

Szociális Kutatások és Fejlesztések

Gyetvai Gellért

Munka? Terápia?

A fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás egészségmegővő hatása
a pszichiátriai ellátásban és foglalkoztatásban –
ennek kapcsán a szociális foglalkoztatás mai
modelljének továbbgondolása,
új elvek lehetséges megjelenésének vázlata

Tanulmánykötet

Békés, 2010
Szent Lázár Alapítvány

Copyright © Gyetvai Gellért
Copyright © Szent Lázár Alapítvány SzKF

Felelős kiadó:
Kovács Istvánné kuratóriumi elnök
5600 Békés, Gorkij u. 2/2.

Kiadja:



5600 Békés, Gorkij u. 2/2.

*A kiadvány az alapítvány
Szociális Kutatások és Fejlesztések műhelyének (SzKF)
tanulmányköteteként jelent meg.
A kötet szabadon sokszorosítható
a szerzői jogok megfelelő hivatkozásával!
További információ: www.szentlazar.hu*

Előkészítés és nyomtatás: Szent Lázár Alapítvány

ISBN 978 963 06 9145 1
ISSN 2061-7208

Tartalomjegyzék

1.0 Bevezetés.....	4. oldal
1.1 Mi ösztönözte a konkrét kutatást (még)?	6. oldal
2.0 Bővebben a kérdés időszerűségéről	6. oldal
3.0 A jelenlegi foglalkoztatási rendszer.....	10. oldal
3.1 Minek nevezzetek?.....	12. oldal
3.2. Még egy kis kitérő – kétfajta szemlélet.....	16. oldal
4.0 A kutatás szakmai beágyazottsága.....	18. oldal
5.0. Miért éppen pszichiátriai kutatás?.....	23. oldal
6.0 A kutatás célja.....	26. oldal
6.1 Előzetesen a hipotézisekhez.....	27. oldal
6.1.1 Hipotézisek.....	27. oldal
6.2 Vizsgálendő csoport.....	28. oldal
6.2.1 Vizsgálati módszer.....	28. oldal
6.3 Elemzés – alapmegozslások.....	29. oldal
6.4 Adatelemzések – az alapváltozók.....	38. oldal
6.4.1 Ellenőrző változók.....	41. oldal
6.5 Elemzések.....	42. oldal
6.6 Egészségügyi kérdések.....	43. oldal
6.6.1 Összefoglalás az egészségügyi részhez.....	50. oldal
6.7 Szociális hatások, változások.....	53. oldal
6.7.1 Hogyan foglalhatjuk össze a látottakat?.....	61. oldal
6.8 Mentális állapot.....	62. oldal
6.8.1 Összefoglalás a mentális adatok feldolgozásához.....	68. oldal
6.9 Összefoglalás, konklúziók.....	69. oldal
7.0 Az eredmények kiterjeszhetősége.....	72. oldal
7.1 További következtetések.....	73. oldal
8.0 Merre tovább?.....	74. oldal
Irodalomjegyzék.....	76. oldal
Melléklet – Pszichiátriai betegségek kutatás szerinti klasszifikáció- ja.....	79. oldal

1.0 Bevezetés

Az itt olvasható tanulmány szűken véve egy módszertani kutatás a szociális foglalkoztatásban meglévő foglalkoztatási gyakorlatokról (pszichiátriai ellátásban), amelynek körvonalait már 2008-ban elkezdtük¹ át gondolni. Másrészt viszont több mint módszertani tanulmány, mivel az empirikus adatfeldolgozás mellett olyan szociológiai, szociálpolitikai *elveket* igyekszik megfogalmazni a kutatás kapcsán, amelyek több tekintetben talán szokatlanok, azonban talán vitathatatlanul relevánsak – éppen ezek az elvek voltak azok, amelyek egyik kiindulópontját jelentették a tényleges felmérésnek.

Röviden vázolom azokat a téziseket, amelyek meghatározták gondolkodásunkat, a kutatásra és a szociális foglalkoztatás továbbgondolására készítettek:

- a) A szociális szféra egyre inkább új (és egyelőre szokatlan) nézőpontból kell, hogy önmagára tekintsen. A demográfiai és gazdasági változások egyre közelebb sodorják kényszerűen és logikusan a piachoz, a termelő szférához, az ott megjelenő elvekhez. Ezért a szociálpolitikának – *ahol csak lehet* – egyre inkább a piaci szemléletet is magáévá kell tennie (mindez nem liberalizálja a végsőkig a szférát, nem ebben az értelemben értem, azonban a gondolkodásmódot jelentősen át kell hogy formálja).
- b) Mivel a szociális ellátórendszerben igen sok olyan személy kap helyet, akik még gazdasági potenciált is jelentenek (és pszichikailag, társadalmilag több előnnyel jár számukra is a munka, amint látjuk majd), a szociális szféra egyre több ponton kell, hogy érintkezzen a gazdasággal.
- c) Mindez a tartalmi elemek bizonyos azonosságát is magával hozza (gazdaság és szociális szféra együttesében) – ha tetszik, he nem! –, és a jövőben a megkülönböztetés sok területen a szociális ellátásban lévők között nem feltétlenül a dolgozik vs. nem dolgozik határon található majd, hanem a szociális elemek, a szociális környezet meglétén vagy hiányán, azok arányain. A gazdaság és szociális szféra területein egyre inkább tartalmi azonosságot kell hogy jelentsen a munka és a piac együttes megléte (szociális elemek átgondolt hozzájárásával).
- d) A szociális foglalkoztatás jelenleg meglévő gyakorlatából ismert két alapvető forma közül a nem munkatípusú foglalkoztatás ellentmond a jogi szabályozásnak, de a demográfiai és társadalmi változásoknak is.

