérnek egymástól, különösen érvényes ez a szupervízorokkal való együttműködés megítélése terén. A kutatás lényeges eredménye, hogy a szociális munkások sok esetben olyan foglalkozásokkal is szoros munkakapcsolatot tartanának fenn, amelyekkel szociális munkásként kevés hasonlóságot látnak; ezekben az esetekben nyilván nem a munka hasonlósága, hanem az együttműködés a fontos (lásd a tanárokat). A szociálismunkás-szakma sajátosságaiból eredően a szakma szempontjából fontosak a szupervízorok, konkrétan a szakember segítők. Ehhez képest a szociális munkások inkább hasonlónak tartják velük magukat, mintsem együttműködnének e szakmával. Értelmezésünk szerint ez azt jelenti, hogy a szociális munkások a szupervízorokat a segítő szakmák egyikeként kezelik (és az alacsony együttműködési szándék a két szakma közötti kompetenciahatárok tisztázatlanságára utal). Véleményünk szerint a szupervízorral való együttműködés hiányosságai abból eredhetnek, hogy nem ismerik eléggé a munkáját, aminek okai a szupervízorok hiányában és a szupervízió lehetőségének hiányában kereshetők. Szembetűnő, hogy bár más területeken és más kompetenciával dolgoznak, mennyire kiemelt jelentőséget tulajdonítanak az ápolóknak.

SZOCIÁLIS MUNKA

10. táblázat A szociális munkások és más foglalkozások hasonlósága és együttműködése (100 fokozatúra transzformált Likert-skála-átlagok)

Együttműködés	Hasonlóság		
Szociálpedagógus	86,75	Ápoló	73,75
Ápoló	81,50	Pszichológus	67,50
Tanár	81,25	Szociálpedagógus	59,75
Pszichológus	77,25	Szupervízor	59,75
Ügyvéd	70,50	Lelkész	59,50
Lelkész	69,25	Ügyvéd	53,00
Szociálpolitikus	65,75	Szociálpolitikus	39,00
Szupervízor	23,50	Tanár	27,00

Professzionizáció és presztízs

Kutatásunk fontos célja volt annak vizsgálata, hogy mennyiben professzionizált és mennyire professzionizálható a szociálmunka-szakma. Hipotéziseink szerint a szociális munka nehezen professzionizálható, részben a tevékenység sajátosságai, részben a szociális területeken tartósan jelenlévő önkéntesek miatt. A hallgatói minták eredményei jelentős mértékben igazolták ezt a feltevést, bár azt is, hogy a hallgatók jelentős elvárása a képzéssel szemben az, hogy professzionálisan készítse fel őket a szakmára. A profi, illetve önkéntes szociális munka preferálásának teszteléseként három embertípus, az önkéntes, a profi szociális munkás és a sikeres üzletember közül választhattak a szociális munkások.

A típusok között a „sikeres üzletember” jellemző vonásaként fogalmaztuk meg azt, hogy az üzletember kemény munkával építette fel vállalkozását. Vállalatánál rend és fegyelem van, amiért cserébe jól megfizeti alkalmazottait. Véleménye az, hogy aki akar, talál munkát és sikeres lehet. Úgy gondolja, hogy ha sok embernek ad munkát, az nagyobb segítség, mint a munkátlanok és az érdemtelenek támogatása. Jelszava a „Teljes erőbedobás és odaadás!” Az „önkéntes” már gyerekkorában mindenkin segíteni akart. Szülei kívánságára mérnök lett, de munkája mellett fontosnak tartja, hogy segítsen másoknak. Önkéntes segítőként vesz részt a hajléktalanok ügyeinek intézésében. Jelszava: „Segíts, mert Te is igényelhetsz segítséget!” A „profi” végzettsége szerint szociális munkás, akit mindig is vonzottak a társadalmi kérdések, és úgy gondolta, hogy tennie kell valamit a szegényekért, az idősekért és a rászorulókéért. Jelszava: „Csak felkészülten és elkötelezetten!”

11. táblázat Embertípusok választása, százalékban

	Hallgatók	Szociális munkások
Sikeres üzletember	10,9	17,5
Önkéntes	34,5	71,9
Profi szociális munkás	54,5	8,8

A szociális problémák kezelésében a mintabeli szociális munkások leginkább az önkéntesek munkáját emelték ki; egyéb, még elemzendő válaszaik alapján is a mintabeli szociális munkások a szociális problémák kezelését nem, vagy csak nehezen professzionalizálható tevékenységként értelmezik. A hallgatók és a szociális munkások véleménye közötti lényeges különbséget részben a képzés prioritásai és a képzési tartalmak, a képzésben végbemenő szakmai szocializáció, és részben a mintaválasztás sajátosságai, valamint hibája magyarázzák. A hallgatói almintában használt kérdőívhez képest a szociális munkások kérdőíve tartalmazott egy blokkot, ami a szociális munkában előforduló szituációkra⁶, valamint a szakmai szervezetek és a szociálismunkás-szakma viszonyára vonatkoztak, a professzionalizáció kritériumai alapján (Schein, 1972).

A szociális munka során lehetséges módon előforduló szituációk a következők voltak:

1. Balogh úr szociális munkásként dolgozik egy irodában. Az egyik napon felkeresi egy ügyfél, akinek igen súlyos anyagi problémái vannak. Balogh úr hosszas vizsgálódás után rádöbben, hogy ügyfele részére semmiféle támogatást nem tud nyújtani, mivel túl magas a kliens jövedelme. Balogh úr mindent megtesz, hogy segítségre találjon, ezért felhívja egy másik szervezet képviselőjét, aki jó ismerőse, és megbeszéli vele, hogy az ügyfél soron kívül kapjon krízistámogatást. A hatékony ügymenet érdekében még levelet is ír kliensének, amit el kell vinnie magával a következő irodához. A kliensnek megjegyzi: „Ne mondjon semmit, csak annyit, hogy Balogh úr küldött.”

2. Szabó úr a szociális szolgálatnál dolgozik. A minap járt nála egy kliens, aki segítséget szeretett volna kérni a hivataltól, de nem tudta megfelelően kitölteni az adatlapot. Szabó úr nagyon is jól tudta, miképpen lehet eredményesen segítyt kérni, és segített a kliensnek. Az ügymenet folyamán a kliens többször is hálásan és sokat sejtetően megjegyezte: „Ezért még valamit kapni fog tőlem”. Szabó úr szabadkozott: „Ez a munkám”. A határidő lejártával a kliens megjelent az irodában, és elújságolta, hogy immár rendszeres segítyben részesül, ami sokat jelent a számára. A kliens valóban nagyon hálás volt, és behozott egy kosár tojást. A helyzetet látva Szabó úr zavarba jött és

⁶ A szituációkat Pattyán László és Szoboszlai Katalin véglegesítette. Figyelembe vettük Váriné Szilágyi Ibolya orvos és mérnök kutatásainak a módszertanilag hasznosítható eredményeit és személyes tanácsait, amit ezúton köszönünk meg (Váriné, 1981).

szabadkozni kezdett. A hosszú huzavona végén a kliens jelképesen letette a kosarat az íróasztal mellé, majd hálálkodva távozott.

3. Kovácsné az ügyfélszolgálatban dolgozik, pontosan Gálné mellett. Egy adott napon éppen rengetegen vannak. Gálné türelmetlenül kéri be a csatolandó mellékleteket a segélykérelemhez. Egy kliens tétován áll az ablak előtt. Amikor odaér, Gálné nézi a papírját, és azt mondja: „Önnek nem jár ez a támogatás”. A kliens nem érti, minden bizonnyal lassúbb felfogású ember. Visszaveszi az adatlapot, forgatja, nem tudja, mit hova írjon. Újra sorba áll. Az eredmény ugyanaz. A panaszok után Gálné már erélyesen kiabál az ügyféllel. Kovácsné akaratlanul is tanúja a konfliktusnak, s a kérvényt is látja. Tudja jól, hogy ha erre nem is, de egy másik támogatásra jogosult lenne a kliens, amit Gálné nagyvonalúan elfelejtett elmondani. „Ha magamhoz hívom a klienst, mit fog szólni? Ő már régóta a hivatalban dolgozik. Talán még árthat is nekem” – gondolja Kovácsné, majd lassan elfordul, és nem figyel tovább a tévelygő ügyfélre.

4. Tóth úr a szociális szolgálatnál dolgozik. Fekete úr, a kollégája, egy irodában ül vele. A munkaidő egy része kötetlen, így nehéz követni, ki mikor van bent. Az utóbbi időben Fekete úr sokat hiányzik – egyesek szerint másodállása van, bálás butikot nyitott a feleségével.

Fekete urat közben rendre keresik a kliensei, és nem találják. Egy napon is bejön egy hölgy, nagyon súlyos családi problémái vannak, akaratlanul is mesélni kezdi Tóthnak. Tóth úr azt is megtudja, hogy Fekete már többször ígéretekkel hitegette kliensét. Mit tegyen? Nem vállalhatja ezt az esetet is, mert így is túl van terhelve. De el sem küldheti az asszonyt – gondolja Tóth úr. Végül is helyetl kínálja az ügyfelet, majd előhúzza egy esetadminisztrációs lapot és ezt mondja: „Asszonyom, a kollégám sajnos nem ér rá, ha megengedi, én foglakoznék a problémájával”.

12. táblázat A szituációk értékelése

	A szituáció előfordulásának gyakorisága*	A szociális munkás magatartásának valószínűsége**	A megkérdezett véleménye a szociális munkás viselkedéséről (százalékban)		
			Helyesli	Nehéz eldönteni	Helyteleníti
1. szituáció	3,35	3,30	16,0	24,0	60,0
2. szituáció	2,82	2,96	9,4	88,7	1,9
3. szituáció	2,52	2,50	36,0	48,0	16,0
4. szituáció	2,98	2,88	31,1	–	68,9

* 4 = egyáltalán nem fordul elő, 1 = általános

** 4 = valószínűtlen, 1 = általános

A szituáció előfordulásának gyakorisága alapján a megkérdezett szociális munkások szerint a vázolt helyzetek nem fordulnak elő, il-

letve nem jellemzőek a praxisukban. Legkevésbé az első helyzetet tartják elképzelhetőnek, tehát azt, hogy a szociális munkás a szerepéből kilépve segítene a kliensnek. Ez a szakmai szerepükkel és a kompetenciahatárok elfogadásával való nagyfokú azonosulásukra utal. A kutatás erre vonatkozó adatai alapján a *szakmai szerepekkel való azonosulás és a kompetenciahatárok betartása lehet a szociálismunkás-szakma egyik, belső és külső konfliktusokat hordozó pontja*, hiszen a leginkább előforduló és legvalószínűbb helyzetként a megkérdezettek azt fogadták el, hogy a kliens érdekében a szituációbeli szociális munkásban felmerül a kompetenciahatár átlépésének a szándéka, ám a szervezeti és hierarchiabeli különbségek miatt végül is lemond a segítségről. A lehetséges esetek közül azok gyakorisága alapján a „hálás kliens” esete, bár nem jellemző, mégis a bemutatott konfliktusos helyzetet jelentheti a szociális munkások számára. A szituációk előfordulási gyakoriságának érzékelése és valószínűsége között szoros kapcsolat van, hiszen azokat a helyzeteket tartják kevésbé valószínűnek, amelyek ritkábban fordulhatnak elő. Igen tanulságos a bemutatott helyzetekről kialakult vélemények megoszlása is.

Az első szituáció egy, a kliens érdekében részrehajló és segítő szociális munkást mutat be, aminek gyakoriságát és valószínűségét egyaránt csekélynek tartják a megkérdezett szociális munkások. Egyhatodik helyesli, hattizedük helyteleníti a szociális munkás magatartását. Azok, akik egyetértenek a szociális munkással, ezt azzal indokolják, hogy a *szociális munkásoknak minden eszközzel segíteni kell a klienseknek*.

