

# Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

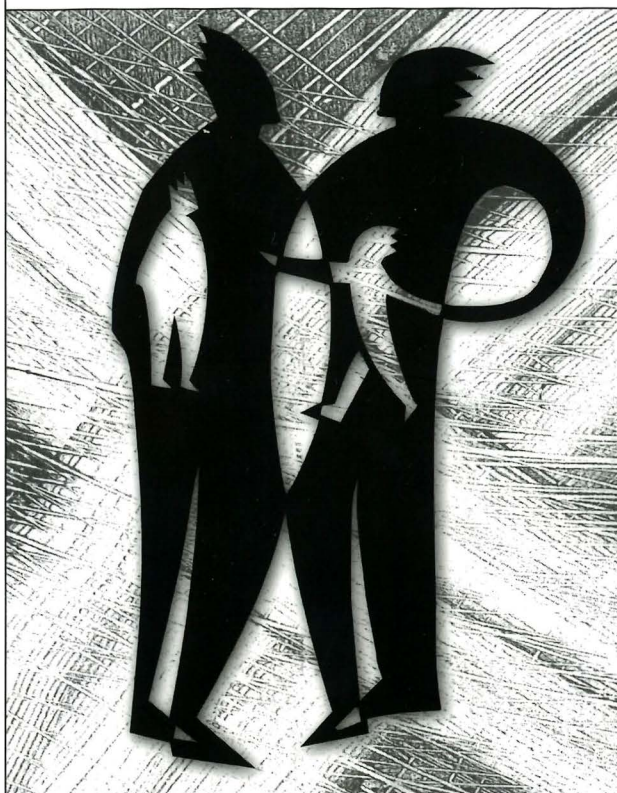
IV. évf. 5. szám 2005.október

A kábítószer-fogyasztásról

2

Közép-Magyarország régióról

40



A válás hatásairól

52

A család válságáról

56

20

2005

## **A GYERMEKVÉDELMI GONDOSKODÁSBAN RÉSZESÜLŐ FIATALOK ALKOHOL- ÉS EGYÉB DROGFOGYASZTÁSA**

Az elmúlt közel egy évtizedben – az ESPAD-standardok szerint – végzett normálpopulációs vizsgálatok a szenvedélyszer-használat növekvő tendenciáját jelzik (Elekes és Paksi 2000a, 2000b, 2004; Paksi és Elekes 2003). Emellett egybehangzóan rámutatnak arra is, hogy azok a – társadalmi háttérük tekintetében a jelen vizsgálat célpopulációjával, a gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalokkal leginkább megegyező – fiatalok, akiknek a nevelésében aktuálisan nem vesz részt vér szerinti szülő, az átlagosnál egyértelműen veszélyeztetettebbek a különböző szenvedélymagatartásoknak való kitettség szempontjából. A 2003-as ESPAD-vizsgálat adatai szerint, az „egyéb” (nem teljes, újrastrukturált vagy egyszülős) családtípusban élő 9-10. évfolyamos középiskolások 47,3%-a használt már életében valamilyen visszaélésre alkalmas szert (normálpopulációs érték 32%), s ezen belül a biztosan drogfogyasztási célú szerhasználat különösen magas: tízből négyen használtak már valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst (normálpopulációs érték 23,2%). A dohányzás és az alkoholfogyasztás különféle mutatói szintén szignifikánsan eltérnek a különböző családtípusokban nevelkedő fiatalok esetében. A rövidebb időszakra vonatkozó, illetve veszélyesebb használati módot jelző mutatók a vér szerinti szüleikkel aktuálisan nem együtt élő fiatalok körében rendre meghaladják a populációs átlagot. (A dohányzás havi prevalenciaértéke 56,9% / 42,6%, az életükben 40 vagy több alkalommal alkoholt fogyasztók aránya 35% / 23,5%, a 20 vagy több alkalommal lerészegedőké pedig 27,8% / 13,1%.) (Elekes és Paksi, 2004).

Ugyanakkor mindezidáig nem készült olyan kutatás, amely a nemzetközi metodológiai standardok alkalmazása révén lehetővé teszi a gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok szerhasználati szokásainak komparatív elemzését.

Tanulmányunkban az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium megbízásából 2004-ben készült kutatásunk néhány eredményét mutatjuk be. A kutatás célja volt a gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő, gyermekotthonokban lakó, valamint nevelőszülőknél elhelyezett fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásainak, ezzel kapcsolatos értékeinek, attitűdjeinek feltárása, leíró elemzése.

Különös aktualitást adott a kutatásnak az, hogy az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) harmadik hullámára 2003-ban, tehát az e kutatást megelőző évben került sor (Hibell

és mtsai, 2004). A két kutatás időbeli közelsége, valamint az a tény, hogy a kutatás módszertana és az alkalmazott kérdőív az ESPAD-vizsgálat standardjai (Hibell és mtsai, 1997, 2000, 2002, 2004) szerint készült, lehetővé teszi, hogy eredményeinket a megfelelő korú átlag népességre vonatkozó adatokkal összehasonlítva mutassuk be. Az ESPAD-kutatás az iskolában tanuló, naptári év szerinti 16 éves korosztályra terjed ki. Tanulmányunkban tehát egyrészt bemutatjuk a mintába került gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalokra vonatkozó eredményeket, az átlag népességgel való összehasonlítást pedig a 16 éves korcsoportra végeztük el.

## **1. A kutatás módszere**

Az adatfelvétel során alkalmazott kérdőív alkohol- és drogfogyasztással, valamint dohányzással kapcsolatos kérdései, továbbá az adatok feldolgozásának módja leképezik az ESPAD-kutatások standardjait. Az adatfelvétel módjában pedig ahhoz közelítő eljárásokat igyekeztünk megvalósítani.

Korábbi vizsgálatok első szerhasználatra vonatkozó tapasztalatai alapján (Fábián, 2002; Elekes és Paksi, 1996, 2000a, 2004) a kutatás célpopulációjának alsó korhatárát 10 éves korban határoztuk meg.

Lévén a kutatás elsődleges célja a különböző szerhasználó magatartások elterjedtségének becslése, az eredmények megbízhatósága megköveteli, hogy a megkérdezettek reprezentálják a vizsgálat célpopulációját, azaz a nevelőotthonban élő, illetve a nevelőszülőknél elhelyezett fiatalok sokaságát.

Tekintettel arra, hogy a célpopulációban történő adatgyűjtés a személyes adatok védelme szempontjából kényes terület, az adatfelvétel metodológiai hátterét is úgy dolgoztuk ki, hogy az – az epidemiológiai adatok megbízható gyűjtésével kapcsolatos követelmények mellett – az adatvédelmi elvárásoknak is eleget tegyen.

*A gyermekotthonban elhelyezett fiatalokra vonatkozó mintát* az intézet regionális elhelyezkedése, illetve az intézményben lakók száma és életkora (10-14 éves, illetve 15-18 éves) szerint rétegeztük. Mintavételi egységet – a csoportos kérdezési technika vizsgált témában várhatóan kedvezőbb metodológiai paraméterei, valamint adatvédelmi szempontok miatt – nem egyének, hanem intézmények képeztek, ahol a célpopulációt képező korosztályban teljes körű megkérdezést valósítottunk meg. A mintakeretbe összesen 5928 gyermek tartozott. 20-25%-os várható gyakoriság mellett, 95%-os megbízhatósági szinten maximum 3%-os hibakorlással számolva az intézetekben megkérdezendő fiatalok számát 700 főben határoztuk meg. A gyermekotthonban élő fiatalokra vonatkozó mintába 73 intézet került, ahol az intézmények által szolgáltatott létszámadatok alapján várható gyermekszám – az

előrelátható végleges mintakiesések ellensúlyozására a szükséges mintanagyságot közel 10%-kal meghaladóan – összességében 762 fő volt. Az intézményi kiesések pótlására a fentiekkel azonos módon 100%-os pótmintát választottunk.

A gyermekotthonokban az intézményi kiesések adatfelvétel közbeni pótlása miatt végleges intézeti szintű mintakiesés nem történt, az intézmények rétegzési kategóriák szerinti pótlása mellett a mintaelemszám-tartásra törekedve 7 esetben egy-egy főminta intézményt két intézménnyel pótolunk, így végül 80 gyermekotthonban történt sikeres megkérdezés. A nyolcvan intézményben megkérdezettek száma összesen 547 fő, ami a tervezett mintaelemszám 78%-os (a kiválasztott minta 72%-os) elérését jelenti. Egyéni szintű mintakiesések elsődlegesen – a mintakiesések 87,4%-a esetében – az adatfelvétel időpontjával összefüggésben, engedélyezett távollétek miatt voltak. Mindössze a mintába került gyermekek 1,1%-a (9 fő) esetében tapasztaltunk nyílt visszautasítást.

A kiesések aránytalanságainak ellensúlyozására a nettó mintát korcsoport és régió szerint utólagos súlyozással arányosítottuk, így az elemzésre kerülő, nevelőotthonban élő gyermekek korcsoport és régió szerinti eloszlása megfelel a sokasági eloszlásnak.

**1. A gyermekotthoni célpopulációba tartozó, illetve a megkérdezett fiatalok, valamint a súlyozott minta eloszlása régiók és korcsoport szerint (%)**

| régiók | sokasági eloszlás (%) |              | súlyozatlan nettó minta eloszlása (%) |              | súlyok       |              | súlyozott nettó minta eloszlása (%) |              |
|--------|-----------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------------------|--------------|
|        | 10-14 évesek          | 15-18 évesek | 10-14 évesek                          | 15-18 évesek | 10-14 évesek | 15-18 évesek | 10-14 évesek                        | 15-18 évesek |
| Bp     | 7,4                   | 12,6         | 5,67                                  | 12,07        | 1,301        | 1,044        | 7,30                                | 12,59        |
| É-ny   | 7,5                   | 10,9         | 5,85                                  | 10,60        | 1,284        | 1,029        | 7,48                                | 10,95        |
| D-ny   | 5,2                   | 9,7          | 6,40                                  | 6,03         | 0,820        | 1,601        | 5,29                                | 9,67         |
| Közép  | 4,4                   | 8,9          | 6,03                                  | 13,71        | 0,722        | 0,652        | 4,38                                | 8,94         |
| É-k    | 9,3                   | 13,2         | 11,52                                 | 11,70        | 0,805        | 1,130        | 9,31                                | 13,14        |
| D-k    | 3,8                   | 7,1          | 5,30                                  | 5,12         | 0,716        | 1,390        | 3,83                                | 7,12         |

A nevelőszülőnél elhelyezett fiatalokra vonatkozó alminta esetében megyénként és korcsoportonként rétegzett egyéni mintát választottunk. A minta kiválasztása TEGYESZ-ek által összeállított, technikai kóddal ellátott – azonosítási információt a kutatók számára nem hordozó – megyénkénti korcsoportos listákból történt. A kiválasztott személyek elérhetőségi adatai csak azután kerültek a kutatók birtokába, miután a TEGYESZ a kiválasztott fiatalok nevelőszüleitől és a fiatal gyámjától erre engedélyt kért, és

kapott. A nevelőszülőknél elhelyezett gyermekekre vonatkozó mintakeretbe összesen 4278 gyermek tartozott. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás becsült várható gyakorisága mellett, 95%-os megbízhatósági szinten, maximum 3%-os hibakorláttal számolva a nevelőszülőnél élő megkérdezendő fiatalok számát 500 főben határoztuk meg. Ez a mintanagyság biztosítja a gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermekek két almintájának alapsokaság-belivel megegyező arányait is. A mintakiesések pótlására ez esetben is 100%-os pótmintát választottunk. A nevelőszülőknél élő gyermekek esetében a kiesések pótmintából való helyettesítése után 10,8%-os végleges mintakiesés történt. Összességében 446 főt, a tervezett minta 89,2%-át sikerült elérni.

A végleges mintakiesések aránytalanságait – a megyénkénti alacsony esetszámok, és az ezek súlyozásai következtében a korrelációk várhatóan nagyarányú torzulásai miatt – ez esetben is régió és korcsoport mentén súlyozással ellentételeztük.

## 2. A nevelőszülővel élő célpopuláció, illetve a megkérdezett fiatalok, valamint a súlyozott minta eloszlása régiók és korcsoport szerint (%)

| régiók | sokasági eloszlás (%) |        | súlyozatlan nettó minta eloszlása (%) |        | súlyok |        | súlyozott nettó minta eloszlása (%) |        |
|--------|-----------------------|--------|---------------------------------------|--------|--------|--------|-------------------------------------|--------|
|        | 10-14                 | 15-18  | 10-14                                 | 15-18  | 10-14  | 15-18  | 10-14                               | 15-18  |
|        | évesek                | évesek | évesek                                | évesek | évesek | évesek | évesek                              | évesek |
| Bp     | 4,44                  | 3,23   | 4,04                                  | 2,91   | 1,100  | 1,107  | 4,47                                | 3,13   |
| É-ny   | 3,39                  | 4,16   | 2,91                                  | 3,14   | 1,163  | 1,326  | 3,36                                | 4,25   |
| D-ny   | 9,63                  | 7,53   | 10,09                                 | 6,05   | 0,955  | 1,243  | 9,62                                | 7,61   |
| Közép  | 12,44                 | 10,38  | 12,11                                 | 8,74   | 1,027  | 1,187  | 12,30                               | 10,29  |
| É-k    | 17,91                 | 13,11  | 19,96                                 | 15,47  | 0,897  | 0,848  | 17,90                               | 13,20  |
| D-k    | 7,97                  | 5,82   | 10,09                                 | 4,48   | 0,790  | 1,298  | 8,05                                | 5,82   |

Az egyes alminták korcsoport és regionális elhelyezkedés szerinti arányainak helyreállítását követően, a két almintá esetében tapasztalt eltérő mintakiesési arány ellensúlyozására a gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermekek összesített mintájának létrehozásához a gyermekotthonban élő, illetve a nevelőszülőknél lévő alminták egymáshoz viszonyított arányát is helyreállítottuk.

## 3. A célpopuláció, illetve a megkérdezett fiatalok, valamint a súlyozott minta elhelyezési forma szerinti eloszlása (%)

| alminták  | sokasági eloszlás (%) | súlyozatlan nettó minta eloszlása (%) | súlyok | súlyozott nettó minta eloszlása (%) |
|-----------|-----------------------|---------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| intézetes | 0,58                  | 0,55                                  | 1,054  | 0,58                                |
| nevszülő  | 0,42                  | 0,45                                  | 0,934  | 0,42                                |

## **2. A vizsgálatban részt vevő fiatalok társadalmi-demográfiai és pszichoszociális jellemzői**

### **1. Nem és életkor**

A megkérdezett, gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok 53,6 %-a fiú, 46,4 %-a lány. Az arány mindkét elhelyezési formában azonos.

Életkor alapján a nevelőotthonban élők átlagosan egy évvel idősebbek, átlagéletkoruk 15,1 év, míg a nevelőszülőknél élők fiatalabbak, átlagéletkoruk 14,1 év. Mindkét elhelyezési formában a lányok életkora magasabb.

A nevelőszülőknél élők között a legfiatalabb korcsoportba tartozók aránya különösen magas, de átlag feletti a 13-14 évesek aránya is. A 15 évesek és ennél idősebbek már egyértelműen a gyermekotthonokban találhatóak nagyobb arányban.

### **2. Iskola**

*A megkérdezett fiatalok túlnyomó többsége tanul valahol.* Összesen 4 % azoknak az aránya, akik semmilyen iskolába nem járnak, és nem is dolgoznak. 1,3 % a valahol munkát végzők aránya. A megkérdezettek 60,5 %-a jelenleg általános iskolába jár. Arányuk valamelyest nagyobb a nevelőszülő mintában, amely elsősorban az itt nevelkedők fiatalabb életkorából adódik. Több mint egyharmaduk tanul valamilyen középfokú oktatási intézményben, többségük szakiskolában. Különösen a gyermekotthonban nevelkedők körében magas a szakiskolában tanulók aránya. Gimnáziumban az összes megkérdezettnek csupán 3,9 %-a tanul.

Mindkét elhelyezési formában 14 éves korig a tanulás jellemző helye az általános iskola. 15-16 éves korban a nevelőszülőknél élő fiataloknak már több mint a fele valamilyen középfokú oktatási intézményben tanul, sokan szakközépiskolában vagy gimnáziumban. A gyermekotthonban élők között ebben az életkori csoportban még sokkal nagyobb az általános iskolában tanulók aránya, sőt a 17 éves, vagy annál idősebb népességnek is viszonylag nagy hányada tanul általános iskolában. 15 éves kor felett mindkét elhelyezési formában hasonló a szakiskolában tanulók aránya, de ekkor a gyermekotthonokban élők körében már jelentősen elmarad a szakközépiskolában vagy gimnáziumban tanulók aránya nevelőszülőknél élő társaikétól.

Összehasonlítva a 16 évesekre vonatkozó adatokat az ESPAD-mintában, a nevelőszülőknél, valamint a gyermekotthonokban élők között, megállapíthatjuk, hogy *elsősorban az általános iskolában tanulók aránya kiemelkedően magas az országos mintához képest a gyermekvédelmi gondoskodásban élő, és különösen a gyermekotthonban élő fiatalok körében*. Mindkét elhelyezési formában az országos átlagot meghaladó a szakiskolába járók aránya, és jelentősen elmarad az országos átlagtól a szakközépiskolában és gimnáziumban tanulók aránya.

**1. A 16 évesek iskolatípusonkénti megoszlása az ESPAD-mintában, a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban nevelkedők körében (%)**

Az iskolai teljesítményt az évisméltések számával, a teljesítmény szubjektív értékelésével és a tanulmányi átlaggal mértük. A nevelőszülőnél élő fiatalok között sokkal ritkábban fordul elő az évisméltés, a gyermekotthonokban élőknél pedig nem csak általában az évisméltés, hanem a többszöri évisméltés sem ritka, közel egyötödük legalább kétszer ismételt már évet. Az iskolai teljesítmény szubjektív megítélése alapján a gyermekotthonban élő fiatalok között kétszer akkora a teljesítményüket nagyon jóra, vagy jóval az átlag felettire értékelők aránya, és kisebb az átlagosra értékelők aránya, mint nevelőszülőknél élő társaik között. Az önértékelésbeli különbség bizonyos mértékig kifejeződik az előző

félév tanulmányi átlagaiban megfigyelhető különbségben is. *Tehát a gyermekotthonban élők gyakrabban ismételnék évet, de nagyobb közöttük a jobb eredménnyel rendelkezők és a magukat szubjektíven is a jobbak közé sorolók aránya.*

Az ESPAD-minta adatait összehasonlítva a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 16 éves fiatalok megfelelő adataival, megállapítható, hogy *a tanulmányi átlag alapján alig maradnak el a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok a többiektől.* Természetesen a hasonlóság értékét csökkenti, hogy amint azt a korábbiakban láttuk, a hasonló eredményeket különböző iskolatípusokban érték el a fiatalok. A hasonló eredmény bizonyos mértékig tükröződik az iskolai teljesítményükről kialakított saját véleményükben is. A gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok mindenképpen szélsőségesebben ítélik meg saját teljesítményüket, mint az ESPAD-minta diákjai.

## 2.3. Család

A nevelőszülőknél élő gyerekek több mint felének, és a gyermekotthonban élők háromnegyed részének volt olyan időszak az életében, amikor mindkét vér szerinti szülője együtt nevelte. Ez az időszak mindkét gondozási formában igen rövid, bár a gyermekotthoni mintában kétszer olyan hosszú, mint a nevelőszülőknél élők esetében. Az is figyelemre méltó, hogy a fiatalok életében a jelenlegi elhelyezési forma mellett a két vér szerinti szülővel együtt töltött időszak a leghosszabb. Mindkét csoportban viszonylag gyakori nevelési helyzet, amikor csak egy vér szerinti szülő nevelte a megkérdezett fiatalt, ez az időszak azonban rövid volt mindkét csoportban. Különösen a nevelőszülői mintában ritkán fordul elő a vér szerinti szülő és nevelőszülő együttes jelenléte. Ugyancsak nem gyakori, hogy valamelyik rokon lép az édesszülők helyébe.

### 4. Kik és mennyi ideig nevelték eddigi élete során, a jelenlegi elhelyezési forma szerint

| A nevelő megnevezése              | nevelte %   |               | a nevelési formában eltöltött évek átlagos száma |               |
|-----------------------------------|-------------|---------------|--------------------------------------------------|---------------|
|                                   | nevelőszülő | gyermekotthon | nevelőszülő                                      | gyermekotthon |
| Vér szerinti szülők együtt        | 55,1        | 74,6          | 2,8                                              | 5,2           |
| Vér szerinti szülő egyedül        | 23,6        | 43,4          | 0,8                                              | 2,5           |
| Vér szerinti szülő és nevelőszülő | 8,4         | 22,7          | 0,4                                              | 0,9           |
| Rokonok                           | 10,1        | 11,7          | 0,4                                              | 0,4           |
| Nevelőszülők                      | 96,7        | 21,8          | 7,9                                              | 1,1           |
| Gyermekotthonban élt              | 57,5        | 90,1          | 1,2                                              | 5,0           |



A nevelőszülőknél élők több mint fele korábban élt intézetben, ellenben a gyermekotthonban élők alig több mint egyötöde élt nevelőszülőknél. Összességében *a különböző nevelési formákban eltöltött idő alapján a nevelőszülőknél élők életében meghatározó a nevelőszülőnél eltöltött idő, a gyermekotthonban élőkénél pedig meghatározó az édesszülőknél és a gyermekotthonban eltöltött idő.*

A nevelőszülői családok túlnyomó többségében van nevelőanya, és a megkérdezettek 80 %-ának nevelőapja is van. A megkérdezettek háromnegyed része nem vér szerinti testvérrel, és közel fele édestestvérével is együtt él jelenlegi családjában. Egyéb rokonok és más felnőttek a nevelőcsaládban viszonylag ritkán fordulnak elő.

A megkérdezett fiatalok alig fele tart valamilyen kapcsolatot édesanyjával, és alig egyharmada édesapjával. A nevelőszülőnél és gyermekotthonban élők között ebben a tekintetben igen erőteljes eltérés figyelhető meg: míg a gyermekotthonban élők több mint fele az édesanyjával, és közel fele az édesapjával kapcsolatot tart, addig a nevelőszülőknél élők csupán negyedének van kapcsolata az édesanyjával, és 17 %-uknak az édesapjával. A kapcsolattartás gyakoriságában is jelentős különbség mutatkozik a két elhelyezési forma között: míg a gyermekotthonban élők jellemzően havonta többször, sőt heti rendszerességgel találkoznak édesszüleikkel, addig a nevelőszülőknél élők inkább csak évente néhányszor. Mindkét gondozási formában leginkább a testvérrel tartanak kapcsolatot, ami sok esetben heti többszöri kapcsolatot jelent. A nagyszülőkkel való kapcsolat mindkét gondozási formában ritkább az átlagosnál, azaz az édesszülők helyébe csak ritkán lépnek nagyszülők.

Összesítve a különböző kapcsolattartási formákat, *a megkérdezett fiatalok 18 %-a semmilyen külső kapcsolattal nem rendelkezik.* Ez az arány a nevelőszülőknél élőkénél egyharmad, míg a gyermekotthonban élőkénél alig több mint 7%. A gyermekotthonban élők 70%-a, és a nevelőszülőknél élőknek is több mint fele valamelyik édesszülővel kapcsolatot tart, jöllehet a kapcsolat – amint ezt az előzőekben láttuk – csak a gyermekotthonban élők esetében jelent jelentősebb arányban havi rendszerességnél gyakoribb találkozást. Adataink arra utalnak, hogy az egyéb családi, és a nem rokon felnőttekkel való kötődések egyik gondozási formában sem helyettesítik az édesszülőkhöz főződő kapcsolatot. Azaz, *ha valakinek az édesanyjával, vagy édesapjával, nincs semmiféle kapcsolata, akkor csak ritkán van kapcsolata bármilyen más rokonnal vagy egyéb felnőttel, aki a szülők hiányát pótolja.* Az édesszülővel való kapcsolatot leszámítva, külső kapcsolatok valamelyest gyakrabban fordulnak elő a nevelőszülőknél élők, mint a gyermekotthonokban lakók körében.

A nevelőszülők iskolai végzettségére vonatkozó adatokat összehasonlítva a 2003. évi 18-54 éves felnőtt népességre vonatkozó országos adatokkal egyértelműen megállapítható, hogy *a nevelőszülők*

az átlagosnál jóval alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek. A nevelőanyák körében különösen a nyolc általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya haladja meg jelentősen az országos átlagot, de átlag feletti a szakmunkás végzettséggel rendelkező anyák aránya is. Ugyanakkor az érettségivel és felsőfokú végzettséggel rendelkező anyák aránya jelentősen elmarad az országos átlagtól (országosan a 18-54 éves nők 38 %-a rendelkezik

érettségivel, és 19 %-a felsőfokú végzettséggel). A nevelőapák iskolai végzettsége a nevelőanyákéhoz hasonló eltéréseket mutat a „normál” felnőtt mintán kapott eredményeinktől. Azaz, a nevelőapák körében is jelentősen meghaladja az országos átlagot a nyolc általános iskolai, illetve a szakmunkás végzettséggel rendelkezők aránya, és jelentősen elmarad az átlagtól az érettségivel és felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya.

A megkérdezett fiatalokat a jelenlegi kapcsolataik jellemzése érdekében arra kértük, hogy az általunk felsorolt személyekhez fűződő kapcsolatukat egy ötfokú skálán értékeljék (1=nagyon elégedett, 5=egyáltalán nem elégedett).

## **2. Különböző kapcsolatokkal elégedettek és nagyon elégedettek aránya elhelyezési forma szerint (%)**

Mindkét elhelyezési formában kirívóan alacsony az édesszülőhöz való viszonytal elégedettek aránya. Ez csak részben következik abból, hogy a megkérdezettek jelentős hányadának semmilyen kapcsolata nincs a szüleivel. Ha a skálaátlagot csak a szüleikkel kapcsolatban lévő fiatalokra számítjuk, akkor is azt tapasztaljuk, hogy a legmagasabb elégedetlenségérték (a legkisebb elégedettség) az édesszülőkhöz fűződő viszonyt jellemzi. Különösen alacsony az elégedettek aránya a nevelőszülőknél élő fiatalok körében. *Kiemelkedően magas ugyanakkor a nevelőszülőknél élő fiatalok közt azok aránya akik a nevelőanyával való kapcsolatukkal elégedettek.* A megkérdezettek kétharmada (65,4 %) nagyon elégedett ezzel a kapcsolatával, és csupán két fiattól kaptunk „egyáltalán nem elégedett” választ. A nevelőszülőknél élők 2,7 %-a, és a gyermekotthonban élők 6,5 %-a válaszolta azt, hogy nincs baráti kapcsolata. *A gyermekotthoni mintában egyértelműen a barátokhoz fűződő kapcsolatok jelentik a*

legfőbb elégedettségi forrást a fiatalok számára, de a nevelőszülőknél élők is a nevelőanyán kívül a baráti kapcsolataikkal elégedettek a legnagyobb arányban.

##### 5. Egyes problémás viselkedési formák és káros szokások előfordulása a vér szerinti és a nevelőcsaládban, elhelyezési forma szerint (%)

| Viselkedés                    | nevelőszülő         |               |                                 | gyermekotthon       |               |                                 |
|-------------------------------|---------------------|---------------|---------------------------------|---------------------|---------------|---------------------------------|
|                               | Vér szerinti család | Nev előcsalád | Vér szerinti és nevelőcsalád is | Vér szerinti család | Nev előcsalád | Vér szerinti és nevelőcsalád is |
| Cigarettázik                  | 20,5                | 38,0          | 16,3                            | 65,8                | 12,0          | 8,5                             |
| Rendszeresen sokat iszik      | 24,9                | 1,2           | -                               | 41,3                | 7,5           | 2,0                             |
| Öngyilkossági kísérlet        | 6,5                 | -             | -                               | 19,1                | 3,4           | 0,2                             |
| Öngyilkosság                  | 2,5                 | -             | -                               | 10,4                | 2,3           | 0,9                             |
| Börtönben volt                | 18,8                | 0,2           | -                               | 32,6                | 6,2           | 0,2                             |
| Sok nyugtatót, altatót szed   | 7,2                 | 2,7           | -                               | 18,6                | 5,2           | 0,6                             |
| Pszichológushoz jár vagy járt | 6,7                 | 4,0           | -                               | 18,6                | 3,0           | 0,4                             |
| Kábítószer fogyaszt           | 2,9                 | -             | -                               | 11,5                | 2,9           | -                               |

A leggyakrabban előforduló káros szokás a fiatalok családi környezetében – a vér szerinti és nevelő családot együtt tekintve – a dohányzás és nagy mennyiségű alkohol rendszeres fogyasztása. A nevelőszülőknél élő fiatalok háromnegyedének, míg a gyermekotthonban élők 86 %-ának van vagy volt a környezetében dohányzó személy; a nevelőszülőknél élők egynegyedének, és a gyermekotthonban élők felének volt rendszeresen sok alkoholt fogyasztó vér szerinti, vagy nevelő családtagja. Kiemelkedően magas a börtönbüntetés előfordulása mindkét csoportban: a gyermekotthonban élők egyharmadának és a nevelőszülőknél élők közel egyötödének van börtönviselt személy a vér szerinti családjában. A gyermekotthonban élők egynegyede számol be olyan vér szerinti vagy nevelő családtagról, aki sok nyugtatót vagy altatót szedett, és több mint egyötödének volt a környezetében olyan, aki pszichológushoz járt. Öngyilkossági kísérlet a gyermekotthonban élők szintén több mint egyötödének a környezetében előfordult. Mindkét elhelyezési formában élők környezetében a legritkábban előforduló probléma a kábítószer-fogyasztás és a befejezett öngyilkosság. Valamennyi vizsgált viselkedési forma és káros szokás sokkal gyakrabban fordul elő a gyermekotthonban élők, mint

a nevelőszülőknél élők vér szerinti családjában. E jelentős eltéréshez azonban feltehetően hozzájárul az is, hogy amint azt már korábban láttuk, a nevelőszülőknél élők nagy része semmilyen kapcsolatban nincs vér szerinti családjával, így feltehetően sokkal kevesebb ismerettel rendelkezik azt ott előforduló problémákról.

*Összehasonlítva a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok adatait az ESPAD-minta adataival, megállapítható, hogy a legtöbb probléma a gyermekotthonban nevelkedő fiatalok családjában található.* Ezekben a családokban az országos átlaghoz képest különösen magas a börtönbüntetés, az öngyilkossági kísérlet, a nyugtató- és altató szedés előfordulása. Ugyanakkor a sok alkoholt fogyasztó illetve a dohányzó családtagok előfordulása alig haladja meg az országos átlagot. A nevelőszülőknél élő fiatalok vér szerinti családjában egyedül a börtönbüntetés fordul elő az ESPAD-mintánál sokkal nagyobb arányban. Az összes többi probléma előfordulása sokkal ritkább, mint az átlag 16 évesek családjában. Különösen figyelemre méltó a vizsgált problémák rendkívül alacsony előfordulása a nevelőcsaládban.

**3. A 16 évesek vér szerinti és nevelőcsaládjában előforduló problémák az ESPAD-mintában, a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban nevelkedők körében (%)**

**4. Szabadidő, barátok**

A megkérdezett fiatalok szabadidős programjai között legnagyobb arányban a számítógépen való játék szerepel. Mindkét gondozási formában, és a fiúknál egyaránt ez a legtöbbször említett program. A legalább heti rendszerességű számítógépes játék aránya is arra utal, hogy a megkérdezettek között ez az egyik legelterjedtebb szabadidő-eltöltési forma. Csak a lányoknál előzi meg ezt a gyakorisági adatok alapján a könyv olvasás és valamilyen más hobbi. A könyv olvasás egyébként a többi csoportban is a legtöbb említett időtöltés közé tartozik. Figyelemre méltó, hogy a nevelőszülőknél élők a többiekhez képest sokkal kisebb arányban említik a sportot szabadidős tevékenységeik között.

Hasonlóan jelentős különbség van a két elhelyezési forma között a barátokkal való időtöltés, a plázába járás és a pénznyerő automatával való játszás elterjedtségében. E szabadidő eltöltési módok gyakorlása a nevelőszülőknél élőket sokkal kevésbé jellemzi, mint a gyermekotthonban élőket. A 16 éves, gyermekvédelmi gondoskodásban élők adatait összehasonlítva a nem gyermekvédelmi gondoskodásban élők szabadidős szokásaival, adataink azt a benyomást keltik, mintha a *gyermekvédelmi gondoskodásban, és különösen nevelőszülőknél élő fiatalok az átlagnál gyakrabban töltenék idejüket „otthonülős” programokkal.* Ezt a benyomásunkat támasztja alá az otthonról/nevelőszülői lakástól távol töltött esték száma is.

## 5. Pszichoszociális állapot

A megkérdezett fiatalok pszichoszociális helyzetének mérésére a Weissman-féle depresszió-skálát, a Rosenberg-féle önértékelési skálát, valamint a Bjarnasson-féle anómia-skálát kérdeztük (Hibell és mtsai, 2000). Ezeken kívül alkalmaztunk még egy önkárosító magatartásokra vonatkozó kérdéssort is.

Az főkomponens-elemzéssel létrehozott „anómia-index” elhelyezési forma szerint szignifikáns különbséget mutat: a *gyermekotthonban élő fiatalokat sokkal határozottabb anómikus állapot - orientáció hiány és szabályelfogadás - jellemzi, mint a nevelőszülőknél élőket.*

A Rosemberg-féle önértékelési skála szinte minden iteme mentén szignifikáns különbségek jelentkeztek a nevelőszülőnél, illetve a gyermekotthonban élő fiatalok válaszainak eloszlásában. Amennyiben az önértékelési skála 10 itemét változóredukció céljából főkomponens-analízisnek vetjük alá, megragadhatóvá válik a két populáció közötti különbség. Két fő komponens mutatkozik meg a változók mögött, ezek közül a második - melyet a pozitív itemek elfogadása, és a negatív elemek elutasítása jelöl ki - az önmagával szembeni pozitív beállítódást fejezi ki, és egyben szignifikáns különbséget jelez a nevelőszülőnél és a gyermekotthonban élő populáció között, mégpedig a nevelőszülőknél élő fiatalok kedvezőbb önértékelése irányba mutatva.

A depresszióskála egyes kérdéseire kapott válaszok azt mutatják, hogy a megkérdezett fiatalok jelentős része a kérdezést megelőző héten megtapasztalta valamelyik depresszióra utaló tünetet. Legnagyobb arányban a szomorúságot és a lehangoltságot említik, legritkábban pedig a feladatok elvégzésének képtelenségét. A depresszióskála értéke a lányoknál, valamint a gyermekotthonokban élőknél valamelyest meghaladta az átlagot. A gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok adatait összehasonlítva az ESPAD-minta adataival, megállapíthatjuk, hogy a *gyermekotthonban élők körében*

*a depresszióskála átlagértéke csupán csekély mértékben haladja meg a nem gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok megfelelő értékeit, a nevelőszülőknél élők pedig elmarad attól.*

A megkérdezett fiatalok közel egyötöde gondolkodott már azon, hogy kárt tegyen magában. Ettől alig marad el azoknak az aránya, akik öngyilkossági kísérlet elkövetésén gondolkodtak. Minden nyolcadik fiatal ténylegesen is tett valamilyen kárt magában, és minden tizenkettedik megkérdezettnek volt már öngyilkossági kísérlete. Az öngyilkossági kísérlet fiúknál és lányoknál közel azonos arányban fordult elő. Az öngyilkossági kísérleten való gondolkodás és az önmagában való kártétel, ill. erről gondolkodás a lányoknál sokkal gyakrabban fordul elő. Elhelyezési formák szerint a gyermekotthonban élők között egyértelműen sokkal elterjedtebbek a vizsgált önkárosító magatartásformák, vagy az ezekről való gondolkodás. Így a gyermekotthonokban élők több mint egynegyede gondolkodott már azon, hogy öngyilkosságot kövessen el, és ennél is magasabb azoknak az aránya, akik valamilyen egyéb önkárosító magatartáson gondolkodtak. Ténylegesen a megkérdezett gyermekotthonban élő fiatalok egyötöde tett már kárt magában, és 13 % az öngyilkosságot megkíséreltek aránya.

#### **6. Önkárosító magatartások előfordulása nemenként és elhelyezési forma szerint (%)**

|                                             | fiú  | lány | nevelő-szü<br>lő | gyermek-o<br>tthon | összes |
|---------------------------------------------|------|------|------------------|--------------------|--------|
| Gondolkodott azon, hogy kárt tegyen magában | 14,4 | 26,1 | 9,5              | 28,5               | 19,9   |
| Gondolkodott öngyilkosság elkövetésén       | 12,8 | 23,1 | 5,8              | 26,9               | 17,6   |
| Kárt tett magában                           | 9,6  | 15,1 | 3,9              | 19,3               | 12,2   |
| Öngyilkosságot kísérelt meg                 | 7,5  | 8,5  | 2,4              | 12,7               | 8,0    |

Összehasonlítva az ESPAD-minta és a 16 éves, gyermekvédelmi gondoskodásban élők adatait, igen jelentős különbségeket figyelhetünk meg az önkárosítás és az öngyilkossági kísérlet gyakoriságában. *A gyermekotthonokban élők körében az öngyilkossági kísérlet előfordulása négyszer akkora, az önmagában való kártevés pedig két és félszer olyan gyakori, mint az ESPAD-mintában.* Az öngyilkossági kísérleten és kártevésen való gondolkodásban az ESPAD- és a gyermekotthoni minta között nincs jelentős különbség, bár mindkét esetben a gyermekotthonban élők között figyelhetjük meg a nagyobb gyakorisági adatokat. Különösen figyelemre méltó, hogy *a nevelőszülőknél nevelkedők körében az önkárosító magatartások és az erről való gondolkodás lényegesen ritkább, mint akár az ESPAD-mintában, akár a gyermekotthoni mintában.*



**4. Önkárosítási formák előfordulása a 16 évesek körében az ESPAD mintában, a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban nevelkedők körében (%)**

### **3. Drogfogyasztás**

#### **1. Drogokkal kapcsolatos ismeretek**

A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermekek körében a leginkább ismert szerek a kokain, a heroin és a nyugtatók, ezeket a szereket közel háromnegyed részük ismeri. Kétharmad részük hallott már a marihuánáról/hasisról, illetve az altatókról. A partidrogok (amfetamin, ecstasy, LSD) esetében a szereket ismerők és nem ismerők aránya kiegyenlített. Az összes többi drog ismertségét illetően azok vannak kisebbségben, akik hallottak már az egyes drogokról.

A nevelőszülőnél elhelyezett gyermekek tájékozottsága – a legismertebb szerek: a nyugtatók, a kokain, és a heroin kivételével – szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) alatta marad a gyermekotthonban élő társaikénál (4. ábra).

A 2003-as ESPAD-vizsgálat 16 éves korosztályának adataival összehasonlítva a jelen kutatás 16 évesekre vonatkozó adatait, azt tapasztaljuk, hogy a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok visszaélésre alkalmas szerekkel kapcsolatos tájékozottsága ugyan strukturálisan a korosztályukban jellemzőhöz hasonló, azonban jelentősen elmarad attól. Míg a 16 évesek között tízből több mint

kilencen ismerik a nyugtatókat, a marihuánát, a heroint, a kokaint, s nyolcan-kilencen a különböző partidrogokat, addig a gyermekvédelmi gondoskodásban élők között csak hatan-heten hallottak ezekről a szerekről. Ugyan a gyermekotthonban lakó fiatalok tájékozottsága nagyobb a nevelőszülőknél előkéhez képest, azonban az ő ismereteik sem érik el a 16 éves átlag középiskolását.

**5. Azoknak az aránya, akik „hallottak már az egyes drogokról”  
(a kérdésre válaszolók százalékában)**

## 2. Drogfogyasztás elterjedtsége

### 3.2.1. Összesített prevalenciaértékek

A gyermekotthonban élő fiatalok 37,8%-a kipróbált már eddigi élete során valamilyen visszaélésre alkalmas, tiltott vagy legális szert. Többségük, a válaszolók közel egyharmada, (32,7%) biztosan drogfogyasztási céllal használt valamilyen tiltott drogot és/vagy inhalánst.

Orvosi rendelvény nélküli altató/nyugtatóhasználat, illetve gyógyszer és alkohol kombinált használatával – véletlenül, öngyógyítási vagy droghasználati céllal – minden ötödik intézetben élő gyermek próbálkozott, közülük azonban a túlnyomó többség – tízből nyolc fiatal – emellett biztosan droghasználati célú szerhasználat is próbálkozott már.

#### 7. A különböző fogyasztói magatartások életprevalencia-értékei az egyes almintákban (%)

|                                                                                       | Nevelőszülős minta | Gyermekotthoni minta |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás                                           | 2,9                | 32,7                 |
| Tiltott drog fogyasztás                                                               | 2,0                | 28,3                 |
| Visszaélésszerű gyógyszerhasználat teljes értéke                                      | 3,4                | 20,9                 |
| Visszaélésszerű gyógyszerhasználat biztosan droghasználati célú szerfogyasztás nélkül | 2,2                | 4,8                  |
| Tiltott vagy legális szerhasználat együttesen                                         | 5,2                | 37,8                 |

A 2003-as ESPAD-vizsgálat 16 éves korosztályának adataival összehasonlítva a nevelőotthonban élő 16 évesek adatait, megállapíthatjuk, hogy a gyermekotthonban élő fiatalok érintettsége jóval meghaladja a magyarországi normálpopulációét. Míg a hazai 16 évesek között átlagosan minden hatodik (16,2%) próbálkozott eddigi élete során valamilyen tiltott droggal, addig a gyermekotthonban élő azonos korú fiatalok között a kipróbálók aránya 30,8%.

Magyarország a tiltott drogok elterjedtsége alapján 35 európai ország között a 24. helyen található, tehát a közepesnél alacsonyabb érintettségű országok közé tartozik. Az ESPAD országokban átlagosan a 16 éves diákok 22%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott drogot. A magyarországi gyermekotthonokban élő fiatalok drogérintettsége tehát nemzetközi normálpopulációs kontextusban is magasnak tekinthető. Ugyanakkor az is elmondható, hogy vannak olyan európai országok, ahol az átlag 16 évesek körében is magasabb azok aránya, akik valaha fogyasztottak valamilyen tiltott drogot, mint nálunk a gyermekotthonokban élő 16 évesek között. Az egyes országok között ugyanis jelentős különbségek találhatók e tekintetben. A Cseh Köztársaságban a diákok 44%-a fogyasztott már

valamilyen tiltott szert. Svájcban, Írországon, a Man-szigeten, illetve Franciaországban és az Egyesült Királyságban a diákok mintegy kétötöde használt már valamilyen tiltott drogot eddigi élete során.