¹ A Szent Lázár Alapítvány pszichiátriai nappali ellátó és foglalkoztató intézményeiben (Aktív Ház, Kreatív Ház, Esély Ház) - www.szentlazar.hu

- e) Mindezeket alapul véve a következő képlet fejezi ki nyíltan azt a gondolatot, amely – ha az előző megállapításaim igazak – a szociális szféra jelentős részében érvényre kell hogy jusson a jövőben: ha rehabilitáció, akkor foglalkoztatás, ha foglalkoztatás, akkor munka (ami mellől nem maradhat el a piac)!

Fontos azonban tudnunk, hogy ezek a kijelentések nem fednek le egy minden tekintetben végiggondolt rendszert, mivel annak megalkotása szélesebb körű feladat. Egyetlen szándéka, hogy a társadalmi és gazdasági változásokra, az abból következő feladatokra reagáljon, mintegy körvonalazzon egy lehetséges utat.

A szociális szféra jól megszokott tárgyalási alapja (szándékosan sarkosan fogalmazva) a mennyi pénzt ad az állam a fenntartásra? kérdéssel kezdődött mindig, amin aztán nem is igazán jutott túl. Azonban az utóbbi idők változásai ezt a kérdést egyre szigorúbban kezelik, a jóléti állam bőkezű és édes manifesztációja egyre inkább ábránd, és más irányból is igyekszik mérni a szociális szférát. Mindez annak a folyamatnak az inverze, amely a szocializmus (és a jóléti társadalmak) gyakorlatában kialakult, amelyben az ellátórendszer szélesre tárta kapuit, és néha válogatás nélkül ölelte magához a csökkent munkaképességűek mára elviselhetetlenségig felduzzadt táborát. A kialakult gyakorlat pedig kedvezett a rendszerváltozás kapcsán munkából kiesett tömegeknek, akik ebben az irányban voltak egyedül képesek kimenekülni a hirtelen jött kilátástalanságból, amely a munkájuk elvesztésével járt. Mindez számtalan probléma forrása.

Ezért ma az állam egyik elsődleges célja nem a szociális háló lyukméretének további csökkentése, hogy minél többen maradjanak benn, hanem a meglévő túlzott teher miatt a kiáramlás, illetve leginkább a reintegráció, vagyis a potenciális jelöltek visszavezetése a munkaerőpiacra (az állam ma új hálót keres). Hogy erre milyen reális esély van? Anélkül, hogy bővebb fejtegetésekbe bonyolódnék, be kell látnunk, hogy a mostani módszerek mellett csekély. Egyrészt hiányzik az egész háttéréből a társadalmi egyetértés – a rendszerek nehezen változnak!, a szociális gyakorlat ezzel ellentmondani látszik, még nem volt képes átvenni az új gondolkodásmódot... (egyedül a jogalkotói törekvések igyekeznek ebbe az irányba elmozdítani a rendszert, azonban azok sokszor nem eléggé átgondoltak, így inkább további zavarok forrásai, mint megoldásokéi). Másrészt a mai magyar gazdaság és politika szinte minden tekintetben az ellenkezőjét erősíti, mivel lépéseivel olyan mértékben gyengíti a gazdaságot, hogy ezzel a rendszer az egyik lábát veszi el, a csökkent munkaképességűeket befogadni tudó gazdaságot. Befogadó és elfogadó gazdasági szféra, érthető és támogató jogi háttér hányában az egész rendszer csak elképzelés marad.

Bár a kutatást – mint látható – szélesebb szociálpolitikai célok is vezették, maga az empirikus adatfelvétel, amely a magja e tanulmánynak, kifejezet-

ten pszichiátriai ellátásban lévők, azon belül ún. fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban lévők populációján készült.

1.1 Mi ösztönözte a konkrét kutatást (még)?

Két fő ösztöke vitt bennünket arra, hogy ilyen típusú kutatásba fogjunk: Egyik, hogy hamar kiderült számunkra², két alapvető gyakorlat létezik, azonban az egyik feleltethető csak meg a jogszabályi, gazdasági, demográfiai és várható jövőbeni elvárásoknak, értékeknek, gyakorlatnak. Másrészt vallom a terepen dolgozók aktív hozzáállását a rendszerek átalakításában, így a kutatásunk másodsorban a szociális szférában kialakult anomáliák megszűnéséhez kíván adalék lenni.

Látnunk kell viszont, hogy bár sok tekintetben a bevezetőben felvázolt elvek az egész szociális szférára kiterjeszthetők, elsősorban a szféra azon itemeit tartom szem előtt az elvek és adatok elemzése kapcsán, amelyek a másfajta szociális szemlélet elsődleges alanyai lehetnek, vagyis azok csoportját, akik a foglalkoztatásban részt vehetnek valamilyen módon.

Mondjuk ki: Úgy gondolom, a jövőbeni szociális munka ellátottakra vonatkozó egyik kulcsfogalma a munkavégzés kell, hogy legyen! Úgy vélem, a jövő szociális ellátása sok területen (de nem mindenütt!) a munkához, ezzel együtt a piachoz fog kapcsolódni. Ebben vélhetőleg más lesz az intézményi munkavégzés szerepe, de nem tűnik el, és mindenképpen más módszerek kell majd, hogy jellemezzék az intézményi foglalkoztatást is.