A második szituációban a szociális munkások munkájában a megkérdezettek szerint ritkán előforduló és nehezen kezelhető helyzet alakul ki a szociális munkás és a kliens között („apró ajándék”). A segítő munka természetes hozadéka, hogy az ügyfél a reciprocitás elvei alapján igyekszik honorálni a „jószágot”. Ez nemcsak a szociális munka velejárója – gondoljunk csak az egészségügyben dolgozóakra. Az egészségügy egész rendszerét átszövi a „hála intézménye”, a paraszolvencia. Amíg az egészségügyben eltűrt, egyesek szerint elfogadott jelenségről van szó, az e területeken is szigorú etikai előírások ellenére, addig a szociális munkában ez a jelenség etikai vétség.⁷ A válaszadók döntési nehézsége a jelenség ilyen körülményei között értelmezhető. A megkérdezettek válaszai alapján az egyébként ritkán előforduló helyzet *kezelhetőségi módja az, ami megosztja a szociális munkásokat: elhanyagolható azoknak az aránya, akik eleve helytelenítik a szituációbeli szociális munkás magatartását; kilentizedük szerint az ilyen helyzeteket „nehéz eldönteni” és kezelni, például az ügyfelek erőszakos magatartása miatt.*

⁷ Lásd a szociális munkásokra vonatkozóan a Szociális Munka Etikai Kódexe, 25. pont: „A klientsől semmiféle juttatást, szolgáltatást nem kérhet és nem fogadhat el.” (Szociális Szakmai Szövetség, Bp. 2000. 04. 01.) Természetesen tudjuk, hogy önmagában az etikai kódexek és előírások nem garantálhatják bizonyos „szolgáltatások” elfogadását, ezt igazolják az egészségügy területén folytatott kutatások is (pl. Kornai János kutatása).

A harmadik szituáció a szociális munkások közötti lehetséges konfliktusra utal, aminek specifikációja a kompetenciahatár átlépése a kliens érdekében. A helyzet előfordulásának és valószínűségének a gyakorisága és a helyeslő–elutasító vélemények megoszlása alapján *a kliens érdekében „elkövetett” felelősség- és kompetenciahatár-átlépés a szociális munkások közötti konfliktusok egyik lehetséges területe, és a szakmának az egyik neuralgikus pontja*. Maguk a mintabeli szociális munkások a kompetenciahatárt át nem lépő, a vázolt szituációba beletörődő magatartással értenek egyet; indokaik között a helyzet ambivalens mivoltára utalnak.

A negyedik szituáció a „kollegiális szolidaritás kontra az ügyféllel való szolidaritás” nehezen feloldható dilemmájára épül. Bár a megkérdezett szociális munkások sem gyakorinak, sem valószínűnek nem tartják a vázolt helyzetet, az ugyancsak megosztja őket, hiszen egyharmaduk helyesli, kétharmaduk helyteleníti a kliensnek segítő, de ezzel a kollegájának „falazó” és a felelősségi határát átlépő szociális munkás magatartását. Nyolctizedük indokai között szerepel az, hogy ha egy ilyen helyzet kialakul, azt a szociális munkásnak vállalnia kell, de a helyzetet tisztázni kell a mulasztó kollégával.

A vázolt helyzetek elemzése alapján megfogalmazható, hogy a mintabeli szociális munkások *erősen érvényesülő szakmai szerepkészlettel rendelkeznek – másként fogalmazva: szakmai szerepfelfogásuk magasan professzionalizált –, amire a kliensközponitú és a kompetenciahatárokat tiszteletben tartó szerepfelfogás és szakmai magatartás jellemző*. Belső és szakmai konfliktusaik ennek a szakmailag erősen szocializált szerepfelfogásnak a sérüléseiből és a sztenderd módon érvényesülő kompetenciaelvnek a sérüléséből, illetve érvényesíthetlenségéből fakadnak. Ez azt is jelenti, hogy a képzés során a szakmai szerepek és kompetenciák sérüléséből fakadó helyzetekre kell felkészíteni a szociális munkásokat. Figyelembe véve a kutatás adatait, úgy tűnik, a leggyakrabban ezek a szakmai szerepek sérülnek, ami hozzájárul a kiégéshez és a tartósan alacsony önértékeléshez.

Az eddigiekben a szociális munka mint szakma lehetséges szakmai tartalmait mutattuk be. A kutatás fontos célja volt a szociálismunkás-szakma professzionalizáltságának a vizsgálata. A továbbiakban azt ismertettjük, hogy mennyire fogadják el egy szakmára – jelen esetben nyilván a szociális munkára vonatkozóan – a mintabeli szociális munkások a felsorolt itemeket. A professzió specifikációival foglalkozó szakirodalom konszenzusszerűen három kritériumot: egy általánosan elfogadott tudást, az ezt átadó és elismert oktatási intézményeket, valamint a szakmabeliek által elfogadott és a szakma szakmai követelményeit érvényesítő, hatékony szakmai szervezet meglétét tartja elengedhetetlennek. A szociális munkára e kritériumokat E. Schein (Schein, 1972) specifikálta. A kutatás kérdőívébe e tézis kijelentéseit fogalmaztuk itemekké, és az azokkal való egyetértés mértékét mértük.

13. táblázat Mennyiben ért egyet a kijelentésekkel
(100 fokozatúra transzformált Likert-skála-átlagok)

A szakember orientációjának az alapja a kliens érdeke	64,25
A szakember teljesítményének megítélése az adott szakma kompetenciája	60,00
A szakembert tudatosan vállalt motiváció jellemzi, ami szakmai karrierje alapja is	50,00
A szakember saját döntéseit általános sztenderdek alapján hozza meg	36,00
Egy szakmához szükséges tudás csak meghatározott képzőhelyeken sajátítható el	30,50
A szakmai szervezetek feladata az elismerés és a szakmai licencek meghatározása	28,25
A szakembernek csak munkája területén van kompetenciája, azon túl nem lehet „bölcshember”	27,40
A szakemberek mindig jogilag rendezett körülmények között dolgoznak	25,00
A szakemberek a szakmai ismeretek és készségek védelme érdekében elfogadnak egy formális etikai kódexet	25,00
A szakember teljes munkaidejű foglalkozást tölt be, ami egyben fő bevételi forrása	22,75
A szakember speciális tudását és képességeit hosszú időtartamú képzés során szerzi	14,25

A kutatás mintáját alkotó szociális munkások a *szociális munka mint professzió meghatározó kritériumai* közé a *klienssel, a szakmai kompetenciával és a szakmai motivációval összefüggő tényezőket sorolják*. Ez teljes mértékben megfelel az eddig elmondottaknak. A képzésnek és a képzés során elsajátítható tudásnak, a szakmai sztenderdeknek nagyon kis jelentőséget tulajdonítanak a szakma szempontjából. Hasonlóan ítélik meg a szakmai szervezetek szerepét is. Jelentős ellentmondás, hogy a kompetenciát fontosnak tartó szociális munkások elképzelhetőnek tartják a szakmai kompetencia határainak a tágítását, ami a korábbiakban elemzett, ambivalens kompetencia-értelmezésnek felel meg (csak a kompetenciám határaiig tevékenykedhetek, de a kliens érdekében talán azon túl is?). Ami a professzionalizáció szempontjából alapvetően meghatározó eredmény: *a mintabeli szociális munkások a szakma szempontjából nem tartják fontosnak a képzést, az általa átadott tudást és a szakmai licencket érvényesítő szakmai szervezeteket*. Ez megerősíti a kutatás más almintáinak a konzekvenciáit: a szociális munka csak részben professzionalizálódott, sok szempontból szemi- és paraprofesszió. Az eredmények ugyancsak megerősítik, hogy a szakma számos ambivalenciával jellemezhető, ezek egyike pl. az, hogy a szakmai teljesítmény megítélése az adott szakma feladata – miközben a szakmai szervezeteknek a megkérdezettek kis szerepet szánnak a licencek érvényesítésében.

A szociális munkával összefüggő ambivalenciák közé sorolható a szakma alacsony presztízsének kérdése is; a többi almita esetében a szociális munkások az alacsony presztízsű szakmák közé kerültek,

SZOCIÁLIS MUNKA

amit részben a szakma „alacsony” professzionalizáltságával magyaráztunk (az adatok alapján valóban érvényesült egy összefüggés a „magas” professzionalizáltság–magas presztízs között).

14. táblázat *Foglalkozások presztízse és hatalma (az első öt foglalkozás és a szociális munkások; 100 fokozatúra transzformált Likert-skálán)*

Hallgatók		Szociális munkások	
Bíró	93,30 – 90,40	Politikus	88,75 – 81,75
Ügyvéd	92,57 – 84,01	Banki menedzser	83,25 – 75,50
Nagyváros polgármestere	88,84 – 88,17	Szociológus	77,25 – 44,75
Orvos	84,15 – 77,70	Szociális munkás	75,75 – 70,25
Banki menedzser	83,41 – 88,17	Újságíró	70,75 – 60,25
Szociális munkás	49,52 – 46,72	Vállalkozó	68,75 – 66,00

A megkérdezett szociális munkások foglalkozási presztízs-rangsora nem igazolta feltevéseinket (a listán 27 foglalkozást szerepeltettünk). A többi almintá hasonló foglalkozási rangsora sokkal inkább megfelel a magyar és nemzetközi presztízs-rangsoroknak; a szociális munkásokat a többi almintában (hallgatók, diplomások és laikusok) az alacsony presztízsű diplomás foglalkozások közé sorolták, kb. az általános iskolai tanár és a diplomás ápoló presztízsével megegyező módon.

Elgondolkodtató a szociális munkásoknak saját munkájuk presztízséről és hatalmi vonatkozásairól alkotott véleménye. Véleményünk szerint ennek oka lehet a szakma öngazolása is.

Mit kell tudnia egy szociális munkásnak – avagy mire készítsen fel a képzés?

A szociális munkás tudására vonatkozó kérdés a szakmai tudás „tartalmát” tesztelte – azt, hogy milyen típusú legyen a szociális munkás tudása, s hogy mennyivel rendelkezzen a különböző tudáselemekből, tudástípusokból és képességekből. Az eredeti kérdést és itemeit a hallgatói almintában teszteltük, majd a sztenderdizálás után szerepelt a kérdőív nemzetközi változatában is.