**6. A valamilyen tiltott drogot valaha kipróbáló diákok aránya az egyes országokban (%)**

Szintén magas (26,4%) – a hazai normálpopulációs átalagnak (16,8%) másfélszerese – a gyermekotthonban élő fiatalok visszaélésszerű gyógyszerfogyasztási aránya. Ezen belül az orvosi rendelvény nélküli nyugtatófogyasztás életprevalencia-értéke a nevelőotthonban élő 16 évesek körében 12,6%. Magyarországon minden tizedik 16 éves diák használt már orvosi recept nélküli nyugtatót, mellyel hazánk az ötödik legérintettebb ország Európában.

6a. ábra A nyugtatókat orvosi rendelvény nélkül valaha kipróbáló 16 éves diákok aránya az egyes országokban (%)



Figyelemre méltó az intézetben élő fiatalok fokozott kitettsége az orvosi rendelvényre történő nyugtatófogyasztás terén is. Míg a normál populáció 6,6%-a fogyasztott valaha nyugtatót azért, mert az orvos javasolta neki, addig gyermekotthonban élők között ennek több mint két és félszerese (16,4%) az orvosi javaslatra nyugtatót fogyasztók aránya.

Az éves és havi prevalenciák vonatkozásában a fentiekhez hasonló megállapításokat tehetünk (9. táblázat).

**8. A különböző fogyasztói magatartások rövidebb idejű prevalenciaértékei az egyes almintákban (%)**

|                                                                                       | Nevelőszülős minta | Gyermekotthoni minta |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>Éves prevalenciák</b>                                                              |                    |                      |
| Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás                                           | 0,8                | 22,2                 |
| Tiltott drog fogyasztás                                                               | 0,8                | 20,1                 |
| Visszaélésszerű gyógyszerhasználat teljes értéke                                      | 1,5                | 13,5                 |
| Visszaélésszerű gyógyszerhasználat biztosan droghasználati célú szerfogyasztás nélkül | 1,0                | 2,8                  |
| Tiltott vagy legális szerhasználat együttesen                                         | 2,2                | 34,9                 |
| <b>Havi prevalenciák</b>                                                              |                    |                      |
| Biztosan droghasználati célú szerfogyasztás                                           | 0,5                | 14,9                 |
| Tiltott drog fogyasztás                                                               | 0,5                | 13,2                 |
| Visszaélésszerű gyógyszerhasználat teljes értéke                                      | 0,5                | 8,3                  |
| Visszaélésszerű gyógyszerhasználat biztosan droghasználati célú szerfogyasztás nélkül | 0,5                | 1,6                  |
| Tiltott vagy legális szerhasználat együttesen                                         | 2,2                | 22,4                 |

A nevelőszülőnél élő gyermekek jóval alacsonyabb, mondhatni elenyésző arányban jeleztek valamilyen tiltott (8 fő) vagy legális (14 fő) szerhasználatot, nemcsak a gyermekotthonban élő társaikhoz képest, hanem az átlag 16 évesekhez képest is.

A nevelőszülővel élők almintájában kapott meglepően alacsony prevalenciaértékek mögötti okokat első megközelítésben – a populáció elérhetőségi sajátosságai miatt – ESPAD-standardtól eltérő, face to face adatfelvételi technika alkalmazásának a bevallási hajlandóságra gyakorolt kedvezőtlen hatásában kerestük. Ezért megvizsgáltuk a két almintát egymáshoz, illetve az ESPAD-vizsgálatokhoz viszonyított érvényességi és megbízhatósági paramétereit. Az elemzések nem támasztották alá azt a



hipotézisünket, hogy az okok elsődlegesen a nevelőszülővel élő gyermekekre vonatkozó adatokban jelenlévő mintavételen kívüli hibák nagyobb arányában keresendők. A nevelőszülők alminta paraméterei rendre kedvezőbbek voltak, és közelebb álltak a 2003 -as ESPAD-vizsgálat módszertani jellemzőihez, mint a – várt fogyasztási rátákhoz közelebb álló prevalenciaértékeket mutató – gyermekotthoni almintáé.

A szocio-demográfiai, illetve pszichoszociális változók áttekintését követően hajlamosabbak vagyunk azt vélelmezni, hogy a nevelőszülőkkel élő gyermekeket körében mért alacsony prevalenciaértékekben ezen gyermekek – a normál populációhoz, illetve a gyermekotthonban élő fiatalokhoz viszonyított – sajátos – vélhetően részben az elhelyezési forma meghatározása során érvényesülő speciális szűrőmechanizmusok következtében kialakuló – társadalmi, szociális, pszichológiai háttére (is) szerepet játszik.

- A nevelőszülőkkel élő fiatalok jelenlegi – tehát őket az első droghasználat szempontjából leginkább rizikóknak tekinthető életkorban nevelő – családjában a normál populációhoz képest is elenyésző arányban fordulnak elő deviáns magatartások, s tudjuk, hogy a normálpopulációs vizsgálatok erős kapcsolatot mutatnak a családi devianciák – főként azok halmozódása – és a gyermek droghasználatnak való kitettsége között. A jelenlegi családjuk társadalmi helyzetét leképező – elsősorban általános iskolai, ill. szakmunkás végzettséggel rendelkező szülőket tartalmazó – családok gyermekei körében a normál populációban is alacsonyabb a droghasználat. A nevelőszülőkkel élő fiatalok kiemelkedően jó viszonyról számoltak be jelenlegi nevelőikkel, s a gyermek elégedettsége a szülőkkel való kapcsolatával a normál populációs vizsgálatokban megóvó erőként jelentkezik.
- Az ESPAD-vizsgálatok szerint a normál populációban a drogfogyasztók körében néhány szabadidős tevékenység szignifikánsan gyakoribb, mint nem drogfogyasztó társaiknál. Ilyenek a veszélykeresés indikátoraként alkalmazott motorozás, az eljárós társas aktivitások, illetve a pénznyerő automatákkal való játék. Ezek a magatartások nemcsak a gyermekotthoni mintához, de a normálpopulációs értékekhez képest is igen ritkák a nevelőszülőkkel élő fiatalok körében.
- A különböző vizsgált pszichoszociális változók közül az önkárosító magatartások, illetve a depresszív tünetek előfordulása általában magasabb a droghasználó diákok körében. A nevelőszülőkkel élő fiatalok körében ezek – a meglehetősen lárvált

skálákon mért, tehát a kedvező benyomás miatt tudatosan nehezebben torzítható – változók is megóvó irányba mutatnak.

### **3.2.2. A biztosan droghasználati céllal fogyasztott szerek struktúrája**

A gyermekotthonban élők fogyasztási struktúrájában mindegyik szer megjelenik, mintegy piramisszerűen rendeződve. A legnagyobb (24,1%-os) rátát – más populációkhoz hasonlóan – a marihuána/hasis esetében kaptunk, ezt követik az inhalánsok (15,6%-kal), majd a különféle partidrogok (7-10%-os életprevalenciákkal). A többi szer esetében 4-5% körüli azoknak az aránya, akik használták már életükben.

## **7. A gyermekotthonban élő fiatalok biztosan droghasználati szerekre vonatkozó szerstruktúrája (szerenkénti életprevalencia-értékek)**

A gyermekotthonban élő 16 évesek szerenkénti prevalencia-adatait összehasonlítva a 2003-as ESPAD-vizsgálat megfelelő korosztályával, ismét a nevelőintézeti fiatalok fokozott érintettsége mutatkozik meg, mind hazai viszonylatban, mind az ESPAD-országok átlagos érintettségi adataihoz képest.

A gyermekotthonban élő fiatalok szerhasználati struktúrája ugyan gyakorlatilag leképezi a hazai illetve az európai normálpopulációs szersorrendet, azonban a marihuána és más drogok közötti kisebb

különbség révén az adatok arra utalnak, hogy a gyermekotthonban lévő fiatalok drogfogyasztási szokásai veszélyesebb fogyasztói magatartást jelenítenek meg.

**8. A tiltott drogok struktúrája a gyermekotthoni almintában és a 2003-as ESPAD-vizsgálatban (szerenkénti életprevalencia-értékek)**

Az összehasonlító adatok forrása: Hibell és mtsai (2004: 379, 389)

A nevelőszülővel élők körében a vizsgált drogok többsége nem jelenik meg a fogyasztott szerek között. Mindössze a marihuána/hasis (1,9%), az inhalánsok (1%), illetve az ecstasy, a paron/lufi, valamint az LSD esetében (1% alatti) kaptunk fogyasztásbevallásokat.

**3.3. Az első droghasználat jellemzői**

A gyermekotthonban élő fiatalok körében az első droghasználatra leggyakrabban 12-15 éves kor között kerül sor, az eddigi életük során valamilyen drogot biztosan droghasználati céllal kipróbáló diákok 57,5%-a ebben az életkorban került először kapcsolatba valamilyen droggal. Ugyanakkor minden

negyedik droghasználó ennél fiatalabb korban használt először valamilyen tiltott szert vagy inhalánst, 11,2%-uk pedig 8 évesen, vagy annál korábban.

Mint korábban láthattuk, a nevelőszülőknél élő fiataloknál csak elenyésző számban találoztunk fogyasztásbevallással, ennek megfelelően adataink maximum jelzésértékkel bírhatnak. Mindazonáltal úgy tűnik, hogy nevelőszülőknél élő fiatalok esetében inkább 15 éves korban, vagy azt követően jelenik meg a droghasználat veszélye, bár 1-1 esettel találoztunk 9 ill. 12 éves korban is.

**9. Az első, biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életkor szerinti időpontja, a valaha használók százalékában kifejezve (teljes minta)**

A 2003-as ESPAD-vizsgálat eredményeivel összehasonlítva a 16 éves gyermekotthoni fiatalok droghasználatnak való kitettségét a különböző életkorokban, megállapíthatjuk, hogy a gyermekotthoni

fiatalok életében jóval korábban jelenik meg reális veszélyként a droghasználat. A 16 éves átlagpopulációban a drogok kipróbálása leggyakrabban 14-15 éves korban történik. Ennél korábbi életkor a nagyobb életprevalencia-értékeket mutató drogok esetében is alig fordul elő. Így a marihuána esetében a 14 éves kor előtt kipróbálók aránya 1,8 %, az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztásánál 2,0 %, a nyugtatók esetében pedig 1,7 %. Ugyanakkor a nevelőintézeti 16 évesek háromötöde 14 éves kora előtt már túl volt az első drogokkal való próbálkozáson.

A valaha valamilyen drogot biztosan droghasználati céllal használó fiatalok minkét almintában elsősorban marihuánát/hasist használtak első alkalommal. A nevelőszülőknél élők körében emellett csak nyugtató, illetve valamilyen ismeretlen szer használata fordult elő. A gyermekotthonban élők körében a legnépszerűbb (a fogyasztók fele által említett) marihuána mellett jelentősebb arányban elfordulnak még az első használat során a legálisan elérhető visszaélésre alkalmas szerek, az inhalánsok és a nyugtatók, illetve a használók 3-4%-a ecstasyval kezdett. Az összes többi szer 1% körüli aránnyal szerepel a droghasználat kezdetén.

Az első adag droghoz való hozzájutás kiemelkedően legjellemzőbb módja – a más populációknál tapasztaltakhoz hasonlóan – a baráti társasággal való osztozás. Emellett viszonylag gyakran előfordul még az idősebb vagy (kisebb arányban) azonos korú barát révén – ingyen vagy pénzért - való hozzáférés. Korábbi vizsgálati tapasztalatokkal megegyezően, minden más mód, köztük az idegen által történő „bevetés” elenyésző arányú a gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok körében is.

### **3.4 A drogfogyasztás megtapasztalt következményei**

Az eddigi ESPAD-vizsgálatok eredményeihez hasonlóan a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok is meglehetősen ritkán számolnak be bármilyen, a drogfogyasztásra visszavezethető problémáról.

### **3.5 A drogfogyasztók jellemzői**

Tekintettel arra, hogy a nevelőszülővel élők körében mindössze 12 fő jelzett valamilyen biztosan droghasználati célú szerhasználatot, a drogfogyasztók jellemzőit csak a gyermekotthonban élő fiatalok körében vizsgáljuk.

#### **3.5.1. A drogfogyasztók demográfiai jellemzői**

A normálpopulációs vizsgálatokkal ellentétben, a gyermekotthonban élő fiúk és lányok drogérintettsége nem különbözik szignifikánsa ( $p=0,244$ ). A fiúknak 34,1%-a, a lányoknak pedig 30,8%-a fogyasztott eddigi élete során valamilyen, biztosan csak droghasználati céllal fogyasztható szert.

Az életprevalencia-érték normál populációban jellemző életkori mintázata azonban a gyermekotthonban élők körében is megjelenik, az életkor előrehaladtával növekszik a drogokkal kapcsolatba került fiatalok aránya.

**10. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia-értéke a különböző életkorú, gyermekotthonban élő fiatalok körében (%)**

**3.5.2. A drogfogyasztók iskolai, illetve gyermekotthoni élethez köthető jellemzői**

A drogfogyasztási tapasztalattal rendelkező fiatalok előfordulása szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) különbözik az egyes iskolatípusokban. A normálpopulációs tapasztalatokkal ellentétben a középiskolába járókon belül az érettségít adó iskolatípusok esetében nem a megszokott megóvó erő jelentkezik, éppen ezekben az iskolatípusokban – különösen a szakközépiskolába járók körében – mutatkozik a gyermekotthonban élő tanulók között a legnagyobb érintettség. (Kiemelkedően magas az iskolai tanulmányokat jelenleg nem folytató gyermekotthoni fiatalok érintettsége, gyakorlatilag függetlenül attól, hogy jelenleg dolgoznak-e vagy sem.)

**9. A biztosan droghasználati célú fogyasztás életprevalencia-értékei a jelenleg végzett iskola típusa szerint**

|                  | életprevalencia-érték |
|------------------|-----------------------|
| Általános iskola | 26,0                  |
| Szakiskola       | 27,8                  |
| Szakközépiskola  | 50,0                  |
| Gimnázium        | 43,8                  |

|           |      |
|-----------|------|
| Nem tanul | 66,7 |
|-----------|------|

A drogfogyasztás életkori mintázatának és a normálpopulációs tapasztalatoknak megfelelően a felsőbb évfolyamok felé haladva szignifikánsan növekszik a drogfogyasztás életprevalencia-értéke; különösen az alsós és felsős általános iskolás éveikben járók között van nagy különbség, illetve a középiskolás évek végén tartók esetében tapasztalható ismét egy jelentős érintettség növekedés ( $p=0,013$ ).

**11. A biztosan droghasználati célú fogyasztás életprevalencia-értékei az iskola főbb évfolyamcsoportjai szerint (%)**

A drogfogyasztás – szintén a normálpopulációs tapasztalatoknak megfelelően – szignifikáns kapcsolatot mutat az iskolába járási hajlandóság, azaz a nem betegség miatti iskolai távolmaradások gyakoriságával ( $p<0,001$ ). A rosszabb iskolába járási hajlandóság magasabb prevalencia-értékekkel jár együtt.

**10. A biztosan droghasználati célú fogyasztás életprevalencia-értékeinek összefüggése azzal, hogy az elmúlt 30 napban hány teljes napot lógott az iskolából**

| kihagyott napok száma | életprevalencia érték |
|-----------------------|-----------------------|
| egyet sem             | 22,3                  |
| 1 nap                 | 30,9                  |
| 2 nap                 | 34,1                  |
| 3-4 nap               | 38,1                  |
| 5-6 nap               | 46,2                  |
| 7 vagy több nap       | 65,0                  |

Nemcsak az iskolából való lógás, de a gyermekotthontól való távollét is összefüggést mutat a droghasználattal. Akik bevallásuk szerint minden estét a gyermekotthonban töltenek, illetve akik az

elmúlt hónapban nem voltak egyetlen napot sem szökésben, azoknál az átlagosnál kisebb a drogfogyasztás életprevalencia-értéke.

## **12. A drogfogyasztás életprevalencia-értéke az engedély nélkül az intézettől távol töltött esték száma szerint**

Ugyanakkor a vizsgált iskolai változók közül – az ESPAD 2003-as kutatásban tapasztalt negatív összefüggés ellenére – nem mutatott kapcsolatot a droghasználat előfordulása az objektív, illetve a szubjektív tanulási teljesítménnyel, valamint az évisméltlések számával ( $p$  minden esetben  $> 0,05$ ).

### **3.5.3. A családi jellemzők és a drogfogyasztás kapcsolata a gyermekotthoni mintában**

A családi jellemzők többségével nem mutat sem szignifikáns, sem tendencia jellegű kapcsolatot a gyermekotthonban élő kérdezettek drogfogyasztása. Így nem jelentkezett eltérés a drogfogyasztás életprevalencia-értékeiben a szerint, hogy a gyermek milyen nevelési helyzeteken ment keresztül eddigi élete során, hogy volt-e olyan periódus az életében – és ha igen, meddig tartott –, amikor vér szerinti szülei vagy nevelőszülők, illetve rokonok nevelték.

Nem mutat jellegzetes kapcsolatot a kérdezett droghasználata a vér szerinti család kulturális státusával sem, mindössze a maximum 8 általános végzettségű apa mutat tendenciájában ( $p=0,057$ ) megóvó erőt, de az anya esetében semmilyen összefüggést nem találtunk.



Tendencia jellegű kapcsolat mutatkozik még a vér szerinti szülők lakhelyével: a fővárosban, illetve megyeszékhelyen élő szülők gyermekeinek érintettsége tendenciájában ( $p=0,052$ ) nagyobb, mint a kisebb településekről származóké.

A vér szerinti családdal való kapcsolat minőségére utaló válaszok – a testvérrel való kapcsolat kivételével, ahol a drogot nem fogyasztók esetében szubjektíve kedvezőbbre értékelt kapcsolat jelentkezett ( $p=0,015$ ) – szintén nem mutatnak összefüggést a kérdezett drogfogyasztásával ( $p>0,1$ ), ellenben az intézeti társakkal, nevelőkkel való kapcsolat milyensége igen. A droghasználók kevésbé elégedettek a nevelőkkel, intézeti társaikkal való kapcsolatukkal, mint azok, akik még nem használtak drogokat.

Egyes szenvedély- és/vagy deviáns magatartások családi háttérben való előfordulása esetén az átlagoshoz képest nagyobb drogérrintettség mutatkozott a gyermekek körében, de itt is többnyire a nevelőcsaládban előforduló normasértések esetében jelentkezett kapcsolat.

**11. A droghasználat elterjedése a vér szerinti és/vagy nevelőcsaládban előforduló szenvedélymagatartások ill. devianciák szerint (az átlagosnál nagyobb életprevalencia-értékek kiemelésével)**

| Magatartás                                    | Előfordul-e a családban |                              |                | p      |
|-----------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------|--------|
|                                               | Vér szerinti családban  | Nevelő családba n            | mindkettőben n |        |
| Dohányzás                                     | 32,9                    | 45,6                         | 40,0           | 0,023  |
| Rendszeres, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás |                         | Nincs szignifikáns kapcsolat |                |        |
| Öngyilkossági kísérlet                        | 46,3                    | 42,8                         | 100,0          | 0,019  |
| Öngyilkosság                                  |                         | Nincs szignifikáns kapcsolat |                |        |
| Börtön                                        |                         | Nincs szignifikáns kapcsolat |                |        |
| Nyugtatófogyasztás                            | 32,1                    | 57,1                         | 66,7           | 0,068  |
| Kábítószer-használat                          | 57,4                    | 58,3                         | Nincs eset     | <0,001 |

**3.5.4. Szabadidő-eltöltés és a baráti kapcsolatok összefüggése a droghasználattal**

A drogfogyasztók körében néhány szabadidős tevékenység szignifikánsan gyakoribb, mint nem fogyasztó társaiknál. Ilyenek – az ESPAD-vizsgálattal összhangban – a veszélykeresés indikátoraként alkalmazott motorozás, az „eljárós” társas aktivitások, a pénznyerő automatákkal való játék (mindegyik esetben  $p<0,001$ ). Az átlagosnál szignifikánsan ( $p=0,02$ ) alacsonyabb droghasználatot rendszeres –

legalább heti gyakoriságú – olvasók között találtunk. A többi szabadidős változóval nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat.

**13. A drogfogyasztás életprevalencia-értéke a különböző szabadidős tevékenységeket bizonyos gyakorisággal végzők között (%)**

Az intézethez fűződő viszony egyik indikátoraként már említésre került a „házon (intézetben) kívül töltött esték” számának összefüggése a drogfogyasztással, az, hogy akik bevallásuk szerint minden estét a gyermekotthonban töltenek, azoknál az átlagosnál kisebb a drogfogyasztás életprevalencia-értéke.

Mint azt korábban szintén leírtuk, az intézeti társakkal való kapcsolat milyensége szignifikánsan, az egyéb barátokkal való kapcsolat pedig tendencia jelleggel ( $p=0,077$ ) összefügg a drogérintettségével. A droghasználók kevésbé elégedettek társaikkal való kapcsolatukkal, mint azok, akik még nem használtak drogokat.

A baráti környezet drogfogyasztása, illetve a környezetben a droghasználat előfordulása szintén szignifikáns kapcsolatot mutat a kérdezett drogérintettségével (mindegyik esetben  $p<0,001$ ). Az összefüggés bármilyen tiltott vagy legálisan hozzáférhető drog környezetben való előfordulása esetében fennáll.

#### **14. A kérdezettek életprevalencia-értékei a barátok szerhasználatának tükrében (%)**

##### ***3.5.5. Pszichoszociális jellemzők és a drogfogyasztás***

A különböző vizsgált pszichoszociális változók közül – az ESPAD-vizsgálatokban tapasztaltakkal összhangban – az önkárosító magatartások, a depresszív tünetek előfordulása, illetve a szabályszegés elfogadása szignifikánsan magasabb a droghasználó diákok körében. Ugyanakkor sem az önértékelés átlagértéke, sem az önmagával való pozitív beállítódás faktorértéke nem tér el szignifikánsan a drogérintettek körében.

**15. Az önkárosító gondolatok illetve magatartások előfordulása esetén kapott életprevalencia-értékek**

(minden esetben  $p < 0,001$ )

A depressziós tünetegyüttes átlagpontértéke a drogot még soha nem fogyasztó gyermekotthonban élő gyermekek körében 1,8, a drogot valaha kipróbáltak esetében pedig 2,13 ( $p < 0,001$ ).

Az anómia-skála itemei közül egyedül a „minden szabályt megszeghetsz...” állítással való egyetértés mutat összefüggést a drogfogyasztással. Az orientációhiánnyal kapcsolatos itemek – a korábbi normálpopulációs vizsgálatokkal összhangban – nem jellemzők a droghasználókra.

**3.6. A droghasználók társadalmi-demográfiai, pszichoszociális jellemzőinek összegzése**

A háttérváltozók elemzése során a szabadidő-eltöltéssel, a baráti viszonyokkal/hatásokkal, továbbá a kérdezett pszichoszociális jellemzőivel kapcsolatos dimenziók mentén a normálpopulációs vizsgálatokban is megjelenő irányú, szignifikáns kapcsolatot mutatott a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás:

- A drogfogyasztók körében néhány szabadidős tevékenység szignifikánsan gyakoribb, mint nem fogyasztó társaiknál. Ilyenek a veszélykereső magatartások, az „eljárós” társas aktivitások, illetve a szerencse játékok.
- Az intézeti társakkal, illetve egyéb barátokkal való kapcsolat tendencia jelleggel összefügg a drogérintettséggel. A droghasználók kevésbé elégedettebbek társaikkal való kapcsolatukkal, mint azok, akik még nem használtak drogokat. A baráti környezet befolyásoló hatásának másik jellemzője az, hogy a droghasználatuk szignifikáns kapcsolatot mutat a kérdezett drogérintettségével.
- A különböző vizsgált pszichoszociális változók közül az önkárosító magatartások, a depresszív tünetek előfordulása, illetve a szabályszegéssel való egyetértés aránya magasabb a droghasználók fiatalok körében. Ugyanakkor a valaha fogyasztók önértékelése nem tér el az átlagtól.

A drogfogyasztás iskolatípus szerinti mintázata eltér a megszokottól, nem jelentkezik az érettségit adó képzési formák megóvó ereje. Az iskolai tanulási teljesítmény sem mutat kapcsolatot a droghasználattal a gyermekotthonban élő diákok körében.

A családi jellemzők többségével nem mutat sem szignifikáns, sem tendencia jellegű kapcsolatot a gyermekotthonban élő kérdezettek drogfogyasztása. Így nem jelentkezett eltérés a drogfogyasztás életprevalencia-értékeiben a szerint hogy:

- A megkérdezett milyen nevelési helyzeteken ment keresztül eddigi élete során, hogy volt-e olyan periódus az életében, és ha igen, meddig tartott, amikor a vér szerinti szülei vagy nevelőszülők, illetve rokonok nevelték.
- Nem mutat jellegzetes kapcsolatot a kérdezett droghasználata a vér szerinti család kulturális státusával.
- Nincs összefüggésben a droghasználat a szülőkkel való kapcsolat minőségével.
- A szokásosnál kisebb mértékben jelentkezik a családi devianciák hatása.

## **4. Alkoholfogyasztás**

### **4.1. Az alkoholfogyasztás elterjedtsége**

#### **4.1.1. Mennyiség és gyakoriság**

A megkérdezett, gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok 56,4 %-a fogyasztott már életében valamilyen alkoholtartalmú italt. A fiatalok közel fele az előző évben, és több mint egynegyede az előző

hónapban fogyasztott alkoholt. A nagyobb gyakoriságú (havi hat vagy többszöri) alkoholfogyasztás az összes megkérdezett 8,6 %-ára volt jellemző. A fiúk és a lányok közötti különbségek csak a nagyobb gyakoriságra utaló mutatók esetében jelentősek, így a havi rendszerességű fogyasztás, és a havi hat vagy több alkalommal történő fogyasztás a fiúknál sokkal gyakoribb. Az elhelyezési forma szerint igen jelentős különbségeket figyelhetünk meg. A nevelőszülőknél élőkhez viszonyítva a nevelőotthonban élők között az alkoholfogyasztás éves prevalenciaértéke több mint kétszeres, a havi prevalenciaérték pedig több mint háromszoros.

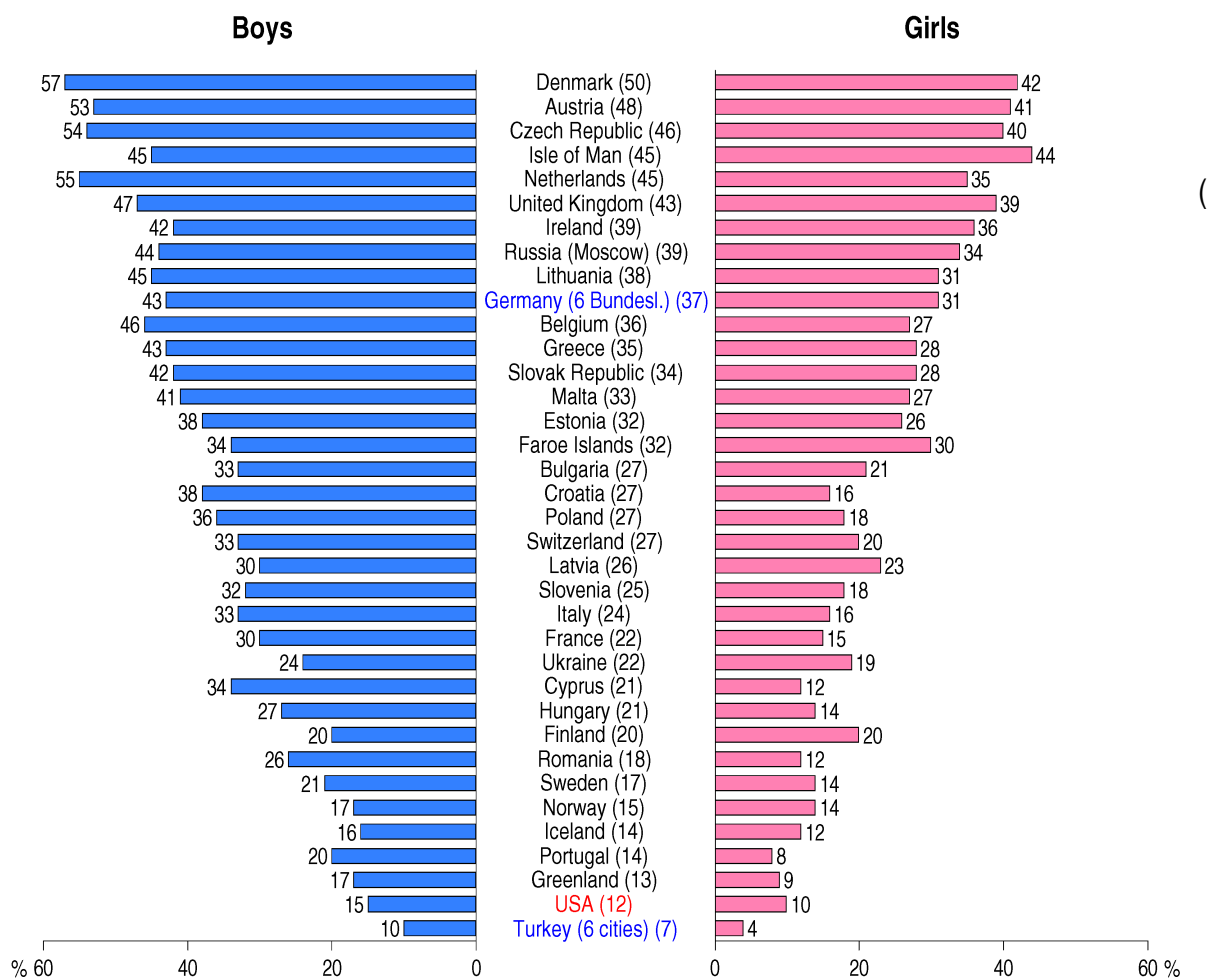
## 12. Az alkoholfogyasztás főbb prevalenciaértékei nemeként és elhelyezési forma szerint

|                          | Fiú  | lány | nevelőszülő | gyermek-<br>otthon | összes |
|--------------------------|------|------|-------------|--------------------|--------|
| életprevalencia          | 56,0 | 56,7 | 40,2        | 68,6               | 56,4   |
| Éves prevalencia         | 46,5 | 42,5 | 26,1        | 59,1               | 44,6   |
| Havi prevalencia         | 31,8 | 27,7 | 12,8        | 43,6               | 29,8   |
| Havi 6 vagy több alkalom | 10,5 | 6,6  | 1,0         | 14,7               | 8,6    |

Összehasonlítva a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 16 évesek adatait a 2003. évi ESPAD-vizsgálat adataival, megállapíthatjuk, hogy az alkoholfogyasztás legtöbb prevalenciaértéke a nem gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiataloknál magasabb, mint akár a gyermekotthonban, akár a nevelőszülőknél élő fiataloknál. Csupán a havi nagyobb gyakoriságú alkoholfogyasztás fordul elő gyakrabban a gyermekotthonban élők között.

**16. Az alkoholfogyasztás főbb prevalenciaértékei a 16 évesek körében az ESPAD-mintában, a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban nevelkedők körében**

A 16 éves magyar fiatalokra vonatkozó adatokat összehasonlítva a 2003. évi ESPAD kutatásban részt vett többi európai ország adataival megállapíthatjuk, hogy a rendszeresebb fogyasztást kifejező „40 vagy többszöri fogyasztás” mutatója alapján a magyar fiatalok körében az alkoholfogyasztás kevésbé elterjedt mint Európa számos más országában.



Hibell et al 2004:135)

Az alkoholfogyasztás mennyiségi mutatói is arra utalnak, hogy a magyar fiatalok ebben a korban még nem tartoznak Európa nagy alkoholfogyasztói közé.

A havi prevalenciaértékek alapján a hazai ESPAD-mintában megkérdezett 16 évesek legnagyobb arányban töménytet isznak, ezt követi a bor, majd pedig a sör. Ezzel ellentétben, mindkét gyermekvédelmi gondoskodási formában a legelterjedtebb a sör fogyasztása, a gyermekotthonban élőknél ezt követi a tömény, majd pedig a bor. A nevelőszülőknél élők körében a bor és a tömény ital havi prevalenciája azonos a 16 éveseknél.

A fogyasztott alkohol mennyiségére a kérdezést megelőző utolsó fogyasztási alkalom adatai adnak információt. Ennek alapján egyrészt megállapíthatjuk, hogy a fiúk 50 %-kal több italt ittak, mint a lányok (fiúk átlagosan 36,3 ml-t, lányok 24,9 ml-t, tiszta szeszből számolva), másrészt a gyermekotthonban



élők négy és félszer akkora mennyiségű italt fogyasztottak, mint a nevelőszülőknél élők (gyermekotthonban 47,1 ml, nevelőszülőknél 10,1 ml).

A 16 évesekre vonatkozó ESPAD-adatok alapján megállapíthatjuk, hogy a *gyermekotthonban élő és az országos mintába került fiatalok nagyjából azonos mennyiségű alkoholt fogyasztottak. A nevelőszülőknél élők mind az ESPAD-mintához, mind pedig a nevelőotthoni mintához képest lényegesen kevesebb alkoholt fogyasztottak.*

- 18. Az utolsó alkalommal fogyasztott alkohol mennyisége tiszta szeszben (ml) a 16 évesek körében az ESPAD-mintában, a nevelőszülőknél és a nevelőotthonban élők körében**

#### **4.1.2. Problémás alkoholfogyasztás**

A megkérdezett fiatalok több mint egyharmada volt legalább egyszer részeg eddigi életében. Több mint egynegyed részük volt részeg a megelőző évben, és 17,8 % az előző hónapban lerészegedők aránya. Nem elenyésző azoknak az aránya sem, akik legalább hat alkalommal, azaz több mint heti rendszerességgel voltak részegek a kérdezést megelőző hónapba. A nagyívás előző havi prevalenciája 22,4 % volt.

**13. A lerészegedés és nagyívás főbb prevalenciaértékei nemenként és elhelyezési forma szerint**

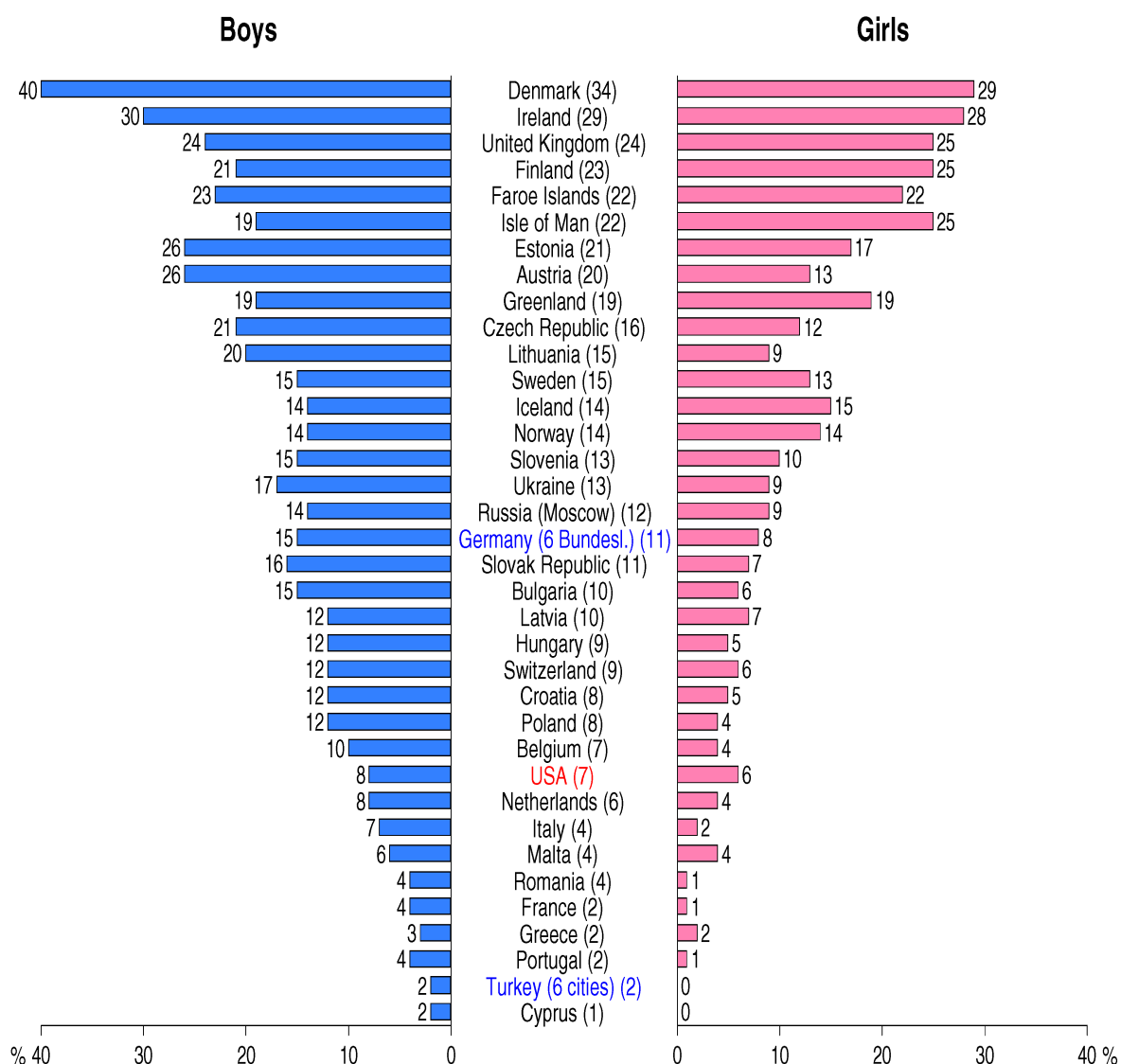
|                             | Fiú  | lány | nevelőszülő | gyermekotthon | összes |
|-----------------------------|------|------|-------------|---------------|--------|
| <b>lerészegedés</b>         |      |      |             |               |        |
| életprevalencia             | 38,8 | 40,6 | 16,9        | 57,2          | 39,6   |
| Éves prevalencia            | 27,7 | 27,9 | 9,7         | 41,7          | 27,8   |
| Havi prevalencia            | 18,5 | 17,0 | 3,6         | 29,1          | 17,8   |
| Havi 6 vagy több alkalommal | 4,4  | 2,3  | 0,0         | 5,4           | 3,9    |
| <b>nagyívás</b>             |      |      |             |               |        |
| Havi prevalencia            | 23,5 | 21,1 | 7,1         | 33,8          | 22,4   |

Eltérően a középiskolás vizsgálatok során tapasztaltaktól, ahol valamennyi évben a fiúk között szignifikánsan gyakoribb volt az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formáit kifejező lerészegedés és nagyívás, addig a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok körében azt tapasztaljuk, hogy a nagyívás és a lerészegedés legtöbb mutatója nem mutat jelentős különbséget a két nem között. Ugyanakkor meghatározó különbségeket találunk a nevelőszülőnél és a gyermekotthonokban élő fiatalok között. A gyermekotthonban élő fiatalok körében a lerészegedés életprevalencia-értéke háromszorosa, az éves prevalenciaérték több mint négyszerese, a havi prevalenciaérték pedig nyolcszorosa a nevelőszülőknél élő fiataloknál mért értékeknek.

A gyermekvédelmi gondoskodásban élő 16 éves fiatalok adatait összehasonlítva az országos 16 éves minta adataival azt tapasztaljuk, hogy a nevelőotthonokban élő fiatalok körében a lerészegedés és a nagyívás mutatói jelentős mértékben meghaladják a „normál” 16 éves korosztályra vonatkozó mutatókat. Ugyanakkor *a nevelőszülőknél élő fiatalok lerészegedésre vonatkozó adatai nemcsak a nevelőotthonokban élő társaikéhoz képest igen alacsonyak, hanem az országos átlaghoz képest is sokkal ritkább körökben az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formáinak az előfordulása.*

**19. A lerészegedés és nagyivás főbb prevalenciaértékei a 16 évesek körében az ESPAD-mintában, a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban nevelkedők körében**

A lerészegedés és a nagyivás európai adatai – a fogyasztás gyakoriságához és mennyiségéhez hasonlóan – szintén arra utalnak, hogy a magyar fiatalok körében az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formái kevésbé elterjedtek, mint Európa sok más országában.



(Hibell et al. 2004: 153)

#### 4.1.3. Az alkoholfogyasztás elterjedtségével kapcsolatos eredmények összegzése

Az alkoholfogyasztás prevalenciaértékei arra utalnak, hogy a gyermekotthonban élő fiatalok sokkal nagyobb gyakorisággal fogyasztanak alkoholt, mint nevelőszülőknél élő társaik. Fiúk és lányok főbb prevalenciaértékeiben jelentős különbség nincs, csupán a havi, és ennél nagyobb gyakoriságú fogyasztás fordul elő nagyobb arányban a fiúknál, mint a lányoknál. A 16 évesekre vonatkozó adatokat összehasonlítva a 2003. évi ESPAD-vizsgálat megfelelő adataival, figyelemre méltó különbségnek tartjuk, hogy a gyermekvédelmi gondoskodás mindkét formájában nevelkedő fiatalokra ritkább alkoholfogyasztás jellemző, mint a nem gyermekvédelmi gondoskodásban élőkre. Eltérést találunk a gyermekvédelmi gondoskodásban élők és az „átlag” 16 évesek italfajtánkénti preferenciáiban is. Míg az

„átlag” középiskolás korosztálynál a mennyiségi és gyakorisági adatok is a tömény fogyasztás dominanciájára utalnak, amit a lányoknál a bor és a sör, a fiúknál pedig a sör és a bor követ, addig mindkét gyermekvédelmi gondoskodási formában a mennyiségi és gyakorisági adatok alapján is a sörfogyasztás dominálja a fiatalok alkoholfogyasztását. Hasonlóan az „átlag” középiskolás népességhez, a gyermekvédelmi gondoskodásban élők körében is megjelenik már az alacsony fogyasztása, de szintén az átlaghoz hasonlóan, az italajták között az utolsó helyet foglalja el gyakoriság és mennyiség alapján egyaránt.

Az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége alapján azt valószínűsíthetjük, hogy a gyermekotthonban élő fiatalok az országos átlaghoz hasonló mennyiségű alkoholt fogyasztanak, a nevelőszülőknél élők azonban ennél sokkal kevesebbet.