A bevezetőben leírtakat (legyenek bármily szokatlanok egyesek számára) igyekszem bővebben kifejteni, adatokkal alátámasztani, és szeretném láttatni mindezek értelmét és logikáját is. Ehhez hívom segítségül azt az adatfelvételt, amit a téma kapcsán elemzünk majd.

2.0 Bővebben a kérdés időszerűségéről

Az európai államok (és országunk még inkább) egyre élesebben néznek szembe azokkal a demográfiai, gazdasági, illetve ilyen módon szociálpolitikai problémákkal, amelyek a szociális kérdéseket mára elsődleges kihívássá teszik: társadalom elöregedése, ami maga után vonja, hogy egyre kevesebb ember termeli meg egyre több ellátást igénybevevő finanszírozását, a munkából kiesők nagy száma és mindezek gazdasági következményei pedig egyre inkább aggasztóak. Ennek orvosolását nagyjából gazdasági (vagy ahhoz kötődő) lépésekkel igyekeznek a kormányok, szaktárcaik megoldani, amelyek rendszerint ellentétesek a szociális szféra most

² 2006 óta a Szent Lázár Alapítvány pszichiátriai nappali ellátás keretében végez szociális foglalkoztatást. Itt láttuk, hogy milyen nagy különbség van a jól elvégzett, értékes munka és a – ahogy mi fogalmaztuk magunk között – kamumunka között. Az ellátottak azonnal megértették – természetesen –, ha a munka csak időtöltési célt szolgált, és ez negatívan befolyásolta őket. Míg ellenkező esetben a hatás pozitív volt.

meglévő bizonyos érdekeivel. A „megszokott rend” szerint, ha valaki „le-rokkant”, jár neki az ellátás. Ha valaki „ledolgozta az életét”, jár neki a nyugdíj (amit vélhetőleg kevesen vitatnak, mi sem tesszük).

Csakhogy a beidegződések és elvárások, járandóságok automatizmusai még nem oldanak meg egyetlen gazdasági kényszert sem, amely megke-rülhetetlenül előtérbe tolakszik, egy forinttal sem növelik a GDP-t – pedig ma a kérdés durván ebből az irányból hangzik el. Az Állami Számvevő-szék (ÁSZ) tanulmánya szerint³ 2009-ben mintegy 2,9%-ot igényelt a GDP-ből annak a mintegy 700 000 embernek az alapellátása, akik csök-kent munkaképességüként igényelték a szociális rendszer támogatását (631 milliárd a rokkantsági nyugdíjra, ill. 94 milliárd a szociális járadék finan-szírozására – ami, mint látjuk, valójában csak egy része azoknak az ellátási kiadásoknak, amelyek egyéb jogcímenek jutnak az igénylőkhöz, vagyis az összeg ettől lényegesen magasabb a valóságban). Az ÁSZ számításai sze-rint, ha ezek az emberek dolgoznának, és nem több, mint az egészséges munkavégzők teljesítményének 50%-ával járulnának hozzá a termeléshez, 10%-kal emelnék az ország összteljesítményét⁴.

A kérdés még hangsúlyosabb, ha azt is látjuk, hogy az EU átlagos foglalkoztatottsági rátájához képest (az EU-ban meghaladja a 63 százalékot; az Amerikai Egyesült Államokban és Japánban viszont 70 százalék feletti a foglalkoztatottság!⁵) a magyarországi adatok⁶ igen elmaradnak. Az EU-s összehasonlításra számított foglalkoztatási ráta ma 56,2%. Ilyen arányban dolgoznak ténylegesen azok, akik ma lehetséges munkavállalók lennének. 2010 januárjában a 15–64 éves népesség 61,7 százaléka, ezen belül a 15–61 évesek 64,3 százaléka jelent meg a munkaerőpiacon. A 15–64 éves foglalkoztatottak létszáma 2009. november–2010. januárban átlagosan 3 mil-lió 719 ezer fő volt, 91 ezer fővel kevesebb, mint egy évvel ezelőtt. (A

³ Pulay Gyula: A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata (tanulmány). Bp. 2009. Állami Számvevő-szék, p. 23.

⁴ Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a számítás egy elméleti rendszerben gondolkodik, így némiképp túlzó, mivel nem számol az egyik legfontosabb összetevővel, azzal, hogy ezek az emberek viszonylag nagy részben nem lesznek képesek ráfordítások nélkül dolgozni – így vagy integrált munkakörben, vagy valamilyen védett foglalkoztatásban képe-sek csak munkát végezni, ami feltételez bizonyos állami (vagy vállalkozói) ráfordításokat is. Persze másrészt, az említett 700 000 ember jelentős része viszont önálló munkavégzés-re is képes, így azokat szem előtt tartva a számítás helyes lehet. Ténylegesen viszont szá-molnunk kell a bevételekhez kiadásokat is (talán hasonló nagyságrendben, mint a mosta-ni), mivel a munkából kiesett csökkent munkaképességű emberek egy része csak támoga-tott formában tud dolgozni. Azonban ha a most közölt kiadás-bevétel egyenleget képzel-jük csak el, akkor is 7%-os GDP növekedést lehetne elérni, ami több lenne, mint amit valaha álmodtunk az említett csoporttal kapcsolatban.

⁵ Forrás: MTI-ECO

⁶ Forrás: KSH

munkanélküliségi ráta viszont 10,8 százalékos, és értéke 2,4 százalékponttal haladta meg az egy évvel korábit). Ezt az egyébként is alacsony szintet terheli meg szinte elviselhetetlenül a csökkent munkaképességűek már említett kb. 700 000-es csoportja, illetve az egyéb „eltartottak” (nyugdíjasok és gyerekek).