15. táblázat Mennyire fontosak a képzésben a felsoroltak, illetve mennyire kell tudnia egy szociális munkásnak az alábbiakat? (100 fokozatúra transzformált Likert-skála-átlagok)

Hallgatók		Szociális munkások	
Jól kommunikáljon	95,09	Jól tájékozódjon jogi kérdésekben	87,00
Képes legyen segíteni másoknak	89,28	Jól kommunikáljon	84,50
Toleráns legyen másokkal	85,71	Képes legyen segíteni másoknak	72,25
Tájékozott legyen a szociális munka legkülönbözőbb területein	85,71	Tájékozott legyen a szociális munka legkülönbözőbb területein	70,50
Képes legyen az állandó újrakezdésre	85,04	Jól tájékozódjon társadalmi-politikai kérdésekben	68,00
Beleélje magát mások helyzetébe	83,92	Toleráns legyen másokkal	67,25
Jól tájékozódjon jogi kérdésekben	83,71	Minden helyzetben feltalálja magát	66,75
Jól tájékozódjon társadalmi-szociológiai kérdésekben	81,31	Tudjon kellő távolságot tartani a problémáktól	66,25
Jól tájékozódjon társadalmi-politikai kérdésekben	80,36	Jól tájékozódjon társadalmi-szociológiai kérdésekben	63,00
Minden helyzetben feltalálja magát	80,36	Képes legyen az állandó újrakezdésre	60,50
Tudjon kellő távolságot tartani a problémáktól	77,23	Beleélje magát mások helyzetébe	55,25

A hallgatók és a már pályán levő szociális munkások preferenciáinak különbsége a tudás és a képességek területén is érvényesül; a hallgatók általában mindent sokkal fontosabbnak tartanak a szakma szempontjából, mint a már dolgozó szociális munkások. Lényegesen eltérő mértékben tulajdonítanak fontosságot az újrakezdésnek, a beleélésnek, a toleranciának és a távolságtartásnak; éppen azoknak a tulajdonságoknak, amelyek a szakmai kiegész veszélyével függenek össze. Úgy tűnik, hogy a gyakorló szociális munkások alapvető védekezési mechanizmusa az, hogy mérsékelten akarják beleélni magukat mások helyzetébe. Ez nem jár azzal, hogy a szakmaválasztás motívumaként megnevezett „segíteni másokon” tudása és képessége háttérbe szorulna az értékrendszerükben, hiszen e „tudást” a harmadik legfontosabbnak tartják. „Ideáltipikus” szociális munkásuk tudásának három fontos pillére van: a jogi tudás, a jó kommunikáció tudása és képessége, valamint a másokon való segítség képessége. Ez egyben azt is jelentheti, hogy tudásuk praxisorientált jellegű, az elvontabb és elméleti ismereteket kevésbé tartják fontosnak; fontos az, ami a napi munka során hasznosan felhasználható. Ez lényeges különbséget jelent a „napi” teoretikus tudásalkalmazásra készített hallgatókhoz képest. Azt, hogy a felhasznált tudás fontosságát tekintve mikor alakul át az elméletibb tudás praxisorientáltabb tudássá, csak egy követő típusú panelvizsgálat tudná kimutatni – valószínű, hogy a folyamat az orvos-, mérnök- és ta-

nár-kutatásokhoz hasonló eredményeket hozna a szakmai szocializáció, szerepfelfogás-változás és a szükséges tudás szempontjából.

Összegzés

A szociális munkások pályaképére vonatkozó kutatásunknak a pályán levő, gyakorló szociális munkás almintája sok szempontból igazolta mind hipotéziseinket, az elméleti irodalom főbb megállapításait, mind a szakmáról kialakult tapasztalati vélekedéseket. Az általunk vizsgált minta jellegzetességeit is figyelembe véve a szociálismunkás-szakma Magyarországon elsőgenerációs értelmiségi és női szakmának tekinthető. A szakmában dolgozók motivációi között meghatározó az emberekkel való foglalkozás és az embereken való segítség szándéka. A megkérdezett szociális munkások pályaképének fő jellegzetessége a pályaválasztás előtti és utáni szakmai motivációk és preferált értékek közötti lényeges különbség. Általában véve meglehetősen ambivalens pályaképről van szó, amit részben a professzionalizáció ellentmondásai, részben a szakmával összefüggő ellentétes elvárások és a szakma sajátosságai alakítanak. A szociálismunkás-szakmának mint segítő szakmának egyik jellemző vonása a szociális munkások kiegészének reális veszélye. Erre a helyzetre a gyakorló szociális munkások, úgy tűnik, kialakult gyakorlati módszerekkel reagálnak. Pályaképük sajátossága a szakmával összefüggő szerepekkel való nagyfokú azonosulás és a kompetenciahatárok szakmai szervezőelvként való értelmezése. Szakmai szerepkészletük központjában a kliens található. Ambivalens pályaképüket a szakma professzionalizálhatóságában való szkepszis és egyúttal a segítség foglalkozásként való értelmezése is jelzi.

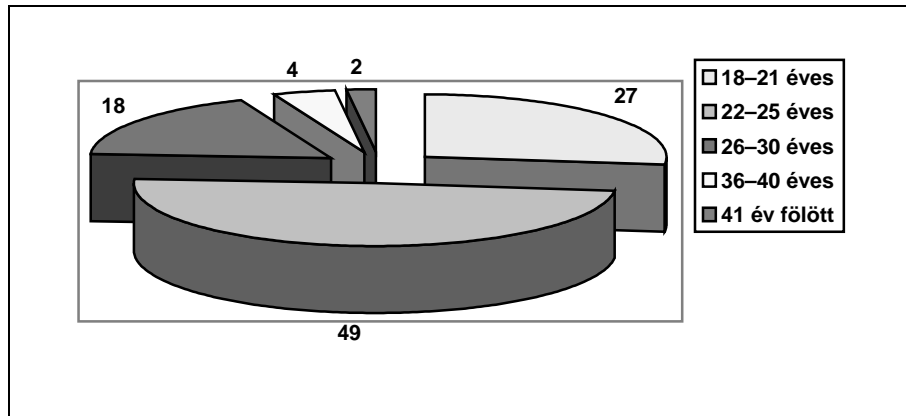
Irodalom

- Billédi Katalin (1999): Pályaszocializáció-vizsgálat szociális munkásoknál. In: XIV. Munkapszichológus Szakmai Napok (Szerk.: Dienes – Kovács – Takáts), SzCsM MKKI, 37–56.
- Étzioni, A. (1969): *The Semi-Professions and their Organizations. Teachers, Nurses, Social Workers*, New York.
- Fónai Mihály – Fábíán Gergely (1999): Szociális munkás szakos hallgatók pályaképének nemzetközi összehasonlítása. In: Peremvidék. Szociális kutatások Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. (Szerk.: Lukácskó–Fónai–Fábíán), Nyíregyháza–Salgótarján. 219–251.
- Fónai Mihály – Kiss János – Fábíán Gergely (1999): Szociális munkás szakos hallgatók pályaképének néhány eleme. *Esély* 1999. 1. 114–134.
- Horváth Ágota – Lévai Katalin (1996): Szociális munkások. I–II. *Esély* 1996.4. 71–88., 1996. 6. 33–57.
- Juhász Károly (1999): Nyíregyházán és Szekszárdon tanuló szociális munkás szakos hallgatók pályaeorientációjának és pályaképének összehasonlítása. In: Peremvidék, 277–303.

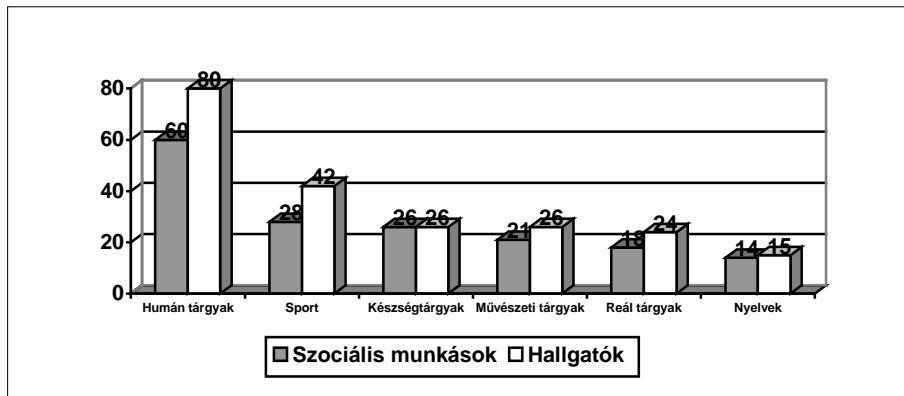
Fónai-Pattyán-Szoboszlai: Szociális munkások pályaképeinek néhány eleme

- Kiss János (1999): Szociális munkás szakos hallgatók munkaérték-preferenciáinak nemzetközi összehasonlítása. In: *Peremvidék*, 251–257.
- Lukácskó Zsolt – Fónai Mihály (1999): A szociális munkások ismertsége Nyíregyházán. In: *Peremvidék*, 303–323.
- Mányik Marianna (1999): Milyen fán is teremnek? Diplomások véleménye a szociális munkásokról. In: *Peremvidék*, 323–341.
- Schein, E. (1972): *Professional Education*, MacGraw-Hill Book, New York.
- Szoboszlai Katalin (1999): A terepoktatás hazai tapasztalatai: a szociális munkás képzésekben oktató tereptanárokkal készített kutatás alapján. In: *Peremvidék*, 341–364.
- Váriné Szilágyi Ibolya (1981): *Fiatal értelmiségiek a pályán*. Akadémiai Kiadó.

1. ábra



2. ábra



KOLTAYNÉ BILLÉDI KATALIN

Főiskolai hallgatók pályaszocializációs vizsgálata II.

Szociális munkás és gyógypedagógus hallgatók
szociális intelligenciájának jellemzői

A segítő pályákon nagy a jelentősége a szakember képességének, felkészültségének a társas helyzetek, interakciók megismerése, megértése, alakulásuk előrejelzése terén. A szociális munkások, gyógypedagógusok esetében – az emberekkel foglalkozó egyéb hivatásokhoz hasonlóan – a feladatok ellátását, tevékenységük eredményességét erőteljesen befolyásolja ezeknek a készségeknek a megléte, fejlettségi szintje. A segítő munkához nélkülözhetetlen, hogy a szakember a szociális készségek egész sorával rendelkezzen: az érzelmek pontos felismerésének, a kapcsolatok helyes megítélésének, az emberi viselkedés előrejelzésének képességével.

E képességek együttesét fejezi ki a szociális intelligencia fogalma.

A szociális intelligenciának több, különböző definíciója ismeretes, amelyek a legfőbb összetevőket illetően megegyeznek.

Thorndike (1920) szerint az intelligencia több, kölcsönösen összefüggő értelmi képesség összessége. Az intelligenciát három fő kategóriára osztotta fel:

- szociális intelligencia: az emberekkel való viselkedés, bánásmód, az emberek megértésének képessége,
- konkrét intelligencia: a tárgyi világgal való kapcsolat, ügyesség,
- absztrakt intelligencia: a verbális és matematikai szimbólumok megértésének képessége, ezen szimbólumokkal való műveletek végrehajtásának képessége.

Guilford (1978) szerint a szociális intelligencia sokféle intellektuális képességet foglal magába, ezek közül a viselkedésfelismerés képessége az, amire Guilford a kutatásait összpontosította. Kiemelten fontosnak tartja az alábbi képességeket:

- az emberi megnyilvánulások elemzése,
- a különböző érzelmek, gondolatok, szándékok azonosítását segítő viselkedéselemek helyes észlelése,
- az információk közötti kapcsolat felismerése,

- a kontextus figyelembevétele és az eseményekből fakadó következmények megjósolása.

Gardner (1983) szerint szintén nem létezik egységes intelligencia. Rendszerében a személyes intelligencia az, amely rokon vonásokat mutat a szociális intelligencia fogalmával. A személyes intelligenciának két összetevőjét különíti el. Az egyik a személyen belüli (intraperszonális), a másik a személyközi (interperszonális) intelligencia. Gardner az első csoportba sorolja a saját érzelmek és érzések megkülönböztetését, ellenőrzését, az információk felhasználását a cselekvések vezérlésében. Az interperszonális intelligencia pedig az a képesség, amelynek segítségével felismerjük és megértjük mások szükségleteit és szándékait, felfogjuk hangulatukat, attitűdjeiket, és ezek eredményeként előre látjuk viselkedésüket az új helyzetekben.

Salovey és *Mayer* (1990) szerint az érzelmi intelligencia a szociális intelligencia egy fajtája, amelynek lényege a saját és mások érzelmeinek észlelése, megkülönböztetése és a gondolkodáshoz, viselkedéshez való felhasználása. Szerintük az érzelmi intelligencia magába foglalja Gardner inter- és intraperszonális intelligenciáját. Véleményük szerint az érzelmi intelligencia olyan képességeket ölel fel, amelyek az alábbi kategóriákba sorolhatók:

- öntudatosság, azaz a saját érzések azonosítása,
- az érzelmek irányítása,
- önmotiválás, azaz az érzelmek kontrollja és a célok szolgálatába állítása,
- empátia, mások érzéseivel szembeni érzékenység,
- a kapcsolatok kezelése, szociális kompetenciák és szociális készségek.