A megkérdezett gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok több mint egyharmada volt már részeg életében. A lerészegedés és nagyivás prevalenciaértékei a gyermekotthonban élőkénél sokkal nagyobbak, mint a nevelőszülőknél élőkénél. Azaz, *a gyermekotthonban élőkre sokkal jellemzőbbek az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formái, mint a nevelőszülőknél élőkre.* Figyelemre méltónak tekintjük, hogy bár a gyermekotthonban élők alkoholfogyasztása mennyiségben és gyakoriságban is elmarad a „normál” 16 éves népesség fogyasztásától, addig a lerészegedés és a nagyivás mutatói meghaladják az átlag populációra jellemző mutatókat. Azaz *a gyermekotthonban élő fiatalok, bár ritkábban isznak, és kisebb mennyiséget, a lerészegedés mégis gyakoribb náluk. A nevelőszülőknél élők között az alkoholfogyasztás többi mutatójához hasonlóan a szélsőséges ivásra utaló mutatók is messze elmaradnak mind a gyermekotthoni, mind pedig az ESPAD minta adataitól.*

## **2. Az alkoholfogyasztók jellemzői**

Eddigi elemzéseinkből egyértelműen kiderül, hogy a nevelőszülőknél élő fiatalok alkoholfogyasztása sokkal mérsékeltebb: ritkábban és kisebb mennyiséget isznak, és kevésbé jellemző rájuk a szélsőségesebb fogyasztást kifejező nagyivás és lerészegedés, mint gyermekotthonban élő társaikra. Ezért a továbbiakban az alkoholfogyasztásra ható tényezőket a két csoportban külön elemezzük, az összehasonlíthatóság megőrzésére azonban csak azokat a változókat vizsgáljuk, amelyek mindkét mintában értelmezhető nagyságú prevalenciaértékeket mutatnak. Ezen kívül az alkoholváltozók könnyebb kezeléséhez gondozási formánként külön-külön főkomponens-elemzést végeztünk.

A nevelőszülőknél élő fiatalok esetében a kapott főkomponens azt tükrözi, hogy az ő alkoholfogyasztásuk elsősorban a fogyasztás előfordulásával, gyakoriságával írható le; a fogyasztás

mennyiségére, valamint a nagyivásra vonatkozó adatok nem befolyásolták jelentősen a főkomponens alakulását, és a lerészegedésnek is csak a hosszabb távú (egész életre, illetve az előző évre vonatkozó) gyakorisága kapott szerepet a végső faktorban. A gyermekotthonban élő fiatalok alkoholfogyasztásának már fontos jellemzői az elfogyasztott mennyiség, a tömény szesz fogyasztása és a nagyivás.

A megkérdezett, gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalokra vonatkozóan egyértelműen megállapíthatjuk, hogy az országos adatokhoz hasonlóan az életkor előrehaladtával az alkoholfogyasztás legtöbb mutatója nő.

A jelenlegi iskola típusa – részben az életkorral összefüggésben – szintén szignifikáns kapcsolatot mutat az alkoholfogyasztás mutatóival. Az általános iskolában tanulók között a legkisebb mértékű a fogyasztás. Míg a nevelőszülőknél élők között a szakközépiskolákban tanulóknál, addig a gyermekotthonban élőkénél a szakiskolákban tanulóknál átlag alatti a fogyasztás. Az iskolai életminőségi mutatói közül csupán a hiányzások előfordulása, illetve gyakorisága mutat egyértelmű összefüggést az alkoholfogyasztással, mégpedig oly módon, hogy a különböző okokból gyakrabban hiányzókat nagyobb mennyiségű és gyakoriságú alkoholfogyasztás jellemez. A nevelőszülőknél élők között a legnagyobb gyakorisági adatokat a gimnáziumban tanulóknál, valamint a sehol nem tanulóknál találjuk. Míg azonban a gimnazisták között a magas gyakorisági érték alacsony mennyiséggel és a részegség kisebb prevalenciájával jár együtt, addig a nem tanulóknál a mennyiség és a részegség prevalenciája is magas. A középfokú intézményben tanulók közül a szakközépiskolásokat jellemzi a legmérsékeltőbb alkoholfogyasztás.

*Egyik legfontosabb különbségnek a gyermekvédelmi gondoskodásban élő és a nem gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok között az alkoholfogyasztás szempontjából a család hatásának különbözőségét tartjuk. Eddig valamennyi ESPAD-vizsgálat arra a következtetésre jutott, hogy a fiatalok alkoholfogyasztási szokásaiban meghatározó a család (Elekes és Paksi 1996, 2000a, 2004). A szülők iskolai végzettsége, a család szerkezete, a szülőkhöz való viszony egyaránt jelentős mértékben befolyásolja a fiatalok fogyasztási szokásainak alakulását. A szülők fogyasztása befolyással van oly módon is, hogy azok, akik otthon, a szüleik társaságában kezdenek el alkoholt fogyasztani, nagyobb valószínűséggel megtanulják az alkoholfogyasztás mérsékelt, társasági formáit, mint azok, akik ezt baráti körben teszik. Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok között végzett kutatásunk eredményei arra utalnak, hogy sem a vér szerinti, sem pedig a nevelőcsalád egyetlen jellemzőjének sincs meghatározó hatása a fiatalok alkoholfogyasztására. A vér szerinti családdal a fiataloknak mindkét gondozási formában kevés kapcsolatuk van, a nevelőcsaládban pedig igen ritka bármilyen*

káros fogyasztási szokás. Ezért a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok fogyasztási szokásait nem a család, hanem a baráti kapcsolatok alakítják. A szabadidő-eltöltés formája, a barátok fogyasztása meghatározó mind a nevelőszülőknél élők, mind pedig a gyermekotthonban élők fogyasztásában. Ugyanakkor, eltérően más fiatalok között végzett vizsgálataink eredményeitől, az idősebb testvérek fogyasztási szokásai kevésbé meghatározóak a megkérdezettek fogyasztásának alakulásában.

A pszichoszociális állapot vizsgált mutatói többségükben szintén szignifikáns kapcsolatot mutatnak a fiatalok fogyasztási szokásaival. Míg az anómia hiánya csak a nevelőszülőknél élő fiatalok alkoholfogyasztására hat mérséklően, addig a depresszió mindkét gondozási formában a nagyobb mértékű alkoholfogyasztást valószínűsíti. Valamennyi önkárosító magatartás előfordulása nagyobb mértékű alkoholfogyasztással jár együtt mindkét gondozási formában.

**21. Az alkoholfaktor értéke az egyes önkárosító magatartásformák előfordulása szerint a nevelőszülőknél élők körében**

## 22. Az alkoholfaktor értéke az egyes önkárosító magatartásformák előfordulása szerint a gyermekotthonban élők körében

### 5 . Dohány- zás

#### 5.1. A dohány- zás elterje- dtsége

A

gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok 61,7 %-a legalább egyszer kipróbálta már a dohányzást. A fiúk és a lányok közötti különbség ebből a szempontból nem jelentős (60,5 %, illetve 63,2 %). Ugyanakkor a gondoskodási forma szerint megállapíthatjuk, hogy míg a *gyermekotthonban élők több mint háromnegyede (76,1%) dohányzott már élete során, addig a nevelőszülővel élők körében az életprevalencia-érték csupán 42,1%.*

#### 14. Az előző hónapban dohányzók aránya nemeként és elhelyezési forma szerint

|                                         | fiú  | lány | nevelőszülő | gyermek-<br>otthon | Összes |
|-----------------------------------------|------|------|-------------|--------------------|--------|
| Dohányzott az előző hónapban            | 40,5 | 42,4 | 17,5        | 59,3               | 41,6   |
| Napi rendszerességgel dohányzott        | 32,9 | 36,5 | 11,9        | 51,5               | 34,8   |
| Napi 10 szálnál több cigarettát szívott | 15,5 | 14,8 | 3,2         | 23,8               | 15,1   |

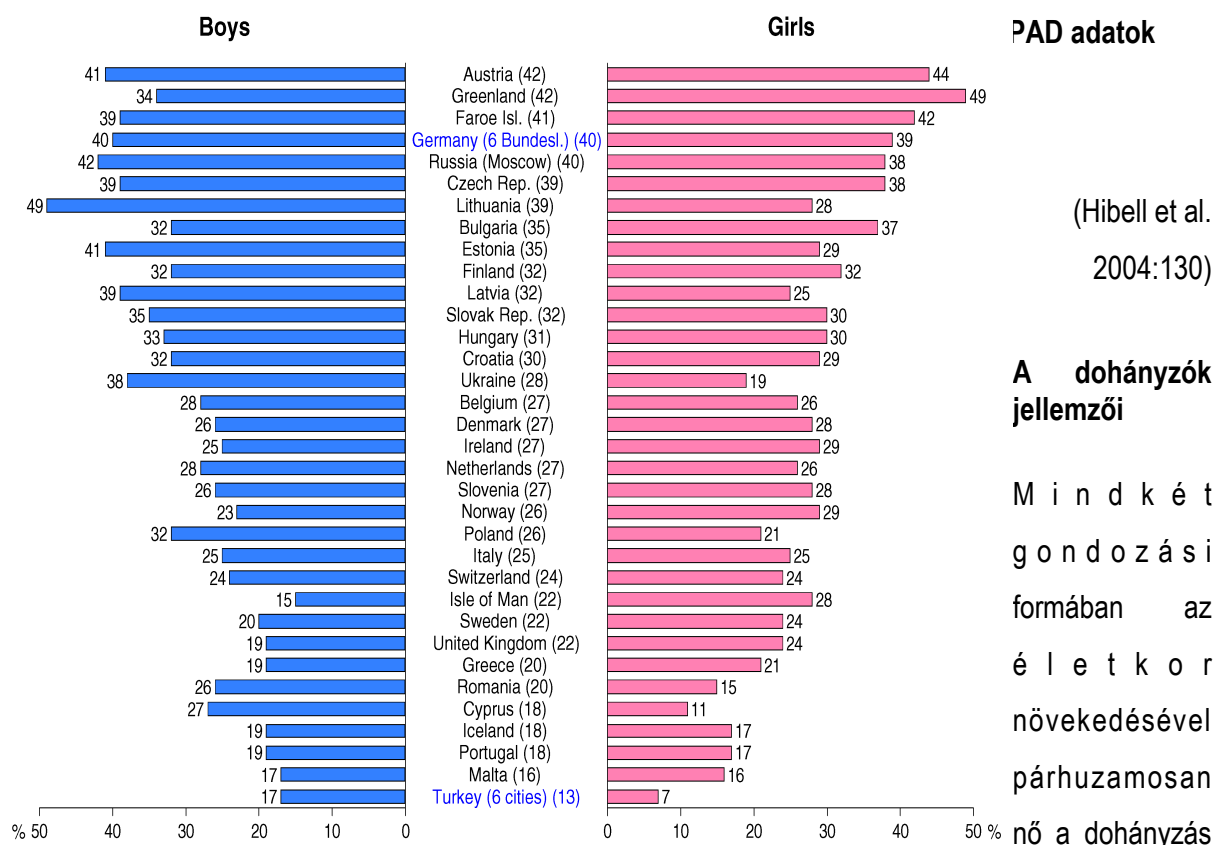
A megkérdezett fiatalok 41 %-a dohányzott a kérdezést megelőző hónapban, és több mint egyharmaduk napi rendszerességgel dohányzik. Nem csekély a napi legalább fél doboz cigarettát elszívók aránya sem. A lányok és a fiúk között a különbség nem jelentős, ugyanakkor figyelemre méltó, hogy az előző havi prevalenciaérték és a napi rendszerességgel dohányzók aránya is magasabb a lányok között. A két elhelyezési forma nagyon határozott különbséget mutat, a dohányzás valamennyi prevalenciaértéke többszöröse a nevelőotthonban élők, mint a nevelőszülőknél élők között.



Összehasonlítva a 2003. évi ESPAD-vizsgálat 16 éves korosztályának adatait a gyermekvédelmi gondoskodásban élő 16 éves fiatalok havi dohányzására vonatkozó adatokkal, megállapíthatjuk, hogy *a nevelőszülőknél élő megkérdezettek dohányzási szokásai teljesen megegyeznek a megfelelő országos adatokkal.* Azaz a nevelőszülőknél élő fiatalok körében a havi vagy napi rendszerességű dohányzás ugyanolyan gyakori, mint az azonos korú többi fiatalnál. Ugyanakkor *a gyermekotthonokban élő fiataloknál az előző hónapban dohányzók aránya is jelentősen meghaladja a másik két mintában mért arányokat, a napi rendszerességgel dohányzók aránya pedig kétszerese az ESPAD-mintában vagy a nevelőszülőknél nevelkedők körében mért arányoknak.*

**23. A havi és napi dohányzás gyakorisága a 16 évesek körében az ESPAD mintában, a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban nevelkedők körében**

A magyar fiatalok körében a dohányzás európai összehasonlításban is elterjedtebb, mint sok más országban élő kortársaiknál. A dohányzás legtöbb vizsgált mutatója alapján Magyarország az európai átlag fölött helyezkedik el az ESPAD-eredmények alapján.



havi prevalenciaértéke, és az életévek számának gyarapodásával párhuzamosan jelentősen nő a napi hat vagy több cigarettát elszívók aránya. Azaz, akik egy-egy korcsoportban elkezdnek dohányozni, azok rövid időn belül napi rendszerességgel és nagyobb mennyiséget szívnak. Így a gyermekotthonban élő 15-16 éveseknek is már közel a fele, 17 év felett pedig 58 %-a elszív naponta 6 vagy több cigarettát.

A jelenlegi iskola típusa szerint legritkább a dohányzás az általános iskolában tanulók között, ugyanakkor a gyermekotthonban élő általános iskolás gyermekek körében sokkal elterjedtebb a dohányzás, mint nevelőszülőknél élő társaiknál. Legelterjedtebb a dohányzás a nevelőszülőknél élők esetében a szakiskolában, a gyermekotthonban élők között pedig a szakközépiskolában tanulóknál. Az iskolai élet szubjektív mutatói szintén határozott kapcsolatot mutatnak a dohányzás gyakoriságával. Mindkét csoportban azok értékelték legjobbra iskolai teljesítményüket, akik nem dohányoztak az előző hónapban. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy nem a legtöbbet dohányzók önértékelése a legrosszabb, hanem az alkalmanként dohányzóké. A dohányzás a legtöbb családra – legyen a vér szerinti, vagy nevelőcsalád – vonatkozó változóval nem mutat szignifikáns kapcsolatot. Azaz sem a különböző személyekkel való kapcsolattartás, sem a szülők vagy nevelőszülők iskolai végzettsége, és többségében a nevelő- vagy vér szerinti családban előforduló káros szokások és devianciák sincsenek hatással a fiatalok jelenlegi dohányzási szokásaira. Szignifikáns kapcsolatot a dohányzással a

nevelőszülőknél élők esetében a nevelőanyához fűződő viszonnal való elégedettség, a gyermekotthonban élőkénél pedig a nevelőhöz és az otthonbeli társakhoz fűződő viszonnal való elégedettség mutat: valamennyi esetben a nagyobb mértékű elégedettség mérsékeltebb dohányzással jár együtt.

A szabadidő eltöltése és a barátok feltételezett fogyasztási szokásai a dohányzással szignifikáns kapcsolatot mutatnak. Minél gyakrabban töltik távol estéiket a fiatalok, ill. minél nagyobb arányban feltételezik barátaik dohányzását, alkoholfogyasztását, annál nagyobb a dohányzás gyakorisága.

A pszichoszociális állapot mutatói gyengébb összefüggést mutatnak a dohányzással. Ugyanakkor valamennyi önkárosító forma előfordulása nagyobb mértékű dohányzással jár együtt.

## **6. Összegzés**

Gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok között végzett kutatásunk adatai arra utalnak, hogy mind a drogfogyasztási, mind a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokban – és (vagy) az azokkal kapcsolatos attitűdökben (hajlandóságokban) – jelentős különbségek mutatkoznak a gyermekotthonokban és a nevelőszülőknél élő fiatalok között. A gyermekotthonban élő fiatalokra gyakoribb, nagyobb rendszerességű dohányzás, gyakoribb, nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás jellemző, mint a nevelőszülőknél élőkre. Még inkább fokozott elétérés mutatkozik a két elhelyezési forma között a drogérintettségben. A nevelőszülőnél élő gyermekek körében csak nagyon minimális esetben kaptunk a visszaélésre alkalmas szerekre vonatkozóan bevallásokat. A gyermekotthonban lévő fiatalok esetében azonban többnyire – más vizsgálatok alapján megfogalmazott várakozásainkkal összhangban – a normál populációs adatokhoz képest is kimagasló értékeket regisztráltunk. Adatainkat összehasonlítva a 2003. évi ESPAD-kutatás megfelelő korosztályaira vonatkozó adatokkal, számos dimenzió mentén tapasztaljuk a gyermekotthonban élő fiatalok nagyobb veszélyeztetettségét. A droghasználaton, illetve az orvosi rendelvényre vagy anélkül történő gyógyszerfogyasztáson túlmenően gyakoribb körükben a rendszeres dohányzás, az alkoholfogyasztás szélsőségesebb formáira utaló lerészegedés és nagyivás, sokkal gyakoribb az önkárosítás és az öngyilkossági kísérlet. A nevelőszülőknél élő fiatalok valamennyi eddig vizsgált mutatója kedvezőbb értékeket mutat, mint akár a gyermekotthonos mintáé, akár pedig az ESPAD-vizsgálat során mért 16 éves átlag korosztály megfelelő adatai.

Különösen fontosnak tartjuk, hogy míg az „átlag” 16 évesek fogyasztási szokásaira jelentős mértékben hatással van a szülői család (családszerkezet, iskolai végzettség, családtagokkal való viszony, családon belüli káros szokások), addig a gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok esetében többnyire sem a vér szerinti család, sem pedig a nevelőcsalád fontosabb jellemzői nincsenek befolyással a fogyasztási szokásokra. Fontosnak tartjuk ezt azért, mert bár a család káros szokásai valószínűsítik a fiatalok szélsőséesebb fogyasztási szokásainak kialakulását, ugyanakkor eddigi eredményeink azt mutatják, hogy azok a fiatalok, akik otthon, családi körben elsajátítják a kulturált fogyasztási formákat, a későbbiekben nagyobb valószínűséggel válnak maguk is mérsékelt fogyasztókká. Azok pedig, akik főleg barátaik társaságában ismerkednek meg a dohányzással és alkoholfogyasztással, és elsősorban barátaik fogyasztása hat rájuk, nagyobb valószínűséggel válnak mértéktelenebb fogyasztókká.

Másik figyelemre méltó eredménynek tartjuk a nevelőszülőknél élő fiatalok országos átlagtól elmaradó mutatóit. Sokkal kisebb közöttük a dohányosok aránya, sokkal csekélyebb mértékű az alkoholfogyasztás, gyakorlatilag nem érintettek a drogfogyasztás által, de kisebb az anómiamutató értéke, az országos átlagtól elmarad a depressziómutató értéke, és ugyancsak jóval ritkább az országos átlagnál az önkárosító magatartásformák előfordulása is. Jelen vizsgálatunk e mutatók alacsony értékére vonatkozóan csupán hipotetikus összefüggések megfogalmazására ad lehetőséget.

- A fenti adatok különösen érdekesek annak fényében, hogy általában ugyan a vizsgálat megbízhatósági és érvényességi paraméterei kedvezőtlenebbek az ESPAD-vizsgálatokra jellemzőnél, de a nevelőszülőknél élők körében a módszertani paraméterek kevésbé maradnak el a normálpopulációs adatoktól.
- A családi kapcsolatokra vonatkozó adatok közt a nevelőanyával való elégedettség kiemelkedően magas mutatója, valamint az anómiaskála nagy arányú szabálykövetésre utaló adata azt valószínűsíti, hogy a nevelőszülőknél élő fiatalok az átlagosnál jobban kötődnek nevelőszüleikhez, és jobban igyekeznek megfelelni azok elvárásainak.
- A nevelőszülőknél élő fiatalokat – feltehetően a nevelőcsalád életformájából adódóan – sokkal „zártabb” életforma jellemezi (kevesebbet mennek el otthonról, kevesebb időt töltenek barátaikkal, stb.), amely életforma kevesebb lehetőséget ad a káros fogyasztási szokások kialakulására.
- Korábbi kutatásaink eredményei arra utalnak, hogy a fiatalok ivási szokásaiban leképeződnek a szülők fogyasztási szokásai. Bár jelen vizsgálatunk során nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a vér szerinti vagy a nevelőcsalád és a fogyasztás mutatói között,

mégis elképzelhetőnek tartjuk, hogy a nevelőanya fogyasztási szokásai, akihez a megkérdezettek a legszorosabban kötődnek, hatással van a megkérdezettek fogyasztására. Felnőttek között végzett kutatásaink pedig arra utalnak, hogy a vidéken élő, alacsonyabb iskolai végzettségű nők – akik közé a nevelő anyák többsége tartozik – az átlagosnál sokkal mérsékeltebb szenvedélyszer-használattal jellemezhetőek. Azaz, ha az gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalokra is igaz az, hogy fogyasztási szokásaik leképezik (nevelő)szüleik fogyasztási szokásait, akkor szükségszerű az, hogy a nevelőanyák absztinenciához közeli fogyasztása tükröződjön a megkérdezett fiatalok fogyasztásában.

### **Felhasznált irodalom**

Elekes Zs.- Paksi B. (1996): A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása. Népjóléti Minisztérium, Budapest.

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

Elekes Zs.- Paksi B. (2000b): Önbevallásos vizsgálatok Magyarországon a kilencvenes években. In.: Jelentés a magyarországi kábítószerhelyezetről. (szerk: Ritter Ildikó) ISMertető 12. Budapest. Ifjúsági és Sportminisztérium

Elekes Zs.- Paksi B. (2004): Európai középiskolás kutatás az alkohol- és drogfogyasztásról. Magyarországi projektbeszámoló. OTKA kutatási zárójelentés. Budapest. (nem publikált)

Fábián R. (2002): Államigondozottak egészségmagatartása és drogfogyasztása. NDI. Budapest (nem publikált tanulmány)

Hibell, B. - Andersson, B. - Bjarnasson, T. - Kokkevi, A. - Morgan, M. – Narusk, A. (1997): The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 25 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.

Hibell, B. - Andersson, B. – Ahlström, S. – Balakireva, O. - Bjarnasson, T. - Kokkevi, A. - Morgan, M. (2000): The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden

Hibell, B. - Andersson, B. (2002): The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Project Plan. Final version. Stockholm, Sweden. 2002. September

Hibell, B. - Andersson, B. – Bjarnasson, T. - Ahlström, S. – Balakireva, O. - Kokkevi, A. - Morgan, M. (2004): The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. CAN, PG., Stockholm, Sweden

Paksi B. – Elekes Zs. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. Addiktológia 3-4.

Paksi B., Elekes Zs.(2004): A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. MAT V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, október 21-23.

Paksi B. (2000): A drogfogyasztás populációs prevalenciájának becslése - Az iskolából kimaradók vizsgálata. OTKA zárótanulmány. Budapest

Paksi B. (2003): Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon. Szakmai forrás sorozat. 4. L'Harmattan. Budapest

**FORRAI ERZSÉBET**  
**A SZENVEDÉLYBETEGEK ÁPOLÁST, GONDOZÁST NYÚJTÓ**  
**INTÉZMÉNYEIRŐL**

A 2004. év őszén teljes körű felmérést végeztünk a szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek körében. Az intézmények adatainak összeállításakor a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet addiktológiai szakreferense, valamint a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Harmónia Szenvedélybetegek Otthona Országos Módszertani Központ információit vettük figyelembe. Az így létrejött nyilvántartás szerint az országban az adatfelvétel idején 23 szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézménye működött, melyek közül 18 ellátó küldte vissza részünkre a kitöltött kérdőíveket. A visszaküldési arány tehát 78,3%-os.

A rendelkezésünkre álló információk összehasonlítása a KSH adataival ugyanakkor több szempontból is problémás. Egyfelől a Központi Statisztikai Hivatal az ápolást, gondozást nyújtó és a rehabilitációs intézmények (együtt: tartós bentlakásos intézmények, melyben megtaláljuk ugyan a lakóotthonokat is, ám azt elkülönítve is közli) adatait a szenvedélybeteg-ellátás kapcsán is összesítve kezeli. E szerint összesen 36 szenvedélybeteget ellátó ápolást, gondozást nyújtó és rehabilitációs intézmény működött az országban 2003-ban (ennél frissebb adatok sajnos nem állnak rendelkezésünkre), összesen 1558 működő férőhellyel, melyeknek kihasználtsága 98,3%-os volt. Az összehasonlítást tehát egyfelől a kevésbé részletes adatok nehezítik. Másfelől azonban míg a KSH szerint összesen 36 intézmény található az országban, addig az általunk összeállított nyilvántartásban 47 ellátó szerepel, melyek közül ápolást, gondozást 23 intézmény, rehabilitációt 24 intézmény biztosít.

## Általános információk a felmérésben szereplő intézményekről

Az adatbázisunkban szereplő 18 ápolást, gondozást nyújtó intézmény *régió és településnagyság szerinti megoszlását* az 1. sz. táblázat mutatja.

1.

sz. táblázat

*Az adatbázisban szereplő intézmények régió és településnagyság szerinti megoszlása*

| A település lélekszáma<br>(fő) |           | Régió              |                     |                  |                    |                  |            | Összesen |
|--------------------------------|-----------|--------------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------|------------|----------|
|                                |           | Közép-Ma<br>gyaro. | Nyugat-D<br>unántúl | Dél-Duná<br>ntúl | Észak-Ma<br>gyaro. | Észak-Alf<br>öld | Dél-Alföld |          |
| 0 – 499                        | intézmény | -                  | 1                   | -                | -                  | -                | -          | 1        |
|                                | %         | -                  | 100,0               | -                | -                  | -                | -          | 5,6      |
| 500 – 999                      | intézmény | -                  | -                   | -                | -                  | 1                | -          | 1        |
|                                | %         | -                  | -                   | -                | -                  | 25,0             | -          | 5,6      |
| 1 000 – 1 999                  | intézmény | -                  | -                   | 1                | 3                  | 1                | 2          | 7        |
|                                | %         | -                  | -                   | 33,3             | 75,0               | 25,0             | 50,0       | 38,9     |
| 2 000 – 4 999                  | intézmény | 1                  | -                   | 1                | -                  | 1                | -          | 3        |
|                                | %         | 50,0               | -                   | 33,3             | -                  | 25,0             | -          | 16,7     |
| 5 000 – 9 999                  | intézmény | 1                  | -                   | -                | 1                  | 1                | -          | 3        |
|                                | %         | 50,0               | -                   | -                | 25,0               | 25,0             | -          | 16,7     |
| 10 000 – 19 999                | intézmény | -                  | -                   | 1                | -                  | -                | 1          | 2        |
|                                | %         | -                  | -                   | 33,3             | -                  | -                | 25,0       | 11,1     |
| 20 000 – 49 999                | intézmény | -                  | -                   | -                | -                  | -                | 1          | 1        |
|                                | %         | -                  | -                   | -                | -                  | -                | 25,0       | 5,6      |
| Összesen                       | intézmény | 2                  | 1                   | 3                | 4                  | 4                | 4          | 18       |
|                                | %         | 100,0              | 100,0               | 100,0            | 100,0              | 100,0            | 100,0      | 100,0    |

Első ránézésre szembetűnik, hogy egyfelől az adatbázisban nem szerepel közép-dunántúli intézmény (tudomásunk szerint nem is működik e régióban szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézménye), másfelől nem találunk ötvenezer főnél nagyobb településen működő intézményt (azt azonban tudjuk, hogy van ilyen az országban). (A kérdőívet vissza nem küldő intézmények közül három Közép-Magyarországon, kettő Nyugat-Dunántúlon található.) Az adatbázisban szereplő intézmények legnagyobb arányban (38,9%) ezer és kétezer fő közötti lélekszámú településen működnek. Ezer fő alatti településen az intézmények 11,2%-a, kettő- és tízezer fő közötti településen 33,4%-a, végül tíz- és ötvenezer fő közötti településen 16,7%-a biztosítja szolgáltatásait.

A *fenntartó szervezeti formája* szerinti csoportosításból az derül ki, hogy adatbázisunkban kizárólag önkormányzati fenntartású intézmények találhatók. Információnk szerint ugyanakkor az országban működik mind civil, mind pedig egyházi fenntartású intézmény. Amelyekről azonban adataink vannak, 88,9%-ban (16 intézmény) megyei és 11,1%-ban (2) települési önkormányzati fenntartásúak. A működtető és a fenntartó szervezeti



formája minden válaszadó esetében megegyezik, tehát az általunk ismert intézményekre nem jellemző a működtetői feladatok kiszervezése.

Az intézményekkel kapcsolatban fontos információ, hogy *milyen formában történik a szolgáltatás megszervezése*, vagyis mekkora hányaduk tiszta profilú (azaz egy ellátotti csoport részére azonos gondozási feladatok ellátására létrejött intézmény), milyen arányban találunk közöttük vegyes profilú (azaz az intézmény keretében több ellátási forma teljes körű megszervezésére kerül sor egy telephelyen), valamint integrált intézményt (az intézmény keretében több szolgáltatási forma kerül megszervezésre egy szervezeti keretben, de különböző telephelyeken).

A válaszok alapján az alábbiakat mondhatjuk el: a 18 felmérésünkben szereplő, szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézmény 38,9%-a (7) tiszta profilú, 50,0%-a (9) vegyes profilú, és 11,1%-a (2) integrált intézményként működik.

A megyei önkormányzatok által fenntartott intézmények között 43,8%-ban (7) találunk tiszta profilú, 50,0%-ban (8) vegyes profilú és 6,3%-ban (1) integrált intézményt. A települési önkormányzatok által fenntartott két intézmény közül az egyik vegyes profilú, a másik pedig integrált formában működik.

A település lélekszáma szintén differenciálja az adatokat, melyeket a 2. sz. táblázat mutat.

**2. sz. táblázat**

*A szolgáltatás megszervezésének formája a település lélekszáma szerint*

| A szolgáltatás megszervezésének formája |           | A település lélekszáma (fő) |           |               |               |               |                 |                 | Összesen |
|-----------------------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|----------|
|                                         |           | 0 – 499                     | 500 – 999 | 1 000 – 1 999 | 2 000 – 4 999 | 5 000 – 9 999 | 10 000 – 19 999 | 20 000 – 49 999 |          |
| tiszta profilú                          | intézmény | 1                           | 1         | 3             | 1             | 1             | -               | -               | 7        |
|                                         | %         | 100,0                       | 100,0     | 42,9          | 33,3          | 33,3          | -               | -               | 38,9     |
| vegyes profilú                          | intézmény | -                           | -         | 3             | 2             | 2             | 2               | -               | 9        |
|                                         | %         | -                           | -         | 42,9          | 66,7          | 66,7          | 100,0           | -               | 50,0     |
| integrált                               | intézmény | -                           | -         | 1             | -             | -             | -               | 1               | 2        |
|                                         | %         | -                           | -         | 14,3          | -             | -             | -               | 100,0           | 11,1     |
| Összesen                                | intézmény | 1                           | 1         | 7             | 3             | 3             | 2               | 1               | 18       |
|                                         | %         | 100,0                       | 100,0     | 100,0         | 100,0         | 100,0         | 100,0           | 100,0           | 100,0    |

Látható a 2. táblázatban, hogy a tiszta profilú intézmények aránya a település lélekszámának emelkedésével csökken, sőt, a tízezer főnél nagyobb településeken található intézmények között már nem is fordul elő e formában működő. Vegyes profilú és integrált intézményeket azonban a legkisebb (ezer fő alatti) településeken nem találunk. A vegyes profillal működőkről elmondható, hogy arányuk a település lélekszámának emelkedésével nő,

bár az egyetlen húsz- és ötvenezer fő közötti településen működő intézmény integrált formában biztosítja szolgáltatásait.

Közép-Magyarországon (2) és Nyugat-Dunántúlon (1) kizárólag tiszta profilú intézményt találunk, Dél-Alföldön azonban egyáltalán nincs ilyen formában működő intézmény. A többi régióban arányuk 25,0% és 50,0% közötti. A vegyes profillal működő intézmények aránya Dél-Alföldön és Észak-Magyarországon 50,0%, Dél-Dunántúlon 66,7%, Észak-Alföldön 75,0%. Végül, mindkét integrált intézmény a dél-alföldi régióban található (arányuk 50,0%).

Feltettünk kérdést arra vonatkozóan is, hogy az intézmények szerveznek-e *speciális alapellátási feladatot*, azaz nyújtanak-e közösségi ellátást szenvedélybetegek részére. A megkérdezett 18 intézmény közül kettőről tudjuk, hogy már a lekérdezéskor is biztosították ezt az ellátási formát. Az egyik intézmény Dél-Dunántúlon, a másik Észak-Alföldön működik, mindkettő fenntartója megyei önkormányzat.

A jelenleg ilyen ellátást nem biztosító intézményektől azt tudakoltuk, tervezik-e a közeljövőben szenvedélybetegek közösségi ellátásának megszervezését. A 16 intézmény közül 4 jelezte, hogy tervezi bevezetni ezen ellátást, 11 intézmény nem tervezi, 1 kitöltő pedig nem válaszolt. A négy speciális alapellátást biztosítani kívánó intézmény közül egy Dél-Dunántúlon, kettő Észak-Alföldön működik, tehát azon régiókban, melyekben már jelenleg is biztosítják a szervezetek ezt az ellátást, a negyedik intézmény pedig Dél-Alföldön található. Mindegyikőjük fenntartója megyei önkormányzat.

Érdeemes még egy szervezeti kapcsolódásra figyelmet fordítani. Nevezetesen arra, hogy az intézményekre mennyire jellemző, hogy *társadalmi szervezetet vagy gazdasági társaságot működtetnek*. E kérdésre egy intézmény kivételével mindenkitől kaptunk választ, melyek szerint 10 intézmény (55,6%) működtet alapítványt, 1 intézmény (5,6%) egyesületet, szintén 1 intézmény közhasznú társaságot, végül 6 intézmény (33,3%) egyik említett szervezetet sem működteti. Megjegyzendő, hogy a közhasznú társaságot működtető ápolást, gondozást nyújtó intézmény egyben alapítványt is tart fenn. Említésre méltó, hogy mindkét települési önkormányzati intézmény működtet alapítványt.

E társadalmi szervezetek és gazdasági társaságok létrehozásának és működtetésének célja egyébként az esetek igen nagy hányadában (a 11 intézményből 9-ben) az, hogy az igénybevevők és a munkatársak élet- és munkakörülményeit javítsák.

Ami a felmérésben szereplő intézmények *megnyitásának idejét* illeti, a legrégebbi intézmény 1949-ben kezdte meg működését, míg a legfiatalabb 2002-ben. E szempontból a legaktívabb év 1994 volt, mikor is három szenvedélybetegek ápolását, gondozását biztosító intézményt hoztak létre, tehát az intézmények 16,7%-át. Érdekes, hogy a 18 szolgáltató közel fele-fele arányban nyitotta meg kapuit 1992-ben vagy azt megelőzően (55,6%, 10 intézmény), illetve a szociális törvény életbe lépését követően (44,4%, 8 intézmény).

Amit a fenntartókról mondhatunk: a megyei önkormányzati intézmények 62,5%-át (10) 1992 előtt, míg 37,5%-át (6) 1993 után hozták létre. A települési önkormányzatok mindkét intézményt a szociális törvény életbe lépése után nyitották meg.

Az adatok régiós csoportosítását mutatja a 3. sz. táblázat.

**3. sz. táblázat**

*Az intézmények megnyitásának ideje régiós csoportosításban*

| A megnyitás ideje |           | Régió              |                     |                  |                    |                  |            | Összesen |
|-------------------|-----------|--------------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------|------------|----------|
|                   |           | Közép-Ma<br>gyaro. | Nyugat-D<br>unántúl | Dél-Duná<br>ntúl | Észak-Ma<br>gyaro. | Észak-Alf<br>öld | Dél-Alföld |          |
| 1992 és előtte    | intézmény | 2                  | 1                   | 1                | 2                  | 2                | 2          | 10       |
|                   | %         | 100,0              | 100,0               | 33,3             | 50,0               | 50,0             | 50,0       | 55,6     |
| 1993 és utána     | intézmény | -                  | -                   | 2                | 2                  | 2                | 2          | 8        |
|                   | %         | -                  | -                   | 66,7             | 50,0               | 50,0             | 50,0       | 44,4     |
| Összesen          | intézmény | 2                  | 1                   | 3                | 4                  | 4                | 4          | 18       |
|                   | %         | 100,0              | 100,0               | 100,0            | 100,0              | 100,0            | 100,0      | 100,0    |

A 3. táblázat adatai szerint a közép-magyarországi és a nyugat-dunántúli intézmények mindegyike 1992 előtt nyitotta meg kapuit, és ugyanez mondható el a dél-dunántúli intézmények egyharmadáról. Az Észak-Magyarországon, valamint Észak- és Dél-Alföldön működő intézmények fele-fele arányban kezdték meg szolgáltatásuk biztosítását a szociális törvény életbe lépése előtt és után.

A település nagysága szerinti megoszlás adatait a 4. táblázat tartalmazza.

**4. sz. táblázat**

*Az intézmények megnyitásának ideje a település lélekszáma szerint*

| A megnyitás ideje |           | A település lélekszáma (fő) |              |                  |                  |                  |                    |                    | Összesen |
|-------------------|-----------|-----------------------------|--------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------|----------|
|                   |           | 0 – 499                     | 500 –<br>999 | 1 000 –<br>1 999 | 2 000 –<br>4 999 | 5 000 –<br>9 999 | 10 000 –<br>19 999 | 20 000 –<br>49 999 |          |
| 1992 és előtte    | intézmény | 1                           | 1            | 5                | 2                | 1                | -                  | -                  | 10       |
|                   | %         | 100,0                       | 100,0        | 71,4             | 66,7             | 33,3             | -                  | -                  | 55,6     |
| 1993 és utána     | intézmény | -                           | -            | 2                | 1                | 2                | 2                  | 1                  | 8        |
|                   | %         | -                           | -            | 28,6             | 33,3             | 66,7             | 100,0              | 100,0              | 44,4     |
| Összesen          | intézmény | 1                           | 1            | 7                | 3                | 3                | 2                  | 1                  | 18       |
|                   | %         | 100,0                       | 100,0        | 100,0            | 100,0            | 100,0            | 100,0              | 100,0              | 100,0    |

A 4. táblázat adataiból látható, hogy az 1992. évet megelőző időszakban kizárólag tízezer fő alatti településeken hozták létre a vizsgált intézményeket, míg ezt követően már megjelentek a nagyobb települések is, sőt, az egyes kategóriák – az arányokat tekintve – mintha helyet cseréltek volna a két időszakban. Az összes ezer fő alatti településen működő intézmény 1992-ben vagy az előtt nyitott meg, míg az összes tízezer főnél nagyobb településen működő intézmény '93-ban vagy az után.

A felmérésben szereplő ápolást, gondozást nyújtó intézmények működési engedélyük alapján összesen 964 *férőhellyel* rendelkeznek. A legkevesebb férőhellyel bíró intézmény 15 főt, a legtöbbel rendelkező intézmény pedig 115 főt láthat el. A férőhelyek regionális megoszlása az alábbiak szerint alakul (5. sz. táblázat).

**5. sz. táblázat**

*Az adatbázisban szereplő intézmények férőhelyeinek száma régiós bontásban*

| Régió              | A férőhelyek |              |
|--------------------|--------------|--------------|
|                    | száma        | aránya (%)   |
| Közép-Magyarország | 223          | 23,1         |
| Nyugat-Dunántúl    | 36           | 3,7          |
| Dél-Dunántúl       | 135          | 14,0         |
| Észak-Magyarország | 144          | 15,0         |
| Észak-Alföld       | 213          | 22,1         |
| Dél-Alföld         | 213          | 22,1         |
| <b>Összesen</b>    | <b>964</b>   | <b>100,0</b> |

Az 5. táblázat tanúsága szerint a vizsgált intézményi férőhelyek száma tehát legnagyobb Közép-Magyarországon (223), a legkisebb pedig Nyugat-Dunántúlon (36). Ugyanakkor szükséges felidézni, hogy három közép-magyarországi és két nyugat-dunántúli intézmény nem juttatta vissza a kérdőívet, tehát a férőhelyek száma mindkét régióban magasabb az itt szereplő értéknél.

A 964 férőhelyen az intézmények összesen 1066 főt látnak el, tehát az összes *férőhelyre* vetített *kihasználtság* 110,6%. Meg kell jegyezni azonban, hogy egy 100 főt ellátó intézmény valójában nem szenvedélybetegek ápolására, gondozására kapta működési engedélyét (tehát a férőhelyek összesített számában a 100 fő nem szerepel), hanem pszichiátriai betegek ellátására, ugyanakkor igénybevevői jellemzően korábbi alkoholfüggőségük okán kerültek be az intézménybe. Ha tehát e száz főt kiemeljük az összes ellátott közül (az új adat ennek

megfelelően 966 igénybevevő), a férőhelyek kihasználtsága 100,2%. A kihasználtság további elemzésénél ezen intézmény adatait nem vesszük figyelembe.

Így tehát az értékek az alábbiaképp alakulnak: mindössze egy intézmény (5,6%) esetében találkozunk 100% alatti (96,7%-os) kihasználtsággal, 14 intézményben (77,8%) pontosan annyi igénybevevő él, amennyire működési engedélyét kapta, végül 2 intézményben (11,1%) a férőhelyek kihasználtsága 100% feletti.

Az egyetlen húsz- és ötvenezer fő közötti településen lévő intézménynél a kihasználtság nem éri el a 100%-ot, ugyanakkor az egyetlen ötszáz fő alatti településen működő intézményben meg is haladja azt. A másik 100% feletti kihasználtsággal működő intézmény öt- és tízezer fő közötti településen található.

A dél-alföldi régió intézményeinek egynegyede kevesebb főt lát el, mint amennyire a működési engedélye lehetőséget adna. Az egyetlen nyugat-dunántúli intézményben és az észak-magyarországi intézmények egyharmadában az ellátottak száma magasabb a férőhelyek számánál.

A megyei önkormányzatok által fenntartott intézmények 86,7%-a (13) 100%-os, 13,3%-a pedig 100% feletti férőhely-kihasználtsággal működik, míg a települési önkormányzatok által fenntartott intézmények egyikében a kihasználtság 100% alatti, a másikában 100%-os.

*A területi ellátási illetékesség* kapcsán meglepő adatokat nem találunk: minden megyei önkormányzat által fenntartott intézmény adott megye ellátására szerveződött. A települési önkormányzatok által fenntartott intézmények esetében az egyik ellátó a székhelyt adó települést, valamint annak kistérségét szolgálja ki; a másik intézmény szintén az adott települést és a hozzá tartozó külterületi részeket (tanyákat).