Mit jelent mindez?

Hogy a szociális kérdések egyre inkább gazdasági érdekek mentén fognak megjelenni. Az utóbbi években az ellátórendszer nagyon közvetlenül élte át, hogy a kérdés sokszor már nem az, ki és milyen módon jogosult az ellátás ilyen vagy olyan formájára, hanem hogy mennyi pénz jut egy ellátási formára. Vagyis a megközelítés iránya megfordult. A jóléti kiadások rendszere ma: a kiadásokból mennyi lehet jóléti – elvvé alakult át. És a demográfiai folyamatok azt mutatják, hogy a kérdés ettől csak szigorúbb lehet a következő években.

Ha ezen az elven vizsgáljuk a csökkent munkaképesség fogalmát (jelentsen most bármit is), akkor egyértelműen az egyetlen kiút csak az lehet, ha az itt megjelent lehetséges munkaerőt ténylegesen és módszeresen egyre inkább munka-erőként látjuk. Amin azt értem, hogy olyan csoportként, amely valamilyen módon nem csak kivesz, de be is dolgozik a rendszerbe (még ha egy részük erre sohasem lesz képes).

Az a szemlélet tehát, amit korábban röviden vázoltunk, nem rugaszkodik el a gazdasági és szociálpolitikai valóságtól, legyen az most egyeseknek bármily szokatlan – és még ha az egész felvetés további magyarázatra szorul is.

E vizsgálat (jelen tanulmány) célja így éppen az, hogy ebbe a rendbe illeszkedve kimutassa, nemcsak hogy van rá mód, de egészségmegővő és reintegrációs hatásában is ésszerű, hogy a piaci munkakörülményekhez lehető legközelebbi foglalkoztatási formát válasszanak az intézmények pl. a szociális foglalkoztatásban, mivel egyedül ezek a formák járulnak hozzá ténylegesen nem csak a szociális szféra egyre égetőbb anyagi problémáinak kezeléséhez, hanem az ország összteljesítményének emeléséhez is.

Másrészt, úgy gondolom, azért nem mindegy, hogy a reintegráció (néha integráció) folyamán a munkapiachoz minél közelebbi metódust választunk-e vagy sem, mert ma az egyik legfontosabb integrációs aspektusa az életnek éppen a munka. A pszichiátriai betegek nagyobb részt stigmatizáltak, az általuk normálisnak ítélt (jelentsen ez akármit is) társadalomtól részben vagy egészében kirekesztve élik az életüket (ami sok tekintetben igaz az ezzel jelentős átfedésben lévő csoportokra is), és számukra az egyik fontos elem a jóléthez (léthez?) éppen a mintaként szolgáló csoporttal való minél közelebbi azonosság(érzés). Minden, ami a kirekesztettségét csökkenti, és ezzel együtt pedig növeli a hasonlóságot a viszonyítási csoportjához, vélhetően – és ezt azért tapasztalatilag is tudjuk a mindennapok gya-

korlatából – a közérzetét javítja (ezzel együtt pedig az egészségét). Márpedig minden olyan foglalkoztatási forma, amely „csak” egészségmegővő céllal folyik, hiányában van éppen az egyik legfontosabb érvnek, az említett viszonyítási csoporthoz való hasonlóságnak.

Vallom, hogy akkor van esélye egy személynek reintegrálódni a társadalomba (jelentsen ez itt most akármit is), ha a lehető legkisebbre csökkentjük a szakadékot az ellátása, rehabilitációs foglalkoztatása (pl. tranzitfoglalkoztatás) és a való élet, valós munkahelyi körülmények között. Ellenkező esetben túl nagy, nagy valószínűséggel áthághatatlan távolság lesz a két éra között, amit aligha lesz képes átlépni a kliens. A realitásba, a való életbe (higgyük el, a megfogalmazás nem pongyola!) való visszalépés nem csak az óhajtott vágyak beteljesülését jelenti (-heti), hanem traumát is, félelmekkel teli (megállom-e a helyem?, fogom-e bírni?, mi van, ha megint elvesztem az állásom? stb.). Márpedig ennek feldolgozására kell felkészítenünk, amit pedig leginkább a valós körülményekhez minél inkább közelítő foglalkoztatás valósíthat meg. Mindezt jól ismerik napi gyakorlatukból azok, akik tényleges erőfeszítéseket tettek egy foglalkoztatott elhelyezésére a munkaerőpiacon. Ma a csökkent munkaképességűek munkába való visszavezetésének a gazdasági problémákon kívül elsődleges akadálya mentális. Ezt a mentális „lécet” csak az lehet képes átugrani, akit kifejezetten erre edzenek. Ehhez pedig – mint látjuk majd – dolgozni kell, a piaci körülményekhez minél közelebbi rendszerben.

Mindezzel persze egyáltalán nem kívánom azt mondani, hogy pl. a munkaterápiának nem lenne értelme, hiszen saját kutatásunknak is ellent kívánnék mondani egy ilyen kijelentéssel. Mint később az adatokból is látszik majd, és ahogy egyéb helyekről ismerjük, nagyon nagy szerepe van, komoly egészségmegővő hatással lehet (elsősorban a bentlakásos intézmények esetén, csökkentve a totális intézmények reszocializációs hatásából fakadó problémákat) bárminemű „értelmes” tevékenység, ami legalább egy kis időre kizökkenti a totalitás nyomásából a beteget. És bizonyára mások is, ahogy én is számos esetet tudnánk sorolni, amikor nem is nagyon van más lehetőség egy ellátott esetében. Tudomásul kell vennünk, hogy valószínűleg nem jön el az idő, amikor minden ellátott a mai fejlesztő-felkészítőnek nevezett foglalkoztatásban (vagy valami ehhez hasonlóban) dolgozik, vagy egyáltalán dolgozik, hogy esetleg pl. integrált munkakörbe lépjen ki egy külső vállalathoz, ergo, mindig marad majd egy réteg, amelyik kvázi munkaterápiás foglalkoztatottként (értve ezen azt, ami ma erre vonatkozólag elterjedt), nem feltétlenül piaci érdekeltséggel végez foglalkoztatást. De azt is látnunk kell, hogy ez csak egy igen szűk réteg lehet⁷.