A szociális intelligencia kiemelt jelentősége indokoltá teszi, hogy segítő pályára készülő hallgatóink ezen képességeit minél sokoldalúbban vizsgáljuk és körültekintő pontossággal írjuk le.

E cél megvalósításához járulnak hozzá a Bárczi Gusztáv Gyógy-
pedagógiai Tanárképző Főiskolán (jelenleg ELTE Bárczi Gusztáv Gyógy-
pedagógiai Főiskolai Kar), az 1997/98-as tanévben folytatott, e témakörre irányuló vizsgálatom eredményei is.

A vizsgálat módszere és lefolyása

A vizsgálati személyek

A vizsgálatban szociális munkás és gyógypedagógus főiskolai hallgatók vettek részt. Összesen 180 nappali tagozatos hallgató töltötte ki a kérdőíveket.

A 77 szociális munkás és 103 gyógypedagógus hallgató között, más segítő hivatásokhoz hasonlóan, a férfiak aránya rendkívül alacsony

(9,5%) volt. E csekély létszámon belül is a férfi válaszadók egy fő kivételével mind szociális munkás hallgatók.

A két szak hallgatói között különbség van a tekintetben is, hogy a gyógypedagógus hallgatók átlagéletkora alacsonyabb (21 év), ami annak köszönhető, hogy erre a szakra a jelentkezők kétharmada középiskolai, főként gimnáziumi tanulmányai után azonnal bekerült a főiskolára. A szociális munkás hallgatóknál az átlagéletkor 23 év. Ők szakközépiskola befejezése után általában néhány év kitérővel jelentkeznek továbbtanulásra, ennek következtében a hallgatók körülbelül fele már valamilyen szakképzettséggel rendelkezik.

A vizsgálati módszer

A szociális intelligencia mérése igen összetett feladat. Jellemzőinek felmérésére a Moss – Hunt – Omwake – Woodward (1955) által kidolgozott, és Farkas Éva által fordított kérdőívet használtam.

A választott eljárás előnye, hogy több faktort vesz figyelembe, s ha egybevetjük a különböző szerzők szociális intelligencia definíciójával, akkor kiderül, hogy ezeket a faktorokat az említett szerzők is a szociális intelligencia fontos elemeiként azonosítják.

Szociális intelligenciánk összetevői között találhatók az emberi interakciók megfigyelésének, helyes elemzésének képességei, a másik ember érzéseinek, gondolatainak megismerését, viselkedésének helyes értelmezését szolgáló képességek. A vizsgálathoz választott kérdőív kérdései ezekre az elemekre irányultak, amellet pedig a humor-érzékre is, amely szinte minden „érett személyiség” definíciójában, a fejlett szociális készség meghatározásában szerepel, általános kritériumként.

A kérdőív előnyös mivoltát erősítette, hogy kitöltése nem körülményes, viszonylag gyorsan elvégezhető, a felvétel csoportosan is megoldható, az adatok könnyen feldolgozhatók.

A kérdőív faktorai:

A *szociális helyzet megítélése* faktor a különböző szituációk helyes elbírálását összegzi. A kérdések a helyzetek, az emberi kapcsolatok alakítására irányulnak. A válaszadónak négy alternatíva közül kell kiválasztania a helyes megoldást. A faktor a szociális helyzetek megoldásában való jártasságot mutatja meg. Olyan kérdéseket feszeget, mint például az alábbiak: Hogyan alakíthatók ki baráti munkakapcsolatok? Mi a teendő panaszkodás, konfliktusok, nézeteltérések esetében? Mit érdemes tenni belső konfliktus vagy egy váratlan szituáció esetén? Hogyan lehet megtalálni a másik emberrel a kellő hangot? Mi a legmegfelelőbb mód arra, hogy szívességet kérjünk? Milyen tényező okoz valódi változást a magatartásban? Milyen magatartással nyerhet meg mások jóindulata? A példák vegyesen vonatkoznak a munkahelyi, a baráti és az ismerősök közötti szituációkra.

A *beszélő mentális állapotának felmérésére* vonatkozó faktor a lelkiállapot, az érzelmi állapot azonosításának képességét jelenti. A válasz-

adónak az a feladata, hogy a különböző lelkiállapotokat leíró szavak listájából egy-egy kijelentéshez kiválassza azt a kifejezést, amely leginkább megfelel a kijelentés tartalmának. A feladat olyan lelkiállapotok azonosítását igényli, mint például csalódottság, eltökéltség, gyűlölet, képmutatás, megbánás, undor stb.

Az *emberi viselkedés megfigyelése* faktor az emberi viselkedésre, gondolkodásra, vélekedésre, az emberi természetre vonatkozó kijelentések megítélését összegzi, az ebben való jártasságot jelzi. A válaszadónak minden kijelentéssel kapcsolatban el kell döntenie, hogy igaz-e az állítás vagy hamis. E feladatsor helyes megoldása igényli többek között egy adott érzelmi állapotnak megfelelő mimika azonosítását, az emberi viselkedés okainak helyes felfedését, az emberi természetre vonatkozó kijelentések elbírálását, az eredményes viselkedés módjainak ismeretét.

A *humor* faktor a humorérzékenységet méri. A válaszadónak a viccek befejezését, a poént kell négy alternatíva közül kiválasztania.

E négy faktor együttes értékelése képezi ötödik faktorként a *szociális intelligencia* faktorát.

A kérdőívben több megadott válasz közül kellett a helyes megoldást kiválasztani. Minden jó válasz 1, illetve 2 nyerspontot ér a faktor item-számától függően. A feladatokra kapható nyers pontértékek standard pontértékekre (1–10 pont) való átszámítása a Farkas Éva által kialakított táblázat alapján történt meg.

Eredmények

Általános megállapítás, hogy a vizsgálatban részt vevő hallgatók a szociális intelligencia összetevői közül a legmagasabb pontértéket az *emberi viselkedés megfigyelése* és a *beszélő mentális állapotának felmérése* faktorokban szerezték meg. Ez után a humorérzék következett, a legkevesebb pontot pedig a szociális helyzet megítélésében érték el a hallgatók.

A négy faktor: a szociális helyzetek megítélése, a beszélő mentális állapotának felmérése, az emberi viselkedés megfigyelése és a humorérzék értékeiből képzett összesített *szociális intelligencia* rajzolata a pontértékeket tekintve kiegyenlített. A hallgatók 20 százalékáról mondható, hogy gyenge szociális intelligenciát mutat, és a hallgatók ugyancsak 20 százalékáról mondható el, hogy nagyon jó szociális intelligenciával rendelkeznek.

Az eredmények összefoglalása az egyes faktorok szerint

A *szociális helyzetek megítélése* faktor a különböző helyzetekben adott, helyesen kiválasztott viselkedéses megoldásokat méri. A válaszokból képet kaphatunk arról, hogy a válaszoló hogyan cselekedne bonyo-

lult, tapintatot, konfliktusmegoldást, meggyőzést igénylő helyzetekben.

Ebben a hallgatók közel 40 százaléka gyenge eredményt mutatott. Bizonytalanok voltak pl. az alábbi esetek megítélésében:

- Mit tesz majd az a személy, aki „mindent jobban tud”, de mégsem az ő módszere szerint kell a feladatot végrehajtani?
- Ki az a dolgozó, aki egy új munkahelyen a leginkább beválik?
- Mit kell tenni, ha a főnökünk munkaidő alatt újságolvasáson kap?
- Milyen típusú feladatot kell adni két, összeférhetetlen kollégának?

A hallgatóknak csak kétötöde adott helyes válaszokat olyan kérdések esetén, mint például:

- Mit kell tenni, ha egy távoli ismerősünkkel találkozunk, akinek kisírt az arca?
- Mit kell tenni, ha túlságosan szókimondó valaki, vagy ha egy beszélgetés untat bennünket, amikor éppen egy beteg barátunknak telefonálunk?
- Hogyan nyerhetjük meg mások jóindulatát?

A hallgatóknak csak egytizede oldott meg helyesen olyan helyzeteket, amelyek a kollégájával, más esetben a barátjával szembeni konfliktus megoldását igénylik, vagy amelyekben fel kell találnia magát a barátai közt támadt vitában, konfliktusban.

Az elemzés szerint könnyebben oldották meg a hallgatók (a többségük megoldotta) az olyan helyzeteket, mint például:

- Mit kell tennie egy vezetőnek, ha egy megbecsült dolgozója arra panaszkodik, hogy túl nehéz a munkája?
- Hogyan lehet baráti munkakapcsolatot kialakítani?

Helyesen oldanak meg pedagógiai szituációt, kissé váratlan helyzetet, le tudják állítani az örök panaszkodót, és egy felületes ismeret-ségben is megtalálják a kellő témát.

A fentiekből kitűnik, hogy az ebben a faktorban mutatott gyengébb teljesítmény az egyszerűbb helyzetekre adott jó válaszok alacsonyabb és a nehezebb, konfliktusos helyzetek rossz megoldásainak magasabb arányából adódott.

Ez az eredmény a két szakterület közötti különbség ellenére mindkét mintában hasonló, tehát ugyanazon helyzetek megoldása jelenti a nehézséget mind a gyógypedagógus, mind a szociális munkás hallgatók számára.

Az érzelmi állapotok azonosításának képességére a *beszélő mentális állapotának felmérése* faktor segítségével kaptunk képet. Az e feladat-sorban nyújtott teljesítmény jelzi, hogy milyen mértékben tud valaki egy adott kijelentésből a beszélő mentális, érzelmi állapotára következtetni. Meg kell állapítani pl. azt, hogy milyen lelki állapotban van az az ember:

- aki kijelenti, hogy soha nem fog megbocsátani a másinak,
- aki embertársának a lehetőségeit magának kívánja,
- aki két dolog közül nem tud választani,
- aki azt állítja, hogy odalett az utolsó reménye is.

A beszélő mentális állapotának felmérése skálán a hallgatók csupán 20 százaléka gyenge, többségük azonban jó, illetve nagyon jó eredményeket ért el. Az itemekre adott válaszokat elemezve a beszélő mentális, lelki, érzelmi állapotának megítélésében a kérdések túlnyomó részére a hallgatók nagy része jó választ adott. Jól azonosították többek között a határozatlanság, a szerelem, eltökéltség, gyanúsítás, a viszolygás és a magányosság állapotát. Bizonytalanság a csalódottság, a gyűlölet és a dühöngés állapotának megítélésében mutatkozott.

Megfigyelhető, hogy a hallgatók nehezebben birkóznak meg a kritikusabb helyzetekkel. A csalódottság, a gyűlölet és a dühöngés érzelmi állapotának azonosításában megmutatkozott gyenge teljesítmény jelzi, hogy a negatív, indulatteli érzelmek felismerése nehézséget okoz, következésképpen ezen állapotok kezelését is gátolhatja.

A hallgatók a gyakorlatban is ügyesek az érzelmek kódolásában és dekódolásában, magas fokú empátiára képesek. Személyiség- és készségfejlesztő csoportos foglalkozás során könnyen végrehajtanak olyan feladatot, ahol pl. nem verbálisan kell különböző érzelmeket differenciáltan kifejezni. Empátiás gyakorlatok során azt a visszajelzést adják egymásnak, és saját magukkal kapcsolatosan is úgy érzik, hogy rendkívül odafigyelő módon, empatikusan hallgatták meg társukat. Sajnos azonban gyakori tapasztalat, hogy ez a készségük spon-tán szituációkban, nem feladatszerű helyzetekben szimpátiaalapon működik. Kevésbé tolerált társaikkal szemben bántóan figyelmetlenek, elutasítóak, közömbösek is tudnak lenni.