És ha már az ellátási illetékességnél tartunk, megkérdeztük az ellátóktól, hogy *hány fő kérte felvételét* az intézménybe, és közülük hány főt vettek fel.

A 2003. évben összesen 342 fő jelentkezett felvételre (16 intézménybe). Találtunk egy olyan intézményt, ahová nem jelentkeztek, és olyat is, ahová 55 szenvedélybeteg kérte felvételét. A jelentkezők közül 183 fő nyert felvételt, tehát a kérelmezők 53,5%-a. Az elemzett évben legtöbben (90 fő) az észak-magyarországi intézményekbe kérték felvételüket, azonban a legtöbb igénybevevőt (52 fő) Dél-Alföldön vették fel.

A 2004. év első félévében az összes jelentkező száma 198 fő; egy intézménybe senki sem nyújtott be kérelmet, egybe azonban 35 fő is. A jelentkezők 43,4%-a, tehát 86 fő nyert

felvételt az intézményekbe. Mind a legtöbb kérelem (49), mind a legtöbb új beköltöző (20 fő) a dél-alföldi régió intézményeibe érkezett.

Ez utóbbi időszak részletes adatait a 6. sz. táblázatban láthatjuk.

6. sz. táblázat

A 2004. év I. félévében benyújtott kérelmek és a felvett igénybevevők száma régió szerint

| Régió              | A lakók száma<br>(fő) | A 2004. év I. félévében felvételüket kérők |                                               | A 2004. év I. félévében felvételt nyert igénybevevők |                                                      |
|--------------------|-----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                    |                       | száma                                      | aránya az ellátottak számához viszonyítva (%) | száma                                                | aránya a felvételüket kérők számához viszonyítva (%) |
| Közép-Magyarország | 223                   | 21                                         | 9,4                                           | 16                                                   | 76,2                                                 |
| Nyugat-Dunántúl    | 37                    | -                                          | -                                             | -                                                    | -                                                    |
| Dél-Dunántúl       | 135                   | 45                                         | 33,3                                          | 18                                                   | 40,0                                                 |
| Észak-Magyarország | 246                   | 39                                         | 15,9                                          | 14                                                   | 35,9                                                 |
| Észak-Alföld       | 213                   | 44                                         | 20,7                                          | 18                                                   | 40,9                                                 |
| Dél-Alföld         | 212                   | 49                                         | 23,1                                          | 20                                                   | 40,8                                                 |
| <b>Összesen</b>    | <b>1 066</b>          | <b>198</b>                                 | <b>18,6</b>                                   | <b>86</b>                                            | <b>43,4</b>                                          |

A 6. táblázat adatai szerint tehát az egyetlen nyugat-dunántúli intézménybe nem jelentkezett senki a vizsgált időszakban, és új igénybevevő sem költözött be az intézménybe. Az ellátottak számához viszonyított legnagyobb arányú (33,3%) jelentkezést a dél-dunántúli régióban tapasztaljuk, míg a felvételüket kérők legnagyobb arányban (76,2%) a Közép-Magyarországon működő intézményekbe nyertek felvételt, ahol egyébként a legkisebb arányú jelentkezést is tapasztaljuk.

A 2003. évben felvételüket kérők közül 317 főről, 2004. I. félévében pedig 180 főről van információnk arra vonatkozóan, hogy esetükben *ki kezdeményezte az intézményben történő elhelyezést*. Ezt mutatja a 7. sz. táblázat.

7. sz. táblázat

Az intézményben történő elhelyezés kezdeményezője

| Az elhelyezés kezdeményezője                     | A 2003. évben |              | A 2004. év I. félévében |              |
|--------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------------|
|                                                  | fő            | %            | fő                      | %            |
| a kérelmező maga                                 | 223           | 70,3         | 129                     | 71,7         |
| hivatásos gondnok                                | 37            | 11,7         | 9                       | 5,0          |
| hozzátartozó gondnok                             | 17            | 5,4          | 8                       | 4,4          |
| családtag (gondnokság alatt nem állók esetében)  | 13            | 4,1          | 14                      | 7,8          |
| bírói döntés                                     | -             | -            | -                       | -            |
| orvos                                            | -             | -            | -                       | -            |
| más szociális ellátást nyújtó intézmény vezetője | 18            | 5,7          | 15                      | 8,3          |
| egészségügyi ellátást nyújtó intézmény vezetője  | 9             | 2,8          | 5                       | 2,8          |
| <b>Összesen</b>                                  | <b>317</b>    | <b>100,0</b> | <b>180</b>              | <b>100,0</b> |

Amint a táblázatból látható, jellemzően (több mint kétharmad arányban) azok adják be a felvételi kérelmet, akik be kívánnak költözni a szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményébe. Az adatokból ugyanakkor nem tudunk messzemenő következtetéseket levonni az egyes kezdeményezők által benyújtott kérelmek gyakoriságára vonatkozóan, hiszen a két időintervallum nem egyforma terjedelmű.

A *felvételi kérelmekről* négy intézményben kizárólag az igazgató vagy intézményvezető dönt, egy intézmény esetében pedig az önkormányzat illetékes bizottsága. A fennmaradó 13 intézményben több személy, vagy fórum hozza meg a döntést. Mindegyik esetben elmondható, hogy a döntéshozók között megtaláljuk az intézmény vezetőjét, valamint (például) az intézmény pszichiáter szakorvosát, főápolóját, főnővérét, mentálhigiénés csoportvezetőjét, addiktológiai konzultánsát, a háziorvost, az előgondozást végző szakembert, a mentort.

Természetesen a *felvételi döntést több szempont is befolyásolja*, melyekről igyekeztünk információt kapni a kérdőív kitöltőitől, akiket arra kértünk, hogy az általunk megadott szempontokat értékeljék egytől hatig terjedő skálán a szerint, hogy milyen súllyal esnek latba a döntési folyamatban. A skála egyes értéke jelentette, ha adott szempont egyáltalán nem befolyásolja, a hatos érték pedig, ha a megadott szempont maximálisan befolyásolja a felvételi döntést. A felsorolt szempontok átlagos értékeit a 8. sz. táblázat mutatja. (Egy intézmény esetében nem ismerjük a válaszokat.)

#### 8. sz. táblázat

*A felvételi döntést befolyásoló tényezők a kapott átlagos értékek szerint*

| A felvételi döntést befolyásoló tényező    | Átlagos érték |
|--------------------------------------------|---------------|
| a jelentkező egészségi állapota            | 4,59          |
| a szenvedélybetegség típusa                | 4,00          |
| több függőség egyúttjárása                 | 3,56          |
| a jelentkező együttműködési készsége       | 3,41          |
| a jelentkező önellátási képessége          | 3,12          |
| a jelentkező neme                          | 2,71          |
| a jelentkező „belátási képessége”          | 2,71          |
| a támogató környezet megléte               | 2,59          |
| a jelentkező életkora                      | 2,53          |
| a jelentkező szenvedélybeteg „karrierje”   | 2,24          |
| a jelentkezőt ajánló/közvetítő személye    | 1,41          |
| a jelentkező jövedelmi és vagyoni helyzete | 1,35          |
| a jelentkező családi állapota              | 1,24          |



A 8. táblázat adatainak tanúsága szerint tehát a felvételi eljárást leginkább a jelentkező egészségi állapota, szenvedélybetegségének típusa, valamint több függőség együttjárása befolyásolja, a legkevésbé pedig a jelentkezőt ajánló/közvetítő személye, a jelentkező jövedelmi és vagyoni helyzete, valamint családi állapota nyom a latban a döntés meghozatalakor.

Fenti értékek, illetve a szempontok sorrendje azonban régióként eltérést mutat. Közép-Magyarországon például a legmagasabb átlagos értéket (3,5) a jelentkező belátási képessége kapta. Dél-Dunántúlon a legfőbb tényező (4,33) a szenvedélybetegség típusa, akárcsak Észak-Magyarországon (4,75), ahol viszont ugyanilyen fontos a jelentkező egészségi állapota. Észak-Alföldön szintén a jelentkező egészségi állapota a legfontosabb szempont (5,75), Dél-Alföldön azonban a jelentkező együttműködési képessége kapta a legmagasabb átlagos értéket (5,5). A Nyugat-Dunántúlon működő intézményről nem rendelkezünk adatokkal.

Természetesen e kérdéskörhöz tartoznak a várakozókkal kapcsolatos kérdések is, amelyekre 2 megyei önkormányzati intézmény nem adott választ. Az első adatunk, hogy e 16 intézmény vezet *várólistát* azokról, akik felvételt nyertek ugyan az intézménybe, ám a beköltözésre még várniuk kell. A 16 intézménybe a lekérdezéskor összesen 590 *fő* várakozott. A részletesebb adatokat a 9. sz. táblázat tartalmazza.

#### 9. sz. táblázat

##### *Elhelyezésre várók száma és aránya a fenntartó szerint csoportosítva*

| A fenntartó             | Az intézményekben ellátottak száma (fő) | Az elhelyezésre várók száma és aránya az ellátottak számához viszonyítva |             | A sürgősségi várakozók száma és aránya a várakozók számához viszonyítva |             | A fél évnél hosszabb ideje várakozók száma és aránya a várakozók számához viszonyítva |             |
|-------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                         |                                         | fő                                                                       | %           | fő                                                                      | %           | fő                                                                                    | %           |
| megyei önkormányzat     | 1 022                                   | 588                                                                      | 57,5        | 330                                                                     | 56,1        | 456                                                                                   | 77,6        |
| települési önkormányzat | 44                                      | 2                                                                        | 4,5         | -                                                                       | -           | 1                                                                                     | 50,0        |
| <b>Összesen</b>         | <b>1 066</b>                            | <b>590</b>                                                               | <b>55,3</b> | <b>330</b>                                                              | <b>56,1</b> | <b>457</b>                                                                            | <b>77,5</b> |

Mint látható a 9. táblázatban, jelenleg az intézményekbe való beköltözésre több mint feleannyian várakoznak, mint ahány fő az intézményekben jelenleg él. Az összes várakozónak szintén több mint fele (56,1%-a) sürgősségi elhelyezésre váró, 77,5%-a azonban több mint fél éve készül a beköltözésre.

A két fenntartói csoport között igen lényeges eltérést tapasztalunk a várakozók arányát tekintve. Ennek oka nagy valószínűséggel az illetékességi terület nagyságának különbségében keresendő. Ugyanakkor említésre méltó, hogy a települési önkormányzati intézményekbe várakozó két fő egyike legalább fél éve vár a beköltözésre.

A várakozókkal kapcsolatos további kérdés az *előgondozásra* vonatkozott. Elmondhatjuk, hogy mind a 18 intézmény végez előgondozási tevékenységet, melynek tartalmára azonban csak 17 intézmény adott választ. E szerint mind a 17 intézményben az előgondozás folyamatában megjelenik a kérelmező tájékoztatása az intézményi étellel kapcsolatban, 16 intézményben e folyamat során vizsgálják az ellátásra való jogosultságot, szintén 16 intézmény esetében szerepel a kérelmező helyzetének megismerése, végül 15-15 intézményben az előgondozás része a szolgáltatás biztosításának előkészítése, valamint az intézményben élők és dolgozók felkészítése a kérelmező fogadására.

Az intézmények jelenlegi igénybevevőivel kapcsolatban felmerül a kérdés, vajon mindenki számára *a szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézménye* nyújtja-e *a legmegfelelőbb ellátást*. E kérdés kapcsán a választ adó intézmények száma igen hullámzó, tehát a következőkben bemutatott számokról feltételezhetjük, hogy a valóságnál valamelyest alacsonyabb értéket mutatnak.

Az esetlegesen adekvátabb megoldást, ellátást nyújtó intézményeket két csoportra osztottuk: egyikbe a szenvedélybeteg-ellátás más szegmensei tartoznak, másokban az egyéb ellátotti csoportok számára biztosított szolgáltatások. Az átfogó adatokat a 10. sz. táblázat tartalmazza.

**10. sz. táblázat**

*A más típusú ellátást igénylők száma és aránya a fenntartó szerint*

| A jelenlegi igénybevevők közül hány főt kellene ellátni     | A fenntartó         |             |                         |             | Összesen   |             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|
|                                                             | megyei önkormányzat |             | települési önkormányzat |             |            |             |
|                                                             | fő                  | %           | fő                      | %           | fő         | %           |
| szenvedélybetegek közösségi ellátása keretében              | 67                  | 6,5         | -                       | -           | 67         | 6,3         |
| szenvedélybetegek nappali intézményében                     | 29                  | 2,8         | 5                       | 11,4        | 34         | 3,2         |
| szenvedélybetegek átmeneti elhelyezést nyújtó intézményében | 6                   | 0,6         | -                       | -           | 6          | 0,6         |
| szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében              | 51                  | 5,0         | 2                       | 4,5         | 53         | 5,0         |
| szenvedélybetegek lakóotthonában                            | 66                  | 6,5         | 4                       | 9,1         | 70         | 6,5         |
| <b>Más szenvedélybeteg-ellátást igénylő lakók összesen</b>  | <b>219</b>          | <b>21,4</b> | <b>11</b>               | <b>25,0</b> | <b>230</b> | <b>21,6</b> |
|                                                             |                     |             |                         |             |            |             |

|                                                             |              |              |           |              |              |              |
|-------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| fogyatékossgal élőket ellátó intézményben                   | 16           | 1,6          | 1         | 2,3          | 17           | 1,6          |
| idős embereket ellátó intézményben                          | 13           | 1,3          | 3         | 6,8          | 16           | 1,5          |
| pszichiátriai betegeket ellátó intézményben                 | 16           | 1,6          | -         | -            | 16           | 1,5          |
| egészségügyi ellátást nyújtó intézményben                   | -            | -            | -         | -            | -            | -            |
| <b>Nem szenvedélybeteg- ellátást igénylő lakók összesen</b> | <b>45</b>    | <b>4,4</b>   | <b>4</b>  | <b>9,1</b>   | <b>49</b>    | <b>4,6</b>   |
|                                                             |              |              |           |              |              |              |
| <b>Más típusú ellátást igénylők összesen</b>                | <b>264</b>   | <b>25,8</b>  | <b>15</b> | <b>34,1</b>  | <b>279</b>   | <b>26,2</b>  |
| <b>Jelenlegi igénybevevők összesen</b>                      | <b>1 022</b> | <b>100,0</b> | <b>44</b> | <b>100,0</b> | <b>1 066</b> | <b>100,0</b> |

Már első ránézésre szembevető, hogy kevés (49 fő, 4,6%) olyan igénybevevő él jelenleg a válaszadó intézményekben, aki számára ne a szenvedélybeteg-ellátás valamely formája lenne megfelelő. Az adatok között egy kiugró arányt találunk: a települési önkormányzatok intézményeiben élő emberek 6,8%-a (3 fő) számára nyújtana adekvátabb megoldást az időseket ellátó szociális rendszer. Ugyanakkor a kitöltők szerint a szenvedélybetegeket ellátó rendszer más szegmensei a jelenlegi igénybevevők 21,6%-ának megfelelőbb ellátást nyújtanának. Legnagyobb arányban (6,5%) a szenvedélybetegek lakóotthona, 6,3%-ban a szenvedélybetegek közösségi ellátása, 5,0%-ban pedig a szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye jelentene a jelenlegi igénybevevőknek megfelelőbb ellátást. Érdemes itt is felhívni a figyelmet a két fenntartói csoport közötti különbségre. A települési önkormányzatok által fenntartott intézményekben élők esetében ugyanis a megfelelőbb megoldások sorrendje (azaz azon emberek aránya, akik számára adott ellátás megfelelőbb lenne) másként alakul. Például a közösségi ellátást és az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményt egyetlen, más ellátást igénylő lakó esetében sem említik. Ugyanakkor kiugró azon igénybevevők aránya, akiknek a szenvedélybetegek nappali intézménye (11,4%), valamint lakóotthona (9,1%) nyújtana megfelelőbb ellátást. Összességében az adatokból az derül ki, hogy a szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeiben jelenleg (a lekérdezéskor) élők több mint egynegyede számára nem ebben az ellátási formában tudják megadni a leghatékonyabb segítséget.

És e számokhoz még egy adalék: a megyei önkormányzati intézményekben 27 (az összes igénybevevő 2,6%-a), a települési önkormányzati intézményekben pedig 1 (2,3%) fő azon igénybevevők száma, akiknek a kitöltő véleménye szerint nem lenne szükségük intézményi ellátásra, sőt, ott-tartózkodásuk oka gazdasági vagy szociális tényezőkre vezethető vissza.

Az intézmény *területi elhelyezkedésére* vonatkozóan is tettünk fel kérdést, melyre 1 intézmény (5,6%) nem adott választ. Az adatbázisban szereplő intézmények 66,7%-a belterületen, 27,8%-a külterületen található, utóbbiak mindegyike megyei önkormányzat által

fenntartott. A külterületen elhelyezkedő ellátók aránya egyébként Közép-Magyarországon a legmagasabb (100,0%). Dél-Dunántúlon az intézmények kétharmada, Észak-Alföldön pedig egynegyede ugyancsak külterületi. Nyugat-Dunántúlon, Észak-Magyarországon és Dél-Alföldön tehát kizárólag belterületen elhelyezkedő intézményt találunk, bár ez utolsó régióból egy kitöltő nem adott e kérdésre választ. A település nagysága szerint vizsgálva az adatokat, azt tapasztaljuk, hogy külterületen kizárólag ezer és tízezer fő közötti településeken működő intézmények találhatók. Arányuk az ezer és kétezer fős kategóriában 16,7%, a kettő- és ötezer fős kategóriában 100,0%, végül az öt- és tízezer fős kategóriában 33,3%.

### **Az intézmények működésének sajátosságai**

Az intézmények feladatai közé tartozik a *lakosság tájékoztatása* az igénybe vehető szolgáltatásokról. Ezzel kapcsolatban elmondhatjuk, hogy adatbázisunkban nincs olyan intézmény, mely e kötelezettségének ne tenne eleget. A tájékoztatás leggyakrabban egyéb szociális intézményeken keresztül történik – ezt a választ 13 intézmény (72,2%) jelölte meg. Ezt követi gyakoriságban az írott sajtón (11 intézmény, 61,1%), majd az egészségügyi intézményeken keresztül történő tájékoztatás (10 intézmény, 55,6%), az internet (6 intézmény, 33,3%), az elektronikus sajtó (5 intézmény, 27,8%), végül a szórólapok alkalmazása (2 intézmény, 11,1%). Az említetteken kívül tájékoztató füzetet és kiadványt bocsát ki 3 intézmény (16,7%), nyílt napot szervez szintén 3 intézmény, ezen túl előfordul az önkormányzaton, gyámhivatalon és megyei módszertani intézeten keresztül történő tájékoztatás, valamint a szóbeli információátadás.

Az intézmények 11,1%-ára (2) jellemző, hogy a tájékoztatáshoz mindössze egy csatornát használ. A legjellemzőbb (27,8%, 5 intézmény), hogy háromféle módon tájékoztatják a lakosságot. Kettő, négy és öt csatorna igénybevétele egyaránt 3-3 (16,7%-16,7%) intézményre jellemző, végül 7 tájékoztatási formát egyetlen intézmény alkalmaz (5,6%). Egy intézményről nincs erre vonatkozó információnk.

A jogi szabályozás az ápolást, gondozást nyújtó intézmények számára is feladatként írja elő *önsegítő, önszerveződő csoportok működésének támogatását, segítését*, így erre vonatkozóan is feltettünk kérdést. A válaszok alapján elmondhatjuk, hogy 7 intézmény (38,9%) nyújt valamilyen formában segítséget önsegítő, önszerveződő csoportok számára, 10 intézmény (55,6%) azonban nem, míg 1 intézmény (5,6%) nem válaszolt. A támogatás

leggyakrabban (6 intézményben) szervezési feladatokban való együttműködést takar, 4 intézményben helyiség vagy egyéb infrastruktúra biztosítását, 3-3 intézményben szakember vagy egyéb munkatárs biztosítása, illetve anyagi segítségnyújtás a támogatás megjelenési formája. Végül 2 intézmény jelzett pályázati együttműködést. (A válaszadók természetesen több választ is megjelölhettek.) Fontos megjegyezni, hogy az intézmények által támogatott önszervező, önszerveződő csoportok kivétel nélkül az alkoholfüggőség köré szerveződnek.

A házirendet mind a 18 intézményben ismertetik az újonnan beköltözővel. Az ismertetés 17 intézményben szóban, egyénileg történik, 14 intézményben a faliújságra kifüggesztett házirendet lehet tanulmányozni, 13 intézményben nyomtatott formában átadják az új lakónak, 4 intézményben szóban, csoportososan ismertetik. Egy intézményben minden szobában ki van függesztve a házirend, egy intézményben pedig felolvassák a lakóknak.

A felmérésben szereplő 18 intézmény összesen 26 épületben működik – 13 intézmény egy, 2 intézmény kettő, 3 intézmény pedig három épületben. Az épületek a válaszadók 77,8%-a (14) esetében az intézmények tulajdonát képezik, míg 22,2%-uk (4) az ingatlan kezelője.

A megkérdezett ellátók közül mindössze 3 intézményben (16,7%) található *intimszoba*. E három intézmény mindegyikét megyei önkormányzat tartja fenn. Két intézmény az észak-magyarországi, egy pedig a dél-alföldi régióban található, mégpedig tízezer főnél kevesebb lakosú településen.

Fontosnak tartottuk azt is megtudni, milyen *szolgáltatások és helyiségek* állnak a lakók rendelkezésére, melyeket önállóan, külön szervezés nélkül is igénybe vehetnek. Erről ad tájékoztatást a 11. sz. táblázat.

**11. sz. táblázat**

***A lakók által önállóan igénybe vehető szolgáltatások / helyiségek***

| A szolgáltatás / helyiség megnevezése | Adott szolgáltatást / helyiséget megjelölő intézmények |            |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|
|                                       | száma                                                  | aránya (%) |
| társalgó                              | 17                                                     | 94,4       |
| szórakoztatóeszközök                  | 15                                                     | 83,3       |
| könyvtár                              | 14                                                     | 77,8       |
| büfé                                  | 9                                                      | 50,0       |
| nyilvános telefonfülke                | 9                                                      | 50,0       |

|                    |   |      |
|--------------------|---|------|
| konditerem         | 6 | 33,3 |
| postaláda          | 6 | 33,3 |
| kápolna, imaterem  | 6 | 33,3 |
| étel- italautomata | 5 | 27,8 |
| Internet           | 5 | 27,8 |
| uszoda             | - | -    |
| óvszerautomata     | - | -    |

Amint a 11. táblázatban láthatjuk, a leggyakrabban társalgóval, szórakoztatóeszközökkel, valamint könyvtárral találkozunk az intézményekben. Azonban sem uszoda, sem óvszerautomata nem található egyik intézményben sem. Fentiekén túl egy intézmény jelezte, hogy területén működik fodrászat, két intézmény említette a teakonyhát, végül egy-egy intézmény a tornatermet, az előadótermet, illetve foglalkoztatót.

Az intézmények *költségvetésével* kapcsolatos információk egy másik irányból világítják meg a működés sajátosságait. Első erre vonatkozó kérdésünk a 2003. évi bevételekre irányult. E kérdésre 15 intézmény adott választ, további 2 intézmény nem önállóan gazdálkodik, így önálló költségvetése sincs, végül 1 intézmény esetében – a nem egyértelmű formátum okán – nem tudtuk értelmezni az adatokat.

Tehát a 15 választ adó intézmény összességében 1 milliárd 893,2 millió forintból gazdálkodott a 2003. évben. A teljes bevétel átlagos értéke 126,2 millió forint, legkisebb értéke 19,6 millió forint, legnagyobb értéke pedig 422,2 millió forint.

A *bevételek forrásaival* kapcsolatban az alábbiakat tudjuk: az állami normatív támogatás aránya két intézmény esetében 0,0% volt, a legmagasabb arány pedig 86,0%. Az összes válaszoló intézmény adatait figyelembe véve átlagosan 48,5%-ban jelent meg a normatíva a bevételekben. (Egyébként 14 intézmény számolt be arról, hogy a normatíva teljes összegét megkapta, egy intézmény annak 98,0%-át kapta, három intézmény pedig nem adott választ e kérdésre.)

Az önkormányzati támogatás legkisebb aránya szintén 0,0% két intézmény esetében, legnagyobb aránya pedig 73,0%. Az összes válaszadót figyelembe véve az önkormányzati támogatás átlagosan 24,1%-át adta a bevételeknek. (E két bevételi forrással kapcsolatban feltételezhetjük, hogy az intézmények számára nem minden esetben egyértelmű, hogy a fenntartó önkormányzat által biztosított pénzösszeg hogyan tevődik össze a normatívából és az önkormányzat által biztosított támogatásból.)

Végül a harmadik legjellemzőbb forrás a térítési díj, melynek legkisebb aránya 14,0%, legnagyobb aránya pedig 37,0% a bevételekben. Az összes intézményre vetítve átlagos aránya 24,3%.

A pályázatokból származó jövedelmek legkisebb aránya 0,0% (8 intézmény esetében), legnagyobb aránya pedig 7,0%. Átlagosan a bevételekben 0,9%-ban van jelen. E ponthoz kapcsolódik az az információ is, mely szerint összesen 13 intézmény (72,2%) pályázott 2003. január 1. óta, 3 intézmény nem, 2 intézmény pedig nem válaszolt. A 13 intézmény összesen 37 pályázatot nyújtott be, melyek közül 33 volt sikeres.

Pénzbeli adományokról egyetlen intézmény sem számolt be.

A bevételek összegéről egyébként mindössze 3 intézmény (16,7%) ítélte úgy, hogy az *megfelelő az optimális működés* biztosításához, 12 intézmény (66,7%) ezt nem így látja, 3 intézmény (16,7%) pedig nem válaszolt.

A bevételek összegével elégedetlen intézmények legalább 10,0%-os növekményt látnának megfelelőnek, de találkozunk olyan intézménnyel is, amely szerint bevételeinek kétszeresét kellene kapnia ahhoz, hogy biztosítani tudja az optimális működést.

*Belépési díjat* 15 intézményben nem kérnek, 3 intézményről azonban – információ hiányában – ezt nem tudjuk kijelenteni.

A *személyi térítési díj* minimális összegére vonatkozóan 10 intézmény adott választ. Közülük egy intézményben a legalacsonyabb személyi térítési díj 0 Ft (azaz van olyan igénybevevő, aki nem fizet), a legmagasabb összeg pedig 28 800 Ft. Átlagosan e tíz intézményben 13 343 Ft a legkisebb összegű személyi térítési díj.

A személyi térítési díj maximális összegére vonatkozóan 16 intézmény válaszolt. E szerint a maximálisan fizetendő térítési díj legkisebb összege 28 800 Ft, legmagasabb összege pedig 45 000 Ft. A választ adó intézményekben átlagosan 35 458 Ft a legnagyobb összeg, amelyet az igénybevevőktől térítési díjként el kérnek.

Arról, hogy a személyi térítési díj *a lakó jövedelmének mekkora hányadát teszi ki*, összesen 930 igénybevevő esetében van adatunk (4 intézmény nem adott információt erre vonatkozóan). Tehát 143 főről tudjuk (15,4%), hogy esetükben a személyi térítési díj meghaladja jövedelmük 80,0%-át; 499 fő (53,7%) esetében ez az összeg a jövedelem 80,0%-a; 225 lakó (24,2%) esetében több, mint a lakó jövedelmének fele, de kevesebb, mint

80,0%-a; 19 lakó (2,0%) jövedelmének kerekén felét fizeti ki térítési díjként; 28 igénybevevő (3,0%) esetében ez az összeg nem éri el a jövedelem 50,0%-át; végül 16 fő (1,7%) nem fizet térítési díjat.

És még egy adat az intézmények működésével kapcsolatban: összesen 16 (e kérdésre válaszoló) intézményben 77 alkalommal végeztek *ellenőrzést* 2003. január 1. óta. Az ellenőrzések legkisebb száma 2 volt (3 intézményben), de akadt olyan ellátó is, amelyet 14 alkalommal ellenőriztek a vizsgált időszakban.

Igen fontosnak tartottuk annak megismerését is, hogy a kérdőív kitöltői hogyan vélekednek az intézményben folyó *szakmai munka eredményességéről*. Megkértük hát őket, jelöljék egy hatfokozatú skálán, mennyire látják eredményesnek működésüket. A skála 1-es értéke jelentette, ha a kitöltő véleménye szerint az intézményükben folyó szakmai munka nem eredményes, a 6-os pedig, ha rendkívül eredményes.

A válaszokban nem találkozunk 1-es értékkel, és 2-est is csak egyetlen kitöltő jelölt meg. A leggyakoribb érték (8 intézmény választotta) a 4-es, majd az 5-ös (4 intézményben), végül 6-os értéket egy kitöltő jelölt. Az eredményesség átlagos pontszáma 4,29.

Hasonló módszerrel tudakoltuk, hogy a kitöltők hogyan vélekednek – az általunk megjelölt – *szakmai munka eredményességét befolyásoló tényezőkről*. Ez esetben is hatfokozatú skálán kellett jelezniük a kitöltőknek, hogy egy-egy szempont milyen mértékben hat az intézmény tevékenységére: az 1-es érték jelenti, ha adott tényező indifferens a szakmai munkát tekintve, a 6-os pedig, ha nagymértékű hatást gyakorol az eredményességre. A vizsgált szempontok – az átlagos pontszám alapján felállított – fontossági sorrendben az alábbiak (lásd 12. táblázat).

**12. sz. táblázat**

***A szakmai munka eredményességét befolyásoló tényezők***

| <b>A szakmai munka eredményességét befolyásoló tényező</b> | <b>Átlagos pontszám</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------------------|
| a személyzet elkötelezettsége                              | 5,63                    |
| a személyzet képzettsége                                   | 5,50                    |
| a személyzet létszáma                                      | 5,44                    |
| a jogszabályi környezet                                    | 5,27                    |
| az ellátottak viszonyulása az ellátáshoz                   | 5,25                    |
| a finanszírozás mértéke                                    | 5,19                    |
| az intézmény szakmai programja                             | 5,19                    |
| az infrastruktúra minősége                                 | 4,88                    |



|                       |      |
|-----------------------|------|
| a finanszírozás módja | 4,81 |
|-----------------------|------|

Látható a 12. táblázatban, hogy a legkisebb és legnagyobb átlagos érték közötti eltérés kevesebb mint egy pont. Ráadásul a – pontok alapján – legkevésbé fontos tényező is igen magas (4,81) átlagos értéket kapott. Az is kiderül, hogy a legfontosabb tényezője a szakmai munka eredményességének az intézményben dolgozó személyzet, elsősorban annak elkötelezettsége (5,63), majd képzettsége (5,50) és létszáma (5,44) .

Az alábbiakban az adatbázisunkban szereplő intézményekben dolgozó *munkatársakra* vonatkozó legfontosabb kérdésekre kapott válaszokat ismertetjük. A szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek 72,2%-ában (13) a vezető rendelkezik *szociális szakvizsgával*, 22,2%-ában (4) nem rendelkezik, az intézmények 5,6%-áról (1) pedig nincs információnk.

Ezzel kapcsolatban találunk eltéréseket a régiók között, hiszen míg Észak-Magyarországon, valamint Észak- és Dél-Alföldön minden (válaszoló) intézmény vezetője rendelkezik szociális szakvizsgával, addig Közép-Magyarországon és Nyugat-Dunántúlon egy intézményvezető sem. Dél-Dunántúlon a szakvizsgázott intézményvezetők aránya 66,7%.

Az intézményben élőkkel közvetlenül foglalkozó 361 munkatárs közül a lekérdezéskor összesen 64 fő (17,7%) vett részt *szakmai alap- vagy továbbképzésben*, és 59 fő képzését az intézmények is támogatták valamilyen módon. Az intézmények közül 4 jelezte, hogy jelenleg nincs szakmai alap- vagy továbbképzésben részt vevő munkatársa.

Rákérdeztünk arra is, hogy milyen tevékenységeket szerveznek az intézményekben a szakmai munka támogatására. Ennek egyik formáját, a *szupervíziót* 11 (61,1%) intézményben biztosítják, 4 (22,2%) intézményben nem, 3 (16,7%) intézményről nincs adatunk. A szupervízió jellemzően alkalmanként kerül megtartásra (7 intézményben, arányuk 63,6%), hetente, illetve kéthetente egy-egy (9,1%-9,1%) intézményben. Egyéb gyakoriságot 2 intézmény (18,2%) jelölt, ennek pontos jelentését azonban nem ismerjük.

A regionális megoszlás kapcsán elmondhatjuk még, hogy két dél-dunántúli, egy észak-magyarországi és egy dél-alföldi intézményben nem szerveznek szupervíziót a munkatársak számára.

*Esetmegbeszélést* 15 (83,3%) intézményben szerveznek, 3 intézményről (16,7%) pedig nincs információnk. Az esetmegbeszélések sokkal rendszeresebbek, mint a szupervízió (ezt 14 intézménytől tudjuk). Leggyakrabban (28,6%-ban) naponta kerül rá sor (4 intézményben), 2 intézményben (14,3%) hetente többször, 3 intézményben (21,4%) hetente. Kéthetente 1 intézményben (7,1%), havonta, valamint alkalmanként 2-2 intézményben (14,3%-14,3%) tartanak esetmegbeszélést.

Egyéb, a szakmai munkát segítő támogató tevékenységről három intézmény számolt be, melyekben továbbképzés, értekezlet, illetve kommunikációs tréning tölti be ezt a funkciót.

A munkatársak mentális állapotával kapcsolatban a *kiégés* jelenségére kérdeztünk rá. A válaszok alapján 13 (72,2%) intézményben tapasztalhatók a kiégés tünetei a munkatársak körében, 4 (22,2%) intézményben nem, 1 intézményről nincs erre vonatkozóan adatunk. A 13 intézményben összesen 124 fő érintett e problémában, ami az összes szakmai munkatárs (361 fő) 34,3%-a.

A felmérésben szereplő ellátók közül mindössze egy (5,6%) jelezte, hogy van *betöltetlen álláshely* az intézményben, ez azonban összesen egyetlen helyet jelent.

Szenvedélybetegeket ellátó intézményekről lévén szó, rákérdeztünk, vajon az intézmények mennyire tartják fontosnak, hogy *munkatársként alkalmazzanak gyógyult szenvedélybeteget* szakmai munkakörben. E kérdésnél a korábban már használatos hatfokú skálát alkalmaztuk, melynek 1-es értéke jelenti, ha a kitöltő egyáltalán nem tartja fontosnak, a 6-os pedig, ha nagyon fontosnak tartja gyógyult szenvedélybeteg munkatársként való alkalmazását. Az 1-es értéket 4 (22,2%) intézmény jelölte meg, a 6-ost 3 (16,7%). Az átlagos pontszám pedig 3,53. Kiegészítésképpen: a lekérdezéskor egyetlen intézményben sem alkalmaztak gyógyult szenvedélybeteget sem szakmai, sem egyéb más munkakörben.

Tekintettel arra, hogy vizsgálatunk szenvedélybetegeket ellátó intézményekre irányult, igen fontosnak tartottuk annak megismerését, hogy az ellátást nyújtók milyen *teszteket* használnak az igénybevevők megismerésére, állapotuk felmérésére.

Elsőként az addikciós súlyossági index (ASI) használatára kérdeztünk rá, mellyel kapcsolatban 3 intézmény (16,7%) adott pozitív választ, 15 intézmény (83,3%) azonban nem alkalmazza. Az iránt is érdeklődtünk, hogy használnak-e bármilyen más, a

kábítószer-fogyasztók állapotának felmérésére alkalmas tesztet: e kérdésre az intézmények kivétel nélkül nemmel feleltek.

Az alkoholproblémával küzdők állapotának megismerésére 4 intézmény (22,2%) használ valamilyen tesztet, 13 intézmény (72,2%) nem, 1 intézmény (5,6%) pedig nem adott választ a kérdésre. Az e problémával küzdők állapotának felmérése az alábbi tesztekkel történik: AUDIT, MICHIGAN, Mini Mental State Examination (ezt három intézmény is alkalmazza), Életminőség-javulás, MALT-S-F, CAGE.

A nem problémaszpecifikus, tehát általánosságban személyiségvizsgálatra alkalmas eljárásokra, tesztekre is rákérdeztünk. Ezek alkalmazására vonatkozóan 6 intézmény (33,3%) adott pozitív választ, 11 intézmény (61,1%) nem használ a személyiség megismerésére használatos tesztet, 1 intézmény (5,6%) nem válaszolt a kérdésre. E pontnál az alábbi tesztek sorolták fel a kitöltők: MAWI, Mini Mental (ez esetben is ez a leggyakoribb, hiszen újfent három intézmény megjelölte), Óra Teszt, végül értelmi fogyatékosok esetén P.A.C.

Összességében azt láthatjuk, hogy 7 intézmény (38,9%) egyáltalán nem használ tesztek az igénybevevők állapotának felmérésére, 8 intézmény (44,4%) egy, végül egy-egy intézmény (5,6%-5,6%) 2 vagy 3 tesztcsoportot is alkalmaz a fent említettek közül.

Kérdést tettünk fel arra vonatkozóan, vajon az intézményekben gyakorlat-e, hogy a *terápiás folyamatba bevonják* az igénybevevők családtagjait, illetve a számukra fontos személyeket. Erre a kérdésre 6 intézmény (33,3%) adott igenlő választ, 12 intézményben (66,7%) azonban ez nem gyakorlat. Az előbbi hat intézményben a 2003. évben összesen 113 igénybevevő esetében fordult elő a terápia ilyen jellegű kiterjesztése. A 2004. év I. félévében azonban már 122 igénybevevő esetében vonták be a társas folyamatba a családtagokat vagy a számukra fontos személyeket. Bár nem rendelkezünk teljes ellátotti számmal ez utóbbi időszakra vonatkozóan, feltételezzük, hogy jelentős változás az igénybevevők számában nem következett be a kitöltés napjáig, így vállalhatónak tűnik a lekérdezéskori ellátotti számmal való összevetés e kérdés kapcsán. Mint korábban már írtuk, összesen 1066 igénybevevő élt az intézményekben a lekérdezéskor, a terápiás folyamat kiterjesztése pedig 122 főt érintett: e csoport az összes ellátott 11,4%-át alkotja.

Az igénybevevők *látogatásának rendjét* a felmérésben szereplők közül 12 intézményben (66,7%) szabályozzák, 6 intézményben (33,3%) azonban nem. A szabályozás 10 intézményben jellemzően azt jelenti, hogy meghatároznak egy időintervallumot (gyakran 9-17 óra között), melyben a látogatás lehetséges. Egy intézmény jelezte, hogy korlátozás csak a

beköltözést követő 30 napban érvényes, ennek leteltével nincs szabályozva a látogathatóság. (Egy intézmény nem jelezte, mit takar a szabályozás.)

Az intézmények működésének bemutatása során nem nélkülözhetők az igénybevevők *foglalkoztatására* vonatkozó információk, miután a foglalkoztatás is az ellátók feladatai közé tartozik. A válaszok alapján mind a 18 felmérésben szereplő intézményben élnek munkavégzésre képes igénybevevők, akiknek számára vonatkozóan azonban 3 intézmény nem adott választ, így a munkavégzésre képes ellátottak száma a valóságosnál alacsonyabb az adatbázisban: 392 fő. Közülük a lekérdezéskor 324 főt (82,7%) foglalkoztattak valamilyen formában.

Természetesen arra is kíváncsiak voltunk, milyen típusú foglalkoztatást biztosít az intézmény. A leggyakoribb a terápiás, képességfejlesztő foglalkoztatás szervezése, melyre 16 intézményben kerül sor. E típusú foglalkoztatásban 211 fő vett részt a lekérdezéskor, tehát az összes foglalkoztatott igénybevevő 65,1%-a. Munkavégzési célú foglalkoztatást 13 intézményben szerveznek. Ilyen foglalkoztatásban 253 fő vett részt (arányuk az összes foglalkoztatott igénybevevő számához viszonyítva 78,1%). Végül képzési célú foglalkoztatással 2 intézményben találkozunk, melynek keretében 19 fő (5,9%) foglalkoztatása valósult meg.

A foglalkoztatás 16 intézményben az intézmény működési körén belül szervezetten történik. E formában 195 fő (60,2%) dolgozik az igénybevevők közül. Az intézmény közreműködésével más gazdálkodó szervezet részére végzett tevékenység keretében 11 intézmény 225 főt (69,4%) foglalkoztat. Végül a felmérésben nem szerepelt olyan intézmény, mely az igénybevevők foglalkoztatását saját vállalkozási tevékenysége keretében oldaná meg. (Az itt bemutatott számokkal kapcsolatban szükséges megjegyezni, hogy az egyes foglalkoztatási típusokban és formákban dolgozó igénybevevők számát nem minden esetben jelezték az intézmények, így a valóságosnál alacsonyabb értékeket kaptunk.)

Mindössze 4 intézmény jelezte, hogy 2003. január 1-je óta merült fel *képzés* iránti igény az igénybevevők körében, és 3 intézmény arra is választ adott, ez az igény pontosan mit takar. Egy intézményben mind iskolarendszerű képzésre, mind tanfolyamra, mind előadásra volt igény, melyet ki is elégített az intézmény. A másik két ellátónál tanfolyamon kívántak részt venni az igénybevevők, melyre az egyik intézmény lehetőséget tudott teremteni, míg a másik

nem. Összességében iskolarendszerű képzésben 19 fő, tanfolyamon 16 fő, előadáson pedig 97 fő vett részt az elemzett időszakban.

*Gondozási egységet* 17 (94,4%) intézményben alakítottak ki, *gondozási csoporttal* azonban csak 10 (55,6%) intézményben találkozunk. A két fajta szervezési egység kialakításánál a szempontok sorrendje valamelyest eltér. Ezt mutatja a 13.sz. táblázat.