⁷ Németországban láttunk olyan eseteket, amikor középsúlyos értelmi fogyatékosok kezeltek szociális foglalkoztatásban komoly gépeket (félautomata ipari gépek), ami arra enged következtetni, hogy a pszichiátriai betegek szinte mindegyike értelmes tevékenységben is

Azonban éppen a gazdasági kérdések miatt, amelyek egyre nyomasztóbban nehezedenek rá a szociális kérdésekre, azon nem kis csoport esetében, akik a termelő munkavégzésre alkalmassá válhatnak, vagy védett körülmények között ezt folytathatják, egyre kevésbé kerülhető meg ez a lehetőség⁸. Tapasztalataink azt mutatják, hogy ennek megvalósíthatatlanságát, elképzelhetetlen voltát leginkább a megszokott beidegződések és az újtól, szokatlantól való félelem vetíti elénk (lásd 7. lábjegyzet!).

3.0 A jelenlegi foglalkoztatási rendszer

Az alábbiakban röviden igyekszem kifejteni, milyen ellentmondások alakultak ki a szociális foglalkoztatásban, a teljesség igénye nélkül, kifejezetten a témánkra koncentrálni, mivel a problémák feldolgozása önmagában is egy teljes tanulmány témája lehetne.

Bizonyos foglalkoztatási forma már korábban is élt, főleg a bentlakásos intézményekben⁹, a szociális szférában, azonban csak az Európai Unióhoz való csatlakozás után, az ott már meglévő gyakorlat alapján (?), 2006-ban indult az a foglalkoztatási rendszer, amelynek már kifejezett célja lett – kimondva – az ellátottak egyes csoportjainak bizonyosfajta „munkába állítása” is, illetve valamilyen foglalkoztatási formán keresztül történő re-integrálása, rehabilitációja. És itt a hangsúly a bizonyosfajta szón van. A jogszabály¹⁰ csak ekkor kezdte el pontosabban definiálni a szociális ellátásban megjelent foglalkoztatást, illetve a kormány csak ettől az időponttól rendelt mellé olyan anyagi támogatást (ekkor még normatív jellegű támogatásként¹¹), amely finanszírozhatóvá tette a szociális (döntően intézményi) foglalkoztatást. Az ebben meghatározott két alapvető forma a

helyt tud állni (még akkor is, ha állapotában időnként komoly változások állhatnak be, amelyek időlegesen alkalmatlanná teszik az ilyen munkavégzésre).

⁸ A 112/2006-os kormányrendelet 2009-es változtatásai, és pl. az ebben kihirdetett pályázati rendszer pontosan ezt a részét tette hangsúlyossá az új elveknek – még ha egyébként az ellátók jó részének véleménye szerint ezek az elvek a gyakorlati végrehajtásban (pályázati elbírálás) nem is nagyon jelentek meg, mivel a szakminisztérium kimondva-kimondatlanul egy másik finanszírozási probléma burkolt támogatására használta fel részben az ilyen módon elkülönített összeget.

⁹ Munkajuttatás vagy önkéntes foglalkoztatások pl., de ide sorolható pl. az ún. célszervezeti foglalkoztatás is, amely döntően az intézmények lakóit vonta be bizonyosfajta tevékenységekbe, munkákba.

¹⁰ 112/2006. (V. 12.) Korm. rendelet. a szociális foglalkoztatás engedélyezéséről és a szociális foglalkoztatási támogatásról.

¹¹ 2006 óta mintegy 250 intézményben – bentlakásos és nappali – indították el a szociális foglalkoztatást 2009 végéig (ekkortól az új finanszírozási rendszer miatt – pályázati befogadás alapján – az új intézmények indítása egyelőre nem lehetséges). Másrészt a pályázati rendszerre való áttéréssel az intézmények mintegy 25%-a kiesett a támogatottak sorából – 196 intézmény nyert befogadást az első körös pályázaton 2010 elején – forrás: Foglalkoztatási és Szociális Hivatal (FSZH).

munkarehabilitációs, illetve a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás lett. Míg a munkarehabilitációs foglalkoztatás célja az ellátott egészségi állapotának megtartása (esetleg a romlás lassítása), addig a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásnak már kifejezett célja (definiáltan), hogy az ebbe bekerült ellátottak előbb-utóbb a munkaerőpiacra is kikerülhessenek (akár), így vagy úgy, de integrált munkakörben vagy kvázi egészséges munkavégzőként vehessenek részt a gazdasági folyamatokban¹².