Az emberi viselkedés megfigyelése faktor az emberi természetre és annak megnyilvánulásaira vonatkozó véleményeket méri fel, az emberi viselkedésre vonatkozó kijelentéseket minősíti. Az alábbi kérdésekre adott válaszok megmutathatják a viselkedés megfigyelésének készségét:

- a követelés hatékonyabb-e, mint a kérés,
- zavarja-e az embereket mások illetlensége,
- gyanús-e, ha valaki rövid ismeretség után nagy szeretet mutat az ember iránt,
- a férfiak rossz néven veszik-e, ha a nők parancsolgatnak nekik,
- a szigorú törvények kiváltják-e az irántuk való tiszteletet,
- az emberek irigység nélkül élvezik-e társaik sikerét?

Ebben a faktorban a hallgatóknak csak 13 százaléka mutat gyenge pontértéket, a többiek jó, illetve nagyon jó pontértéket értek el. A konkrét válaszokat elemezve megállapítható, hogy a hallgatók többsége kifejezetten jó teljesítményt nyújt akkor, ha az emberi természet-ről szóló verbális véleményét kell megfogalmaznia. A négy faktor eredményeit összehasonlítva is az emberi viselkedés megfigyelése területén tapasztalható a legjobb teljesítmény. A kérdések csupán 15 százalékaiban mutatkozott meg nagyobb mértékű bizonytalanság. A

hallgatóknak nehézséget okozott a szívességkérés „szabályát” elbírálni, eldönteni, hogy egy üzleti tárgyalásban a pénz játssza-e a legfontosabb szerepet, és hogy kiválthat-e a gyűlölet néha jócselekedetet.

A legmagasabb százalékban olyan kérdések esetén született jó válasz, mint például:

- milyen hatása lehet a bűnügyek részletes közlésének az újságokban,
- mi jellemző az emberek meggyőződésére,
- milyen mimikát figyelhetünk meg, ha az ember örül,
- hogyan kell értelmezni a szervezethez való hűséget,
- milyen életkorban a legjellemzőbb az álmodozás?

A bizonytalanságokat elemezve felfigyelhetünk arra, hogy a hallgatók számára az értéktartalmú kérdések nehezebben, s az emberi természet általános, mindennapibb sajátosságai könnyebben válaszolhatók meg.

Az e kérdésekre adott helyes válaszok azt mutatják, hogy a hallgatók tisztában vannak a „világ dolgaival”. A kérdések feltérképezik, hogy a válaszadó számot tud-e adni bizonyos közhelyszerű, sztereotíp nézetekről. A hallgatók pontosan tudják, hogy az illetlen viselkedés jobban zavarja az embereket, mint az észrevétlenség, az üzleti siker eléréséhez a befolyásos barát gyakran fontosabb, mint más tényező, az emberek inkább bevallják, hogy rossz a memóriájuk, mint azt, hogy rossz ítélőképességgel rendelkeznek. A hallgatók nagyon is magabiztosan nyilatkoznak az emberi természetről, viselkedésről általánosságban, illetve ha elvont eseteket kell megítélniük. Ellenben ha konkrét viselkedésekkel szembesülnek, korántsem adnak adekvát válaszokat. Ebből következően megítélésem szerint ez a legkevésbé értékes faktor a szociális intelligencia meghatározásában.

A *humor* faktor vicek befejezésének feladatával méri a válaszadó humorérzékét. Az eredmények szerint a hallgatók egytizedének gyenge, felének átlagos, harmaduknak pedig nagyon jó a humorérzéke. Az egyes itemeket elemezve ez az eredmény azt fejezi ki, hogy a hallgatók a viccek kétharmadában találtak rá a poénra.

A mérés során négy lehetőség közül kell választani, s ez bizonyos mértékben megkönnyíti a válaszadást. Az ilyen típusú feladatokban viszonylag jól teljesítenek a hallgatók.

A mindennapokban hallgatóimnál inkább csak a kamaszos, „poénkodó” humor jelenik meg, az érettséget, önismeretet jelző irónia nem jellemző, mi több, önmagukkal szemben a túlérzékenység, a sértődékenység a gyakori. Az egymás között keletkezett feszültségek feloldására is ritkán használják a humort.

A faktorok közül háromnak közös jellemzője, hogy ezekben az érzelmi, lelki állapot megítélése, az emberi viselkedés jellemzése és a humorra való reagálás inkább a verbális jellegű készségeket mozgósítja. A kérdések megértést, odafigyelést, és nem cselekvést igényelnek. A *szociális helyzetek megítélése* faktor a „legkritikusabb”, mivel ez igényli a cselekvő megoldásokat, azaz különböző helyzetekre konkrét viselkedést kell a megoldásokban megjelölni. Indokolt az a következ-

tetés, hogy a hallgatók – ha verbális szinten már rendelkeznek is helyes válaszokkal – ítéleteiket nehezen fordítják át cselekvésbe, konkrét helyzetek megoldásába.

Személyiség- és készségfejlesztő csoportos foglalkozásokon is tapasztalható, hogy nehézséget jelent áttörni a gátat, s a verbális, általános szintről átváltani a konkrét cselekvés szintjére. A hallgatók közül sokan kerülnek a szerepjátékokat, a játékokban kerülnek a konfliktusokat, nem vállalják az indulataikat. Sokszor az én védelmezése erősebbnek bizonyul, mint a megtanulás, a megtapasztalás iránti vágy.

Az eredmények összehasonlítása szakterületek szerint

Megállapítható, hogy mind a 77 szociális munkás hallgató, és mind a 103 gyógypedagógus hallgató megoldásai lényegében „követik” a teljes minta jellemzőit.

Az emberi viselkedés megfigyelése, a humorérzék és a beszélő mentális állapotának felmérése faktorainak értéktartománya mindkét csoportban az átlagos tartományon belül marad. Mind a szociális munkás, mind a gyógypedagógus hallgatók hasonló módon küzdöttek meg az emberi természet, a viselkedés megítélésével, az érzelmi, lelki állapotok azonosításával, a viccek poénjainak megtalálásával.

Lényeges volt azonban a különbség a két csoport között a szociális helyzet megítélése faktor terén. Ezeknek a kérdéseknek a megválaszolásában a gyógypedagógus hallgatók csoportja jobb teljesítményt nyújtott, teljesítményük átlagosnak minősíthető a szociális munkás hallgatók gyenge teljesítményével szemben.

A szociális helyzet megítélésének kérdése bizonyult a hallgatók számára a legnehezebbnek. A helyzetek megoldására a megfelelő viselkedés meghatározása a feladat.

- Hogyan reagálunk, ha olyan személy kér tőlünk szívességet, akit csak felületesen ismerünk?
- Mit kell tennünk, ha le kell mondanunk egy fontos feladatunkat?

A két szakterület közötti eltérés feltehetőleg nem a tudás és a képesség közötti különbségekből adódott, hanem inkább a helyzetmegoldásokkal szembeni más-más attitűd befolyása érvényesült. Ez a feltevés természetesen további elemzésre, ellenőrzésre szorul.

Összegzés

A szociális intelligencia vizsgálata során megállapítható, hogy a hallgatók szociális intelligenciája átlagos, s hozzávetőlegesen a hallgatók egyötöde rendelkezik magas szociális intelligenciával.

Az alsókálakat elemezve kimutatható, hogy a hallgatók számára a legnagyobb nehézséget a szociális helyzetek megítélését felmérő kérdéssor megoldása jelentette. Különösen a „nehéz”, konfliktusos hely-

zetek megoldásában nyújtottak gyenge eredményt. Sikeresebbek a hallgatók a másik ember mentális állapotának, érzelmi állapotának azonosításában, és a leginkább sikeresek az emberi viselkedés, az emberi természetre vonatkozó megállapítások helyességének elbírálásában.

A hallgatók egyharmadánál tapasztalható kifejtett humorérzék. Valamennyien rendelkeznek annak képességével, hogy felmérjék mások érzelmi állapotát, ismerjék az emberi viselkedés néhány alapvető jellemzőjét, ugyanakkor a legfontosabbnak minősülő elemnek, például a szociális helyzetek megítélésének képessége alig volt felmérhető.

Az eredmények egyértelműen alátámasztják a szociális képességek fejlesztésének szükségességét, különösen a nehezebb, érzelmetli és a konfliktusos helyzetek megoldásában szerepet játszó képességeket illetően. Minden bizonnyal nehéz az elméleti ismereteket a tevékenységekben alkalmazni. A folyamat konkrét helyzetek átgondolását, elemzését és kipróbálását is igényli. Erre a célra alkalmasnak bizonyulnak a személyiség- és készségfejlesztő csoportok.

A szociális képességek alakítására, fejlesztésére véleményem szerint hosszabb időtartamú programokat kell megtervezni. Kellő időt kell szánni az önismeretre, az attitűdök átformálására, szociális helyzetek elemzésére, viselkedésbeli kipróbálására, a tapasztalatok feldolgozására. A megfigyelések szerint ugyanis kezdetben a hallgatóink inkább elkerülik a kritikus helyzeteket. Nem könnyű feladat, de meg kell tanulni a helyzetek vállalását, tapasztalatokat kell szerezni, és be kell gyakorolni a szükséges készségeket.

Irodalom

- Billédi K. (1999): *Pályaszocializációs vizsgálat szociális munkásoknál*. In: Dienes E. – Kovács Z. – Takáts Á.: *Munka- és szervezetpszichológiai tanulmányok és műhelybeszámolók*.
- Farkas É.: *Szociális intelligencia teszt*. Szóbeli közlés.
- Koltayné Billédi K. (1998): *Pályaszocializációs vizsgálat szociális munkásoknál*. Szakdolgozat. BME
- Moss, F. A. – Hunt, T. – Omwake, K. T. – Woodward, L. G. (1955): *Social Intelligence Test*. George Washington University Series, Washington, D. C.

SZÁSZ ANNA

A KESZ

A helyzet legalábbis paradox. A pszichiátria betegségfelfogása mára részben a tudományos eredményeknek (nem utolsósorban a modern gyógyszerkészítményeknek), részben az emberi-betegjogi küzdelmeknek köszönhetően a rendszerváltozás előtti évtizedek felfogásához képest gyökeresen megváltozott. Az alapvető változásokat rögzíti az új egészségügyi törvény, amelyet az országgyűlés 1997. december 15-én fogadott el. Ugyanakkor a pszichiátria, mondhatni hagyományosan, a magyar egészségügy mostohagyermeké, a pszichiátriai betegek ma is stigmát viselnek, s helyzetük a többi hátrányos helyzetű csoportokhoz tartozókéénál bizonyosan rosszabb, társadalmi megítélésük változatlanul negatív.

A KESZ a pszichiátriai betegek – a korlátozottan cselekvőképes személyek – érdekeinek védelmére a hozzátartozókból alakult egyesület. Emblémája: két óvó kéz között egy álló helyzetű emberfigura.

Azt, hogy a pszichiátria múltja milyen súlyos tehertételt jelent, és hogy milyen, az eddigiektől minőségileg különböző feladatokkal kell ma megbirkóznia, rendkívül meggyőzően fejtik ki *dr. Harangozó Judit* (SE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika) és munkatársai, *Paradigmaváltás a pszichiátriában* című, a laikus számára is élvezhető, 2001-ben megjelent tanulmányukban. A pszichiátria története a különösen viselkedő (tébolyult, őrült) beteg elkülönítésével, a börtönszerű tébolydákba zárásával kezdődött, úgymond a többségi társadalom védelmében. Ha máshonnan nem, a filmekből biztosan van mindenkinek valami elképzelése ezekről az intézményekről, amelyekben a betegek – többnyire életük végéig – jogfosztottan, „jogi halottként” vegetáltak, az intézmény személyzetének kiszolgáltatottan.