**13. sz. táblázat**  
***Az intézmények által alkalmazott különböző szempontok a gondozási egységek és gondozási csoportok kialakításánál***

| Szempontok                                        | Gondozási egységek |              | Gondozási csoportok |              |
|---------------------------------------------------|--------------------|--------------|---------------------|--------------|
|                                                   | intézmény          | %            | intézmény           | %            |
| az ellátottak önellátási képességének foka        | 12                 | 70,6         | 8                   | 80,0         |
| az ellátottak egészségi állapota                  | 12                 | 70,6         | 8                   | 80,0         |
| az ellátottak neme                                | 9                  | 52,9         | 4                   | 40,0         |
| az ellátottak szenvedélybetegségének típusa       | 9                  | 52,9         | 1                   | 10,0         |
| az ellátottak kora                                | 6                  | 35,3         | 4                   | 40,0         |
| az ellátottak által az intézményben eltöltött idő | 3                  | 17,6         | 7                   | 70,0         |
| <b>Válaszoló intézmények száma</b>                | <b>17</b>          | <b>100,0</b> | <b>10</b>           | <b>100,0</b> |

A 13. táblázat adatai alapján elmondhatjuk, hogy bár a két leggyakrabban megjelölt szempont mindkét szervezeti egységnél ugyanaz (az ellátottak önellátási képességének foka és egészségi állapota), ezt követően némiképp átalakul a szempontok sorrendje. Míg a gondozási egységek esetében az ellátottak által az intézményben eltöltött idő a legkevésbé fontos szempont, addig a gondozási csoportok esetében a második leggyakoribb, hiszen az intézmények 70,0%-a jelölte meg. A szenvedélybetegség típusának szerepe szintén igen eltérő: a gondozási egységek kialakításánál a második leggyakrabban megjelölt két szempont egyike (52,9%), a gondozási egységek kialakításánál azonban ez a legkevésbé alkalmazott szempont (10,0%).

Gondozási tervet minden intézményben készítenek. Ezzel kapcsolatban arra voltunk kíváncsiak, kik vesznek részt *a gondozási terv elkészítésében*. A válaszok alapján azt találtuk, hogy

- 17 (94,4%) intézményben az ellátott vagy törvényes képviselője
- 15 (83,3%) intézményben a foglalkoztatásvezető
- szintén 15 intézményben szociális, mentálhigiénés munkatárs
- 14 (77,8%) intézményben mentálhigiénés szakember
- 12 (66,7%) ellátónál gyógypedagógus

- 11 (61,1%) intézményben orvos vesz részt ebben a folyamatban.

A kérdőívben felsorolt résztvevőkön kívül 11 intézmény (61,1%) jelezte, hogy a vezető ápoló vagy az ápoló is részt vesz a gondozási terv kialakításában. Egy-egy intézményben addiktológiai konzultáns, intézményvezető, pszichológus, szociális ápoló-gondozó is bekapcsolódik a gondozási terv elkészítésébe.

Egy megjegyzés ehhez a ponthoz: a lekérdezéskor 16 (válaszoló) intézményben összesen 382 igénybevevő esetében egészült ki a gondozási terv ápolási feladatokkal is.

*Egészségügyi ellátást* szintén minden intézmény biztosít az igénybevevők részére, és elmondhatjuk, hogy az ebben foglaltak nem mutatnak különösebb variabilitást. Mind a 18 intézményben az egészségügyi ellátás tartalmazza: a szükség szerinti ápolást, a szakorvosi ellátáshoz, valamint a kórházi kezeléshez való hozzájutás biztosítását és a gyógyszerellátást. Ezen túl 17-17 intézmény jelölte meg az egészségmegőrzést szolgáló felvilágosítást, a rendszeres orvosi felügyeletet és a gyógyászati segédeszközök biztosítását. Végül összesen egy intézmény jelölte meg, hogy az egészségügyi ellátás részét képezik a különböző szűrővizsgálatok.

*Mentálhigiénés ellátást* szintén mindegyik szolgáltató biztosít, melynek minden intézményben előforduló formái a következők: egyéni és csoportos megbeszélés, a hitélet-gyakorlás feltételeinek megteremtése, látogatók fogadásának lehetősége. Ezen kívül 5 intézményben szerveznek pszichoterápiás foglalkozást. Az általunk felsorolt lehetőségek közül egyet nem jelölt meg egyetlen intézmény sem, ez pedig a szülőcsoport. A kérdőívben szereplő lehetőségeken túl a mentálhigiénés ellátás alábbi formáit említették még meg az intézmények: családterápia, egyéni és csoportos játék, készségfejlesztés, kreatív csoportfoglalkozás, pszichoedukációs csoportfoglalkozás, foglalkoztatás, zeneterápia. E válaszok mindegyike egyébként 1-1 intézménynél szerepelt.

Az eddig elemzett szolgáltatásokhoz hasonlóan fizikai, szellemi és szórakoztató, valamint kulturális tevékenységeket is szerveznek minden intézményben.

A *fizikai tevékenység* leggyakoribb formája a séta, melyet minden intézményben szerveznek, jellemzően (50,0%) naponta. Fekvőbetegek levegőztetésére szintén leginkább napi gyakorisággal (68,8%) 16 (88,9%) intézményben kerül sor. Sporttevékenységet 15 intézményben (83,3%) szerveznek, jellemzően (46,7%) alkalmanként. Ágytornát 12

intézményben (66,7%) biztosítanak, többségükben (58,3%) szintén napi gyakorisággal. Fentiekén túl kerti munka, takarítás, reggeli torna, foglalkoztatás szerepel még a fizikai tevékenységek közt.

A *szellemi és szórakoztató tevékenységek* minden intézményben előforduló formája a társasjáték, melyet leggyakrabban (38,9%) naponta szerveznek. Egyaránt 17-17 intézményben (94,4%-94,4%) tartanak felolvasásokat (47,1%-ban hetente többször), előadásokat (58,8%-ban alkalmanként) és vetélkedőket (47,1%-ban alkalmanként). Ezeken felül az alábbiakat említették a kitöltők: filmvetítés, színjátszó kör, klubdélután, farsang, szüreti bál, mandala kör, könyvtár.

Végül a *kulturális programok* némiképp átfedésben vannak mindkét előző kategóriával. Leggyakoribb formája az ünnepség és a kirándulás, melyek minden intézményben megtalálhatók, és jellemzően (az első esetben 83,3%-ban, a második esetben 72,2%-ban) alkalmanként kerülnek megszervezésre. Különféle rendezvényeket 17 (94,4%) intézményben találunk, 76,5%-ban alkalmankénti gyakorisággal. A név- és születésnapok megtartása 16 intézményre (88,9%) jellemző, 50,0%-ban havi gyakorisággal. Egyaránt 12-12 (66,7%-66,7%) intézményben találkozunk kiállítások szervezésével (minden esetben alkalmanként), színházlátogatással (58,3%-ban alkalmi gyakoriságú), múzeumlátogatással (91,7%-ban szintén alkalmi gyakoriságú). Mozilátogatást 6 intézmény szokott szervezni, alkalmanként.

Ugyancsak a 2003. január 1. óta eltelt időszak vonatkozásában kérdeztük meg az intézményeket, hogy felmerült-e *veszélyeztető állapot* az intézményben, és ha igen, milyen módszereket alkalmaztak annak kezelésére. Két intézmény jelezte, hogy esetükben nem fordult elő veszélyeztető állapot. A többi intézmény e kérdésre adott részletes válaszai alapján a következőket tudtuk meg.

Pszichés nyugtatást 10 intézményben (62,5%) alkalmaztak, 3 intézményben nem, 3 intézmény pedig nem adott választ erre vonatkozóan. Az alkalmazás gyakoriságát és az érintett igénybevevők számát 4 intézmény adta meg: e szerint összesen 553 alkalommal, összesen 37 fő esetében éltek ezzel a módszerrel.

Farmakoterápiát 9 intézményben (56,3%) alkalmaztak veszélyeztető állapot fellépésekor, 4 intézményben nem, 3 intézmény nem válaszolt. A gyakoriságra és az érintett igénybevevők

számára 5 intézmény válaszolt, mely szerint összesen 77 alkalommal, 24 igénybevevő esetében éltek ezzel a módszerrel.

Intézményen belüli elkülönítésre 1 ellátónál (6,3%) került sor 4 alkalommal, 4 igénybevevő esetében. Ezt a módszert 11 intézmény nem alkalmazta a vizsgált időszakban, 4 intézmény pedig nem adott választ.

A mozgásban való korlátozás ama fajtáját, mikor az igénybevevőt nem engedik bizonyos helyiségekbe, 2 intézmény (12,5%) alkalmazta, 10 intézmény nem, 4 intézmény pedig nem adott választ erre vonatkozóan. Az ilyen alkalmak száma 4 volt, az érintett lakók száma pedig 13 fő.

A lakó szíjakkal való leköötözése 12 intézményben bizonyosan nem fordult elő, 4 intézmény pedig nem válaszolt. Végül hálóságyat 11 intézményben nem alkalmaztak, 5 intézményről pedig nincs információnk.

Kényszerintézkedés során mindössze 5 intézménynek nem okoz egyáltalán problémát a folyamatos felügyelet biztosítása. A történetek megbeszélésére 10 intézmény biztosít szervezett kereteket, melyek során leggyakrabban (10 ellátónál) az intézmény munkatársai egymás között beszélnek meg és értékelik a kényszerintézkedést, 9 esetben az intézmény vezetője és a kényszerintézkedést végrehajtó munkatárs között zajlik mindez, 8 intézményben a kényszerintézkedést végrehajtó munkatárs és az érintett igénybevevő között.

*Érdekképviselési fórumot* minden intézményben találunk. A tagok között 17-17 intézményben találjuk meg az igénybevevőket, valamint az intézmény dolgozóit, 14 intézményben a fenntartó szervezet képviselője is tagja e fórumnak, 13 ellátónál pedig az igénybevevők hozzátartozói, illetve törvényes képviselői is. Az érdekképviselési fórum jellemzően (33,3%-ban) igény szerint ülésezik, 5 intézményben (27,8%) ritkábban mint havonta, de legalább negyedévente összeül. Szintén 5 ellátónál ritkábban mint negyedévente, de legalább félévente ül össze az érdekképviselési fórum. Végül 2 intézménynél (11,1%) a 6 és 12 hónap közötti gyakoriság jellemző.

*Lakóönkormányzat* 7 intézményben (38,9%) működik, melyekről tudjuk, hogy jellemzően (42,9%-ban) ritkábban mint havonta, de legalább negyedévente üléseznek.

*Lakógyűlést* szintén minden intézményben szerveznek, és a jelek szerint ez a leggyakoribb formája a lakók szervezett összejövetelének, hiszen az intézmények közel



háromnegyedében (72,2%-ában) legalább negyedévente sor kerül lakógyűlés megszervezésére.

Arról is informálódtunk, hogyan tudják *jelezni* a lakók az intézmény felé, *ha* valamilyen *problémájuk adódik*. Az adatbázisban szereplő minden intézmény lehetőséget ad ilyen esetben az intézményvezető vagy bármely munkatárs felkeresésére, 17 intézményben (94,4%) az ellátott jogi képviselőhöz is fordulhatnak az igénybevevők, végül 8 intézményben (44,4%) találunk panaszládát. Fentiekén túl többek között az érdekképviseleti fórumhoz, a fenntartóhoz, a lakóönkormányzathoz és a szakmai igazgatóhoz is lehet panasszal fordulni.

### **A szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek lakói**

Felmérésünkben különös figyelmet fordítottunk az intézményeket igénybe vevők legalapvetőbb jellemzőinek megismerésére. Bár az egyes kérdésekre eltérő arányban adtak választ az intézmények, úgy véljük, a rendelkezésünkre álló adatok mégis sokat elárulnak a lakókról. Itt szeretnénk emlékeztetni arra, hogy a lekérdezéskor összesen 1066 fő élt az intézményekben.

Először is arról tudakozódtunk, hogy az igénybevevők *honnan érkeztek*. E kérdéssel kapcsolatban 16 intézményből 968 főről vannak információink, melyeket a 14. sz. táblázat tartalmaz.

**14. sz. táblázat**  
**Honnan érkeztek az igénybevevők?**

| Honnan érkezett az igénybevevő?                                 | Az igénybevevők |              |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                                                 | száma (fő)      | aránya (%)   |
| otthonából                                                      | 635             | 65,6         |
| egyéb szociális intézményből                                    | 209             | 21,6         |
| egészségügyi intézményből                                       | 77              | 7,9          |
| másik szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményéből | 21              | 2,2          |
| szenvedélybetegek átmeneti otthonából                           | 16              | 1,7          |
| egyéb helyről                                                   | 7               | 0,7          |
| szenvedélybetegek rehabilitációs intézményéből                  | 3               | 0,3          |
| szenvedélybetegek lakóotthonából                                | -               | -            |
| börtönből                                                       | -               | -            |
| Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetből               | -               | -            |
| állami gondozásból                                              | -               | -            |
| <b>Összesen</b>                                                 | <b>968</b>      | <b>100,0</b> |

A 14. táblázat adatai szerint tehát kiemelkedően magas arányban (65,6%) otthonukból költöznek be a lakók az intézménybe, ugyanakkor valamivel több mint egyötödük egyéb szociális intézményből (amely nem szenvedélybetegek ellátását nyújtja) érkezik. Az egyéb helyről beköltöző hét fő közül mindössze egy főről van konkrét információnk, mely szerint a lakó korábban hajléktalan volt.

Az igénybevevőkkel kapcsolatban felvetődő következő kérdés, hogy *mióta* élnek a választ adó intézményben. E kérdés kapcsán 14 intézmény 888 lakójáról rendelkezünk információkkal. Adatainkat a 15. sz. táblázat mutatja.

**15. sz. táblázat**  
**A lakók által az intézményben eltöltött idő**

| A lakó mióta él az intézményben?               | Az igénybevevők |              |
|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                                | száma (fő)      | aránya (%)   |
| kevesebb mint egy hónapja                      | 10              | 1,1          |
| legalább egy hónapja, de kevesebb mint fél éve | 54              | 6,1          |
| legalább fél éve, de kevesebb mint 1 éve       | 47              | 5,3          |
| legalább 1 éve, de kevesebb mint 2 éve         | 107             | 12,1         |
| legalább 2 éve, de kevesebb mint 5 éve         | 201             | 22,6         |
| legalább 5 éve, de kevesebb mint 10 éve        | 319             | 35,9         |
| legalább 10 éve, de kevesebb mint 20 éve       | 143             | 16,1         |
| legalább 20 éve, de kevesebb mint 30 éve       | 6               | 0,7          |
| 30 éve vagy annál régebben                     | 1               | 0,1          |
| <b>Összesen</b>                                | <b>888</b>      | <b>100,0</b> |

A 15. táblázat tanúsága szerint tehát azon lakók közt, akikről rendelkezünk információval, a legnagyobb arányt kitevők (35,9%) már eltöltöttek legalább öt évet az intézményben, de még nem laknak benn tíz éve. A lakók között igen kevesen vannak olyanok (7 fő, 0,8%), akik húsz évnél hosszabb ideje élnek a választ adó intézményben. Összességében elmondhatjuk, hogy a lakók 83,1%-a legfeljebb tíz éve vette igénybe az intézmény szolgáltatásait a lekérdezéskor.

A következő kérdéscsoport a lakók *életkor és nem szerinti* megoszlására vonatkozott. E kérdésre 14 intézmény válaszolt összesen 843 lakóra vonatkozóan (l. 16. sz. táblázat).

**16. sz. táblázat**

*Az intézményben élők életkor és nem szerinti megoszlása*

| A lakó életkora          | A lakó neme |              |            |              |
|--------------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
|                          | nő          |              | férfi      |              |
|                          | fő          | %            | fő         | %            |
| 0 – 15 év                | -           | -            | -          | -            |
| 16 – 17 év               | -           | -            | -          | -            |
| 18 – 19 év               | -           | -            | -          | -            |
| 20 – 24 év               | -           | -            | 1          | 0,1          |
| 25 – 29 év               | 1           | 0,8          | 1          | 0,1          |
| 30 – 39 év               | 6           | 4,5          | 20         | 2,8          |
| 40 – 49 év               | 27          | 20,3         | 113        | 15,9         |
| 50 – 59 év               | 44          | 33,1         | 273        | 38,5         |
| 60 – 69 év               | 29          | 21,8         | 210        | 29,6         |
| 70 – 79 év               | 17          | 12,8         | 83         | 11,7         |
| 80 év vagy annál idősebb | 9           | 6,8          | 9          | 1,3          |
| <b>Összesen</b>          | <b>133</b>  | <b>100,0</b> | <b>710</b> | <b>100,0</b> |

Láthatjuk, hogy a válaszoló intézményekben jóval kevesebb a női igénybevevők száma (133 fő, arányuk 15,8%), mint a férfiaké (710 fő, 84,2%). Ehhez az adathoz azonban szükséges megjegyezni, hogy a válaszoló 14 intézmény közül 7-ben egyáltalán nem élnek nők. Az adatokból az is kiderül, hogy mindössze három 29 éves vagy annál fiatalabb igénybevevő él a válaszoló intézményekben. A legjellemzőbb korosztály mind a nők (33,1%), mind a férfiak (38,5%) esetében az 50-59 éveseké. Ugyanakkor a nők 41,4%-a, a férfiak 42,6%-a 60 éves, vagy annál idősebb. Összességében az életkori sajátosságok nem mutatnak jelentős eltérést a férfiak és a nők csoportja között.

A *szenvedélybetegség típusának* megjelölését szintén nemek szerinti bontásban kértük a kitöltőktől, mellyel kapcsolatban 17 intézmény 1024 igénybevevőjéről van adatunk (l. 17. sz. táblázat).

17. sz. táblázat

*Az intézményekben élők szenvedélybetegségének típusa a lakók neme szerinti bontásban*

| A szenvedélybetegség típusa | A lakó neme |              |            |              |
|-----------------------------|-------------|--------------|------------|--------------|
|                             | nő          |              | férfi      |              |
|                             | fő          | %            | fő         | %            |
| alkoholfüggőség             | 159         | 96,4         | 847        | 98,4         |
| kábítószer-függőség         | -           | -            | 1          | 0,1          |
| szervesoldószer-függőség    | 1           | 0,6          | 3          | 0,4          |
| gyógyszerfüggőség           | 3           | 1,8          | 3          | 0,4          |
| politoxikománia             | 2           | 1,2          | 5          | 0,6          |
| játékszenvedély             | -           | -            | 2          | 0,2          |
| egyéb                       | -           | -            | -          | -            |
| <b>Összesen</b>             | <b>165</b>  | <b>100,0</b> | <b>861</b> | <b>100,0</b> |

A számok alapján kijelenthető, hogy a szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményei jellemzően alkoholfüggőséggel küzdő igénybevevőket látnak el. Az e problémával bekerült lakók aránya mind a nők, mind a férfiak esetében meghaladja a 95,0%-ot. A két nem közötti különbség abban ragadható meg, hogy a nők között nem találunk kábítószerfüggő és játékszenvedéllyel küzdő igénybevevőt, bár ezek a problémák a férfiak esetében sem túl jellemzőek.

A következő kérdés az igénybevevőkkel kapcsolatban az életkor és a szenvedélybetegség típusa közötti összefüggést firtatta. Ugyanakkor, miután az igénybevevők jellemzően alkoholfüggőséggel küzdenek, az életkori sajátosságok ismertetését csak a más típusú problémával élők esetében látjuk szükségesnek. E szerint az egyetlen kábítószerfüggő igénybevevő 40-49 év közötti, a szervesoldószer-függőségben szenvedő igénybevevők közül két fő 20-24 év, egy fő 40-49 év és egy fő 60-69 év közötti. A gyógyszerfüggőségben szenvedők közül két fő a 30-39 éves, három fő az 50-59 éves, és egy fő a 60-69 éves korcsoportba tartozik. A politoxikomán igénybevevők közül három fő 30-39 év, szintén három fő 50-59, végül egy fő 60-69 év közötti. Játékszenvedéllyel egy 30-39 és egy 50-59 év közötti igénybevevő küzd.

Az igénybevevők *családi állapotával* kapcsolatban 16 intézményből kaptunk választ, 989 igénybevevővel kapcsolatban. E 989 fő közül 97 fő (9,8%) házas vagy élettársi kapcsolatban él, 468 fő (47,3%) elvált, 286 fő (28,9%) hajadon vagy nőtlen, és 138 fő (14,0%) özvegy.

*Iskolai végzettség* tekintetében 17 intézmény 1026 lakójáról vannak adataink, melyeket részletesen a 18. sz. táblázatban láthatunk.

18. sz. táblázat

*Az igénybevevők iskolai végzettség szerinti megoszlása*

| Az igénybevevő iskolai végzettsége        | Az igénybevevők |              |
|-------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                           | száma (fő)      | aránya (%)   |
| kevesebb mint 8 általános iskolai osztály | 185             | 18,0         |
| általános iskola                          | 438             | 42,7         |
| szakmunkásképző                           | 280             | 27,3         |
| szakközépiskolai érettségi                | 48              | 4,7          |
| gimnáziumi érettségi                      | 34              | 3,3          |
| technikum                                 | 25              | 2,4          |
| főiskola                                  | 12              | 1,2          |
| egyetem                                   | 4               | 0,4          |
| <b>Összesen</b>                           | <b>1 026</b>    | <b>100,0</b> |

A választ adó intézményekben tehát jellemzően (88,0%-ban) olyan igénybevevőket találunk, akik legfeljebb szakmunkásképző iskolát végeztek. A legalább érettségivel rendelkezők aránya mindössze 12,0%.

Arra a kérdésre, hogy az intézmény igénybevevői *mióta küzdenek szenvedélybetegségükkel*, 15 intézmény válaszolt 946 főre vonatkozóan. Válaszaikból a következőket tudtuk meg (19. táblázat):

19. sz. táblázat

*A szenvedélybetegség fennállásának ideje*

| Mióta küzd az igénybevevő szenvedélybetegségével? | Az igénybevevők |              |
|---------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                                   | száma (fő)      | aránya (%)   |
| fél évnél rövidebb ideje                          | 6               | 0,6          |
| legalább fél éve, de kevesebb mint 1 éve          | 17              | 1,8          |
| legalább 1 éve, de kevesebb mint 5 éve            | 30              | 3,2          |
| legalább 5 éve, de kevesebb mint 10 éve           | 86              | 9,1          |
| 10 évnél hosszabb ideje                           | 807             | 85,3         |
| <b>Összesen</b>                                   | <b>946</b>      | <b>100,0</b> |

Jellemzően tehát olyan igénybevevőkről van adatunk, akik legalább tíz éve küzdenek problémájukkal, hiszen arányuk 85,3% az e szempontból ismert igénybevevők között, amint azt a 19. táblázat is mutatja.

Ehhez kapcsolódó kérdés, hogy az igénybevevők *mióta részesülnek bármilyen intézményes ellátásban* (egészségügyi, szociális, stb.) szenvedélybetegségükkel kapcsolatban. Adataink 15 intézmény 949 igénybevevőjére vonatkoznak (l. 20. sz. táblázat).



20. sz. táblázat

*A szenvedélybetegséggel kapcsolatos intézményes ellátás ideje*

| Mióta részesül az igénybevevő bármilyen intézményes ellátásban szenvedélybetegségével kapcsolatban? | Az igénybevevők |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                                                                                     | száma (fő)      | aránya (%)   |
| fél évnél rövidebb ideje                                                                            | 22              | 2,3          |
| legalább fél éve, de kevesebb mint 1 éve                                                            | 19              | 2,0          |
| legalább 1 éve, de kevesebb mint 5 éve                                                              | 169             | 17,8         |
| legalább 5 éve, de kevesebb mint 10 éve                                                             | 267             | 28,1         |
| 10 évnél hosszabb ideje                                                                             | 472             | 49,7         |
| <b>Összesen</b>                                                                                     | <b>949</b>      | <b>100,0</b> |

Látható, hogy a tíz évnél hosszabb ideje fennálló intézményi ellátás sokkal kevesebb igénybevevő esetében jellemző (472 fő, 49,7%), mint ahány fő esetében a szenvedélybetegség legalább tíz éve fennáll (807 fő). Ez arra engedhet következtetni, hogy a szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményébe történő beköltözés hosszabb ideje fennálló szenvedélybetegség esetén jellemzőbb.

Az intézményektől azt is szeretnénk volna megtudni, hogy igénybevevőik közt mennyien küzdenek *többféle szenvedélybetegséggel*. E kérdésre 16 intézmény adott választ, 989 lakóra vonatkozóan, akik közül 970 főről (98,1%) tudjuk, hogy egy típusú, 18 főről (1,8%), hogy két típusú, és 1 főről (0,1%), hogy három vagy annál több típusú szenvedélybetegséggel küzd.

A szenvedélybetegség mellett egyéb *kísérő kórkép* meglétével kapcsolatban az alábbiakat tapasztaltuk (l. 21. táblázat):

21. sz. táblázat

*Az igénybevevők körében tapasztalható kísérő kórképek*

| Kísérő kórkép                                                          | Az igénybevevők |              |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                                                        | száma (fő)      | aránya (%)   |
| depresszió                                                             | 68              | 6,4          |
| skizofrénia                                                            | 67              | 6,3          |
| súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar | 40              | 3,8          |
| egyéb pszichiátriai kórkép                                             | 161             | 15,1         |
| demencia                                                               | 276             | 25,9         |
| értelmi fogyatékos                                                     | 55              | 5,2          |
| halmozott fogyatékos                                                   | 24              | 2,3          |
| <b>Igénybevevők összesen</b>                                           | <b>1 066</b>    | <b>100,0</b> |

Elmondhatjuk tehát, hogy leggyakrabban – az igénybevevők egynegyedénél – demencia tapasztalható, 15,1%-uknál pedig egyéb pszichiátriai kórkép. Gyakoriságban e két kórképet



követi a depresszió (6,4%) és a skizofrénia (6,3%), majd az értelmi fogyatékoság (5,2%). Ezzel kapcsolatban említésre méltó még, hogy az intézmények jellemző módon megfelelő szolgáltatást tudnak nyújtani azon igénybevevők részére, akik esetében a fent leírt kísérő kórképek tapasztalhatók.

Az *önellátás* képességének mértékét 15 intézmény 918 igénybevevője esetében ismerjük. Róluk elmondható, hogy 53,4%-ban (490 fő) önellátásra képes, 39,5%-ban (363 fő) önellátásra részben képes, és 7,1%-ban (65 fő) önellátásra nem képes lakók.

Az igénybevevők közül 189 főről (az összes lakó 17,8%-a) tudjuk, hogy cselekvőképességet korlátozó *gondnokság* alatt áll (107 fő esetében a gondnok hivatásos, 82 fő esetében hozzátartozó). Cselekvőképességet kizáró gondnokságról 162 fő esetében (15,2%) van tudomásunk (83 főnek hivatásos, 79 főnek hozzátartozó gondnoka van). Ideiglenes gondnokság alatt álló igénybevevőről egyetlen intézmény sem számolt be.

E kérdéssel kapcsolatban tudjuk még, hogy 327 fő már a beköltözés előtt gondnokság alatt állt, 21 fő azonban a beköltözést követően lett gondnokság alá véve. Egyébként mind a 2003. évben, mind 2004 I. félévében egy-egy főről tudjuk, hogy esetükben megszűnt a gondnokság.

Az intézményt elhagyó lakók számára és távozási helyére vonatkozóan 17 kitöltőtől kaptunk válaszokat, melyeket az alábbiakban láthatunk részletesen (22. sz. táblázat).

22. sz. táblázat

*Az intézményt elhagyók a távozás célhelye szerint*

| Hova távozott?                                        | 2003. évben |              | 2004. I. félévében |              |
|-------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------------|--------------|
|                                                       | fő          | %            | fő                 | %            |
| családjához                                           | 21          | 32,8         | 13                 | 38,2         |
| otthonába, lakásába                                   | 13          | 20,3         | 10                 | 29,4         |
| szenvedélybetegek lakóotthonába                       | -           | -            | -                  | -            |
| szenvedélybetegek rehabilitációs intézményébe         | 4           | 6,3          | -                  | -            |
| szenvedélybetegek átmeneti otthonába                  | 9           | 14,1         | 1                  | 2,9          |
| idősek ellátását biztosító intézménybe                | 4           | 6,3          | 3                  | 8,8          |
| fogyatékossgal élők ellátását biztosító intézménybe   | -           | -            | -                  | -            |
| pszichiátriai betegek ellátását biztosító intézménybe | 2           | 3,1          | 2                  | 5,9          |
| egészségügyi intézménybe                              | -           | -            | -                  | -            |
| ismeretlen helyre                                     | 4           | 6,3          | -                  | -            |
| egyéb helyre                                          | 7           | 10,9         | 5                  | 14,7         |
| <b>Az intézményt elhagyók száma összesen</b>          | <b>64</b>   | <b>100,0</b> | <b>34</b>          | <b>100,0</b> |

Bár ez esetben sem tekintjük összehasonlíthatónak a két időszakot (tekintettel az intervallumok nagyságára), az adatok bemutatását szükségesnek látjuk. Tehát mindkét vizsgált időszakban az a legjellemzőbb, hogy az intézményt elhagyók családjukhoz vagy saját otthonukba távoztak. A 2003. évben e két célpontot a szenvedélybetegek átmeneti otthona követte (14,1%), míg 2004 első félévében az egyéb helyre történő költözés volt a harmadik legjellemzőbb. Az „egyéb hely” mind a 12 igénybevevő esetében ismert: 8 fő hajléktalanszállóra, 4 fő pedig élettársához költözött.

2003. január 1-je óta összesen 148 fő hunyt el az e kérdésre válaszoló 16 intézményben, ugyanakkor tudjuk, hogy minden intézményben volt elhalálozás az igénybevevők körében az említett időszakban.

### **A működési engedélyekről**

Az adatbázisban szereplő intézmények közül 13 (72,2%) ideiglenes, 5 (27,8%) pedig végleges működési engedéllyel rendelkezik. Az engedélyek kiadásának legkorábbi időpontja esetükben 1994, a legkésőbbi pedig a lekérdezés éve, 2004. Ezzel kapcsolatban érdekes adat, hogy a működési engedélyek kereken kétharmadát a 2003. évben vagy azt követően adták ki.

Az ideiglenes működési engedélyek 2 intézményben 2004-ig, szintén két intézményben 2005-ig, és 8 intézményben 2008-ig vannak (voltak) érvényben. (Egyébként az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények összesen 693 főt láthatnak el működési engedélyük alapján.)

A régiós megoszlás e kérdés kapcsán igen érdekesen alakul, hiszen kizárólag az Alföldön találunk végleges működési engedéllyel rendelkező ellátót: Észak-Alföldön arányuk 25,0% (1 intézmény), Dél-Alföldön pedig 100,0% (4 intézmény).

A megyei önkormányzatok által fenntartott intézmények háromnegyede (12 intézmény) ideiglenes, egynegyede (4) pedig végleges működési engedéllyel rendelkezik. A települési önkormányzatok által fenntartottak esetében ez az arány 50,0%-50,0%.

Az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények esetében tudható, hogy

- 10 intézményben (76,9%) van olyan szoba, ahol több mint 4 fő lakik
- 8 ellátónál (61,5%) az egy főre jutó lakóterület kevesebb, mint 6m<sup>2</sup>
- 8 intézményben nincs meg az előírt alkalmazotti létszám
- szintén 8 intézményben hiányzik valamely jogszabály által előírt helyiség

- 5 intézményben (38,5%) nem biztosított az akadálymentes közlekedés;
- ezen felül 2 (15,4%) intézménynek nincs építési engedélye, 1 intézménynek (7,7%) használatbavételi engedélye.

A végleges működési engedéllyel rendelkező 5 intézményben az alábbiaképp alakulnak az imént elemzett szempontok:

- 3 intézményben (60,0%) kevesebb az egy főre jutó lakóterület 6m<sup>2</sup>-nél
- 3 intézmény nem rendelkezik az összes jogszabályban előírt helyiséggel
- 2 ellátónál (40,0%) van olyan szoba, ahol több mint 4 fő lakik
- 2 ellátónál nincs meg az előírt alkalmazotti létszám
- ugyancsak 2 intézményben nem biztosított az akadálymentes közlekedés
- 1 intézményben (20,0%) pedig az alkalmazottak iskolai végzettsége nem felel meg az előírásoknak.

### A tényleges jogszabályi megfelelésről

Az intézmények működési engedélyének típusa és a jogszabályoknak való megfelelése nem mindig áll teljes összhangban. A szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményeinek esetében is kérdéseket tettünk fel tehát a jogszabályi előírásokra vonatkozóan, hogy segítségükkel vizsgálható legyen a tényleges jogszabályi megfelelés. A kérdések a jogszabályi megfelelés három csoportjára vonatkoztak: a szakalkalmazottak arányára, a szolgáltatásokra és az infrastrukturális feltételekre.

Elsőként a *szakalkalmazottak arányát* nézzük. Az 1/2000. SzCsM rendelet „A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről” a szakalkalmazottak arányát legalább 80,0%-ban határozza meg a szakosított ellátási formák esetében. Az általunk kapott adatok szerint e feltétel az intézmények 55,6%-ában (10) biztosított, 44,4%-ában (8) azonban nem.

A működési engedély típusának és a szakalkalmazottak arányának kapcsolata érdekes képet mutat, ahogy ezt a 23. sz. táblázatban látjuk.

**23. sz. táblázat**  
***Az intézmények megoszlása a szakalkalmazottak arányának jogszabályi megfelelése és a működési engedély típusa szerint***

| A szakalkalmazottak aránya | A működési engedély típusa |          | Összesen |
|----------------------------|----------------------------|----------|----------|
|                            | ideiglenes                 | végleges |          |
|                            |                            |          |          |

|               |           |       |       |       |
|---------------|-----------|-------|-------|-------|
| nem felel meg | intézmény | 6     | 2     | 8     |
|               | %         | 46,2  | 40,0  | 44,4  |
| megfelel      | intézmény | 7     | 3     | 10    |
|               | %         | 53,8  | 60,0  | 55,6  |
| Összesen      | intézmény | 13    | 5     | 18    |
|               | %         | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Az eredmények érdekessége, hogy az e feltételt nem teljesítő intézmények aránya közel ugyanannyi a végleges (40,0%), mint az ideiglenes (46,2%) működési engedéllyel rendelkező intézmények között.

A jogszabályi megfelelés következő csoportjában azt vizsgáljuk, hogy az intézmények biztosítják-e az összes, jogszabály által előírt *szolgáltatást* az igénybevevők részére. Ezzel kapcsolatban 2 intézményről (11,1%) nincsenek adataink, 9 intézményről (50,0%) elmondhatjuk, hogy minden előírt szolgáltatást biztosít, míg 7 intézmény esetében (38,9%) ez nem mondható el.

A biztosított szolgáltatások és a működési engedély típusa között újfent nem túl szoros az összefüggés, amit a 24. sz. táblázat mutat.

**24. táblázat**  
*Az intézmények megoszlása a szolgáltatások jogszabályi megfelelése és a működési engedély típusa szerint*

| A szolgáltatások jogszabályi megfelelése |           | A működési engedély típusa |          | Összesen |
|------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------|----------|
|                                          |           | ideiglenes                 | végleges |          |
| nem felel meg                            | intézmény | 4                          | 3        | 7        |
|                                          | %         | 36,4                       | 60,0     | 43,8     |
| megfelel                                 | intézmény | 7                          | 2        | 9        |
|                                          | %         | 63,6                       | 40,0     | 56,3     |
| Összesen                                 | intézmény | 11                         | 5        | 16       |
|                                          | %         | 100,0                      | 100,0    | 100,0    |

Mint látjuk a táblázatban, az előző ponthoz képest valamelyest kedvezőtlenebb a helyzet, hiszen az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények jóval nagyobb arányban (63,6%-ban) biztosítják az összes előírt szolgáltatást, mint a végleges működési engedéllyel rendelkezők (40,0%).

Az utolsó általunk vizsgált csoport az *infrastrukturális feltételeket* tartalmazza. Ezzel kapcsolatban azt tapasztaljuk, hogy a megfelelő intézmények aránya ez esetben a legalacsonyabb: 27,8% (5), az infrastruktúrára vonatkozó előírásokat nem teljes körűen

biztosító intézmények aránya 61,1% (11), és 2 intézményről (11,1%) ez esetben sincs információnk.

A működési engedély és az infrastrukturális feltételek megvalósulásának kapcsolatát láthatjuk a 25. sz. táblázatban.

**25. sz. táblázat**  
**Az intézmények megoszlása az infrastruktúra jogszabályi megfelelése és a működési engedély típusa szerint**

| Az infrastruktúra jogszabályi megfelelése |           | A működési engedély típusa |          | Összesen |
|-------------------------------------------|-----------|----------------------------|----------|----------|
|                                           |           | ideiglenes                 | végleges |          |
| nem felel meg                             | intézmény | 8                          | 3        | 11       |
|                                           | %         | 66,7                       | 75,0     | 68,8     |
| megfelel                                  | intézmény | 4                          | 1        | 5        |
|                                           | %         | 33,3                       | 25,0     | 31,3     |
| Összesen                                  | intézmény | 12                         | 4        | 16       |
|                                           | %         | 100,0                      | 100,0    | 100,0    |

A működési engedély típusa tehát ez esetben sem áll szoros kapcsolatban azzal, hogy teljesül-e az infrastruktúrára vonatkozó összes előírás az intézményben, hiszen a 25. táblázat adatai alapján a végleges működési engedéllyel rendelkező intézményeknek mindössze egynegyedében teljesül az összes előírás. Ehhez képest az ideiglenes működési engedéllyel rendelkező intézmények valamivel jobb helyzetben vannak, hiszen egyharmadukban valamennyi feltétel teljesül.

Természetesen nemcsak az eddig ismertetett csoportosításokban vizsgálható az előírások teljesülése, hanem összességében is. Ennek érdekében kialakítottunk egy ún. *jogszabályi megfelelési mutatót*, mely az eddig elemzett csoportok minden elemét magába foglalja. (Azok az intézmények, melyek esetében nem rendelkezünk az összes információval, meglévő válaszaik alapján lettek besorolva az alábbi mutatóba.)

**26. sz. táblázat**  
**Az intézmények tényleges jogszabályi megfelelése**

| Az intézmények tényleges jogszabályi megfelelése | Az intézmények |              |
|--------------------------------------------------|----------------|--------------|
|                                                  | száma          | aránya (%)   |
| minden szempontból megfelel                      | 2              | 11,1         |
| egy szempontból nem felel meg                    | 3              | 16,7         |
| kettő szempontból nem felel meg                  | 4              | 22,2         |
| három szempontból nem felel meg                  | 8              | 44,4         |
| öt vagy több szempontból nem felel meg           | 1              | 5,6          |
| <b>Összesen</b>                                  | <b>18</b>      | <b>100,0</b> |

Amint a 26. sz. táblázat adatai mutatják, a minden szempontból megfelelő intézmények aránya 11,1%. Ugyanakkor összességében korántsem annyira borús a kép, mint ahogy az a jogszabályi szempontok csoportosított értékeiből látszódik, hiszen az intézmények 83,3%-a

legfeljebb három szempontból nem felel meg az előírásoknak, ezen túl az öt vagy annál több szempontból nem megfelelő intézmények aránya is alacsony: 5,6%.

Végül a jogszabályi megfelelési mutató és a működési engedély típusa az alábbi kapcsolatot mutatja (l. 27. táblázat):

**27. sz. táblázat**

*Az intézmények tényleges jogszabályi megfelelése a működési engedély típusa szerint*

| Az intézmények tényleges jogszabályi megfelelése |           | A működési engedély típusa |              | Összesen     |
|--------------------------------------------------|-----------|----------------------------|--------------|--------------|
|                                                  |           | ideiglenes                 | végleges     |              |
| minden szempontból megfelel                      | intézmény | 2                          | -            | 2            |
|                                                  | %         | 15,4                       | -            | 11,1         |
| egy szempontból nem felel meg                    | intézmény | 2                          | 1            | 3            |
|                                                  | %         | 15,4                       | 20,0         | 16,7         |
| kettő szempontból nem felel meg                  | intézmény | 3                          | 1            | 4            |
|                                                  | %         | 23,1                       | 20,0         | 22,2         |
| három szempontból nem felel meg                  | intézmény | 6                          | 2            | 8            |
|                                                  | %         | 46,2                       | 40,0         | 44,4         |
| öt vagy több szempontból nem felel meg           | intézmény | -                          | 1            | 1            |
|                                                  | %         | -                          | 20,0         | 5,6          |
| <b>Összesen</b>                                  | intézmény | <b>13</b>                  | <b>5</b>     | <b>18</b>    |
|                                                  | %         | <b>100,0</b>               | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Mint látható, összességében is elmondható, hogy a működési engedély típusa alapján nem következtethetünk egyértelműen arra, hogy az intézmény minden jogszabályi előírásnak megfelel, adataink szerint ugyanis a minden szempontból megfelelő intézmények ideiglenes működési engedéllyel rendelkeznek. Sőt, az is kiderül, hogy az egyetlen, legalább öt előírást nem teljesítő intézmény végleges működési engedéllyel rendelkezik.

## **Herpainé Márkus Ágnes - Kaló Róbert**

### **Közép-magyarország régió szociális helyzetének**

#### **elemzése**

#### **A régió fő jellemzői szociális szempontból**

Jelen dokumentum a közép-magyarországi régió szociális – a Második Nemzeti Fejlesztési Tervhez kapcsolódó ágazati, és az ágazatot érintő regionális – stratégiai fejlesztési terveinek elkészítéséhez kíván alapot adni a régió szociális helyzetének, a szociális ellátások kiépültségének, fejlesztési potenciáljainak feltárásával. Elemzési egysége a kistérség. Tekintettel arra, hogy a területfejlesztés hivatalos térfelosztása értelmében Budapest is egy kistérségnek számít, elemzésünk is alapvetően annak kezeli. Ugyanakkor kísérletet teszünk arra, hogy ahol jelentős területi folyamatok zajlanak, azok jelzése és értékelése is megtörténjen, illetve a rendelkezésre álló kerületi szintű és kerületi szint alatti adatok is feldolgozásra kerüljenek. A helyzetelemzés betekintést enged a régió társadalmi-gazdasági helyzetébe, vizsgálja a régió szociális helyzetét meghatározó körülményeket, a kirekesztődést, a településszerkezet-közigazgatás és szociális igazgatás-ellátás viszonyait, a régió szociális ellátórendszerét, valamint az innovációt és a fejlesztési potenciált a szociális szférában.

A közép-magyarországi régió a gazdaság térbeli struktúráját, a településszerkezetet, a közlekedési hálózatot tekintve egyközpontú, a főváros – egy metropolisz – jelenléte ebből a szempontból alapvetően meghatározó a térségben. A térbeli struktúra leképeződik a népesség, a szociális problémák, az ellátórendszerek struktúrájában is. Az agglomerációs gyűrűn kívül eső területek a centrumtól való távolság és saját belső viszonyaik függvényében részesednek a központi területek fejlettségének felhajtóerejéből: a perifériális helyzetű – jellemzően a dél-keleti, keleti és északi szektorban elhelyezkedő – kistérségekben az ország fejletlenebb



régióiban tapasztalható jelenségek is jelentkeznek. Ugyanakkor a központi térségben is találhatók – részben a nagyvárosi problémákból fakadó – belső ellentmondások, hátrányokkal jellemezhető zárványterületek, slumosodó övezetek. A problémák felszámolásában Budapest és Pest megye egymásra utalt helyzetben van, az együttműködések kiépítése, a közös megoldási módok megtalálása, a régiótudatos gondolkodás nélkülözhetetlenek – ennek jelei azonban még alig-alig tapasztalhatóak.