Azonban, mint látjuk majd, mindez a gyakorlatban kicsit bonyolultabb. Egyrészt azért, mert már magát a kétféle foglalkoztatási formát sem következetesen definiálja a jogszabály (pl. érthetetlen, hogy mi az igazi különbség egy munkarehabilitációs megállapodás és egy munkaszerződés között, holott mindkét foglalkoztatási formát munkavégzőként definiálja a jogszabályok többsége, és feltételezi, hogy tényleges munka is zajlik, ráadásul a megállapodás és szerződés fogalmai jogilag sem választhatóak szét élesen, vagyis mind tartalmilag mind jogilag az egész bizonytalan!¹³ A kérdéssel, és még sok hasonló kérdéssel kimerítően foglalkozik Győri Péter a hivatkozott írásában – 13. lábjegyzet). Másrészt a hivatalos szabályozás és a gyakorlat nagyfokú eltéréseket mutat, holott – mint a bevezetőben említettük – úgy vélem, a jogi szabályozás és a kormányzati célok csak az egyik lehetőséget engedik meg. És itt végképp elhagynám a jogban megfogalmazott kétféle foglalkoztatás bárminemű tárgyalását, és innentől a kutatásunk tárgyát képező fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás marad egyedül a fókuszban mint kutatásunk tárgya.

A fejlesztő-felkészítő gyakorlatok közötti nagymértékű variancia már a legelső konferenciákon, szakmai megbeszéléseken kiütközött. Az egyik szerint az ellátottak nem feltétlenül végeztek munka-, ill. bármi módon értékesítésre (is) szánt tevékenységet (termék előállítás vagy szolgáltatást, de ide értjük az intézmény szükségleteihez kötött valós munkatevékenységeket is, mint pl. konyhai munkák, takarítás stb.), „termékeik”, foglalkoztatási céljaik gyakran nem mást szolgáltak, mint az idő értékes¹⁴ eltöltését.

¹² Valójában egységes és főleg egységesen érthető definiálásról egyáltalán nem beszélhetünk a két foglalkoztatási forma kapcsán.

¹³ Győri Péter: A szociális ellátások jelenlegi szabályozási és finanszírozási rendszerének felülvizsgálata – lásd irodalomjegyzék.

¹⁴ Óvatosan jegyzem meg, hogy közhelyszerűen ismerünk olyan gyakorlatokat is, amikor csak és kizárólag az idő érték nélküli eltöltése volt a cél. Ennek extrém példája volt, amikor az egyik intézményben két egymás melletti szobában állítottak fel egy összeszerelő és egy szétszerelő műhelyt. Míg az egyik szobában a munkadarabot összeszerelték, a másikban ugyanannak a folyamatnak az inverze volt a cél. Ilyen módon folyamatos, ugyanakkor értelmetlen munkát végeztek az ellátottakkal, csakhogy a kötelezően letöltendő munkaidőjüket (ami normatívában komoly támogatást jelentett) kitöltésük. Másrészt azt is látni kell, hogy általában az intézmények, amennyire tudták, ténylegesen nagy erőfeszítéseket tettek az idő értékes eltöltésére, még azokban az esetekben is, amikor nem munkavégzésre törekedtek.

A másik – meglátásunk szerint kisebb, legalábbis ha az értelmi fogyatékos foglalkoztatókat is ide számoljuk – része az ellátottaknak azonban olyan intézményekben kapott helyet, ahol a termékek előállítására, a munkavégzés célja az értékesítés, a tényleges és valós munkavégzés volt (természetesen nem egyszer intézményi szükségletek betöltése céljából is). Ezek az intézmények aztán komoly energiákat fordítottak a munkák (pl. termékek előállítása), bedolgozások elvégzésére, ill. piacaik felkutatására, az értékesítésre, másrészt a munkafolyamatok racionalizálására. Ezek a foglalkoztatók bizonyos értelemben védett körülményeket biztosító műhelyekként (mint a célszervezetek, védett szervezetek) működtek – igyekeztek a piaci és a szociális körülményeket összehangolni, ami úgy vélem jó gyakorlatokat és jövőbe mutató tendenciákat hozott felszínre.

A munkatársak intézmények közötti áramlása, a kapcsolatépítő vagy egyéb látogatások hamar felszínre hozták a különbségeket, és ezzel együtt vitákat is gerjesztettek. A viták egyes helyeken kifejezetten arról folytak, hogy mennyiben van létjogosultsága egyik vagy másik foglalkoztatási formának, mit ér az egyik, és mit a másik, melyik a jobb, melyik a kevésbé jó stb. Közben olyan distinkciók születtek, mint foglalkoztatás és munkatípusú foglalkoztatás¹⁵, amely jól mutatja, hogy igény merült fel arra, hogy a két alapvető formát megkülönböztessék¹⁶.

3.1 Minek nevezzetek?

Nem kell túl sok időt eltölteni a paragrafusokkal, hogy lássuk, a jogi szabályozás kifejezetten a munka fogalmát építi be a szociális szférába mint ellátási módot, és nem nagyon hagy lehetőséget olyan egyéb tevékenység támogatására, amely nem köthető valamilyen munkatevékenységhez. Az 1993. évi III. Tv. – Szociális törvény (Szt.) – a munkarehabilitáció és fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás esetében is egyértelműen munkában határozza meg a foglalkoztatás formáját¹⁷, amit a 112/2006-os kormányrendelet¹⁸ a szociális foglalkoztatás engedélyeztetéséről megerősít. Ugyanakkor a foglalkoztatás tartalmi szabályozása, a szakmai tervek, az értékesítés módjának tervezése, a befolyó bevételek felhasználását szabályozó törvé-

¹⁵ 2008-ban a Visegrádi Négyek (Visegrad Group) nemzetközi pszichiátriai konferenciáján találkoztunk először az elnevezéssel.