A huszadik század két meghatározó diktatúrája közül a német náciizmus – mintegy a későbbi népiirtás főpróbájaként – tervszerűen és tudatosan elpusztította a saját népének pszichiátriai betegeit és értelmi fogyatékosait. A szovjet társadalomban a pszichiátria külön diagnosztikus kategóriát hozott létre, amelynek alapján a rendszerbe be nem illeszkedő embereket kényszergyógykezelésre lehetett ítélni, és esetleg életfogytukig zárt intézményekben lehetett tartani.

Sajátságos, de talán nem véletlen, hogy a pszichiátriai beteg igazi kiszolgáltatottságát, sőt, azt, hogy a pszichiátriai beteggé való minősítés milyen mértékben függ a többségi társadalom toleranciájától, egy amerikai szerző, Ken Kesey írja le *Száll a kakukk fészkére* című regényében. (E dolgozat írása közben érkezett a hír, hogy meghalt.) Amint-hogy valószínűleg az sem véletlen, hogy a regényből az USA-ba emigrált cseh újhullámos Milos Forman rendezett megrázó, katartikus hatású filmet, Jack Nicholsonnal a főszerepben.

Magyarországon a szocializmus évtizedeiben a pszichiátriai betegek egy részét (kb. 100 ezer skizofréniában szenvedő közül 3500-at) a „közösség védelme érdekében” a lakóhelyüktől távoli, ún. elmeszociális otthonokban helyezték el. Az első híradást egy ilyen otthonról, s a benne uralkodó, szégyenletes állapotokról, a hetvenes évek közepén kaphatott egy szűk értelmiségi réteg, amikor a Valóság című folyóiratban megjelent *Hajnóczy Péter* megrendítő riportja *Az elkülönítő* címmel.

Az író, aki húsz évvel ezelőtt fiatalon halt meg, gyakorló alkoholista-ként nagy valószínűséggel megjárta a Lipóton lévő alkoholelvonót, és az ott uralkodó, riasztó állapotokról novelláiban festett hiteles képet.

„Márainak tapasztalnia kellett, hogy gyaniúja valóra vált: a vécét és a mosdóhelyiséget az »elvonósoknak« közösen kell használniuk az elmebetegekkel...A vécében nem működött a vízöblítés, a vécéajtót és a fülkét elválasztó deszkafalat körülbelül a kagyló magasságában lefűrészelték, hogy a csészén ülők cselekedetei ellenőrizhetők és a netán önmaguk ellen fordulók szándéka megakadályozható legyen: a zuhanyozó »karbantartó javítás« miatt nem üzemelt, meleg víz nem volt...

A kézenfekvő magyarázatot, hogy egy szegény ország korlátozott anyagi eszközöket fordíthat alkoholisták és elmebetegek több mint kétszázalékos kezeletére, elvetette.

»Ez a hiteles környezet.«” (Hajnóczy Péter: Mosószappan)

E sorok írójának is volt alkalmja a hetvenes évek elején betekintést nyerni a Lipót (akkori nevén Országos Ideg- és Elmegyógyintézet, ma Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet) egyik női, zárt osztályának infernalis viszonyaiba: bűz és szenny, a folyosón matracokon ültek vagy feküdtek a leépült, dementálódott és elhanyagolt, öreg vagy csak öregnek látszó nők.

A rendszerváltozás után nem változtak meg automatikusan a viszonyok. dr. Gönczöl Katalin, aki hat éven keresztül töltötte be az állampolgári jogok országgyűlési biztosának tisztét, több ízben indított vizsgálatot a pszichiátriai betegek helyzetére vonatkozóan, különös tekintettel az elmeszociális otthonokban uralkodó állapotokra. De emberi jogi szempontból amerikai szakemberek is vizsgáldtak, és tapasztalataikról *Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország* címmel készítettek jelentést 1997-ben.

Dr. Harangozó Judit fent idézett tanulmányában írja:

„Még a (maguk nemében) szakmailag példaértékű intézmények sem képesek kompenzálni a betegek (és a rehabilitációs szakemberek) lehetetlen és igen reménytelen helyzetéből adódó nehézségeket. Mára e probléma a pszichiátriai szociális ellátás »vírusává« nőtte ki magát. Az EU-normák, a nagy nemzetközi visszhang, és a ma is működő rendszer napi szintű, nem nagyon kivédhető kockázatai (lásd a törökszentmiklói tüzesetet) ma már politikai tényezővé duzzasztották e problémát.”

(A törökszentmiklói elmeszociális otthonban tűz ütött ki, és egy hálós ágyban fekvő beteg meghalt.)

Személyes beszélgetésünkkor Harangozó Judit ezt az állítását megerősítette:

– A hálós ágyak használata, és a még ma is működő elmeszociális otthonok (hivatalos elnevezéssel: pszichiátriai szociális otthonok) távolsága a betegek lakóhelyétől, az EU-csatlakozás egyik neuralgikus pontja, jóllehet az egészségügyi törvény azt garantálja, hogy a beteg a lakókörnyezetében kapja meg a számára megfelelő ellátást.

A mai körülmények között a pszichiátriai betegek hatékony kezelése – és itt most a skizofrénekről van szó – az esetek nagy részében nem teszi szükségessé, hogy a beteget intézményben (kórházban vagy egy klinika pszichiátriai osztályán) helyezték el. De legalábbis a hosszú ott-tartózkodására nincs szükség.

A hazai egészségügyre jellemző intézményközpontúság a pszichiátriában is érzékelhető, noha „a pszichiátriai ellátás...igen kevés olyan beavatkozást vonultat fel, amit csak és kizárólag kórházi ágyon lehet biztosítani.”

A pszichiátria paradigmaváltása éppen abban áll, hogy azt a fajta intézményközpontúságot, amelyben nem a beteg a fontos, hanem az INTÉZMÉNY a maga súlyával és tekintélyével, és azzal a paternalisztikus orvoslással, amelynek „gyakorlata szorosán kapcsolódik a feudálisztikus berendezkedéssel és hierarchikus szervezeti kultúrával”, egy hatékony, minőségi tevékenységet végző szervezettel váltja fel.

– A hatékony kezelés egyik leglényegesebb eleme a megfelelő gyógyszer – hangsúlyozza Harangozó Judit –, emellett rendkívül fontos a közösségi pszichiátriai gondozási formák megteremtése, amelyben partneri szerepet tölthet be a család.

Az új szemlélet elemei – a pszichiátria megújulása, a betegjogok törvénybe iktatása, és a betegek hozzátartozóinak igénye arra, hogy családtagjaik *ne szoruljanak* bentlakásos intézmények gondozására, hanem maguk gondoskodhassanak róluk – egy bizonyos időpontban összetalálkoztak.

Elfogadni, támogatni

A KESZ alapítója és elnöke Molnár István villamosmérnök. Ma már nyugdíjas. Családjában halmozottan fordult elő a skizofrénia. (Itt jegyzem meg, hogy mivel a betegség neve a görög szkízisz = hasadás szóból származik, szakszerűen szkizofréniának ejtik, a köznyelvben

azonban a skizofrénia gyökeresedett meg, ezért itt ezt használom.) A feleségén a betegség 40 éves korában tört ki, 1979-ben, amikor még a régi eljárásokkal kezelték. Elektrosokkolták, majd az akkor forgalomban lévő, hagyományos gyógyszereket kapta. A kezelés nem volt sikeres, s az asszony egy óvatlan pillanatban öngyilkosságot követett el.

Másodszorra, sorscsapásszerűen akkor szembesült a betegséggel, amikor az idősebbik fián észlelte a skizofrénia tüneteit. Bár a hajlam öröklődik, a kettős előfordulás egy családon belül ritka, ezerből egy esetben fordul elő. Saját sorsa, életének tragikus eseményei indították arra, hogy próbáljon fellépni a betegek és a családok érdekében.

A betegség válaszút elé állítja a hozzátartozókat: vagy elhelyezik a beteget egy intézményben, vagy életük végéig vállalják a gondozását. Ez az utóbbi megoldás nyilvánvalóan emberségesebb. Egy átlagos jövedelmű magyar családban azonban az életfogytig tartó gondoskodás korántsem egyszerű.

Molnár Istvánt a szervezet létrehozásában részint az vezette, hogy egy nyugdíjból másodmagával nem fog tudni megélni, csak egyesületi háttérrel.

Másrészről pedig tudatossá akarta tenni a beteggel való együttélés mikéntjét.

Molnár István fiának betegsége 1994-ben, 33 éves korában manifesztálódott. Ez a fia sorsának alakulását tekintve viszonylag szerencsés időpont, ugyanis 1995-ben lépett életbe az az egészségügyi törvénymódosítás, amely, ha nem is olyan mértékben, mint a két évvel későbbi egészségügyi törvény, de a korábbi gyakorlathoz képest liberalizálta a pszichiátriai betegellátást. Ily módon lehetővé vált, hogy a fia elkerülhesse a régi gyógymódot, amelynek fundamentuma a kórházi kezelés volt.

Molnár István kapcsolatokat keresett civil szervezetekkel. Az egyik alapítvány révén jutott el dr. Harangozó Judithhoz, a Pszichiátriai Klinika Nappali Szanatóriumának vezetőjéhez, aki – mint az a fentiekből kiderült – eleve a betegek otthoni gondozásának híve, és partnernek tekinti a szülőket. Találkozott hozzá hasonló szülőkkal, akik szintén szerettek volna egy szervezetet létrehozni.

1996 júniusában tizenkét szülő megalakította a KESZ-Kálvária 5 Egyesületet. (Az elnevezésben szereplő Kálvária 5 a nappali szanatórium címe, a megalakulás helye, s egyben a sorsukra való utalás is.) Mivel Molnár Istvánnak volt affinitása a közügyekhez, a közéletet illetően rendelkezett ismeretekkel és tapasztalatokkal (négy éven át volt önkormányzati képviselő), őt választották meg vezetőnek. Az egyesület induló vagyona az a hatezer forint volt, amit összeadtak az alapítók.

A megalakulásukat követő évben az egyesület erőteljes fejlődésnek indult. Évi másfél milliós költségvetésből gazdálkodnak, a bevételük részint szponzoroktól, részint pályázatokból származik. Az egyesület székhelye Molnár István lakása. Szerény irodát tart fenn, a legszük-

ségesebb információs eszközökkel: telefon, mobiltelefon, számítógép, internet. Vannak projektjeik, 2001-ben a fővárostól kaptak egymilliót, hogy fölkerüljenek a világhálóra. Az egyesület ma is viszonylag kis létszámú, két hetenkénti összejöveteleiken tízen-tizenketten vesznek részt. A hazai szokásoknak megfelelően javarészt nők. Országsszerte száz körül van azoknak az érintetteknek a száma, akik az egyesület szolgálataira igényt tartanak.

1998-ban ugyancsak 10–12 hozzátartozó hasonló jellegű egyesületet hozott létre Debrecenben, amely tőlük függetlenül, teljesen önálló jogi személyként működik.

A KESZ 2000 óta társult tagja az Európai Családszervezetek Konföderációjának, melynek egyik tagszervezete a lelki sérült családtagokkal foglalkozó hozzátartozókat tömöríti. De létezik egy Szkizofrénia Világközpont is. Mindkét szervezet konferenciákat rendez a világ különböző országaiban, melyeken részt vesz Molnár István, és így közvetlenül tájékozódik a nemzetközi irányzatokról, a pszichiátriai betegeket érintő eseményekről, korszerű intézményekről.