A területi folyamatok is mind a főváros, mind Pest megye számára leginkább az egymás közti, régióon belüli kapcsolatban jelentősek. A budapesti szuburbanizáció adja Pest megye vándorlási aktívumának legbővebb forrását. A több mint egy évtizedes folyamatnak számottevő hatása van ezen területek demográfiai struktúrájára, a közszolgáltatások telepítési és kapacitási problematikájára és a fejlesztési szükségletek változására. Számolnunk kell azzal, hogy e folyamat komoly problémákat okozat települési, kistérségi és regionális szinten, az erősödő szegregáció következményei egyre inkább jelentkeznek: nagyvárosi szegénygettók, slumosodó lakótelepek, a középosztályi szuburbanizáció célterületein agglomerációs szegénységi zárványok, valamint a fejlett vonzáskörzeten túlra irányuló megélhetési szegénymigráció.

A társadalmi kirekesztődést vizsgálva az országosan jellemző jelenségek mellett régióspecifikus problémákkal is találkozunk. A központi régióban koncentrálódnak egyes kezeletlen társadalmi feszültségekből adódó jelenségek, ezek közül kiugróan a támogatott lakhatási lehetőségek anomáliái – valamint a szociális ellátórendszer ellentmondásos működésmódja, kiépültségének komoly hiátusai – által (is) előidézett hajléktalanság. A társadalmi és területi hátrányok halmozódása tapasztalható a régió leszakadó térségeinek és Budapest gettósodó övezeteinek alacsony társadalmi státuszú lakossága körében. Ugyanakkor a rohamosan fejlődő településeken is találkozunk a depriváció tömeges jelenségével: a statisztikailag nem megjelenő öslakos szegények kezeletlen szociális problémáiban ölt testet.

A régióban zajló területi folyamatok és a településszerkezet adottságai meghatározóak az adott téregységben élő népesség demográfiai, foglalkoztatási, lakhatási körülményei vonatkozásában. A leszakadó területeken – megfelelő beavatkozás hiányában – a hátrányok konzerválódnak. A magas szegénységi kockázatot jelző demográfiai, jövedelmi, foglalkoztatási és lakásmutatók mentén Pest megye átlagához viszonyítva a Dabasi, a Monori, a Nagykátai, a Ceglédi, a Veresegyházi és a Szobi kistérség leszakadása tapasztalható.

A területi zárványok felszámolása és a kirekesztett társadalmi csoportok beilleszkedésének elősegítése társadalmi-gazdasági érdek. A jelzett problémák megoldása sok esetben komplex kezelésmódokat igényel, az eddigieknél nagyobb figyelemmel a területi folyamatokra is. Az ágazati intézményfejlesztés a területi szempontok alacsony szintű érvényesülése mellett nem tudja megoldani az említett gondokat.

A szociális és gyermekjóléti ellátások kiépültsége magában hordozza a régió térszerkezetéből adódó vonásokat. Az intézményrendszer jellemzően Budapest-centrikus, miközben Pest megyében a kiépületlen alapellátások miatt ellátatlan kliensek a szakellátásban jelennek meg, és fordítva: a szakellátás kiépületlensége miatt sokan indokolatlanul maradnak az alapellátásban. A fővárosra és a megyére egyaránt jellemző a szolgáltatásokhoz való hozzáférés elégtelensége: Budapesten a kapacitáshiányok miatt csökken a hozzáférés esélye, Pest megyében pedig a szolgáltatások területi elérése okoz gondot, az aprófalvas és tanyás szerkezetű kistérségekben a legmagasabb az ellátatlanság kockázata.

A fentebb körvonalazott kihívások csak nagyobb téregységben értelmezve, illetve nem kizárólag szociális szakmai szempontok figyelembe vételével válaszolhatók meg. Építeni kell a kiaknázatlan együttműködési lehetőségekre régiós, agglomerációs, kistérségi és kerületközi szinteken. A szociális problémákra – térbeli folyamatokra – válaszoló megoldások keresése során szükséges összehangolni a gazdaság és a közszolgáltatások fejlesztését. Ez az ellátatlan kistelepülésekre költöztetett bentlakásos szociális intézmények létrehozásától a megfelelő nagyságrendű mikro- és kistérségi ellátási formákig ívelhet. Egy régiós, Budapestet aktivizáló ilyen jellegű tervező munka az innovációs potenciál és civil aktivitás régiós kiterjesztését is támogatni képes. Jelen helyzetben azonban a hatalmas területi, térségi különbségek és területi szintű – értve alatta a régión belüli, kerületek közötti, Budapest és szűkebb agglomerációja együttműködésével megvalósuló, valamint a tipikus kistérségi – problémakezelés tipikus hiányai jellemzik a régiót.

## **Társadalmi-gazdasági helyzetkép**

### ***Földrajzi helyzet, településszerkezet***

A közép-magyarországi régió Magyarország legkisebb területű, ugyanakkor legnépesebb régiója. Területe 6 919 km<sup>2</sup>, az ország területének 7,4 százaléka. Közép-Magyarország régió a

Kárpát-medence központjában fekszik, különböző domborzati viszonyú tájegységek találkozási pontjában, az Északi-középhegység, az Alföld és a Duna által meghatározott változatos földrajzi viszonyok jellemzik. Ezek a természeti tényezők befolyásolták a terület térszerkezetének alakulását: determinálták a régió centrális szerepét és alakították heterogén településszerkezetét.

A Pest megyei kistérségekben jellemzően nagy a falusi lakónépesség aránya, összesen 48,8 százalék. A megye 15 kistérségéből kilencben a falusi népesség aránya meghaladja a városokét, a kistérségi központ szerepét betölteni képes városok sok kistérségben hiányoznak.

A kis népsűrűségű és településsűrűségű aprófalvas és tanyás térségek egyaránt jellemzik egyetlen világvárosos régióunkat, izgalmas térbeli folyamatokat és komoly társadalmi és területi zárványokat eredményezve.

### ***Demográfiai helyzet***

A közép-magyarországi régió lakónépessége a 2001. évi népszámlálás adatai szerint 2 860 265 fő volt 2001-ben, ez az ország népességének 28 százalékát teszi ki. Ebből Budapesten él 1 776 388 fő.

A természetes fogyás mellett a népességszám-változást régióon belül a migrációs folyamatok is jelentősen befolyásolják, területileg differenciált módon. A régióon belüli és régiók közötti vándorlás hatására a főváros népessége tovább csökkent, míg Pest megyében a fogyás lelassult, és elindult a népesség gyarapodása, elsősorban az agglomeráció településeire irányuló költözésnek köszönhetően. Az utóbbi másfél-két évtizedben megfigyelhető trend folytatódásával Budapesten továbbra is a népesség átlagosnál nagyobb ütemű csökkenése várható, melyet az – elsősorban régiók közötti – odavándorlás csak részben ellensúlyoz.

Pest megye vándorlási aktívuma magas, különösen az agglomerációs térségben, a Budapesttől távolabbi kistérségek vándorlási egyenlege jóval kisebb, mint az agglomerációs körzetbe esőké. A lakosság korösszetétele igen kedvezőtlen, az időskorú népesség aránya nagyobb az országos átlagnál.

## ***Lakáshelyzet***

Bár a központi régióban a lakások átlagos nagysága, komfortossága jellemzően az országos átlag feletti, itt is igaz: Budapest és a dinamikusan fejlődő agglomerációs öv településeinek helyzete javítja ily mértékben a statisztikákat. Nagy a laksűrűség az észak-budai, kelet-és délpesti külső körzetekben – zömmel a 60-as, 70-es években épült lakótelepek körzeteiben. Önkormányzati tulajdonú bérlakások is inkább a fővárosban találhatók, Budán főként a műemlék jellegű lakóövezetekben, illetve Pesten Belső-Erzsébetváros, Külső-Ferencváros, valamint Külső-Józsefváros és Belső-Angyalföld területén.

A lakásállomány vonatkozásában elmondható, hogy Budapesten az ország más településeihez képest inkább jellemzőek az egyszobás, kevésbé a három és annál több szobás lakások. Többszobás lakások nagy arányban találhatók ugyanakkor a régió dinamikusan fejlődő északnyugati és nyugati szektoraiban.

A lakásfenntartási költségek különösen a szociálisan rosszabb helyzetű tömegek által lakott lakótelepeken komoly gondként jelentkeznek, elsősorban a főváros területén. A lakhatási problémák egy jelentős, és a jómódú rétegek kiáramlása által valamelyest elfedett, látens szegmensét jelzi a külterületekre, gyakran üdülőövezetekbe, a központi régió tanyás vidékeire és a perifériális helyzetű kistérségek apró falvaiba áramló szociális kiköltözők köre. Összességében tehát a főváros slumosodó területeit, illetve Pest megye külső térségeit jellemzik a régiós, sőt egyes térségekben az országos átlagnál is rosszabb lakhatási körülmények.

## **Makrogazdasági folyamatok**

A közép-magyarországi régió az ország gazdaságilag legfejlettebb régiója. Itt koncentrálódik a működő vállalkozások 35,4 százaléka, valamint a foglalkoztatottak 29,5 százaléka. Ugyanakkor a leginkább beágyazott gazdasággal is e régió rendelkezik; bár jelentős a külföldi tőke és a multinacionális cégek jelenléte, nagy arányban vannak jelen a hazai vállalatok, közintézmények stb. ami a többi prosperáló régióhoz képest kevésbé teszi ki a multinacionális cégek mobilitásából adódó veszélynek a régió gazdaságát. A régióban jelentős belső

egyenlőtlenség mutatkozik, mely nagyrészt a főváros és agglomerációs körzete, valamint Pest megye hátrányosabb helyzetű kistérségei közötti különbségekben nyilvánul meg.

A GDP 43,9 százaléka ebben régióban termelődik, az egy főre jutó GDP 1,58-szorosa az országos átlagnak. A GDP-adatok vizsgálata is utal a régió belüli aránytalanságra a főváros és Pest megye viszonylatában. A régiós GDP 79,9 százalékát Budapest, míg 20,1 százalékát Pest megye adja. A különbséget az is növeli, hogy az agglomerációban lakó és Budapesten dolgozó emberek által megtermelt bruttó hazai össztermék is Budapesten jelenik meg.

A jól érzékelhető belső egyenlőtlenségek a főváros erőteljes centrum-szerepére és a régió belüli ellenpólus-szerepű gazdasági térség hiányára vezethetők vissza.

A régió fejlett gazdasági szerkezetére, valamint a közszolgáltatások, kutatóhelyek, közintézmények magas arányára utal a szolgáltatási szektorban foglalkoztatottak kiemelkedően nagy aránya (71,5 százalék). Ez az arány az iparban 26,5 százalék, míg a mezőgazdaságban 2,0 százalék. A szolgáltatási szektor aránya különösen Budapesten kiemelkedő: az összes budapesti foglalkoztatott 77,9 százaléka a szolgáltatásban dolgozik.

A régióban működő vállalkozások száma 113 943, melyből 58 145 egyéni vállalkozás, 55 798 társas vállalkozás formájában gazdálkodik.

## **A régió szociális helyzetét meghatározó körülmények**

### ***Területi folyamatok***

A régióban erős a népességkoncentráció: a népesség túlnyomó része a fővárosban és a budapesti agglomerációban összpontosul. A gazdasági-társadalmi átalakulás révén felgyorsult lakossági szuburbanizáció, a fővárosi népesség elvándorlása is erre a területre irányul, miközben Budapest népessége az utóbbi években folyamatosan csökkent. Fentiekből következően területileg koncentrálódik, és mind térbeli, mind társadalmi dimenziót ölt a kirekesztődés a főváros egyre inkább slumosodó területein és az agglomeráció zárványaiban, amelyek jellegzetes kistérségi típusai a kisvárosias-tanyás, illetve a mezővárosias-tanyás kistérségek.

A lakossági szuburbanizáció alábbi jellemzőit fontos kiemelni:

- A lakossági migrációs folyamatok mind Budapest mind Pest megye számára leginkább az egymás közti kapcsolatban jelentősek. Pest megye migrációs aktívumának fő forrását a budapesti szuburbanizáció jelenti.
- Pest megyén belül is elsősorban az agglomeráció a szuburbanizáció céliránya. Az agglomeráción túli területekre főként szociális okból kiköltözők érkeznek.
- A lakosság Budapestről való kitelepedésének az elmúlt évtizedben végig döntően az északnyugati agglomeráció volt a célterülete. (Középtávon azonban várható az északnyugati agglomerációban rendelkezésre álló beépíthető területek csökkenése, és így a figyelem szükségszerűen megnőhet a délkeleti szektor iránt.)

A szuburbanizáció folyamata komoly problémákat okozhat települési és regionális szinten, az erősödő szegregáció egyre jobban érezteti hatását. Budapest számára ez a folyamat azt eredményezheti, hogy az alacsonyabb státuszú lakótelepeken, valamint a slumosodó belvárosi területeken elindul egy negatív népességcsere, a tehetősebb rétegek kimenekülése. Ez a társadalmi szegregáció inkább a fővároson belüli szuburbanizációból fakad – azonos kerületen belül is a tehetősebbek a lazább beépítés felé igyekeznek, illetve városon belül is a külső kerületekbe, főleg a viszonylag „üresebb” pesti oldalra.

Szegregálódik ugyanakkor Pest megye is. A jóléti szuburbanizáció célállomásain a magasabb státuszú lakosság koncentrálódik, míg a szociális szuburbanizáció által érintett területeken az alacsony státuszú (Városkutató Kft., 2000).

Számolni kell azzal, hogy az egyre nagyobb arányban megvalósuló tömbrehabilitációk visszavonhatják a kiáramló, jómódú tömegek jelentős hányadát a fővárosba – ami a slumok és az újjáélesztett övezetek további kontrasztját, valamint a falvak újbóli kiüresedését eredményezhetik.

### ***Közlekedési adottságok, hozzáférési problémák***

A központi régió megközelíthetősége – „köszönhetően” az ország csillagszerű közlekedési hálózatának – az ország más vidékeihez mérten igen jó. A régióon belüli közlekedési

viszonyok azonban már felvetnek olyan problémákat, amelyek a társadalmi kirekesztődés térbeli aspektusait erősítik fel. Ezek a következők:

- A régió aprófalvas, illetve tanyás kistérségeiben kialakultak olyan vidékek, jól járható utakat és tömegközlekedési kapcsolatokat nélkülöző települések, amelyek lakói a fővárost alig tudják megközelíteni. E területi zárványokban élő népesség életkörülményeit, munkaerő-piaci lehetőségeit, közszolgáltatásokhoz való hozzáférését tekintve pontosan ugyanolyan rossz helyzetű, mint az ország igen rossz helyzetűnek tekintett vidékein élők.
- A megfelelő úthálózat hiánya a közeli – a főváros 30-40 km-es vonzáskörzetében lévő – települések esetén is olyan súlyos közlekedési gondot okoz, amely a jómódú, a szuburbanizálódási folyamatok során a környező településekre költözött csoportok esetén is kiszámíthatatlan mozgásokat eredményezhet a közeljövőben. E csoportok tagjai jellemzően a fővárosban dolgoznak, s amennyiben a lakásárak növekedése megáll, illetve a rendre változó lakástámogatási rendszerek lehetővé teszik, vélhetően sokuk visszaköltözik a fővárosba. E folyamatok szempontjából alapvető a jelenleg gyakorlatilag hiányzó szuburbán vasúthálózat fejlesztése.

### ***A népesség egészségügyi helyzete***

A közép-magyarországi régió népességének születéskor várható élettartama az országos trendhez hasonlóan az elmúlt években kismértékben emelkedett.

A férfiak születéskor várható élettartama 69,55 év, a nőké 76,94 év volt 2002-ben. Tehát a nők életkilátásai jobbak: a születéskor várható élettartamuk 7,39 évvel meghaladja a férfiakét. A régió népességének születéskor várható élettartama meghaladja az országos átlagot: a megfelelő mutatók különbsége 0,38 (nők), illetve 1,29 (férfiak) év.

A halálozási arányszám 1990 és 2000 között mérséklődött. 2000-ben a térségben 1000 lakosra 13,4 haláleset jutott, 1-gyel kevesebb, mint 1990-ben. A régió népességének halandósági szintje nem tért el lényegesen az országostól, az 1000 lakosra jutó halálozások száma 2000-ben országosan 13,5 volt, 0,1-del magasabb, mint a közép-magyarországi térségben.

Az egészségügyi alapellátásban is megjelenik a térségbeli centrum-periféria viszony: habár a mutatók alapján a közép-magyarországi régió e tekintetben is első az országban a kimagasló fővárosi ellátottságnak köszönhetően, Pest megye az ország többi megyéjével való összehasonlításban alul marad. A házi orvos- és házi gyermekorvos-ellátottság a megyén belül is vegyes képet mutat. 2002-ben 1709 Pest megyei lakos jutott egy házi orvosra és házi gyermekorvosra, Budapesten ez a szám csak 1296 volt. Az egy házi- és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma 2226 és 1306 között változik a megye kistérségeiben. A legrosszabb helyzetben a Veresegyházi kistérség van, a legjobb mutatót a Szobi kistérség produkálja, itt azonban egyetlen házi gyermekorvos sincs, a gyermekorvosi ellátást is a házi orvosok végzik.

A régió kórházi ágyszám-ellátottság tekintetében országosan szintén az első helyen áll. A térség kedvező pozícióját nem érintette, hogy 1998 óta a kórházi ágyszámleépítés itt volt a legnagyobb mértékű (5,7 százalék), az összes működő kórházi ágy 33 százaléka még mindig a közép-magyarországi régióban van. Ez a kiemelkedő arány a fővárosban koncentrálódó kórházellátottságnak köszönhető, 133,4 működő kórházi ágy jut tízezer budapesti lakosra. Nyilvánvaló, hogy Pest megyében élők kórházi ellátásának nagy része is a Budapesten működő kórházakra hárul, hiszen a megyei mutató csupán 32,6.

### ***Iskolázottságra vonatkozó adatok***

A közép-magyarországi régió az iskolázottság terén kiemelkedően jó pozícióban van. Ebben nem kevés szerepet játszik a főváros országosan elsőrangú iskolázottsági helyzete. A közép- és felsőfokú végzettségűek aránya messze felülmúlja az országos átlagot.

Pest megye lakossága iskolai végzettség tekintetében az országos átlaghoz áll közelebb, sőt, mind a középfokú, mind a felsőfokú végzettségűek aránya elmarad az országostól is. A legalább középfokú végzettségű lakosok aránya a 18 éves és idősebb korosztályon belül Pest megyében 38,1, a fővárosban 59,6, míg országosan 38,8 százalék. A megyében a felsőfokú diplomával rendelkezők aránya a 25 éves és idősebb korosztályra vetítve 11,7 százalék, Budapesten 38,4 százalék, míg az országos átlag 13,6 százalék. A 15 éves és idősebb népességben belül Budapesten 94,3 százalék fejezte be az általános iskola 8. évfolyamát, Pest megyében 89,9 százalék, ami majdnem megfelel a 89,8 százalékos országos átlagnak. Látható tehát, hogy a régió elsőrangú mutatóit a Budapesten koncentrálódó magasabb végzettséggel



rendelkező lakosságnak köszönheti, Pest megye ebből a szempontból keveset profitál, sőt inkább veszít a főváros közelségéből adódó helyzete okán.

A kistérségeket vizsgálva azt találjuk, hogy a perifériális helyzetű kistérségek iskolázottsági jellemzői lényegesen rosszabbak az agglomerációs övezeténél.

### ***Foglalkoztatottsági helyzet***

A közép-magyarországi régió gazdasága, a régióba áramló külföldi tőke, a foglalkoztatási struktúra kedvező hatással van a foglalkoztatottsági helyzetre. A térségben élők munkaerő-piaci helyzetét tekintve Közép-Magyarország az ország egyik legjobb feltételeket biztosító régiója. Az aktív korúak között a régióban 2002-ben 3,9 százalék, Budapesten 3,7 százalék, Pest megyében pedig 4,3 százalék volt munkanélküli. Az országban ugyanekkor 5,8 százalékos munkanélküliség volt. Az aktivitási arány is kedvezőbb a térségben, 56,6 százalék. A régión belül a foglalkoztatottság szintjét tekintve nincs túl nagy különbség: Budapesten 56,9 százalék, Pest megyében 56,0 százalék. A tartósan munkanélküliek aránya Pest megyében magasabb, mint a fővárosban, de így is kedvezőbb az országos aránynál. Ez a különbség összefüggésben áll a gazdasági fejlettség eltéréseivel, hiszen a gazdaságilag fejlettebb területeken a munkanélküliség időtartama rövidebb, mint a fejletlenebb térségekben.

A szellemi foglalkozásúak aránya szintén korrelál a térség fejlettségével: a fővárosban tapasztalható nagyobb arány (34,8 százalék) a képzettebb munkaerő jelenlétére utalva. Az országos összevetésből (16,9 százalék) arra következtethetünk, hogy a régióban (28,4) nagyságrendekkel több a jól képzett munkaerő: az országotól jelentősen eltér a munkanélküliség összetétele.

A nők munkanélkülisége a teljes lakónépességre vetítve kisebb arányú, mint a férfiaké. Ehhez az is hozzájárul, hogy több inaktív korú nő él a régióban, mint inaktív korú férfi.

A közép-magyarországi régióban nyilvántartott munkanélküliek összetételét kettős hatás alakítja. Tükrözi egyrészt a térség összetételét: ezért magasabb a munkanélküliek képzettsége, elért státusza, hasonlóan a munkavállalókéhoz. Másrészt jelzi, hogy ez egy átlagosnál kedvezőbb helyzetben lévő térség.

## **Kirekesztődés**

### ***Szegénység, mélyszegénység által veszélyeztetett csoportok köre – régióspecifikus problémák mentén***

A központi régióban koncentrálnak egyes kezeletlen társadalmi feszültségekből adódó jelenségek, köztük különösen a hajléktalanság, amely a fedél nélküliek, valamint az önkényes lakásfoglalók és lakás céljára alkalmatlan épületekben élő emberek tömegeiben ölt testet.

A központi régióban egymással párhuzamosan zajlanak a középosztályi és szegénységi szuburbanizáció, valamint a fővároson belüli lakosságcsere többirányú folyamatai. Az agglomerációs gyűrű egyre telítődő északnyugati, nyugati területeire a középosztály költözik, a nehezebb helyzetű csoportok inkább a délkeleti, keleti szektorba áramlanak. (A Budapesti Agglomeráció vándorlási folyamatai a 90-es években, POLISZ, 2001)

Ez utóbbi térség mind a lakhatási, mind a jövedelmi és egyéb szegénységi jelzőszámok, mind pedig a települési hierarchia szempontjából rosszabb helyzetű a régió többi vidékéhez képest. Pest megye tanyás-vidékes kistérségei e területek, amelyek különös figyelmet érdemelnek a területfejlesztési, valamint a szociális szolgáltatások és az ellátások célzottsága szempontjából egyaránt.

## ***Segélyezés***

### ***Rendszeres szociális segély***

A közép-magyarországi régióban 2002-ben a rendszeres szociális segélyben részesülők tízezer aktív korú lakosra vetített száma kb. egyötöde az országos átlagnak, egyben a legjobb régiós mutató. A térség kedvező helyzetét magyarázza, hogy az ország munkanélküliséggel legkevésbé sújtott régiója lévén a munkaerőpiacról tartósan kiszoruló emberek relatíve kis száma itt nem növeli olyan mértékben a jogosultak arányát, mint a magas munkanélküliséggel jellemezhető régiókban. A kistérségi mutatók aránytalanságai azonban híven tükrözik, mennyire nem tekinthető egységesnek a régió.

### *Időskorúak járadéka*

Az időskorúak jövedelmi szegénységét kompenzáló időskorúak járadékában 904 fő részesült Közép-Magyarországon 2002-ben, vagyis tízezer 60 éves és idősebb lakosra vetítve 14,84 támogatott volt. 1998-óta a jogosultak száma folyamatosan csökkent országosan és a régióban egyaránt, mind a támogatottak abszolút számát, mind a megfelelő korú lakosságra vetített mutatót tekintve. A régióban ezen időszak alatt a mutatók tendenciózusan jóval az országos átlag alatt maradtak. A régión belül jelentős területi különbségek vannak a támogatottak számának tekintetében: a Ceglédi, a Szobi és a Dabasi kistérségek magas arányszámaikkal régiós szinten kiemelkednek, Budapest régiós és országos szinten ismét a legkedvezőbb helyzetben van.

### *Ápolási díj*

Ápolási díjban 2002-ben átlagosan 7527,9 fő, a lakónépesség 2,66 ezreléke részesült Közép-Magyarországon (az országos átlag 3,09 ezrelék, a régiók között Közép-Magyarország az ötödik). Az ellátásban részesítettek között régiós szinten 30,8 százalék alanyi jogon, 69,2 százalék méltányossági alapon támogatott. Pest megyében a Gödöllői, a Ceglédi és a Nagykáti kistérségben a legmagasabb az ápolási díjban részesítettek aránya. Méltányossági alapon ápolási díjban részesülők a legmagasabb arányban a hátrányosabb kistérségekben találhatók: Budapest ebből a szempontból is a legjobb mutatóval rendelkezik.

### *Átmeneti segély*

2002-ben az ezer lakosra jutó átmeneti segélyt igénybe vevők száma a közép-magyarországi régióban 43 volt, messze az országos átlag (65,6 ezrelék) alatt. A fővárosi 37,7 ezrelékes arány régiós mutatót javító hatása mellett Pest megye 51,2 ezreléke is alacsonynak mondható a megyék közötti összehasonlításban. Mindemellett igen kiugró területi különbségeket találunk Pest megyében: a Dabasi kistérségben 230,5 átmeneti segélyben részesülő jut ezer lakosra, de arányuk igen magas a Szobi, Nagykáti, Váci, Ceglédi kistérségben is.

Az egy támogatottra jutó átlagos támogatási összeg egyébként nagy szóródást mutat a régión belül. A legmagasabb a Budaörsi kistérségben (17 518 forint), szintén magas a támogatási

összeg a megyei átlaghoz képest a Dunakeszi, a Gödöllői, a Veresegyházi, a Pilisvörösvári és a Gyáli kistérségben, a legalacsonyabb a Dabasi, Szobi, Nagykátai és a Váci kistérségben.

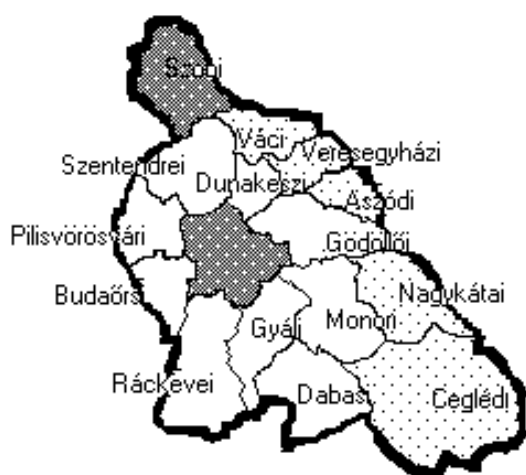
### *Közfogyógyellátás*

A közép-magyarországi régióban 2002-ben 127 630 fő részesült közfogyógyellátásban, ezer lakosra vetítve 45,2 fő, ez kevesebb, mint az 50 fős országos átlag. 1998 óta a régió egészét tekintve 12,2 százalékkal nőtt az ellátottak száma, a kistérségek szintjén vegyes előjellel és mértékben. Az ellátottság szintje a kistérségekben széles intervallumban váltakozik: a legalacsonyabb a Pilisvörösvári, Veresegyházi kistérségben, a legmagasabb a Ceglédi, Dabasi, és Aszóni kistérségben. Budapesten 48,4 fő ellátott jut ezer lakosra. A jogosultság típusát tekintve Pest megyében az összes közfogyógyellátásban részesülő 42,2 százaléka alanyi jogon, 40,8 százalék méltányossági alapon, 17 százalék normatív alapon jogosult az ellátásra, míg a fővárosban ettől nagyon különböző összetételben ezek az arányok: 32%, 60,1% és 7,9 %.

### *Idős népesség*

Hazánk idős, különösen a 70 év feletti népességét tekintve Budapestről állapítható meg, hogy társadalma előregedése a legnagyobb arányú.

#### **1. térkép A 70 év feletti népesség aránya, kistérségenként**



70 év feletti aránya a Pest megyei átlagot meghaladja: 

Természetesen sem a fővárosban, sem a tágabb régióba belül nem homogén a kép. Az idős népesség nagyobb arányban van jelen az északkeleti és az északi, valamint a délkeleti szektorban.

Budapest és a Szobi kistérség előregedése kiugróan magas. A többi érintett, a külső agglomerációs sávba tartozó kistérség esetén a magas arányú idős népesség jelenléte különös figyelmet igényel, hiszen az utóbbi időben a keleti szektorba jelentős arányban áramlanak ki a főváros mobil, jobb helyzetű népességcsoportjai, s jelenlétük, illetve az aktív

70 év felettiek aránya az országos átlagot meghaladja: és gyerekkorú népesség növekvő aránya eltereli a figyelmet a fejlődésnek indult (induló)

*Forrás: MTA RKK Kecskemét*

településeken az ott élő, társadalmi segítségre szoruló rétegekről, különösen az idősekről.

### **Gyerekek szegénysége**

A KSH 2002-es adatai szerint a régióban családi pótlékban részesülők között 3,1 százalék a legnagyobb szegénységi kockázatúnak tekinthető 3 vagy többgyermekes egyedülálló szülők aránya. A kétgyermekes egyedülállók 7,3 százalékot, az egygyermekes egyedülállók 11,3 százalékot tesznek ki. Az országos átlagot csak az egygyermekes egyedülálló szülők aránya haladja meg, a másik két esetben a régió az országos átlagnál kedvezőbb helyzetben van.

A 2002-es KSH-felmérés szerint a támogatott családok aránya a régióban alig több mint fele volt az országos arálynak. A régióon belül azonban nagy differenciák vannak: a fővárosban 4,3 százalék, Pest megyében átlagosan 10,1 százalék, ami leginkább a dunántúli megyék átlagához közelít. A kiegészítő családi pótlékban részesülő családok területi megoszlása követi az alapvető területi fejlettségi mutatók alakulását: az agglomerációs gyűrűben arányuk alacsonyabb, míg a távolabb eső perifériális helyzetű kistérségekben eléri a 17–19 százalékot is. A másik tényező, ami az arányok különbségét befolyásolja, az a népesség korösszetétele, pl. az idősebb lakónépességű Szobi vagy Veresegyházi kistérségben ez a szám 10 százalék alatt marad.

Budapesten a támogatott családok között – az országos összetételtől eltérő módon – legnagyobb arányban az egygyermekes családok vannak (42 százalék). Az országos kép ettől szignifikánsan eltér: legnagyobb arányban a kétgyermekes családok vannak (37,4 százalék), míg egygyermekesek csupán 33,1 százalékban. A fővárosi támogatott családok között 35,5 százalék kétgyermekes, a három- és többgyermekesek aránya szintén elmarad az országos átlagtól: 22,5 százalék az országos 29,5-del szemben.

A támogatásban részesülő családok száma szinte az egész térségben a 2002. évben csökkent az előző évhez képest. Kivételt ez alól csak a Dabasi kistérség jelent, ahol 103,6 százalékra nőtt a támogatott családok száma. A csökkenés a közép-magyarországi régió átlagában 93,1

százalék volt, ezen belül Pest megyében az országos átlagnak megfelelő 5,1 százalékos csökkenés volt, Budapesten ennél nagyobb 10,6 százalékos csökkenés volt tapasztalható.

### ***Munkaerőpiacról kiszorult, egészségi állapotuk és életmódjuk miatt veszélyeztetett emberek***

Az ismertté vált *felnőtt korú bűnelkövetők* száma az 1997-es adathoz képest 2001-re 15 százalékkal csökkent Közép-Magyarországon, a régiós mutató kedvező alakulásában a fővárosi játszott nagyobb szerepet. Pest megyében a 2000-ig tartó csökkenés után 2001-ben ismét nőtt a regisztrált bűnelkövetők száma.

A regisztrált *fiatalkorú bűnelkövetők* száma nagyobb mértékben csökkent a vizsgált időszakban Pest megyében, mint a fővárosban. A változás tendenciája azonban hasonló a felnőtt korú bűnelkövetők számának alakulásához: Pest megyében a 2000. és 2001. évben az előző évhez képest növekedés tapasztalható, míg Budapesten a csökkenés folyamatos volt.

A *kábítószer-használat* és függőség problémája koncentráltan jelentkezik a fővárosban. Az adatok érzékenysége miatt nagyon nehéz pontos képet kapnunk a fogyasztók számának alakulásáról, a területi összehasonlításokat is nagy óvatossággal kell kezelnünk. A rendelkezésünkre álló KSH-felmérés adatai alapján 2002-ben a Magyarországon regisztrált kábítószer-fogyasztók több mint 62 százaléka budapesti, összesen 2961 fő. Ez a szám lakosságarányosan is kiugróan magas, 47,9 kábítószer-fogyasztó jut tízezer budapesti lakosra, míg az országos mutató csak 12,6. Pest megye ezzel szemben 325 regisztrált kábítószer-fogyasztóval a lakosságarányos számot (2,9 fő/tízezer lakos) tekintve csak 14. a megyék között.

A tízezer lakosra jutó nyilvántartott *tbc-s betegek* számában (74,8 fő) csupán Észak-Alföld előzi meg régiónkat. A fővárosban és Pest megyében egyaránt magas a betegek száma, 80,2, illetve 66,3 fő, a fővárosi mutató a Szabolcs-Szatmár-Bereg és a Hajdú-Bihar megyei számokhoz áll a legközelebb.

### ***Cigány népesség***

Országos tendencia, hogy minél kisebb, és ezzel együtt minél nehezebb helyzetben van egy település, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy nagy arányban lakják romák. A cigány

népesség szegregálódása, társadalmi és térbeli kirekesztődése egyre masszívabb és nehezebben feloldható zárványokat eredményez. A központi régióban Pest megye belső periferiáin és a főváros slumosodó kerületeiben egyre inkább jelentkezik e problémakör.

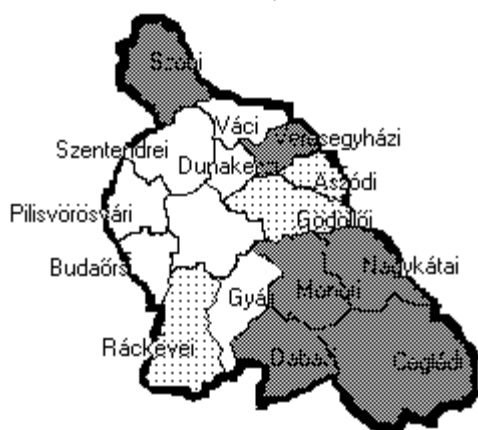
A területi zárványok kialakulása a társadalmi kirekesztődés szempontjából fontos tényezőnek tekinthető, többek között erre is rávilágított Kemény István 2003. évi kutatása:

„Azok a cigányok, akik szegregáltabb lakókörnyezetben élnek, kisebb eséllyel jutnak munkához, mint azok, akiknek a környezetében sok nem cigány is lakik. [...] Budapesten mindkét típusból jelentősen magasabb a kínálat, mint vidéken. [...] A nők körében még látványosabban érvényesül ez a tendencia. Az atipikus munkahelyek az iskolázatlanok körében jóval gyakoribbak [...] Budapestre vonatkozóan is igaz, hogy a jobb anyagi helyzetűek kisebb eséllyel laknak szegregált lakókörnyezetben. [...] A vizsgálat adatai nem cáfolják azt a feltételezést, hogy a nagyobb településeken belül kialakulhatnak cigány szegénygettók, melyeket a jobb helyzetű romák esetleg igyekeznek elhagyni. Ugyanakkor a felmérés eredményei arra mutatnak rá, hogy a magyarországi cigányság esetében sokkal inkább települések és régiók között, mint azokon belül húzódnak éles határvonalak. A szegregált lakókörnyezetben élő budapesti cigány háztartások munkajövedelme például két és félszerese a falvakban élő, többségében nem cigány szomszédsággal rendelkező háztartásokénak. Látható továbbá, hogy bár a kereseti lehetőségekben a regionális eltérések igen jelentősek, a transzferek nagyjából egyenlően oszlanak meg a cigányság különböző csoportjai között, és nagy súllyal szerepelnek a legtöbb háztartás bevételei között.”

### ***Belső periferián élők***

A régióban zajló területi folyamatok és a településszerkezet adottságai meghatározóak az adott téregységben élő népesség demográfiai, foglalkoztatási, lakhatási körülményei vonatkozásában. A 2. térkép az egyes, magas szegénységi kockázatot hordozó mutatók mentén hasonlítja össze a régió – a helyzetelemzés következő szakaszában a budapesti kerületekre is tovább bontva az adatokat – kistérségeit.

## **2. térkép A Pest megyei átlagnál több szempontból rosszabb helyzetű kistérségek**



A régió belüli közlekedési problémák, az egyes kistérségek infrastrukturális, intézményi hiányosságai, stb. hozzájárulnak a mobilabb rétegek elvándorlásához és a problémák konzerválódásához.

Ahogy korábban írtuk, a központi régióban jelentős a vándorlás, a tehetősebb és szegény rétegek közel ellentétes irányú mozgásai. E folyamatok – mint e térkép is jelzi – jól láthatóan a centrum-periféria

viszony mentén zajlanak, bizonyos zárványokat is – mint a Ráckevei kistérség, illetve a Veresegyházi kistérség belső, több mutató által elfedett problémái – fenntartva.

### ***Fogyatékkal élő emberek***

A fogyatékkal élő emberekről az 1990-es népszámlálás részleges kérdezése után 2001-ben valamennyi megkérdezettnél feltették az egészségi állapotra, problémára utaló kérdéseket. „A településtípus szerinti adatok azt mutatják, hogy a fogyatékos emberek magasabb arányban élnek a községekben és kevésbé a fővárosban, valamint más városokban, mint a nem fogyatékos népesség. Így társadalmi hátrányaikat a települési egyenlőtlenségből adódó nehézségek tovább súlyosbítják. [...] Azokban a háztartásokban, amelyekben fogyatékos emberek élnek, a családháztartások aránya Budapesten a legkisebb (65 százalék), a községekben pedig a legnagyobb (75 százalék). Ugyancsak eltérőek e mutatók értékei a két vagy több családból álló háztartások esetén is, ahol 3, illetve 7 százalékot tesznek ki. Ezekből az adatokból is következik, hogy az egyszemélyes háztartások aránya viszont a fővárosban magasabb – közel 30 százalék –, míg a falvakban csak 21 százalék. A községekben tehát jóval több fogyatékos ember él olyan családi környezetben, ahol – elvileg, remélhetőleg a gyakorlatban is – számíthat a vele együtt élők segítségére. A falvakban egyedül élő, fogyatékosokban szenvedők viszont némileg nehezebb helyzetben vannak, mint a fővárosban, megyeszékhelyen vagy más városokban élő társaik, mert a nagyobb településen élő fogyatékos személyeknek nagyobb az esélyük, hogy segíteni kész rokonaikkal egy településen éljenek, és velük könnyebben tarthassanak kapcsolatot.” (KSH, 2001. Népszámlálás, fogyatékkal élő emberek helyzete).

### ***Veszélyeztetett lakhatás***



A központi régióban a lakhatás szempontjából leginkább veszélyeztetett egyik csoportnak az *egyszemélyes háztartásban élőket*, közülük is különösen az időseket tekinthetjük. Jelen vannak azonban olyan tényezők, amelyek jellegzetesen meghatározzák e téren régiónkat. Első helyen említhető a *szociális bérlakások szükségletekhez mérten alacsony aránya*.

A fővárosi lakótelepek és a leromló állapotú belső területek régi bérlakásainak lakói magas fenntartási költségekkel számolhatnak. Éppen e területeken élnek zömmel a rosszabb társadalmi státuszú csoportok. A lakáshoz jutás nehézségei, a megfizethető bérű lakások magas fenntartási költségei, az e rétegek előtt kevésbé nyitott lakáspiac olyan kényszermegoldásokat szül, amelyek megoldása külső segítség nélkül nehezen képzelhető el.

A főváros, illetve a régió megfizethető bérű lakásokkal bíró kisebb települései (falvak, tanyás vidékek) jelentős célterületei a szociális migránsoknak – ez a csoport teszi ki a lakhatási problémákkal jelentkezők egy jelentős hányadát.

## **Településszerkezet – közigazgatás –szociális igazgatás, ellátás**

### ***Szolgáltatástervezési koncepciók***

Elkészült és elfogadásra került Pest megye és Budapest szolgáltatástervezési koncepciója, s a jogszabály értelmében készülnek a budapesti kerületekéi is. A koncepciók – a jogszabálynak megfelelően – kizárólag adott település határáig, illetve jellemzően a jogszabályi előírások teljesítése szempontjából „gondolkodnak”. E ténynek a központi régió vonatkozásában két igen fontos vonatkozása van: a jelentős régió belüli migrációból adódó kihívások nem jelennek meg összehangoltan, az érintett területek szereplői részéről. Másrészt a legtöbb problémával terhes kistérségek településeinek nagy része 2000 fő alatti, tehát nem kötelezett szolgáltatástervezési koncepció kidolgozására.

### ***Térségi-területi problémák és megoldási módok***

A régió társadalomföldrajzi szempontból érdekes: az országban szinte csak itt fellelhető, illetve másutt is jellemző vonásokat egyaránt hordoz. A szociális problémák léte és kezelhetősége felől tekintve e kérdésekre, válaszhatóak azok a jelenségek és válaszok, amelyek jellegzetes területi aspektussal bírnak. Ezek közül a legelterjedtebbeket, illetve a

társadalmi-térbeli kirekesztődés szempontjából legjelentősebbnek tekinthető problémákat és az azokra adott jellegzetes helyi válaszokat jelezzük, mintegy felsorolásszerűen.

#### *Világvárosi zárványok – szegénygettők*

Budapest kerületei a társadalmi kirekesztődés és szegénység szempontjából természetesen nem homogének. Vannak tradicionálisan munkáskerületei a fővárosnak, néhol még szinte évszázados hátrányok – Kőbánya egyes részei, Csepel stb. – hatnak máig. E viszonylag jól lehatárolható, rettentő rossz állapotú lakásokkal telezsúfolt lakótömbökben a szegény, iskolázatlan, nagy arányban társadalmi transzferekből élő népesség szegregálódott. Ezeknek a zárványoknak a felszámolása az utóbbi időben megtorpanni látszik, a tömbrehabilitációk – mint lejjebb látjuk – inkább a középrétegek számára vonzóvá tehető, központibb területeken jellemzőek.