¹⁶ A dolog ennyire nem volt egyszerű, mivel közben olyan foglalkoztatási formák, mint a takarítók, mosodai kiegészítők, portások, telefonos ügyeletet teljesítők stb., tehát akik intézményhez kötődő, de mégsem teljesen „munkahelyi” foglalkoztatásokban vettek részt, besorolása ezekbe nem egyértelműen történt meg. Ezek néha egy egyéb kategóriát alkotnak, máskor beépültek valamelyik ágba. A distinkció inkább a piacra termelő foglalkoztatók felől megfogalmazódó igény mentén alakult ki, és az ő részükről kívánta megkülönböztetni a „rendes munkát” az ún. „nem rendes munkától”.

¹⁷ 1993. évi III. Tv. 99/D és 99/E §.

¹⁸ Jogsabály bevezetője – definíciók.

nyek, rendeletek¹⁹ is egyértelművé teszik, hogy a jogalkotásban a valós munkavégzés az egyértelműen előírányzott foglalkoztatási forma. Mindez persze számos következetlenséggel és definiálatlansággal került napvilágra, amely ettől eltérő gyakorlatokat generált, több olyan következetlenséggel egyetemben, ami kikapukat hagyott időnként a jogszabályok ettől eltérő alkalmazására is, gyengítve ezzel a jogi szabályozás erejét. (Ehhez lásd bővebben: Győri Péter: A szociális ellátások jelenlegi szabályozási és finanszírozási rendszerének felülvizsgálata, p. 158, 206, 209. oldalai.). A 2009 decemberében kiírt, az átalakítást célzó (igen sok kritikának és jogszabályi ellentmondásnak táptalajt teremtő) új finanszírozási rendszer²⁰ kapcsán pedig még fokozottabb hangsúly helyeződött az ellátás munkajellegére (megtartva ugyanakkor a korábbi ellentmondások legtöbbszörét a definíciók körül, sőt számos újabbal megtoldva az egyébként is ellentmondásos szabályozást).

Csak hogy a foglalkoztatás új rendszere (már 2006-tól), és különösen ennek tartalma (a munka fogalma a szociális ellátásban mint ellátási forma idegensége) olyan környezetbe érkezett, amely nem volt rá felkészülve. A szociális ellátás és a munka nem illett össze sokak gondolkodásában (a rosszul konstruált jogszabályok pedig fel is erősítették az ellenérzéseket), így az intézmények jelentős része kísérletet sem tett a munka megvalósítására (nem is voltak rá felkészülve szakmailag sem), másrészt a közigazgatás, a hatóságok sem nagyon tudtak mit kezdeni vele. Az ellenőrzések tapasztalati jól mutatják, hogy a közigazgatási hivatalok szociális szakemberei sokszor azt sem tudták, melyik végén fogják meg a témát. De a jogszabályi háttér, annak sűrű és elbizonytalanító változásai²¹, a használandó dokumentumok alkalmatlansága stb. jól mutatja, hogy a foglalkoztatás mint szociális modell (mint munka) idegen testként igyekezett helyet találni magának. Ez pedig természetes módon vezetett a kialakult kettősséghez: vannak, akik tényleg dolgoztatják az ellátottjaikat, míg mások a jól kialakult hagyományos ellátói modellhez igyekeztek közelíteni a foglalkozta-

¹⁹ 3/2006. ISZCSM rendelet 5. § 5), illetve 1/2000. Kormányrendelet 5. §. Pl.

²⁰ A rendszer megalkotása nem csak szinte példátlan jogtalanságok helyévé vált, hanem a végrehajtás során szinte már az embertelenségig kikényszerített helyzetekbe erőltette a fenntartókat, nem hagyva alternatívát (sem időt, sem lehetőséget), hogy jogos és méltányos döntések szülessenek az ellátottakkal kapcsolatban. Ennek következtében ellátottak ezrei kerültek egyik napról a másikra az utcára – gyakran minden támasz nélkül.

²¹ Simon Iлона (intézményvezető, Kiskunhalas Pszichiátriai Otthon) MTA Szegedi Tagozatán megtartott előadása szerint (2009 november) sokszorosára nőtt a jogszabályok száma (számtalan változás történt) ez elmúlt években a foglalkoztatásban, ami jól jelzi, hogy mennyire átgondolatlan és kiforratlan rendszer kezdte meg működését 2006-ban, mára olyan szintű jogszabályi bizonytalanságot teremtve, ami tapasztalatunk szerint komolyan kárára van a valós munkavégzésnek.

tást, ilyen módon tényleges munkavégzésre sok esetben nem is törekszenek.

A másik alapvető probléma szintén az előbbi idegenségből következik. Dr. Pulay Gyula tanulmányában²² a következőképpen igyekszik különbséget tenni a védett foglalkoztatás és a szociális foglalkoztatás között: „Védett foglalkoztatás esetén a munkáltató a piacon értékesíthető tevékenységet végez, és ehhez a tevékenységhez jelentős részben fogyatékos embereket alkalmaz, a munkakörülményeket és munkafeltételeket a fogyatékos emberek speciális igényeihez igazodva alakítja ki. (...) Szociális (intézményi) foglalkoztatás esetén a munkáltató szociális intézmény, a foglalkoztatottak szociális gondozásra szoruló személyek és a foglalkoztatás elsődleges célja maga a rehabilitáció és nem piacon gazdaságosan értékesíthető termékek előállítás²³. A magyar jogi szabályozás egy harmadik foglalkoztatási formát is ismer, a védett szervezeti foglalkoztatást, amely egyfajta átmenet a védett foglalkoztatás és a szociális (intézményi) foglalkoztatás között.”