Több helyütt – például Izraelben – a betegek számára olyan hostelnek nevezett intézményt hoztak létre, amely részben szanatóriumként, részben hotelként működik. Egy-egy hostelben legföljebb 20 beteg él, a bentlakókon kívül vannak bejáró klienseik.

De az általános vélemény az, hogy a beteg számára a legjobb közeg a család.

Mit nyújt az egyesület az érintetteknek?

Információkat, konkrét tanácsokat, a beteggel való együttélésről családi füzetsorozatokat adnak ki, hírlevelet a programjaikról, ha szükséges, jogsegélyszolgálatot biztosítanak, valamint azon családok számára, amelyek a létminimum alatti összegből élnek, egyszeri, vissza nem térítendő támogatást.

Van olyan egyesületi tag – említi Molnár István –, akinek családjában az egy főre eső jövedelem 10 000 forint. Az illető a közelmúltban végre el tudott helyezkedni, és így a család anyagi helyzete valamennyire rendeződött.

Tevékenységük legfontosabb része, hogy továbbadják, közvetítik az érintetteknek és kívülállóknak a mentális sérültekkel való együttélés kultúráját.

Ők maguk is ezt teszik, minden különösebb pátosz nélkül, nagy elszántsággal, sok lemondással.

Molnár István életének az utóbbi húsz évét is a beteg családtagokkal való együttélés határozta meg. Tapasztalatai szerint a betegek értelmileg épek, de nem képesek az érzelemnyilvánításra, viszont rendkívül éhesek a szeretetre. Lehetnek egymással konfliktusaik, de a szeretetnek meghatározónak kell lennie. Tudni kell őszintén szeretetet adni. Erre a mai ember szerinte nem képes, de ők, mint egy családi egyesület tagjai, erre törekzenek.

Az egyesület nyújtotta első nagy élmény ugyanaz, mint minden azonos sorsközösségű csoportban: megtörik a hallgatás, amibe a hoz-

zátartozó addig belekényszerült, s az elutasítással szemben az elfogadás érvényesül. Itt egymás között nyíltan beszélhetnek a problémáikról. Az elsődlegesen működő érzelmi szinten, a spontánul kialakuló akolmelegén túl ők egy magasabb szintet szeretnének elérni, tudatoságra törekszenek, a családtagjaik érdekeinek képviselőjére és érvényesítésére.

A beteggel való közvetlen kapcsolatnak három alapfeltétele van: az elfogadás, az ellenséges indulatok elkerülése és a támogatás.

A sérült családtagról el kell fogadni, hogy beteg, s tudatosítani kell, hogy mely területeken ép. Ezt kell megtalálni, kiemelni és támogatni.

Súlyos tragédiák származhatnak abból, ha egy család a betegséget akarategyengeségnek, lustaságnak tartja és eszerint cselekszik.

Az európai munkamorál és munkacentrikus gondolkodás árnyoldala, hogy értetlenséget szül az úgymond „épkézláb” emberek munkaképtelenségeivel szemben. Az egyesületben is ismert olyan eset, amelyben egy lányt az öngyilkosságba hajszolt ez a mentalitás.

– Hogy él egy skizofrén beteg? – kérdezem Molnár Istvánt, aki a fia példájával válaszol erre.

– Olyan gyógyszert szed, amitől napi tíz-tizenkét órát kell aludnia. Akkor kel és fekszik, amikor neki megfelel. Két-három naponként lemegy vásárolni. Az öccsétől kap egy könnyű munkát: borítékokat címez. (Eredeti foglalkozására nézve mérnök.) Jóízűen reggelizik, majd ebédel, utána pihen. Meditál, gondolkodik. Nem néz tévét, nem hallgat rádiót. Olykor olvas – leggyakrabban a Bibliából. Néha telefonál, olykor őt hívják. A betegsége előtt hívő közösségbe járt, ez támaszt nyújt most is. A közösségben segítették, hogy a maga módján felnőtté váljon. Közlékeny hangulatában nagyon is felnőtt módon beszél a saját állapotáról.

Molnár István pozitívumként ítéli meg, hogy fia tisztában van az állapotával. Meggyőződése, hogy ha bármit is ráerőszakolna, rosszabbodna az állapota. A stressz elmélyíti a betegséget. A nyugodt életmód, az állandóság és a megfelelő gyógyszer segítségével el lehet érni egyfajta egyensúly-állapotot. Ha ebből az egyensúlyból kibillentik – akár úgy, hogy a körülményei megváltoznak, akár úgy, hogy megvonják tőle a gyógyszert –, szétesne, és az indulatai rabjává válna.

Betegek és gyógyszerek

Részt veszek egy egyesületi összejövetelen. Molnár István említette, hogy megalakulásukkor levelet kaptak dr. Gönczöl Katalintól, a későbbiekben pedig együttműködési szerződést kötöttek az Országgyűlési Biztos Hivatalával.

Az egyesület a maga tapasztalataival hozzájárult ahhoz a jelentéshez, amely a pszichiátriai betegek és elmeotthonok lakóiról készült. Tudtak arról, hogy a kórházi ágyak számának csökkentésekor kirak-

tak olyan betegeket, akiknek más lehetőség híján a kórházi osztály jelentette a szociális otthoni elhelyezést. Emlékszem egy ilyen esetre, amelyről annak idején írtak az újságok. Egy borsodi kistelepülésen élő asszony beteg, gondozásra szoruló fiát küldték el a kórházból. Ezzel a lépéssel a kéttagú család elemi egzisztenciája, léte került veszélybe. Az asszonynak, aki kettőjükre egymaga dolgozott, vagy a munkáját kellett ott hagynia, vagy egész napra magára kellett volna hagynia a beteg fiút.

Az ilyen kritikus élethelyzetek megoldására, amelynek számtalan összetevője van, a regionális elmaradottságtól az egyéni sorsok véletlenszerű, ám az alany számára végzetszerű alakulásáig, a pszichiátria reformja önmagában kevés, de minden bizonnyal elengedhetetlen.

Erre az összefüggésekre meghívták Lenkovics Barnabást, a 2001-ben megválasztott ombudsmant, aki munkatársait küldte el: dr. Szilágyi Júlia pszichiátert és Zséger Barbara közgazdászt.

A beszélgetés-vita apropója a 2001 nyarán született kormányrendelet, amely a gyógyszerárak szabályozásával a pszichiátriai betegek gyógyszerellátását is szabályozta, meghatározva, hogy mikor és milyen esetekben írhatók fel a hagyományos, és mely esetekben a korszerű, az úgynevezett másodgenerációs gyógyszerek.

A gyógyszerrendelés azonban – mint Szilágyi Júlia említette – sikamlós téma, amelynek tárgyalásához e sorok írója nem rendelkezik kellően megalapozott ismeretekkel.

Amit nyugodt lélekkel leírhatok: a hagyományos gyógyszereknek, mint amilyen például az egyébként rendkívül hatékony Haloperidol, a szakorvosok által is elismerten olyan mellékhatásai vannak, amelyek kifejezetten rontják a betegek életminőségét. A kevesebb mellékhatású, másodgenerációs gyógyszerek azonban sokkal drágábbak.

Harangozó Judit a már említett tanulmányában közli annak a vizsgálatnak az eredményét, amelyben összehasonlították a hagyományos és a korszerű gyógyszert szedő skizofréniás betegek kezelésére-gondozására fordított, direkt és indirekt költségeket. A vizsgálat megállapította, hogy bár a korszerű gyógyszert „szedők csoportjában semmivel sem csökkent a kórházi ágyfelhasználás – ami megítélésünk szerint a hazai viszonyok között ismeretes virtuális ágykihasználást mutatja –, a gyógyszer még így is, a magasabb gyógyszerköltség ellenére költségsemlegesnek bizonyult, ugyanis *ebben a csoportban jelentősen több beteg dolgozott* és ezáltal az indirekt költségek sokkal kedvezőbben alakultak.”

Mindent összevetve tehát a drágább gyógyszer az olcsóbb, még ha nem kalkuláljuk is bele a szubjektív tényezőket. Ti. azt, hogy például mennyivel jobb annak a betegnek – és környezetének – a közérzete, aki aktív életmódot folytat és dolgozik, mint azé, aki passzivitásra van ítélve, és segélyből él, vagy akit a hozzátartozói tartanak el.

Itt krónikus betegekről van szó – hangoztatták az egyesületben –, akiknek életük végéig gyógyszert kell szedniük. Molnár István arról beszélt, hogy becslések szerint hazánkban a skizofrén betegek száma

százezer körül van, az aktív betegek száma ötvenezer. A többség nem intézményben, hanem családban él. Jogos követelésnek tartja, hogy minden beteg megkapja a jó gyógyszert, ebben az ügyben levelet írt az egészségügyi miniszternek, és a betegek érdekében az egyesület elmegy a józan ész szabta határokig.

Szigony Alapítvány a Közösségi Pszichiátriáért

Az intézményt a VIII. kerületi önkormányzat működteti nappali klubként. Ez szakmailag is korszerű kezdeményezés, amelynek keretein belül különféle foglalkoztatást nyújtanak a betegeknek, a nyelvoktatástól a számítástechnikáig. Bár ezek létesítését és fenntartását a szociális törvény írja elő, ehhez hasonló intézmény Budapesten csak a III. kerületben található.

Az Alapítvány keretében működik az a Barát- és Társkereső Klub elnevezésű betegcsoport is, amelyet Erzsébet vezet. A koránál fiatalabbnak látszó, kifejezetten csinos nőt az egyesületi összejevetelen ismertem meg. Ő nem hozzátartozóként volt jelen, ő maga a beteg, a skizofréniás, még ha ez rajta nem vehető is észre. A többi betegen viszont látszik, tompa a tekintetük, gyaníthatóan a gyógyszerektől.

Erzsébet arról beszél, hogy ha a csoport tagjai is úgy gondolják, egy pszichológus hetente kétszer tartana pszichoterápiás foglalkozást.

A klub programja illeszkedni kíván az integrált pszichiátriai ellátás – IPE – készségfejlesztő módszereihez.

Maga az IPE, mint arról főntebb már szó volt, komplex módszer, Olaszországból indult ki, hazai alkalmazója többek között dr. Harangozó Judit. Lényege, hogy a betegekkel egy több szakemberből álló team foglalkozik, és magától a betegtől is megkívántatik az aktivitás. Ha valaki meg akar szabadulni a betegségtől, akkor nem elég a gyógyszer, amelynek többnyire van valamilyen káros mellékhatása. A betegnek, akit partnernek tekintenek, komolyan kell dolgoznia a cél érdekében.

Az integrált pszichiátriai ellátás ma még korántsem általánosan alkalmazott módszer. A köznapi gyakorlat változatlanul a területi, a fővárosban a kerületi ideggondozókban (hivatalos nevükön: pszichiátriai gondozókban) folytatott ambuláns ellátás. Erzsébet szerint a betegeket a biztonság okáért túlgyógyszerezik, ezért nem tudnak munkát vállalni. Mivel az ideggondozókban sok az ellátásra váró beteg, hosszú a várakozási idő, a pszichiáter fölírja a gyógyszert, de arra nincs ideje, hogy egy-egy pácienssel behatóbban foglalkozzon. A beteg pedig gyanakszik, a gyógyszert nem az előírásnak megfelelően szedi, ha pedig rossz a közérzete, akkor bekapkodja. Van olyan gyógyszer, éppen a legújabbak közt, amely egyes esetekben cukorbetegséget okoz, de a pszichiáter ezt sem tárgyalja meg a beteggel.