#### *Világvárosi zárványok – slumok*

A külső belváros rohamosan romló lakásállománya, az itt koncentrálódó idősebb és rosszabb társadalmi státuszú közép- és fiatal korosztályok lakta tömbjei, amennyiben Budapest főbb közlekedési útvonalai közelében találhatóak, kedvelt célterületei a tömbrehabilitációknak. Ezek a lakókörnyezet megújítását célzó fejlesztési projektek azonban eddig – és a jelek szerint továbbra is – kivétel nélkül lakosságcserével jártak. E magas szegénységi kockázat által veszélyeztetett csoportok ezáltal jellemzően még rosszabb státuszú lakókörnyezetbe kerülnek, ami társadalmi kirekesztődésüket a térbeli kirekesztődéssel súlyosbítja.

#### *Szuburbanizációs övezet dinamikus területei*

A lassan telítődő északnyugati és nyugati szektorok mellett a keleti szektor is egyre inkább a középosztály kiköltözésének célterületévé vált. Fontos azonban megjegyezni, hogy olyan társadalmi feszültségek megjelenését és erősödését hordozzák e folyamatok, amelyeknek még kevés jele és hangja érzékelhető. Példa erre a Veresegyházi kistérség, amely látszólagos fejlődése ellenére komoly szociális ellátatlanságokkal jellemezhető. A régiónak ez a kisvárosias-aprófalvas vidéke betelepülő vállalkozásai és épülő házai képével eltakarja a már régóta ott élők ellátatlanságát, szociális hátrányaikra nem születnek intézményi válaszok.

#### *Agglomerációs zárványok*

A szuburbanizációs folyamatok egyelőre még elkerülik a régió külső peremét. A jómódúak kiköltözésével párhuzamosan létezik a szegénységi migráció jelensége is. E folyamatok jellemző célterületei a régió belül a keleti-délkeleti szektorok.

#### *Aprófalvas vidékek*

A régiónak főként az északi, észak-nyugati vidékén jellemző az aprófalvas-kisvárosi településszerkezet. Ezen vidékek jobb helyzetűeknek tekinthetők, ám láthatóan elhanyagolhatóan kevés megoldás születik a létező szociális problémák enyhítésére és a szociális ellátások biztosítására.

#### *Tanyás vidékek*

A legrosszabb helyzetű déli és délkeleti szektorok tanyás településszerkezete a szegénységi migráció számára is vonzóak. E vidékeken találhatóak a szociális ágazat kifejezetten területi hátrányok mérséklését célzó szűkös eszköztárának leginkább adekvát formáit, a falu- és tanyagondnoki szolgáltatást működtető települések.

#### *Közlekedési hálózattól kizáruló térségek*

Bár régióink centrális-sugaras közlekedési hálózata a főváros elérhetőségét támogatja, az egyes kistérségeken belül az úthálózat és a tömegközlekedés még kevésbé teszi lehetővé a munkába járást vagy a közszolgáltatások kedvező elérhetőségét. Erre vonatkozóan csupán 3 önkormányzat keresett választ helyi szolgáltatás biztosításával. Az azonban nyilvánvaló, hogy az M0-s megépülése és hasonló nagy közlekedési fejlesztési projektek ezen gondok enyhítéséhez nem tudnak hozzájárulni.

A régió perifériális helyzetű kistérségei a megfelelő úthálózattal nem rendelkező vidékeknek felelnek meg leginkább, az autópályák és az M0-s körgyűrű közvetlen környezete dinamikusabban fejlődik. A foglalkoztatottsági és a térbeli kirekesztődés mutatóinak javulása azonban sokkal inkább a belső, a kistérségek településeit saját központjukkal összekötő úthálózattól és tömegközlekedéstől várható.

### **A régió szociális ellátórendszere**

#### *A szociális alap- és szakellátás*

A közép-magyarországi régióban megtalálható a szociális ellátórendszer teljes spektruma. Működnek innovatív ellátások, nagyarányú a civil szervezetek jelenléte egyes területeken. Az ellátórendszer intézményei azonban még így is telítettek. Ez egyértelműen jelzi: további kapacitások szükségesek a felmerülő igények kielégítésére. A probléma egyik kiindulópontja azonban az, hogy nincsenek egyértelmű adatok, felmérések a szükségletekről. Ez azt eredményezi, hogy

- azon településeken, ahol szociálisan érzékenyebbek a döntéshozók, és/vagy
- erősebb döntéshozói támogatással rendelkeznek egyes szociális szakemberek, és/vagy
- valamely civil szervezet, lobby támogatást szerez adott ellátási formára, és/vagy
- meghatározó szaktekintély képviseli adott célcsoportot, az ellátórendszer valamely szeletét, és/vagy
- források nyílnak adott intézményformára,

ott fejlesztések történnek, függetlenül a szükségletektől, a problémák jellegétől és térbeli megjelenésétől. Az alap- és szakellátás vonatkozásában – némiképp leegyszerűsítve – ez azt is jelenti: mivel a települések/kerületek saját felelőssége az alapellátások biztosítása, a fővárosé és a megyéé a szakellátásoké, az ellenérdekeltségek nyilvánvalóan és szükségszerűen jelennek meg a rendszerben. Mindehhez még hozzáadódik a civil és forprofit szektor – egyébként üdvözlendő, e megközelítésben azonban a helyzetet tovább nehezítő – jelenléte: a piaci szereplők a megtérülő vállalkozásokra kaphatóak – e téren elsődlegesen az idősothtonok építésére és működtetésére –, a civilek pedig inkább egy-egy speciális, kiemelt, lehatárolható célcsoportra összpontosítanak, mint a széles kört érintő, klasszikusnak tekinthető alapellátásokra.

A képlet túlegyszerűsítettnek tűnhet, azonban Pest megye vonatkozásában feltétlenül érvényesnek tekinthető. Az alapellátásoknak inkább a leépülése figyelhető meg, mintsem a fejlesztése, ami a még ellátási foltokkal tarkított térkép vakfoltjainak szélesedését eredményezi.

## ***Humánerőforrás, szakember-ellátottság***

Az ellátórendszer működése, fejlettsége nagymértékben a szociális területen dolgozók képzettségének, a képzett munkaerő minőségének függvénye. A közép-magyarországi régió a szociális szektor humánerőforrás-mutatói tekintetében kedvező helyzetet tudhat magáénak.

A helyi önkormányzatoknál szociális ügykörben dolgozó köztisztviselők számának százezer lakosra vetített aránya messze az országos átlag alatt marad a régióban, ez egyértelműen a régióban általánosan tapasztalható magas népsűrűségnek tulajdonítható, adekvátabb képet mutatna az ügyintézők és az igénybevevők számának területi összehasonlítása.

Az ügyintézők végzettségét tekintve a közép-magyarországi régió mutatói nagyjából az országos átlagnak megfelelően alakulnak. Pest megyében az átlagnál valamivel több érettségivel rendelkező ügyintéző dolgozik, szociális felsőfokú végzettségű pedig az országos átlagnál kevesebb. Budapesten az arány a felsőfokú végzettségűek javára billen, a szociális felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya is magasabb az ügyintézők körén belül.

Pest megyén belül e téren is nagy eltéréseket tapasztalhatunk: akadnak olyan kistérségek, ahol nincsen szociális felsőfokú végzettségű köztisztviselő az ügyintézők között, és jellemzően az egyéb felsőfokú végzettségűek aránya sem éri el a 30 százalékot. Vannak olyan területek, ahol a főváros közelsége erőteljesen érvényesül: a magasabb végzettségű és a szociális felsőfokú végzettséggel rendelkező ügyintézők aránya jóval magasabb az országos átlagnál.

A tízezer lakosra vetített régiós mutatók az alap- és nappali ellátások esetében is elmaradnak az országos átlagtól, ennek magyarázata szintén az országosnál nagyobb népsűrűségben keresendő. Az alap- és nappali ellátásban foglalkoztatottak száma a régióban 1998 és 2002 között közel azonos mértékben csökkent Pest megyében és a fővárosban, a régió egészét tekintve az 1998-as létszám 73 százalékára, vagyis nagyobb mértékben, mint az országos 86 százalékos átlag. Jellemző lehet a területen dolgozók körében az adminisztratív és kisegítő, illetve az ápolási-gondozási feladatokat végzők aránya. A régiós átlag 85 százalék ápolást-gondozást végző foglalkoztatott (Budapest 86, Pest megye 85 százalék), ez nagyjából az országos átlagnak megfelelő (83 százalék).

2002-ben a közép-magyarországi régióban 710 családsegítő szakmai tevékenységet végző foglalkoztatott volt. Ez tízezer lakosra vetítve 2,5 főt jelent, ami alig marad el az országos mutatótól. Budapesten ez a szám 2,3 fő, míg Pest megyében magasabb, 2,8 fő.

A családsegítő szakmai tevékenységet végzők között régiós szinten 76,2 százaléknak, Budapesten 79 százaléknak, Pest megyében 72,6 százaléknak van felsőfokú végzettsége. A megyén belül azonban komoly eltérések tapasztalhatók: a Dabasi (44,4 százalék!), Nagykátai (47,4 százalék!), Szobi és Ráckevei kistérségben ez az arány nem éri el a 60 százalékot. Az alacsonyabb végzettségűek arányával párhuzamosan jelentkezik a szakirányú végzettségűek alacsony aránya a régióban, a szakirányú végzettséggel rendelkező családsegítő szakmunkatársak átlagosan 65,5 százaléka. Budapesten koncentrálódik a magasabb és a szakirányú végzettségű munkaerő az ellátásban (79 százalék a felsőfokú végzettségűek, 68,9 a szakirányú végzettséggel rendelkezők aránya), Pest megyében ezek az arányok elmaradnak a fővárosétól (72,6 illetve 61,1 százalék).

A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonokban dolgozók tízezer lakosra vetített száma 2002-ben a régióban 28,3 fő volt, ami szintén a 37,1 fős országos átlag alatt van. Budapesten ez a szám még kisebb, 25,1 fő, és Pest megyében magasabb, 33,2 fő. Kistérségi szinten a mutatószámok nagy szóródását tapasztalhatjuk, ez egyértelműen az intézmények számának eltéréséből adódik.

A szakszemélyzet aránya a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó otthonokban az egész régiót tekintve és országosan is alacsonyabb, mint az alap- és nappali ellátásban.

### ***Kistelepülések /tanyák, speciális adottságú települések szociális ellátása***

Mint láttuk, a régiónk világvárosi központját körülvevő térségben fellelhetőek mindazon települési hátrányok – leszámítva a fővárostól való nagy távolságot, persze –, amelyeket bármelyik magyar vidéken a szociális problémák kialakulásának összetevőiként, illetve a szociális ellátórendszer kiépültségében gátló tényezőként tételezhetünk.

Az eddigiek felvetik a központi régióban is a térszerkezeti szempontok figyelembevételét a szociális ellátórendszer szervezése és fejlesztése esetén. Körvonalazódnak olyan kihívások,

amik csak nagyobb téregységben értelmezve, illetve nem kizárólag szociális szakmai szempontok figyelembevételével tekintve a problémákra válaszolhatóak meg:

#### *Szociális ellátórendszer térbeli elérhetősége*

Bár a régió területén jelentős arányban találhatóak kisvárosias-aprófalvas vidékek, az intézményfenntartó társulások száma még messze elmarad a lehetségestől. A fővároson belül a közlekedési nehézségek inkább a fogyatékkal élőket, de valamelyest a babakocsival járó kismamákat is elszigetelhetik a szociális szolgáltatásoktól, az akadálymentesített buszok a belvárosban közlekednek, a rosszabb helyzetű fővárosi területeken élők közlekedési lehetőségei nem sokkal kedvezőbbek, mint pl. egy vidéki kisvárosban élőé.

#### *Szociális ellátórendszer régiós koherenciájának biztosítása*

Az alap- és szakellátások egymásra utaltságát mintegy figyelmen kívül hagyva nagyobb az esély a drágább, kevésbé adekvát és társadalmilag is több mellékhatást eredményező szakellátások fejlesztésére. Eközben komoly hiányok mutatkoznak az alapellátásban valamennyi célcsoport és ellátási forma terén, a szakellátások fővárosba történő visszatelepítése a cél. A központi régió esetén azonban – bármely más régiónál erőteljesebben – megjelenik annak igénye, hogy a szociális problémák – térbeli folyamatok – gazdaság és közszolgáltatások fejlesztése összehangoltan történjen. Ez az ellátatlan kistelepülésekre költöztetett bentlakásos szociális intézmények létrehozásától a megfelelő nagyságrendű mikro- és kistérségi ellátási formákig ívelhet.

#### ***Önkéntesség***

Budapesten működik az országos szerepet vállaló Önkéntes Központ Alapítvány. Az alapítvány missziója az önkéntesség kultúrájának terjesztése, valamint az önkéntességet jobban elfogadó hazai társadalmi környezet kialakulásának előmozdítása a magánszemélyekkel, társadalmi szervezetekkel, intézményekkel és vállalkozásokkal végzett konkrét tevékenységeken keresztül. Az Önkéntes Központ Alapítvány célja a magyarországi önkéntesek és az őket foglalkoztató szervezetek munkájának támogatása információval, tanácsadással és képzéssel. Az alapítvány működése nyilvánvalóan közvetlenebb hatást fejt ki

a régióban, így várható, hogy tevékenysége katalizálja az önkéntes részvételt a térségben a mi ágazatunkban is.

Az önkéntes központ által 2003-ban regisztrált 24, a közép-magyarországi régióban található önkéntes munkát igénybe venni szándékozó szervezet és intézmény közül csupán 4 szociális célú volt, ez arra utal, hogy a kisebb, helyi hatókörű szervezeteknek az önkéntes munka bevonására, a lakossági szolidaritás ösztönzésére sincs kapacitásuk, illetve kevésbé számítanak önkéntes segítségre.

Az országos és területi hatókörű szervezetek jobban építenek a társadalmi szolidaritásnak az egyéni jótekonyság formáiban történő megnyilvánulásaira, és rendelkeznek forrásokkal is arra, hogy ezeket szervezett módon juttassák el a rászorulókhöz. Ezek a karitatív tevékenységet végző országos szervezetek jellemzően budapesti székhellyel – és sok budapesti telephellyel – működnek, mint pl. a Magyar Vöröskereszt, a Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat stb. E nagy szervezetek számos önkéntest tudnak bevonni munkájukba, jellemzően a fővárosi hajléktalanellátás teendőibe.

A Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat a Budapesten működtetett szenvedélybetegek nappali intézményében és Családsegítő és Gyermejköléti Szolgálatában vesz igénybe alkalmi jelleggel önkénteseket.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat budapesti szervezetének több programjában is részt vesznek önkéntes segítők. A Magyar Máltai Szeretetszolgálat Budapesti Központjának szolgálatai részt vesznek a hajléktalanellátás, az idős gondozás, a kórházi segítség tevékenységeiben. A szeretetszolgálat nappali melegedőiben, éjjeli menedékhelyein és betegápoló otthonában az alapfeladatok ellátását rendszeres önkéntes munkával egészíti ki, az önkéntes munkások részt vesznek az ételosztásban, adományosztásban, a takarításban, a mosodai munkákban stb.

A szeretetszolgálat szervezetei az országban, így a régióban is számos településen elérhetőek, fogadják az önkéntes munka- és adomány-felajánlásokat.

## **A szociális ellátórendszer helyzete ellátási területenként**

### ***Családvédelem, családsegítés***



Budapesten már a 80-as évek végén megkezdődött e szolgálatok létrehozása, s mára szakmailag megerősödve működnek. Nagy az önálló családsegítő szolgálatok száma, és kiugróan alacsony azon intézményeké, amelyek gyermekjóléti szolgáltatást is végeznek. Az egy intézményre jutó lakosságszám Budapesten kétségtelenül magas, ám az intézményenként foglalkoztatott szakemberek száma is jelentős, ellátási kötelezettségük az igénybevételi arányokkal vizsgálva tehát országos viszonylatban nem mondható magasnak.

A régió helyzetét vizsgálva e téren fontos figyelembe venni, hogy a családsegítő szolgálatok „nagy bummja”, különösen a kisebb településeken, a gyermekjóléti szolgálatok létrehozásával egy időben történt meg. Ezen intézmények azonban – a régióban is jól látható arányok szerint – gyakran nem intézményként, hanem tevékenységként szervezetten működnek – azaz védőnő, pedagógus vagy egy magában dolgozó munkatárs látja el e feladatokat: ilyen megoldást választottak nagy arányban az aszódi, a ráckevei, a szentendrei, a pilisvörösvári és a nagykátai kistérségekben, kisebb mértékben Budaörs és Cegléd térségében.

A családsegítő szolgálatok igénybevételi arányai igen eltérőek régiókban. Legalacsonyabb a váci kistérségben (1%), a dabasi, nagykátai és a veresegyházi kistérségekben 1,5%, de a monori is 2% alatt marad.

A dabasi, monori és a váci kistérség esetén együtt jár az egy intézményre jutó magas település- és népességszám, a veresegyházi kistérségben kiugróan alacsony a szervezeti egységenként foglalkoztatott szakmai munkatársak aránya. E tényezők magyarázzák az alacsony igénybevételi arányokat. A nagykátai kistérségben ugyanakkor a szolgáltatások ötöde tevékenységként szervezett, s a térség siralmas közlekedési viszonyai és kistelepülései mellett a szolgáltatásokhoz való alacsony hozzáférés jelzéseként értelmezzük e mutatót.

### ***Idősellátás***

A közép-magyarországi régió népessége öregedik a legnagyobb mértékben hazánkban. Régiókban más ellátási területekhez mérten nagy arányban jelentek meg a piaci szereplők, jellemzően az időotthonok működtetése terén. A régióban megtalálható gyakorlatilag mindenféle ellátás, a jóléti pluralizmus érvényesül, ugyanakkor a népesség arányához mérten kevés az elérhető szolgáltatás. A régió átmeneti és tartós ápolást lehetővé tévő intézményeinek széles skálája mellett is itt a legmagasabb az egy férőhelyre jutó régióbéli idős emberek

aránya. E számok vizsgálatakor szükséges figyelembe venni, hogy pl. a fővárosnak több otthona működik az ország más vidékein, ami valamelyest árnyalja az ellátási hiányról felvázolódó képet. Ezen intézmények „hazahozatala” felmerült és megkezdődött.

A szolgáltatásokhoz való hozzáférés összetett probléma: az idősök esetében – akárcsak a fogyatékkal élőkénél – különösen sokat jelent a térbeli elérhetőség a jogosultság és az adekvátság mellett, amely itt az elegendő kapacitásokkal megvalósuló szakszerű segítséget is jelenti. Az ellátási mutatók jelzik: e téren komoly problémák mutatkoznak a központi régióban, mind térben, mind kapacitásokban, mind az adott kistérség társadalma összetételéhez adekvát szolgáltatások megléte szempontjából.

Ha megvizsgáljuk a személyes segítségnyújtás lehetőségeit biztosító intézmények létét, kiépültségét és elérhetőségét, érthetetlen anomáliákat fedezünk fel: hazánk leginkább idősök lakta vidékén a legalacsonyabb a számukra segítséget nyújtó szakemberek alkalmazásának aránya, és ez egyaránt igaz a fővárosra és az azt körülölelő vidékre.

Az alapellátás kapacitáshiányai diszfunkcionális és pazarló működésmódokat generálnak. Miközben ellátatlanok, családtagjaik és a szakemberek széles köre az idősotthonok létrehozását és a férőhelyek növelését kéri, valójában nagyrészt az alapellátás kiépületlenségéből és súlyos kapacitáshiányából adódó feszültségeket is érzékelik. A közvélekedéssel ellentétben a generációk közötti természetes támaszok működnek mind a falvakban, mind a városokban, hasonló, bár nem túl magas mértékben. Ennek következtében semmiféle tapasztalat, kutatás és tény nem indokolja, hogy több, és sok esetben a rosszabb helyzetű kistérségek mutatói régióinkban rosszabbak a fővárosiénál!

### **Innováció a szociális szférában**

A humán szférában, ezen belül a szociális ágazatnál ma Magyarországon viszonylag kevés figyelmet kap az innováció kérdése. Nyilvánvalóan elengedhetetlenül szükséges a változó körülményekhez alkalmazkodó, az igényeket figyelembe vevő működésmódok léte, ám a folyton – néha évente többször – módosuló jogszabályi és támogatási környezet, az egyébként is gyorsan változó kihívásokat tetézve, a szándékok ellenére sem segíti elő a jó megoldások széles körű meggyökeresedését és elterjedését.

A központi irányítás a túlszabályozással és finanszírozási ösztönzőkkel, illetve megszorításokkal élt mindezidáig, ami sem a szükségletalapú szolgáltatási rendszer kiépítésének, sem a helyi problémákra adekvát válaszokat adó, az átlagostól eltérő megoldási módokat kereső helyi fejlesztések létrejöttének és fenntarthatóságának nem kedvez különösebben.

### ***Módszertani intézmények***

A jogszabályi előírások szerint a megyei módszertani intézmények az adott megye illetékességi területén nyújtanak segítséget a személyes gondoskodás körébe tartozó alap- és szakosított ellátások megszervezéséhez és működtetéséhez mind a települési önkormányzatok, mind a nem önkormányzati intézményeknek számára.

Budapesten működik a szociális ágazat átfogó feladatokkal ellátott háttérintézménye, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCsSzI). Az NCsSzI alapfeladatai között a kutatások, az ágazati tervek és koncepciók véleményezése stb. szerepel. Mint más ágazatoknál is, a közintézmények főváros-központú kiépültsége valójában az itt dolgozókat hozza előnyösebb, informáltabb helyzetbe. Az NCsSzI – lévén országos hatáskörű szerv – régiós és budapesti programokat nem szervez. Jelenléte, az itt elérhető adatbázisok, tudások régiós hasznosulása is tovább javítható lehet.

### ***Szociális felsőoktatás, szakemberképzés, K+F***

A közép-magyarországi régió, ezen belül Budapest jószerivel minden ágazat és szakmaterület számára a képzés, tudományos közélet és innováció központja. Nem jelent kivételt ez alól a szociális ágazat sem. Több közép- és felsőfokú oktatási intézmény, számtalan iskolarendszeren kívüli képzési forma, tanfolyamok, tréningek érhetőek el, zömében a fővárosban. A nagy kutatóhelyek többsége itt működik, a kutatási forrásokat mobilizálni tudó, meghatározó műhelyek itt jöttek létre. Meglepő módon azonban – az országosakat leszámítva persze – a kutatások vagy Budapestre, vagy annak egyes kerületeire fókuszálnak.

Pest megyét és a fővárost egységében vizsgáló, elemző kutatások szinte nem találhatóak. Természetesen sem a területi, sem a társadalmi folyamatok nem állnak meg a városhatárnál, a

szuburbanizáció erősödése pedig egyértelműen a kutatások, innovációk szélesebb területi léptékű fókuszát indokolná, e hiányt – témánk szempontjából – meghatározónak tekinthetjük.

A szociális képzés hazánkban meglehetősen rövid múltra tekint vissza, hiszen az első főiskolai kurzust – a lényegében előzménynek is tekinthető korábbi, a Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán folyó szociális szervező és az ELTE-n 1985-ben induló szociológia (szociálpolitika) képzéseket követően („természetesen” mindkettő Budapesten zajlott) – csak 1989 őszén indították Szekszárdon.

A régóban ma négy, ha az egyetemi integráció után szakmai önállóságát továbbra is megtartó Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kart is külön intézménynek tekintjük, akkor öt intézményben folyik szociális felsőfokú alapképzés. (Ugyanilyen jó helyzetben csupán Észak-Alföld régiót találjuk.)

A létszámadatokat nézve látjuk, hogy az ország összes szociális kurzusra beiratkozott hallgatóinak nagyobb hányada tanul itt.

A kutatási tevékenységek komoly hiányokat pótolhatnak az ágazat fejlesztése, a szociális ellátások hatásosságának és hatékonyságának fokozása érdekében. A jelenlegi nyilvántartási, adatszolgáltatási és költségvetési rendszerek nem teszik lehetővé, hogy az ellátottakról, a kiadásokról és az igényekről – akár csak hozzávetőleg is – világos képet alkothassunk. A társadalmi kirekesztődés enyhítését célzó Nemzeti Cselekvési Terv (NCsT) e téren is változásokat hozhat.

### ***Civil szervezetek és piaci cégek a régió szociális ellátórendszerében***

Tevékenységi besorolásuk alapján szociális ellátással 1578 civil szervezet foglalkozik, ezek 80 százalékát budapesti, 20 százalékát Pest megyei székhellyel jegyezték be, ezen belül 56 százalék városi, 43 százalék községi székhellyel rendelkezik (KSH 2001).

A civil/nonprofit szektor a régió belül jelentős funkciót tölt be a hajléktalanellátás intézményeinek és a bentlakásos otthonok működtetésében. Az országos viszonylatban magas civil koncentráció, az országos civil szervezetek fővárosi jelenléte tudástőkét és innovációs potenciált akumulál a régióban, amelynek hatásai jellemzően a fővárosban érzékelhetőek. A

budapesti agglomerációs térség és a Pest megye relációjában fennálló centrum-periféria viszony elszívó hatása a civil szektoron belül is jelentkezik.

A piaci/forprofit szektor bevonódása nyilvánvaló módon a piacosítható igényekre válaszoló szolgáltatások kiépítése területén történt meg, jellemzően az idősellátásban. Elsősorban a Pest megyei szociális otthonok fenntartásában vállalnak szerepet, a fővárosi fizetőképes rétegre építve szolgáltatásaikat.

**Renate Kränzl-Nagl-Mattia Makovec**

**A gyermekek hátrányos pozíciója**

***Amikor a szülők elválnak: a szülői különélés hatása a gyerekekre (III. rész)***

A bécsi székhelyű European Centre munkatársai 2004-ben készítettek beszámolót készítettek „A gyermekek hátrányos pozíciója. Aktuális trendek és politikai kihívások (The Disadvantaged Position of Children. Recent trends and policy challenges) ” címmel. A tanulmány három fejezetből áll: az első bemutatja a gyermekek helyzetét az Európai Unióban politikai, gazdasági és társadalmi szempontból, a második rész a gyermekszegénységgel foglalkozik. A most közlésre kerülő harmadik fejezet témája a megegyezésen alapuló válások gyermekekre gyakorolt hatásáról készült beszámolók eredményeinek összegzése. A harmadik részben felvetett probléma különállónak tekinthető, mégis összeköti a két korábbi fejezettel az a gyermekek lelki, mentális fejlődésének és társadalmi beilleszkedésének, társadalmi kapcsolatainak a középpontba helyezése. A másik közös pont ezzel összefüggésben a gyermekről és a gyermekek társadalmi pozíciójáról kialakított álláspontunk felülvizsgálatának igénye, a gyermekek „felnőtt” világban betöltött szerepének újragondolása.

**Változó családstruktúrák**

Európában a családok élete drámaian megváltozott az elmúlt évtizedben. A demográfiai, társadalmi és gazdasági változások megváltoztatták a családok életkörülményeit, átalakították a család fogalmát, szerepét, és ezzel párhuzamosan megváltoztak a gyermekek tapasztalatai is a családi élettel összefüggésben.

Európa-szerte érzékelhető a házasságok szétesésének trendje és a gyermekvállalás visszaszorulása. Leegyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy ez a trend Észak-Európából indulva elterjedt Nyugat- és Dél-Európa legnagyobb részén. Az országok többségében csökken a házasságok száma, igaz, ez a szám eleve igen különböző az egyes EU-tagországokban. A házassági ráta Dániában a legmagasabb: 6,6 házasság jutott ezer emberre 2001-ben, a legalacsonyabb pedig Svédországban, ahol ugyanez a ráta 4,0. Nagy-Britanniában 2000-ben az EU-átlag körüli értéket közelítette meg, 5.1 házasság jutott ezer emberre.

Ezek a ráták tükrözik az egyes európai országok közti vallási, társadalmi, kulturális és jogi különbségeket. 2001-ben az észak- és nyugat-európai országok rendelkeztek tipikusan a legmagasabb válási rátákkal, a legalacsonyabb válási rátákat pedig az Ír Köztársaságban és Dél-Európa országaiban találhattuk. A legmagasabb válási ráta 2001-ben Belgiumban mutatkozott, ahol 2,9 válás jutott 1000 emberre, ugyanez Olaszországban és az Ír Köztársaságban 0,7. Nagy-Britanniában és Finnországban 2001-ben ez a szám 2,6, az uniós átlag (ekkor még 15 tagországra nézve) pedig 1,9 volt.

Ha megnézzük az ENSZ – KKE régiót (ez 55 országot jelent), kijelenthetjük, hogy kevés kivétellel a házasságok száma csökkent 1980 és 2001 között. A csökkenés a FÁK-országokban és Közép-Kelet Európában a legjelentősebb. A válások aránya a régió belül az Orosz Föderációban a legmagasabb (5,3 válás jut 1000 emberre), míg Tádzsikisztánban a legalacsonyabb (0,4). A kilencvenes években némileg növekedett a válások száma Nyugat-Európában, miközben csökkenést lehetett tapasztalni a legtöbb FÁK-országban, aminek következtében az ENSZ -KKE régióban a két trend keveredése érvényesül. A régió legtöbb országában a válással végződő házasságok hosszúsága leggyakrabban 8 és 13 év közé esik.

A válások növekvő számával azoknak a gyermekeknek a száma is gyarapszik, akik átélnek a szülők válását. Ausztriában például 1990-ben 13 500 volt azoknak a 19 év alatti gyermekeknek a száma, akiknek szülei elváltak, s ez a szám 2001-re 19 000-re emelkedett. Annak a valószínűsége, hogy egy gyermek átéli a szülei válását, mielőtt betöltené a 19. életévét, 23,5% (Kytir 2002).

A válás következményeként a családi élet átalakul. A válások számának nagy mértékű növekedésével, a változások érzékelésével párhuzamosan előtérbe kerültek az azzal kapcsolatos különféle aggodalmak, hogy a válás a gyermekek számára a családi élet minőségének romlását eredményezi, és hogy a gyermek sínyli meg szüleinek döntését. Mivel egyre több gyermek érintett a szülők válásában, a policy makerek, gyakorlati szakemberek és a különélő szülők figyelme fokozottan irányult a válás gyermekekre gyakorolt hatására.

Jelen tanulmány olyan, az elmúlt években végzett vizsgálatokon alapszik, amelyek a különélés és a válás hatásait nézték nőkön, férfiakon és gyermekeken. A kutatók megpróbálták

meghatározni azokat a faktorokat, amelyek összefüggnek a válással, ennek során számos változót vizsgáltak meg (javarészt amerikai tanulmányok alapján), melyek közt voltak demográfiai változók (különösen kor, nem), továbbá iskolai végzettségre vonatkozó és szocioökonómiai változók. A változók közé bevonták a válás óta eltelt időt, a gazdasági státuszt, a munkavállalással összefüggő változókat és az otthon lévő kisgyermekek számát.

További változókat alakítottak ki a válás folyamatával kapcsolatosan (például ki kezdeményezte), a válást kísérő feszültségekkel és stresszfaktorokkal, valamint a válással való elégedettség összefüggésben. Az eredmények szerint a megkérdezettek közül azok a váló felek, akik mediációs megoldásokat választottak a konfliktusos megoldások helyett, mindketten elégedettebbek voltak a válással, és jobban rendeződött az életük a válás után. Az életkörülmények alakulása, a gazdasági és a lakhatási feltételek változása szintén összefüggnek a válással, s ez különösen igaz a nők helyzetére. Továbbá összefüggés áll fenn a válás utáni rendezés és az erőforrások elérhetősége között. Ezek magukba foglalják a társas kapcsolatokat, szociális támogatásokat, a közösségi életbe való bekapcsolódást, mindazokat a tényezőket, amelyeket befolyásol a válás, továbbá a személyiség, az egyén belső erőforrásait, például a következetességet vagy a különböző készségeket.

### **A szülők különélése és ennek hatása a gyerekekre**

Kétséget kizáróan kijelenthetjük, hogy a szülők különélése nagyon stresszes és fájdalmas tapasztalat a gyermekek életében. Bár a gyermekek emocionális reakciója gyakran függ a válás idején betöltött életkoruktól, sok gyermek érez bánatot, haragot és feszültséget – és nem ritkán ezek kifejeződnek a viselkedésükben.

Az 1960-as évek óta a válást mint stresszes állapotot értelmezzük a gyermekek oldaláról, de ez nem feltétlenül jelent tartós károsodást. A kapcsolatban bekövetkezett törés egy olyan helyzet, amelyet a gyermekek átmenetileg kellemetlennek találnak, de fokozatosan elfogadnak. Bár ez számos esetben igaz, a szülőknek tudatában kell lenniük annak, hogy a válás a gyermekre rövid és hosszú távon is hatást gyakorol. A rövid távú hatások általában számosak és eléggé egyértelműek. Sok gyermek szomorúsággal, frusztrációval és haraggal



reagálja le a válást. Többnyire az iskolai munkájuk és a társas kapcsolataik szenvedik meg az új életkörülményeket.

A válás előhívhatja a gyermekekből a legrosszabb (vagy a legjobb) énjüket abban az esetben, ha úgy érzik, hogy ők a hibásak a válásért, vagy ha szeretnék kivívni, hogy rájuk irányuljon a figyelem. A szülők a nagy változások közepette a válás vagy a különélés rövid távú hatásainak általában jobban a tudatában vannak, és gyakran szívesen segítenek a gyermekeiknek keresztülélni ezen az átmeneti perióduson. A közép és hosszú távú hatások, mint azt a metaanalízis mutatja, negatív eredményeket hoznak az iskolai előmenetelben, a pszichológiai fejlődésben, az alkalmazkodóképességben, a társadalmi kapcsolatokban és viselkedésben (Amato 1991, 2001). Az elmúlt időszakban született kutatási irodalom kihangsúlyozza, hogy nem mindegyik gyermek szenved hosszú távú károsodást a válás, illetve a különélés miatt (Flowerdew és Neale 2003, Smart 2003).

A legtöbb kvantitatív tanulmány a szülők különélésének következményét nagy mintákon vizsgálva hasonlította össze a nukleáris családok gyerekeit és az elvált szülők gyerekeit, illetve szülői beszámolókat elemzett, ahol a szülők maguk mondták el, hogyan kezelték a különélést. A tanulmányok elkészítésének egyik célja volt, hogy azonosítsa azokat a rizikófaktorokat, amelyek negatívan befolyásolják a gyermek válás utáni fejlődését: a folyamatos szülői konfliktusokat, a családon belüli erőszakot és a megváltozott szocioökonómiai körülményeket lehetett identifikálni mint olyan leginkább meghatározó rizikófaktorokat, amelyek befolyásolják a család átalakulását és a gyermekek válás utáni életét, fejlődésüket. Jóllehet e kutatások tartalmazznak értékes megállapításokat (függetlenül attól, hogy még mindig nem határozható meg, hogy az említett hatások rövid vagy hosszú távon befolyásolják-e a gyermek viselkedését), hiányzik belőlük a gyermekek hangja; a gyermek jellemzően mint a válás passzív áldozata jelenik meg (Moxnes 2003, Kaltenborn 2003). Ahhoz, hogy teljes mértékben megértsük a válás következményeit, a gyermekeknek a kutatások alanyává kell válniuk.

### **A szülők különélése a gyermekek szemszögéből**

Az European Centre a stresszelmélet modelljére alapozva, továbbá a gyermekek szemszögéből megvizsgálva a szülők különélésével való megbirkózást, célul tűzte ki annak meghatározását, milyen középtávú következményekkel jár a gyermekekre nézve a szülők különélése (Zartler et al. 2002, 2004).

A tanulmányban több diszciplínát megjelenítettünk (szociológia, pszichológia, pszichiátria, közgazdaságtan és jog), és különböző empirikus eredményeket vettünk figyelembe (mélyinterjúk az elvált szülőkkel és 9-14 éves gyermekeikkel, szakértői interjúk, szocioökonómiai adatok másodelemzése és egy elemzés a jogi helyzetről).

A kutatás kvalitatív orientáltságú része demonstrálta – különösen a gyermekkel és a szülővel készült mélyinterjúk –, hogy a gyermekek által választott stratégiák a különélés feldolgozására különböző faktoroktól függenek. Az azonosított tényezők az alábbiak:

*Bizalmon alapuló, támogató és stabil kapcsolat mindkét szülővel*

Ahhoz, hogy az egyik családformából egy másikba történő átmenet során a gyermek minél kevésbé sérüljön, legfontosabb a jó a szülő-gyermek kapcsolat, tekintet nélkül arra, hogy a gyermek kinél lesz elhelyezve – ahogy arra Johnston rámutat (1995, idézi Kalterborn 2003:507): „... mivel a meleg, gyengéd és felelősségteljes szülő-gyermek kapcsolat a szükséges szülői elvárásokkal és kontrollal együtt a legjobb előrejelzői a gyermekek jó eredményeinek, ez az a terület, amely leginkább meghatározza a gyermek válás utáni állapotát, függetlenül attól, hogy megosztott, vagy az egyik szülőnél történő gyermekelhelyezésre kerül sor.”

Az az érzés, hogy mindkét szülő szereti (különösen az a szülő, akivel már nem lakik együtt), és hogy a szülők életében továbbra is fontos szerepet játszik, rendkívül lényeges a gyermek számára. Ez összefügg a nem a gyerekekkel élő szülővel való rendszeres kapcsolattartással, és azzal, hogy a gyermeknek módjában álljon ezzel a szülővel is kettesben lenni.

*Együttműködő kapcsolat a szülők között a különélés során*

A szülők képessége arra, hogy tudjanak kommunikálni egymással, hogy sikerüljön megegyezniük és hogy ne értékeljék le a korábbi partnerüket, szintén jelentős mértékben befolyásolja gyermekek különéléssel kapcsolatos véleményét. Ahogy azt az adataink

egyértelműen mutatják, a sok területre kiterjedő szülői együttműködés meghatározó módon képes csökkenteni a válás negatív hatásait.

Lényeges továbbá az új partnerek neutrális szerepe, vagyis hogy ne befolyásolják negatívan a gyermekek és a biológiai szülők kapcsolatát.

#### *A feldolgozást segítő képességek és a támogató hálózat*

A kutatás során azt tapasztaltuk, hogy a gyermekek nagymértékben nyitottak a számukra megfelelő és elérhető segítség igénybevételére – ez magában foglalja a saját erőforrásaik mozgósítását és a külső segítséget egyaránt. A gyermeket támogató testvérek, nagyszülők és barátok mind kiemelkedően fontosak ebben a folyamatban. Sok gyermek számára, akikkel interjút készítettünk, kulcsfontosságú volt, hogy valakivel tudjon beszélni, valaki megerősítse vagy tanácsokkal lássa el. A feldolgozást segítő képességek és a társas kompetenciák megléte pozitívan befolyásolja a folyamatot.

#### *Korosztálynak megfelelő és értéksemleges információk*

Főleg a különélés kezdeti szakaszában csak kevés gyermek látja át, hogy mi fog megváltozni, egyedül azzal vannak tisztában, hogy el fognak költözni, iskolát váltanak, megszakad a barátaikkal a kapcsolat, stb. Ennél fogva, amint a szülők biztosak a terveikben, beszélniük kell a gyermekekkel a válásról. Bár nem könnyű a hírt közölni, mindkét szülőnek jelen kell lennie, amikor megtörténik a válás bejelentése, és mellőzni kell a haragot, a bűnösség érzetének fölkelését, a másik hibáztatását. Más felnőttek (nagyszülők, tanárok stb.) fontos szerepet játszhatnak az információk közlésében, de figyelni kell arra, hogy ezek semlegesek, korrektek és a gyermekekre szabottak legyenek. A gyermekek (különösen a nagyon fiatalok) hajlamosak rá, hogy saját magukat hibáztassák a szüleik házasságának felbomlásáért, ezért gyakran kell emlékeztetni őket arra, hogy ez nem így van.

#### *A gyermek bevonása a válás utáni életteli kapcsolatos döntésekbe*

A gyermekeket koruknak megfelelő módon és mértékben be kell vonni a rájuk vonatkozó döntések meghozatalába. Ez érvényes a másik szülővel való kapcsolattartásra is. A kisebb gyermekek bevonása az elhelyezéssel kapcsolatos döntésbe nem javasolt (Smith et al. 2003): a 13 évesek vagy annál idősebbek kivételével a gyermekek szívesebben beszélnek a

kapcsolattartásról, mint az elhelyezésükről. Általánosságban, a gyermekek részvétele ebben az összefüggésben nem a gyermekek kompetenciája, és azt mutatja, hogy a szülők mennyire képesek egy bizalmon alapuló, támogató és kölcsönös kapcsolatot kiépíteni a gyermekkel.

Végezetül, tanulmányunkban egyértelműen demonstráljuk, hogy a válás, mint olyan, nem létezik. A válás mást jelent a gyermekeknek, a nőknek és a férfiaknak, mindenki másképpen éli meg, és másképpen dolgozza fel azt. Egy családon belül is eltérőek az élmények. A kérdés, hogy ki számít családtagnak, igen eltérő válaszokat eredményez – ez megnehezíti a közös családi identitást a válás után. A szülők gyakran nem tudják megfelelően felbecsülni, hogy a gyermekük hogyan fogja kezelni a válást; hajlamosak a gyermek jólétét többre értékelni, mint a gyermeket magát. Többek között ezért is szerepel javaslataink között, hogy a szülőket rá kell vezetni arra, hogy a gyermekük jövőjéről hosszú távon is gondolkodjanak.

### **Felhasznált szakirodalom**

Alanen, Leena/ Mayall, Berry (2001): Conceptualizing child-adult relations. Routledge Falmer Press: London (The Future of childhood series)

Amato, Paul R. (2001): Children of Divorce in the 1990s: An Update of the Amato and Keith (1991)

Meta-Analysis. In: Journal of Family Psychology 15 (3) 335 – 370

Amato, Paul R./, Keith, Bruce (1991): Consequences of parental divorce for children's well-being: A meta-analysis, in: Psychological Bulletin 110, 26-46.

Bradbury, Bruce/ Jenkins, Stephen/ Micklewright, John (2001): The Dynamics of Child Poverty in Industrialised Countries, Cambridge University Press

Cornia, Giovanni Andrea/ Danziger, Sheldon (1997): Child Poverty and deprivation in the Industrialised Countries, 1945-1995, Clarendon Press, Oxford

Daniel, Paul/ Ivatts, John (1998): Children and Social Policy. Palgrave: Hampshire/ New York

EURONET (2002): Including Children? Developing a Coherent Approach to Child Poverty and Social Exclusion across Europe (Written by Sandy Ruxton and Fran Bennett).