Erzsébet őszinte meggyőződéssel beszél a pszichoterápiáról, külö-

nösen annak személyiségközpontú, Rogers-féle változatáról, amely a segítő kapcsolatokban is hatékonyan alkalmazható.

A klubtagok erre különféleképpen reagálnak, és miközben folyt a beszélgetés, mintha eloszlott volna a kezdetben tapasztalt tompaság, előtűnt kinek-kinek a saját arca, előhívódtak az egyéni tulajdonságok. Egy harminc és negyven közötti nő elmondja, ő azt tűzte ki célul, hogy minden nap eljön ide a Szigony Alapítványba, minden nap más foglalkozáson vesz részt.

Egy fiatal férfi közli, hogy megváltoztatta a véleményét, nem minden betegségre jó a pszichoterápia. Hozzáteszi, képzett betegként, hogy például a borderline (határeset) személyiségnek árt a pszichoanalízis.

Negyven és ötven közötti férfi mondja: van olyan gyógyszer, amelyből tíz darab nyolcszáz forint, ezt ő nem tudja megfizetni. Tizenöt éve beteg, paranoid skizofréniával százalékolták le.

Rövid szünetet tartunk.

Eközben megismerkedem azzal a láthatóan igyekvő nővel, aki az alapítványba minden áldott nap eljön. Keresztneve Marika, három lánya van, egyik sincs vele. A legidősebbet nemrég helyezte el a gyámhatóság: „Nem tudta tolerálni a betegségemet. Rám zúdította minden indulatát.”

Szünet után játszunk. Pozitív tükrözés a játék neve. Körben ülünk. Az első körben a baloldali szomszédunkról mondunk valamilyen pozitív jellemzőt, a második körben megindokoljuk, hogy miért. Egy fiatal férfi nem kíván részt venni a játékban, mondván, hogy vadidegenről nem tud érvényes jellemzést adni. A többiek ilyesmiket mondanak a társaikról: empatikus, barátkozó, értelmes, intelligens, alkalmazkodó. Én azt mondom a bezárkózónak látszó szomszédomról, hogy elmélyülő, a másik szomszédom szerint én viszont talpraesett vagyok.

A foglalkozás végén ki-ki elmondhatja, hogy aznap mi tetszett, mi nem, illetve, hogy mi az, ami szorongást keltett.

Egy Tibor nevezetű férfi a külvilágról és önmagáról: „Figyeli az ember magát, és azt gondolja, minden szembejövő tudja róla, hogy miféle betegsége van.”

Fiatal fiú, Gyurinak hívják: „Mindig érzek feszültséget, de igyekszem leküzdeni.”

Elhangzik egy fontos mondat: „Nem vagyunk olyan sérültek, mint amilyennek magunkat gondoljuk.”

Búcsúzóul Marika megkérdezi: megjegyeztem-e a lányai nevét, és hogy hány évesek.

Mondom, persze. Zsófi tizennégy éves, Melinda tíz és fél, a legfiatalabb Eszti: ő négy éves.

Teljes életet él

Erzsébet indulását otthon nem könnyítették meg. Leérettségizett, de nem szerzett semmiféle szakmát. Régimódi szülei voltak, idősek, úgy gondolták, az a dolgok rendje, ha egy lány férjhez megy. Ő viszont, romantikus természet lévén, különleges társat akart, nem valami szürke átlagpolgárt. Két házassága volt – az első egy arab férfival, neki köszönhetően megtanult arabul írni-olvasni – mindkét férjétől elvált. Két gyereket szült, két fiút, az elsőt házasságon kívül: az apa egyetemre készült, nem akart megházasodni, de vállalta az apaságot. A második gyerekekkel akkor maradt terhes, amikor a második férj, maga is pszichiátriai beteg, épp kiszállni készült a házasságból. A gyerek születése után váltak él. Erzsébet dolgozott adminisztrátori munkakörben, különféle tanfolyamokat végzett, de egyik sem adott szakképzettséget. 1985-ben változott meg az élete, amikor az érettségi találkozáson elpanaszolta az egyik volt osztálytársának, akiből pszichiáter lett, hogy neki semmi sem sikerült. Az osztálytárs javasolta, hogy kapcsolódjon be a Pszichiátriai Klinikán működő laikus segítő csoport munkájába. Megtette. Úgy gondolta, hogy végre magára talált. Összegyűjtötte a bátorságát, és ugyanabban az évben, harmincnyolc évesen jelentkezett az ELTE pszichológiai szakára. Ekkor közbeszólt a betegség.

„Paranoid skizofrénia” mondja szakszerűen, „a téveszméimben a kor szörnyűségei tükröződtek. Azt hittem, hogy ledobták az atombombát, féltem, mintha a holokauszt ismétlődne, de nemcsak a zsidókkal, hanem a keresztényekkel és a párttagokkal is. Kevesen menekültek meg, csak az elit, a legintelligensebbek, akik a tudói, hogy milyen életmód szükségeltetik a túléléshez. A családomban volt már skizofrén, az egyik nagynéném, neki is hasonló téveszméi voltak. Ezekről senkinek nem beszéltem, nem mertem szólni, még a segítő csoportbeli barátaimnak sem. Csak a viselkedésem árult el. Féltem, hogy elgázosítanak családotól. A lakásunkban gázfűtés volt, folyton gázszagot éreztem, szellőztettem, égő gyertyával a kezemben járkáltam föl és alá. Végül az anyósom fogott gyanút, szólt a bátyámnak, hogy valami baj van. A bátyám meg a sógornőm bevittek a Honvéd kórházba, ők úgy gondolták, hogy számomra az lesz a legjobb. Aláírtam, hogy önként kérem a felvételemet, de azért írtam alá, mert a bátyám megfenyegetett, ha nem megyek kórházba, a gyerekeimet elveszik. Biztos, hogy ő egyezett bele a sokkolásokba. Ezekről nincs emlékem. Egy hét teljesen kiesett az életemből, pedig különben mindenre vissza tudok emlékezni, még a zavart állapotokra is. Bent a kórházban kaptam egy injekciót, és utána egy hét teljes emlékezeti kiesés. Ami ennél is rosszabb, négy évbe telt, míg a szellemi képességeim helyreálltak. Nem tudom, hányszor sokkoltak meg. Nem írták be a zárójelentésbe. Talán ötször. De nemcsak a többszöri kezelés számít, az sem mindegy, hogy mennyi a köztük lévő szünet.”

A sokkolás a laikus szemében kegyetlen és fölöslegesnek gondolt beavatkozás.

A szakemberek viszont olyan módszernek tartják, amelyre szükség van, ami nem vonható ki a pszichiátria eszköztárából. Harangozó Judit szerint inkább a híre, a körülötte kialakult mítoszok keltenek félelmet. Kétségkívül voltak olyan pszichiátriai intézmények, amelyekben büntetésként alkalmazták. De ezeket a hiteket és félelmeket le kell róla hántani. A módszert ma elektrokonvulzív kezelésnek nevezik, ritkán, igen komoly biztonsági előírások és erős kontroll mellett, a tájékoztatott beteg beleegyezésével alkalmazzák, de akkor szükség van rá.

Erzsébetet a saját betegsége, és a laikus segítő csoportban végzett munkája megerősítette abban, hogy ez az ő életcélja: segíteni a beteg embereken. És ettől kezdve, noha nem mindennapi nehézségekkel kellett megbirkóznia, mégis úgy érezte, hogy sínen van az élete.

„Szerencsém volt, mert jó pszichológussal és pszichiáterekkel találkoztam. Dr. Horánszky Kornélia, a II. kerületi Ideggondozó pszichiátere nagyszerű orvos és fantasztikus személyiség, neki sikerült elfeledtetnie azt a rémséget, ami a kórházban történt. Részt vettem mentálhigiénés szakemberképzésben. Alapító tag voltam a Szigony Alapítvány elődjében, itt találkoztam Gordos Erikával. (Erika húszhuszonöt éve foglalkozik pszichiátriai betegekkel. Róla és a Szigony Alapítványról majd egy másik alkalommal számolunk be.) aki ezt az alapítványt vezeti, és akivel a mai napig együtt dolgozom. Rokkant nyugdíjból élek és abból, amit az alapítványtól a csoport vezetéséért kapok. Felneveltem a két fiamat.”

Nyitott kérdések

Erzsébet nem titkolja, jelenleg gyógyszert szed, antipszichotikumot, egy második generációjú készítményt. Csak olyankor van gyógyszerre szüksége, amikor érzi, hogy valami készülődik. Az alvászavar figyelmeztető jel. A gyógyszer szedésekor viszont tizenkét órát kell aludni, a szer bőrkiütést okoz, éhségérzetet, sokan elhízhatnak tőle, némi esetben előfordulhat fájdalmas izommerevség. De csak az első két hét jár ilyen kényelmetlenséggel, kábultsággal, utána a szervezet hozzászokik.

A betegek közül – mint mondja – sokan éheznek. Főként a fiataloknak nehéz a sorsuk, mert rövid ideig álltak munkaviszonyban, és csak járadékot kapnak. A tipikus életút az, hogy nem tudnak munkát vállalni, részben, mert szoronganak, részben, mert a munkahely nem toleráns, és nem tudnak társas kapcsolatot sem teremteni. Ezért is indították az általa vezetett csoportot.

Molnár István a vele folytatott hosszú beszélgetés kezdetén említette: a pszichiátriai betegségekkel kapcsolatos problémákat három oldalról lehet megközelíteni: a szakemberek-orvosok, a betegek és a hozzátartozók oldaláról. A betegeknek külön szervezetük van, kettő

is, a KIÚT Pszichiátriai Önszolgáltató Egyesület és a Lélek–Hang Egyesület. A KESZ 1999 őszén összehívta a három csoportot, trialógust szervezett, a maga nemében az elsőt. Bár a csoportok képviselőiből létrejött a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, de egyelőre komoly véleménykülönbségek osztják meg a betegek állapota, szabadságjoga és a fölöttük gyakorolt kontroll kérdéseiben.

A KESZ a betegek állapotára nézve az öngyilkosságokra vonatkozó kemény adatokat tartja mérvadónak. Az öngyilkosságok száma néhány év átmeneti csökkenés után megállt, és statisztikailag bizonyított, hogy az öngyilkosok 90 százaléka pszichiátriai beteg: 60 százalékuk depressziós, 15 százalékuk skizofrén és 15 százalékuk alkoholist.

A KESZ a betegek biztonságát tekinti elsődlegesnek, az otthoni védtettséget és a hozzátartozók elfogadó magatartását.

A betegek életével kapcsolatban azonban számos egyéb megoldásra váró probléma is van. Dr. Harangozó Judit említi a rehabilitációhoz szükséges védett munkahelyeket, amelyeknek működtetéséhez megfelelő ösztönzési módszer szükséges, valamint az európai normáknak megfelelő, 10–15 beteget befogadó védett lakóhelyeket, nappali klubokat, amelyeknek létesítését törvény írja elő, de egyelőre csak szórányosan jöttek létre.

Súlyos problémát jelent a szülőknek és általában véve a hozzátartozóknak, hogy haláluk után mi történik a beteg családtaggal. Kire bízák a gondozását? Ha a családban nincs közeli, fiatal és felelőségteljes rokon, gondot okoz, hogy kire bízák az általuk lemondásokkal és gyakran még a nyugdíjas koron is túl végzett munkával megszerzett pénzüsszeget, amit éppen a beteg jövőbeli biztonsága érdekében halmoztak föl.

Azt azonban mindenképpen el kell ismernünk: e kérdések megfogalmazásának is csak azért lehet értelme és jelentősége, mert léteznek és működnek az olyan szervezetek, mint amilyen a KESZ, amelyek képesek hitelesen megfogalmazni és artikulálni az általuk képviselt csoportok érdekeit.