European Forum for Child Welfare (1998): Are Children Protected Against Violence in Europe? An initial, comparative study on laws, policies and practices in the European Union, Bruxelles

Eurostat (2003): Labour force survey. Luxembourg

Eurostat (2004a): Eurostat yearbook 2004. The statistical Guide to Europe. Luxembourg: European Commission

Eurostat (2004b): Newcronos Database, Population and social conditions, available at: [http://europa.eu.int/comm/eurostat/newcronos/reference/display.do?screen=welcomeref&open=/&product=EU\\_MAIN\\_TREE&depth=1&language=en](http://europa.eu.int/comm/eurostat/newcronos/reference/display.do?screen=welcomeref&open=/&product=EU_MAIN_TREE&depth=1&language=en).

Flowerdew, Jennifer,/ Neale, Bren (2003): Trying to stay apace: Children with multiple challenges in their post-divorce family lives. In: Childhood 10 (2), 147-162. London: Sage Publications

Förster, Michael/ Tóth, Istvan (2000): “Trends in Child Poverty and Social Transfers in the Czech Republic, Hungary and Poland: Experiences from the Years after Transition”. Luxembourg Income Study Working Paper, No. 226. Luxembourg, 2000

Gordon, David/ Townsend, Peter eds.(2000): Breadline Europe: the measurement of poverty, the Policy press, Bristol, UK.

IPEC/ ILO (2004): <http://www.ilo.org/public/english/standards/ipec/index.htm> (statistics)

Jensen, An-Magritt/ McKee, Lorna (eds) (2003): Children and the Changing Family. Between transformation and negotiation. London, New York: Routledge Falmer

Kaltenborn, Karl Franz (2003): Individualization, family transitions and children's agency. In Childhood. In: Childhood 8 (4), 463-498. London: Sage Publications

Key, Ellen: The Century of the Child.

<http://www.socsci.kun.nl/ped/whp/histeduc/ellenkey/index.html>

Online edition based on the English translation, 9th print, as published in 1909 by G.P. Putnam's Sons, New York and London

Kytir Josef, Stefou Peter, Wiedenhofer-Galik Beatrix (2002b): Familiäre Strukturen und Familienbildungsprozesse. Mikrozensus September 2001. In: Statistische Nachrichten 11/ 2002. 824-840.

Micklewright, John/ Stewart, K.itty (2001): Child Well Being in the EU and enlargement to the East, in Smeeding/Vlaminckx eds., Child well-being, child poverty and child policy in modern nations. What do we know? Bristol: The Policy Press

Micklewright, John/ Stewart, Kitty (2000): The Welfare of Europe's Children, UNICEF Innocenti Centre

Moxnes, Kari (2003): Risk factors in divorce: perceptions by the children involved. In: Childhood 10 (2), 131-146. London: Sage Publications

Nigel, Thomas (2002): Children, Family and the State. Decision-making and child participation. Bristol: The Policy Press

Penton, Ronald (2000): Roaming the Streets of Eastern Europe. The Children of Gloom. (Report commissioned by the Worldbank Institute). Washington

Ruxton, Sandy (2000): Separated Children Seeking Asylum in Europe. A Programme for Action. Stockholm: Save the Children and UNHCR (financed by the Odysseus Programme of the European Commission)

Smart, Carol (2003): Introduction: New perspectives on childhood and divorce. In: *Childhood* 10 (2), 123-130. London: Sage Publications

Smith, Anne B. / Taylor Nicola J./ Tapp Pauline (2003): Rethinking children's involving in decisionmaking after parental separation. In: *Childhood* 10 (2), 201-216. London: Sage Publications

Spindler, William (2001): The situation of separated children in Central Europe and the Baltic states. (Rreport prepared in the frame of the Separated Children in Europe Programme)

UNESCO (2004): Education for all by 2015. UNESCO: Paris

UNICEF (2002): Young Voices. Opinion Survey of Children and Young People. UNICEF: Geneva

UNICEF (2004a): The State of the World's Children 2004. Girls, Education and Development. UNICEF: Geneva

Unicef (2004b): Innocenti Social Monitor. The Monee Project CEE/ CIS and Baltic States. Florence: Unicef Innocenti Research Centre

Vleminckx, Koen/ Smeeding, Timothy M., (eds.) (2001): Child well-being, child poverty and child policy in modern nations. What do we know? Bristol: The Policy Press

World Health Organisation, WHO (2002): World report on violence and health. Geneva: WHO

Zartler, Ulrike/ Wilk, Liselotte/ Kränzl-Nagl, Renate (2002): Ursachen und Folgen einer Scheidung / Trennung für Kinder, Frauen und Männer. Forschungsbericht erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und, Generationen. und Konsumentenschutz. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

Zartler, Ulrike/ Wilk, Liselotte/ Kränzl-Nagl, Renate (2004): Wenn Eltern sich trennen. Wie Kinder,. Frauen und Männer Scheidung erleben. Campus/ Europäisches Zentrum: New York- / Frankfurt: Campus/ Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung



**Tárkányi Ákos**  
**A család válsága - tévhitek és megoldások**

Az alábbiakban Török Péternek a Kapocs 17. számában (IV. évf. 2. szám, 2005. április) megjelent "A házasság mint *intézmény*: védjük, ne védjük?" c. írására (pp. 56-64) szeretnék reagálni.

Mindenek előtt örömet kell kifejeznem, hogy e fontos témával, a család válságával és annak kezelési lehetőségével foglalkozó cikk született. A szerző értékes munkát végzett a házassággal kapcsolatos mai trendeket, problémákat megvilágító kutatási eredmények összegyűjtésével, bemutatásával.

Mivel magam is részben e téma kutatásával foglalkozom, jónak látom ismereteim megosztását Önökkel, a folyóiratukban közölt cikkben foglaltakat kiegészítendő. Sorra veszem azokat a pontokat, ahol szeretném alátámasztani vagy kiegészíteni a szerző által írtakat.

Az I. részben (Vélemények és ellenvélemények) Linda J. Waite írása alapján a szerző felsorol néhány mára közkeletű hiedelemmé vált hamis szociológiai mítoszt a házassággal kapcsolatban. Közülük a harmadik szerint a házas nők a férfiak bántalmazásának gyakori áldozatai, ezért ajánlatos elkerülniük a házasságot. Török Péter bemutatja, hogy a házasság éppen a viszonylag legkevésbé veszélyes hely a párkapcsolatok szempontjából a nők számára. Amint írja: „A házas nők – és tegyük hozzá, a házas férfiak is – kisebb gyakoriságban válnak erőszakos cselekedetek áldozataivá. A nőket sokkal kisebb arányban molesztálja tettelesen a férjük, mint a volt férjük, udvarlójuk, volt udvarlójuk, vagy éppenséggel az élettársuk.” Mindehhez kiegészítésként hozzá kell tennem, hogy az a hiedelem is téves, hogy a férfiak sokkal gyakrabban viselkednek erőszakosan a házasságban, mint a nők. Ezzel kapcsolatban a téma iránt érdeklődők figyelmébe ajánlom a „Gender War, Sexuality, and Love” című angol nyelvű cikket a <http://www.geocities.com/RainForest/Vines/3951/dvstudies.html> internetes linken. (A benne idézett adatok szerint az erőszakos viselkedés a házasságban mindkét nem körében elég ritka, és

aránya a két nemnél nagyjából megegyezik.) Ugyancsak ajánlom Lupri (1990) cikkét, valamint a [http://secular.ws/Eunacom/publ\\_002.htm](http://secular.ws/Eunacom/publ_002.htm) linket.

Egy másik mítosz, amelyet Török Péter ötödikként említ, az, hogy a férfiaknak sokkal jobb a házasság, mint a nőknek, mert nekik a hatalom jut benne, a nőknek pedig a házimunka. Stack és Eshleman (1998) nemzetközi kutatásának eredményei szerint a férfiak és a nők boldogságérzésének mutatói közel álltak egymáshoz a házasok között, tehát a nők átlagosan nem kevésbé boldogok a házasságban, mint a férfiak. David de Vaus cikke az ausztráliai Family Matters folyóiratban (lásd a <http://www.newscientist.com/news/news.jsp?id=ns99992868> linken) pedig leírja, hogy egy új kutatási eredmény szerint a súlyosan stresszes személyek aránya 13% volt mind a férfiak, mind a nők között a vizsgált házasok körében. A nemi szerepek változása láthatólag nem okoz olyan nagy feszültséget a legtöbb házasságban, hogy ez átlagosan a házasságban a nők boldogságérzését kisebbé, pszichés terheiket nagyobbá tenné a házasságban a férfiakénál. Ennek oka lehet az is, hogy az iskolai végzettség növekedésével nemcsak a nők mentalitása, igényei, de ezzel párhuzamosan és ehhez alkalmazkodva a férfiak, férjek mentalitása, hozzáállása is fokozatosan változik. Másrészt az egyre növekvő gazdasági, társadalmi fejlettség és a magasabb iskolai végzettség nemcsak magasabb igényeket, hanem ezek kielégítésére nagyobb lehetőségeket is jelent. A brit Szociológiai és Gazdasági Kutatóintézet (ISER) közelmúltbeli jelentéséből mai tipikus brit házasságként nem a „kenyérkereső férj – otthonteremtő feleség” kettőse (mely elégedetlenség forrása lehetne az ez ellen lázadó feleségek számára), hanem meglepően más kép rajzolódik ki.

Amint az erről a tudományos jelentésről szóló ismertetésben (a Magyar Hírlap egy cikkében) olvashatjuk: „Míg a 60-as években Nagy-Britanniában a nők 75 és a férfiak 40 százaléka végzett a hétvégén valamilyen munkát, ma már csak 35, illetve 25 százalékuk. A nők akkoriban másfél órával korábban keltek kilencig lustálkodó párjuknál – ma velük együtt maradnak tovább az ágyban. Az otthoni programokat viszont nagyrészt felváltotta a szórakozás. Míg negyven éve minden tizedik férfi otthon hagyta a családját, és golfozni, horgászni vagy meccsre ment, most az asszonnyal együtt indulnak – vásárolni. A párok csaknem egyharmada jár a bevásárlóközpontokba minden hétvégén.”

„Gödri (2002) vizsgálatai alapján az élettársi kapcsolatok instabilabbak, s ennek következtében valószínűsíthető az is, hogy kevesebb gyermek születik belőlük” – írja a szerző a cikk 8. oldalán.

Ami az utóbbi állítást illeti, egy francia kutatási eredmény (Leridon, 1990b) is ilyen következtetést sugall. Ennek alapján állítható, hogy a házasság visszaesése és az élettársi kapcsolat terjedése csökkentheti a befejezett termékenységet. Az előbbihez hasonló eredményre – tehát hogy az élettársi kapcsolatok számottevően instabilabbak, mint a házasságok – pedig már számos kutató jutott. Több kutatás (Leridon, 1990a, Les femmes, 1995, Wu, 1995, Kamarás, 1996, Lindgren, 1997, Kiernan, 1999b) bizonyította, hogy 2-5-szörte bomlékonyabb a házasságnál az élettársi kapcsolat (akkor is, ha gyermekek élnek benne, és akkor is, ha nem, ld. Les femmes, 1995.).

„Paradox módon a házasság előtti együttélés, mely egyes körökben szinte normává vált éppen arra hivatkozva, hogy a lehető legalaposabban ismerjék meg egymást a felek, mielőtt összeházasodnának, növeli annak esélyét, hogy az ilyen kapcsolat válásban végződjék” – írja a szerző ugyanerről a témáról a 10. oldalon (ismét hivatkozva Gödri Irén 2002-es tanulmányára).

Ezt az eredményt is lényegében megerősíti a szociológiai szakirodalom. A témában született kutatási eredmények többsége szerint bomlékonyabbak azok a házasságok, amelyeket élettársi kapcsolat előzött meg, mint azok, amelyeket nem (Bennet, 1987, DeMaris, 1992, Berrington, 1999, Kiernan 1999b), míg más eredmények szerint (Teachman, 1990, Lindgren, 1997) csak ugyanolyan bomlékonyak. Az első gyermek születése utáni 5. év végére a házasságok 14%-a bomlott fel Franciaországban, de 23%-a az olyan házasságoknak, amelyeket élettársi kapcsolatban élés előzött meg (Kiernan 1999b).

Az USA-ban mért nagyobb bomlékonyság mellett az európai országok közül szignifikánsan nagyobb bomlékonyságot Spanyolországban mutatott ki egy vizsgálat (Kiernan 1999a – bár a bomlékonyság Olaszországban, Franciaországban és Nyugat-Németországban is nagyobbnak mutatkozott, de a különbség nem volt szignifikáns). E vizsgálat eredményei szerint az európai országok zömében nem volt semmilyen összefüggés ezen a téren. Ugyanakkor bizonyos brit és francia tapasztalatok (Berrington, 1999, Kiernan 1999b) is ebbe az irányba mutatnak.

Ennek az eddigi tapasztalatnak (bomlékonyabbak azok a házasságok, amelyeket élettársi kapcsolat előzött meg, mint azok, amelyeket nem) a négy lehetséges magyarázata (Cohan, 2002).:

1. Az élettársi kapcsolatban élők összetétele valamilyen (szociológiai, pszichológiai, kulturális) szempontból különbözik a házasokétól. Tehát olyanok lépnek élettársi kapcsolatra, akik a válásra eleve hajlamosabbak.
2. Az élettársi kapcsolat megváltoztatja a benne élők értékrendjét. Tehát az élettársi kapcsolatban élés a benne élők számára leértékeli a házassághoz köthető erkölcsi értékeket, így a hűséget, tartósságot.
3. Mire az élettársi kapcsolatban élők eljutnak a házassodásig, már kezdenek kiábrándulni a kapcsolatból, a partnerből. Tehát ha az élettársi kapcsolattal együtt nézzük a párkapcsolat hosszát, akkor – e szerint az érv szerint – mindegy, hogy élettársi kapcsolat előzte-e meg a házasságot, ezzel a számítási módszerrel ugyanolyan lesz a felbomlás valószínűsége.
4. Az élettársi kapcsolatban már élt házasságok valamiért rosszabbul kommunikálnak egymással (kevésbé konstruktívan, türelmesen, támogatóan), mint azok, akik korábban ilyenben nem éltek. Ez a magyarázat az előző három kombinációjának is tekinthető, azokat nem zárva ki, a „közvetítő tényezőt”, avagy a felbomlás közvetlen okát igyekszik megnevezni.

Mindezen eredmények alapján nem támasztható alá az a házassággal kapcsolatos közkeletű hiedelem sem – mely hasonlít a szerző által cikke elején idézetekhez –, hogy a próbaházasságként funkcionáló élettársi kapcsolat hasznos bevezető a házassághoz, mert tartósabb lesz a házasság, ha a felek előtte már kipróbálták egymást. A családszociológiai szakirodalom eredményei ezt az elképzelést nem támasztják alá.

Török Péter a házasságra való felkészítést támogató államokról írja, hogy azok „ráébredtek arra, hogy a stabil házasság a közösségnek, a társadalomnak is hasznot hozhat, illetve a «saját zsebükön érzik», hogy az instabil házasságok, illetve a felbomlásukból adódó problémák finansiális, méghozzá súlyos finansiális nehézségek előidézői”. Majd a válás magas arányáról ír, és arról, hogy ez a társadalomnak és az államnak nem jó. A továbbiakban pedig a megoldási lehetőségeken töpreng. A válások, csonka családok negatív társadalmi hatásaira bővebben is kitér. Szeretném az e téren való meglátásait kiegészíteni néhány gondolattal és kutatási eredménnyel.

A szegénység növekedése és a társadalom individualizálódása egyaránt hozzájárulhatnak a párkapcsolatok labilisabbá válásához, ez utóbbi pedig negatív pszichés hatásokkal jár, és elősegítheti mind a kapcsolatok labilitásának, mind a szegénységnek a generációs továbbörökítését. Egy közelmúltbeli amerikai szociológiai vizsgálat (Cherlin, 1998) kimutatta, hogy a válás (vagy valamilyen közvetlenül hozzá kapcsolódó tényező) olyan maradandó pszichés károsodást okoz a gyermekeknek, amelynek a negatív hatása még felnőttkorban is kimutatható. Természetesen nemcsak a válás ténye, hanem a szülők ezt megelőző rossz kapcsolata is negatív hatással lehet a gyermekekre, amint Ranschburg Jenő megjegyzi (1994). Hozzáteszi, hogy a csonka családban felnövő gyermekek az egyik szülőjük hiánya miatt nem tapasztalhatják meg a megfelelő nemi szerepeket, és hogy a válás után a gyermekeit egyedül nevelő szülő a válás és az ezt megelőző párkapcsolati konfliktusok következtében fellépő lelki sérülései, torzulásai miatt esetleg nem tudja megfelelően nevelni gyermekeit.

Egy vizsgálat kimutatta, hogy a két szülő által, ép családban nevelt tizenévesek körében jóval ritkább az alkohol- és drogfogyasztás, valamint a dohányzás (az iskolai végzettség hatását kiszűrve is), mint az egy szülő által, csonka családban neveltek között (Johnson, 1996). Az egy szülő által, csonka családban nevelt fiúk esélye jóval nagyobbak bizonyult arra, hogy valami olyan törvénybe ütköző dolgot követnek el, amiért szabadságvesztésre ítélik őket, mint a két szülő által, ép családban neveltek között (több tényezőt kiszűrve is) (Harper, 1998). A csonka családban nevelkedés a gyermekek szegénységét növelő egyik fő tényező (Blank, 1997).

A csonka családok **a gyermeket nevelő családok átlagánál** jóval szegényebbek, amiben szerepet játszhat az is, hogy ez a jelenség a fejlett országok egy részében főként az alacsony iskolai végzettségűek között fordul elő, és az is, hogy a kapcsolat fölbomlásával kiesik a partner keresete. Amint Esping-Andersen (1999) írja, „a család instabilitása a szegénység egyik fő katalizátora”. Hozzáteszi, hogy „Skandináviában (és talán Franciaországban) az elvált nők és az egyedülálló anyák kevésbé valószínűen szegények (és maradnak is szegények)”, mint Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban, mivel utóbbi helyeken a családpolitika jóval kevésbé bőkezű, mint az előbbi országokban.

Mindazonáltal a csonka családok Svédországban és Franciaországban is a társadalom különösen szegény csoportjai közé tartoznak. Svédországban a '90-es évek elején például a nem nagycsaládban, két szülő által felnevelt gyermekek 13 százaléka volt jogosult szociális segélyre,

míg a csonka családban felnövő gyermekeknek a 21 százaléka. A csonka családok 50 százaléka nem rendelkezett semmilyen félretett pénzzel, ami a hétköznapi költségeken felül rendelkezésre állna bármilyen váratlan plusz kiadás esetén (Welfare, 1994, Tárkányi, 1996). Franciaországban a '84-es és '90-es adatokat összehasonlítva azt látjuk, hogy drámai mértékben romlott azoknak a csonka családoknak a helyzete, ahol az anya a háztartásfő (a csonka családok 86 százaléka); közöttük is a legrosszabb azoké, ahol az anya inaktív. Az egy fogyasztási egységre jutó jövedelemmel számolva a gyermekeiket egyedül nevelő anyák között az aktívak 18 százalékának a jövedelme volt a francia mediánjövedelem 60 százalékánál kisebb 1984-ben, és 27 százalékának 1990-ben. Ugyanezek az adatok 46 százalék és 40 százalék azokban a gyermekes családokban, ahol mindkét szülő inaktív, 7-7 százalék azokban, amelyekben mindkét szülő aktív, a népesség egészét tekintve pedig 14 és 16 százalék (Les femmes, 1995, Tárkányi, 1997).

Véleményem szerint súlyos tévedés a család válságjelenségeit, a házasság arányának drámai visszaesését, az instabil élettársi kapcsolatok elterjedését, a válást, a csonka családok arányának a növekedését (szinte) kizárólag „gettóproblémának” tekinteni, amire, úgy tűnik, több angolszász társadalomtudós hajlamos. Ezek a jelenségek ugyan általában valóban a legszegényebbek között a leggyakoribbak, de minden társadalmi rétegben erősen megnövekedett az arányuk a fejlett országokban az utóbbi évtizedekben. Nem periférikus, hanem általános társadalmi problémák, amelyeket főként a társadalom fokozódó individualizációja vált ki. Mivel egyre súlyosabbá válnak, igen sok felnőttnek és gyereknek okoznak szenvedést, és valójában komoly gazdasági károk is származnak belőlük, a megoldásukra való törekvésnek az egyik központi politikai kérdéssé kell válnia a fejlett országokban (Sollee, 1996).

Miután a párkapcsolatok labilitása növeli a szegénységet, és pszichés sérüléseket okoz – nemcsak a gyermekeknek, hanem az érintett felnőtteknek is –, a párkapcsolatok stabilitásának a növelése is alapvető cél. Fontos lenne minden olyan módszernek, lehetőségnek a mélyebb tanulmányozása és adaptációja, amely erre irányul, legyen az családi életre nevelés az iskolában vagy azon kívül, avagy családi, házassági tanácsadó szolgáltatás. Mivel a tartós együttélések többsége ma már házasságon kívül kezdődik, meg kellene találni a módját annak, hogy a tartós párkapcsolatra való felkészítés lehetősége az élettársi kapcsolatban élőket is elérje. Ugyancsak fontos a mentálhigiénés rendszer fejlesztése, a megfelelő alkoholpolitika kialakítása és a közösségek hálózatának fejlesztése.

A közösségek hiánya mellett számos, a családdal kapcsolatos hasznos hagyomány, ismeret, készség hiánya is rontja a fiatalok tartós és boldog párkapcsolatainak az esélyeit. Olyan tanfolyamok juthatnak az eszünkbe, amelyek valamiképpen a családokat segítik, például a párválasztás, a párkapcsolatok építése és fenntartása, a családi élet, a gyermeknevelés, a fogamzásgátlás terén vagy bármilyen egyéb fontos területen. Tulajdonképpen már régóta várat magára Magyarországon a családi életre nevelésnek az iskolai oktatásban való megjelenése. Ennek a tartalma ugyanaz lehetne, mint az előbb említett tanfolyamoké (fenti témákon kívül szerepelhetne még a tananyagban az egészséges életmód, az ésszerű háztartásvezetés, a hivatalos ügyek intézése és más hasonló témák is). Kétséges és vitatható, hogy ez a tantárgy megoldható lenne egyetlen egységes országos tantervvel, hisz ez a terület annyira kényes és bonyolult, s a szülők hozzáállása is annyiféle lehet. Legfontosabbnak a párkapcsolat pszichológiai törvényszerűségeinek megtanítása és a kommunikációs készségek fejlesztése tűnnek, és valószínűleg főként (illetve, amennyiben korlátozott az időkeret, szinte kizárólag) erre kellene koncentrálnia a tananyagnak. Már egy 1988-as minisztertanácsi határozatban felbukkant egy ilyen tantárgy kialakításának a kormányzati szándéka, majd még többször a következő másfél évtizedben, de a gyakorlatban nem történt semmilyen érdemi kormányzati lépés.

Alulról jövő kezdeményezésre mégis kialakulóban van valami ezen a téren. A Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskolán nemrég megindult olyan munkatársak képzése, akik iskolai keretek között vagy azon kívül a párkapcsolatokra, családi életre nevelhetik a tizenéves fiatalokat (ld. [www.sapientia.hu/csalad/](http://www.sapientia.hu/csalad/)). Ami Magyarországon még csak szerény kezdet, az az Egyesült Államokban már jól fejlett mozgalom. Itt a párkapcsolatok „pszichológiailag ügyesebb” megélésére való felkészítés mint „marriage education” terjed az egész országban, és nem csak egyházi keretekben (Sollee, 1996). A párkapcsolatra való pszichológiai felkészítés programja – az USA tagállamai közül elsőként, 1998-ban – Floridában már bekerült a középiskolai tanrendbe (More, 2000). Ezen kívül még több más államban gyakori ilyen tantárgy iskolai oktatása, például Massachusettsben, New Jersey-ben és Kaliforniában.

A válás következményeinek enyhítését célozza több országban a közös szülői felelősség jogintézményének bevezetése, vagy az Európai Gyermekjogi Konvenció azon pontja, amely szerint a gyermekek véleményét hivatalosan ki kell kérni minden őket érintő családjogi ügyben (Tárkányi, 1998).

Magyarországon a családok belső zavarait kezelő intézmények sorában a nevelési tanácsadók, családsegítő központok, gyermekjóléti szolgálatok természetesen hasznosak és fontosak, éppúgy, mint a nevelőszülői hálózat, a csecsemőotthonok vagy a hetes otthonok. Viszont lényegében hiányoznak olyan új megoldások, amelyek egy olyan stratégia részei lehetnének, amely a megelőzésre, nem pedig a tűzoltásra helyezi a hangsúlyt. A közösségfejlesztés és a közösségi szociális munka két olyan módszer, amelyek családpolitikai szempontból is támogatásra érdemesek, mert szerintem sokkal kedvezőbb a családok fejlődéséhez (és nagy segítséget jelent a gondok megoldásában) egy jó lakóhelyi közösség, illetve közösségi jellegű helyi társadalom, mint egy atomizált, anómiás társadalmi környezet.

Egy ilyen jellegű kezdeményezés az 1973-ban az Egyesült Királyságban elindított Start Home mozgalom, amely azóta a világ számos országában elterjedt. Magyarországon éppen most van indulófélben mint Otthon Segítünk Alapítvány (bár már évek óta létezett egy, a mozgalom alap gondolatát átvevő, de attól lényegében független szerény kezdeményezés Add Tovább néven.) A mozgalom fő tevékenysége önkéntes segítők szervezése, akik néhány órás alkalmi segítséget nyújtanak hátrányos helyzetű egyedülálló vagy sokgyermekes szülőknek. Ez lehet a gyermekekkel való foglalkozás, bevásárlás vagy valamilyen más háztartási munka elvégzése. Fontos a beszélgetés, az elszigetelt és megterhelt szülőknek való személyes barátság felajánlása, gondjaik megosztása. Azok általában ezt szokták a leg többre értékelni. A segítők erősen bátorítják a szülőket emberi kapcsolataik bővítésére, ennek elősegítése is a mozgalom programjához tartozik. A segítők általában maguk is többgyermekes anyák. Mint a magyar alapítvány vezetője elmondta, szervezetükben két szint van, a szervezőké és a segítőké. A felvételi beszélgetés és a segítő tevékenységre kiképző tanfolyam működnek szűrőként a megfelelő, a segítő munkára alkalmas önkéntesek kiválogatására.

A családsegítő központok rendszerint nem foglalkoznak a párkapcsolati problémák megoldásával (bár akad kivétel, mint amilyen a Budapest XII. kerületében működő). Egyes kezdeményezések, mint például a Családi Szolgálatok Ligája Alapítvány főként erre koncentrálnak. A CsSzLA-ban nem csak krízismegoldással foglalkoznak, hanem a kapcsolatok erősítésével, „gazdagításával” is. Vezetőjük becslése szerint a 3 főállású munkatárs és 15 segítő egy év alatt mintegy 300 családdal és 900 ügyféllel foglalkozik. Egy felmérésük szerint ügyfeleik 73%-a érezte úgy, hogy érdemi segítséget kapott. Az ilyen és ehhez hasonló egyesületek, kezdeményezések fejlesztésének,



intézményesítésének és jóval nagyobb fokú anyagi támogatásának is a házasság válságát kezelő, illetve lehetőleg megelőző családpolitika központi fontosságú részévé kellene válnia.

A családok segítésének ugyanígy szerves része kell legyen a mentálhigiénés rendszer erősítése, bővítése, teljesebb kiépítése. Az alkoholbetegek kezelési rendszerének megfelelő kiépítése és egy erősebb alkohol-ellenes politika kialakítása sem csak egészségügyi szempontból fontos, hanem a családok segítése, támogatása szempontjából is. A '90-es évek elején egy fölmérés (Gayerné, 1991) kimutatta, hogy Magyarországon a családsegítő szolgálatok ügyfelei problémáinak hátterében az esetek 30–50%-ában alapvető tényező volt a család valamelyik tagjának mértéktelen alkoholfogyasztása, és ez nem volt rétegspecifikus jelenség. A CSSK-k gyakorlatilag mégsem tudtak megfelelő egészségügyi partnereket találni e problémák megoldásához.

1986–95-ig a szülők alkoholizmusa miatt veszélyeztetettként nyilvántartott gyermekek száma 28 905-re nőtt, a szülők alkoholizmusa miatti védő- és óvóintézkedések száma viszont 327-re (kevesebb, mint tizedére) csökkent. A szülők alkoholizmusa miatt veszélyeztetett gyermekek számának a növekedése közben az emiatti védő- és óvóintézkedések számának drámai visszaesése mutatja, hogy a problémát tovább súlyosbítja a rá irányuló figyelemnek (és vélhetőleg enyhítése lehetőségének) a rendkívül nagyfokú hiánya.

Az 1980-as években az alkoholizmus terjedése mellett a neurózisok és mentális zavarok növekvő trendje is érzékelhető volt. Ekkor a különböző szakértők a neurotikusok arányát az összlakosság 25–50%-ára (!) becsülték. Az egészségügyi rendszer mentálhigiénés szektorának adatai szerint az 1990-es években főleg a depresszióban, neurózisban és neurotikus depresszióban szenvedők aránya nőtt meg a kezelték között. Elképzelhető, hogy az alkoholizmus és a mentális zavarok trendjei között valamilyen kapcsolat van. Egyes elméletek szerint ugyanis az alkoholizmus közvetlen pszichológiai előzményállapota a depresszió.

Az 1980-as években történtek bizonyos kormányzati lépések az alkoholizmus ellen (lásd pl. az 1064/1986. (X. 30.) minisztertanácsi határozatot), de ezek nem hoztak átütő sikert (Tárkányi, 2001). Feltehetőleg több és erőteljesebb ellenlépésre és komplexebb programra lett volna szükség. Ám az 1990-es évek elmélyülő társadalmi válsága valószínűleg még egy ilyen program sikerét is erősen veszélyeztette és az alkoholizmus gyakoriságának további növekedése irányába

hatott volna. Az 1990-es évek demokratikus kormányai pedig gyakorlatilag semmi érdemlegeset nem tettek az alkoholizmus mérséklése érdekében.

Török Péter cikke végén felteszi a kérdést: kiknek az érdekeit szolgálják korunk értékei? A család válságának megoldásához értékconszenzust tart szükségesnek.

Úgy gondolom, lehet úgy érvelni, hogy gyermek és a házasság vállalása nem is olyan önzetlen cselekedet, hiszen aki így tesz, tudja, hogy hosszú távon ez áll érdekében. Ha a társadalom egészében nincs elég gyermek, akkor majd évtizedek múlva nem lesz elég munkavállaló korú, így őt sem lesz, aki eltartsa. Vitatható, hogy ez bölcs, előrelátó „hosszú távú önzésnek” tekintendő-e (szemben a gyermekvállalást és házasságot elhalasztó vagy elutasító türelmetlen, mohó „rövid távú önzéssel”), vagy inkább egyszerűen csak józanságnak. Mindenesetre ha nincs erőteljes konszenzus körülötte, akkor valószínűleg mind kevesebben fogják ezt, és mind többen a (rövid távú) önzés, a „carpe diem” (élvezd a mai napot) felfogását követni. Végül csak viszonylag kis számú tudatosan önzetlen, felelősségteljes ember marad, aki a jövőt, a társadalmi értelemben vett fenntartható fejlődést szolgáló demográfiai magatartást követi (annak ellenére, hogy ez nem szolgálja közvetlen érdekeit), miközben a nagy többség a jövőt felélő – közgazdasági értelemben vett – potyautassá válik.

Egy konkrét párkapcsolatban az alacsony gyermekszámnak vagy a kapcsolat felbontásának csak a rövid távú előnyeit számításba vevő, illetve a párkapcsolatot, gyermekvállalást főként vagy kizárólag a szórakozás eszközeként tekintő önző, ultraindividualisztikus szemlélet általánossá válása olyan helyzetet teremt, amely a közlegető tragédiája nevű közgazdasági példázatra hasonlít. A párkapcsolat és a gyermekvállalás- és nevelés is bizonyos társadalmi javakat jelentenek, de nem lehet mind többet úgy kinyerni belőlük, hogy az egyének mind kevesebbet fektetnek be, illetve csak olyan áron, ha egyre növekszik az egyéni sérülések, veszteségek és a vesztesek aránya.

A közlegető tragédiájának példázatát elemzi egy szerzőpáros tanulmányában (Boldizsár, 1997), ahol a környezet állapotát tekintik a veszélyeztetett közjószágnak. Véleményem szerint hozzá hasonlóan a család és a házasság intézménye is annak tekinthető. A közlegető példája arról szól, hogy az egyének úgy növelik rövid távú egyéni hasznukat, hogy ezzel mindenki más hosszú távú

egyéni hasznát csökkentik. Minél többen követik ezt a stratégiát, annál valószínűbb a közösség gazdasági alapjainak teljes kimerülése. A közgazdasági dilemma lehetséges megoldásaként az állami közbeavatkozás mellett a kollektív racionalitást, az erkölcsi felfogás átalakítását, a pozitív tradíciók szerepét, a szoros emberi kapcsolatokat (szeretet, barátság, rokoni kapcsolatok) mint erőforrást említik. Úgy gondolom, hogy ezek számításba vehetők a család válságának ellenszereiként is. Itt említést érdemel a vallásosság lehetséges pozitív jövőbeni szerepe is. Somlai Péter (2000) az egyéni biztonság igényét említi, mint olyan tényezőt, amely a túlzott individualizmus fékjeként működik. Azonban ez is csak akkor funkcionál ilyenként, ha az egyének számára eléggé erősen működik a visszacsatolás, tehát ha kellő mértékben tudatosítják, hogy ez vagy az a cselekedet miért veszélyezteti az egyéni biztonságukat, és valószínűleg csak korlátozottan vagy nem működik, ha a következmények időben távoliak.

Véleményem szerint arra van szükség a család válságát jelentő szociológiai és demográfiai problémák megoldásához, hogy megszűnjön az egyéni szabadság mint érték mindenek fölött való túlhangsúlyozása a fejlett országokban a politikai elit jelentős részében és a médiában, illetve hogy az egyéni szabadság hangsúlyozása együtt haladjon a használatára való megtanítással, az egyéni felelősség szempontjának és az egyéni szabadság társadalmi beágyazottságának, ésszerű erkölcsi korlátainak a tudatosításával. Amint a közutakon nemcsak mind gyorsabb autókra van szüksége a társadalomnak, hanem autóvezetői tanfolyamokra, közlekedési szabályokra és jó autóvezetői morálra is, úgy a demográfiai magatartást illetően az egyének szintjén szükség van az egyéni készségek növelésére is (amilyen például a családi életre nevelés, a „marriage education” lehet), és a reprodukciós szintet elérő gyermekszám, a megfelelő párválasztás, a párkapcsolatok tudatos építése, gazdagítása, a bennük való hűség és a tartósságuk fontosságának a nagyobb mértékű tudatosítására is. Ezért az állam főként az oktatási rendszeren keresztül és civil szervezetek támogatásával tehet valamit, de emellett alapvető szükség van arra, hogy a politikai és a médiaelit számára is fontos céllá váljanak.

E gondolatokhoz kapcsolódik az a probléma is, hogy milyen szempontok szerint definiáljuk a családot, amit Török Péter fölvetett cikkében. Az én célom az, hogy empirikus kutatási eredményeket használva útjelzőnek olyan társadalmi együttélési formát találjak, amely úgy működik, hogy általa elkerülhető a társadalom előregedése és a lehető legkisebbek a gyermekek és felnőttek testi és lelki sérülései. Inkább tekintek családnak olyan együttélési módot, amely közelebb áll ehhez, és kevésbé azt, amely távolabb áll vagy vezet ettől.

Kérdés, hogy vajon ilyen szempontok szerint a homoszexuális párok családnak tekinthetők-e vagy sem. Török Péter olyan tudományos kritikát idézett, mely rámutatott, hogy a homoszexualitást társadalmi szempontból ártalmatlannak bemutató tanulmányok hibásak, megbízhatatlanok, torzok. Magam is több hasonló kritikát ismerek, és tudom, hogy a homoszexualitással kapcsolatban rendkívül nagy a tájékozatlanság. Ezért megadom egy, az interneten e témáról található angol nyelvű cikk linkjét, mely a homoszexualitással kapcsolatos kutatásoknak a Török Péter által idézettéhez hasonló kritikáit tartalmazza, és egy magyar nyelvű, általam írt cikk linkjét, amelyben a homoszexualitással kapcsolatos érveim mellett bemutatom néhány, a homoszexualitással kapcsolatos tudományos állítás és ismeret internetes lelőhelyét. E két link a <http://www.fathersforlife.org/dale/hparent1.html> és a [http://www.xlap.hu/index.php?column=2&news\\_id=214](http://www.xlap.hu/index.php?column=2&news_id=214).

*A szerző a KSH főmunkatársa, szociálpolitikus, demográfus*

## **Hivatkozott irodalom**

Bennett, N. G. et al.: Commitment and the Modern Union: Assessing the Link between Premarital Cohabitation and Subsequent Marital Stability. in: American Sociological Review, 1987.

Berrington, A. – Diamond, I.: Marital dissolution among the 1958 British birth cohort: The role of cohabitation. in: Population Studies, 1999/1.

Blank, Rebecca M. (1997): It Takes a Nation: A New Agenda for Fighting Poverty. New York: Russell Sage Foundation.

Boldizsár Klára – Tóth I. János: A közlegelő tragédiája és lehetséges megoldásai. in: Társadalmi Szemle 1997/2.

Cherlin, A. J. - Chase-Lansdale, P. L. - McRae, Ch.: Effects of Parental Divorce on Mental Health throughout the Life Course. in: American Sociological Review, 1998/2.

Cohan. C. L. – Kleinbaum, S.: Toward a Greater Understanding of the Cohabitation Effect: Premarital Cohabitation and Marital Communication. in: Journal of Marriage and the Family, 2002/1.

DeMaris, A. - Rao, K. V.: Premarital Cohabitation and Subsequent Marital Stability in the United States. A Reassessment. in: Journal of Marriage and the Family, 1992.

Esping-Andersen, G.: Jóléti államok az évszázad végén: a munkaerő-piaci, a családszerkezeti és a demográfiai változások hatása. in: Csaba Iván – Tóth István György 1999. A jóléti állam politikai gazdaságtana. Budapest: Osiris Kiadó – Láthatatlan Kollégium.

Gayer Gyuláné (1991): Alkoholral kapcsolatos problémák a családsegítő központok látószögéből nézve. Kézirat. (idézi: Role of the principal addictions...)

Harper, Cynthia. – McLanahan, Sara.: Father Absence and Youth Incarceration. Center for Research on Child Wellbeing, Working Paper #99-03.

<http://ryder.princeton.edu/crcw/publist/workingpapers/WP99-03-Harper.pdf>

Kamarás Ferenc (1996): Európai termékenységi és családvizsgálat Magyarországon. Az 1993. évi keresztmetszeti vizsgálat főbb eredményei. Budapest: KSH.

Kiernan, K.: Cohabitation in Western Europe. in: Population Trends, Summer, 1999.

Kiernan, K.: Childbearing outside marriage in Western Europe. in: Population Trends, Winter, 1999.

Johnson, Robert A. et al. (1996): The Relationship Between Family Structure and Adolescent Substance Use. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administrations, Office of Applied Studies, U. S: Department of Health and Human Services.

Leridon, H.: Cohabitation, Marriage, Separation : An Analysis of Life Histories of French Cohorts from 1968 to 1985. in : Population Studies 1990/1.

Leridon, H.: Extra-Marital Cohabitation and Fertility. in: Population Studies 1990/3.

Les femmes. Portrait social. 1995 Paris: INSEE.

Lindgren, J. (1997): Non-Marital Cohabitation and Union Dissolution. Helsinki: The Population Research Institute.

Lupri, E.: Harmonie und Aggression: Über die Dialektik ehelicher Gewalt. (Harmony and Aggression: On the Dialectic of Spousal Violence) in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1990/3 (474-501).

More, Better Marriage Education Needed in Schools, Study Says. internet:

<http://www.loveevity.com/marriage/whatsnew/bettermarriagepressrelease.html>

Ranschburg Jenő: A családi diszharmónia és a válás hatása a gyermek fejlődésére. in: Demográfia 1994/3-4.

Role of the principal addictions (alcoholism, smoking, drug abuse) in morbidity-mortality and in the decrease of population in Hungary – according to statistical measures. A főbb addikciók (alkoholizmus, dohányzás, drogabúzus) szerepe Magyarországon a morbiditásban-mortalitásban és a népesség fogyatkozásában – statisztikai elemzés az Országgyűlés tájékoztatására. (A Kiáltás c. folyóirat Józan Nép című melléklete 1992-es különszáma kiadásának negyedik átdolgozott és kiegészített változata.) 1997. Budapest: Mentálhigiénés Programiroda – Józan Élet Szövetség.

Somlai Péter: Meghatározások, avagy miről szól a család válsága? In: Spéder Zsolt – Tóth Pál Péter: Emberi viszonyok. Cseh-Szombathy László tiszteletére. Budapest: Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság – Századvég Kiadó, 2000.

Stack, S. – Eshleman, J. R.: Marital Status and Happiness. A 17 Nation Study. In: Journal of Marriage and the Family, 1998/2.

Tárkányi, Ákos: Európai családpolitikák: a svéd családpolitika története. In: Demográfia 1996/4.

Tárkányi, Ákos: Európai családpolitikák: a francia családpolitika története. In: Demográfia 1997/1.

Tárkányi Ákos (1998): Családpolitika az Európai Unió országaiban. (Európai Tükör sorozat 43.) Budapest: Integrációs Stratégiai Munkacsoport.

Tárkányi Ákos (2001): A családdal kapcsolatos jogszabályok Magyarországon 1980-98-ig. (KSH NKI Kutatási Jelentései 67.) Budapest: KSH NKI.

Teachman, J. D. - Polonko, K. A.: Cohabitation and Marital Stability in the United States. in: Social Forces, 1990.

Sollee, Diane: Shifting Gears: An Optimistic View of the Future of Marriage. Paper presented at the Conference on Communitarian Pro-Family Policies, Washington, DC, Nov 15, 1996.

Welfare and Public Health in Sweden. 1994 Stockholm: Socialstyrelsen – EpC.

Wu, Zh. - Rao, B. T.: Dissolution of Premarital Cohabitation in Canada. in: Demography, 1995/4.