Az Európai Unió pedig ekképpen nevesíti az előbbiekhöz hasonlóan a területeket: A rehabilitációs foglalkoztatás két nagy területét különböztetik meg: a szociális elemeken alapuló munkaszervezést (szociális foglalkoztatás), valamint a munkaerőpiacon megvalósuló integrált vagy védett foglalkoztatást (munkaerőpiaci foglalkoztatás).²⁴ A szociális foglalkoztatás esetében a súlyosan egészségkárosodott, fogyatékos személyek munkára való felkészítése, munka általi rehabilitációja a cél, és a foglalkoztatás révén létrejövő termelés, szolgáltatás gazdaságossága másodlagos jelentőségű. (A foglalkoztatás a cél, a termelés az eszköz.) A munkaerő-piaci foglalkoztatás esetében a munkáltatóknak úgy kell a foglalkozási rehabilitációt megvalósítaniuk, hogy közben meg kell őrizniük piaci versenyképességüket is. (A jövedelmező termelés a cél, a foglalkoztatás eszköz.)

A két (három?) gyakorlatban van egy közös elem, amely némi zavart okoz. Ez pedig a piac fogalma.

Az egyik formánál a munka közvetlenül kapcsolódik a piachoz (piacra termeléssel kötődik össze), míg a másikban ez nem cél. Csakhogy fel kell tennem a kérdést: Milyen munka képzelhető el piac nélkül? Másképp fogalmazva, milyen munka az, amelynek nincs értékteremtő, vagy szolgáltató értelme? A munka alapvetően funkcionális. Ettől megszabadítva, végigérőszakolva egy „mítosztalanítási folyamaton”, a végén vajon mi marad? Gyakorlatilag a mai munkafogalom és a piac (tágan értelmezve) ugyanannak

²² Pulay Gyula: A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének Konceptiója. Bp. 2008. Állami Számvevőszék, p.17.

²³ Pulay Gyula: A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének Konceptiója. Bp. 2008. Állami Számvevőszék, p.17.

²⁴ Uo.: p. 27.

nak az éremnek a két oldala, amely elképzelhetetlen egymás nélkül. Az előző meghatározások sokkal inkább szentesítenek egy meglévő gyakorlatot, amelyben valójában a munka a nem munkával áll szemben, és amely logikusan átgondolva tele van ellentmondással. Így pedig nem is csoda, hogy számtalan zavar kiindulópontja.

Tartalmilag pedig a különbség, hogy míg az egyikben a rehabilitáció az elsődleges cél, addig a másikban elvileg már rehabilitált emberek vesznek részt²⁵, hogy piacra termeljenek (többféle formában, integráltan).

De éppen a tanulmány bevezetőjében felvázoltak miatt fel kell tennem a kérdést: Mire szolgál tulajdonképpen ez az elválasztás? Mi a baj a munka és a piac megjelenésével a szociális szférában – azon kívül, hogy egyelőre idegen testként érzékelik sokan.

Meglátásom szerint éppen a piaci viszonyok közelhozatala a foglalkoztatáshoz (munka, amely értéket termel!) az az eszköz, amely igazán rehabilitációs hatást fejt ki. Nem is beszélve a már említett szakadékról, amely abban az esetben keletkezik, amikor a piactól távoli szabályok közül kell hirtelen piachoz közeli szférába átlépni – ami pl. a pszichiátriai eseteknél szinte kivitelezhetetlen sok esetben.

Bár úgy vélem, sem az EU-s elvek, sem a magyar modell nem zárja ki a munka és piac minden tekintetben összekötését²⁶, illetőleg egy közös rész-halmaz meglétét, a szociális örökség és a rendszer lassú változása ez idáig kedvezett a nem feltétlenül munkát végeztető modellek továbbélésének. Ez miatt pedig igen elterjedt gyakorlat lett a munkát nem feltétlenül biztosító foglalkoztatási ellátás is.

Természetesen az itt említett jogi és gyakorlati problémák csak a jéghegy csúcsát jelentik, az egész rendszer még számos ilyen típusú anomáliát hordoz magában (ellenőrzési rendszer, engedélyeztetési anomáliák, szektorok szegregációja stb.), amelyek mind hozzájárultak ahhoz, hogy sok tekintetben rossz gyakorlatok jöjjenek létre, azonban ezek tárgyalásától most eltekintünk.

²⁵ A védett szerződéses foglalkoztatás ebből a szempontból némileg kilóg a sorból (ahogy más szempontból is. Ez leginkább annak köszönhető, hogy ez a forma tulajdonképpen a célszervezeti forma uniós csatlakozás utáni továbbél(tet)ése. Más szempontból viszont – ahogy még teszünk rá említést – sokkal közelebb áll az általunk ajánlott modellhez, mint a mostani szociális foglalkoztatás.

²⁶ Egyedül a versenyszabályok lehetnek ütközőpontok a tevékenységek ilyen módon való végzése közepette, hiszen jogtalan versenyelőnyt szerezhettek azok, akik nagy állami támogatásokkal nagy piaci előnyökhöz juthatnak – amit az EU sértőnek titulál természetesen. Azonban ez a terület eddig sem volt minden területen támadhatatlanul szabályozva – lásd célszervezetek továbbélésének kérdését pl. -, másrészt a szociális tartalom és cél megfelelő szabályozása a most kifejtettek sérelme nélkül mindezt jó irányba integrálhatja a munkaerőpiacon.

3.2 Még egy kis kitérő – kétfajta szemlélet

Jobban belegondolva a kérdés nem is annyira foglalkoztatási, mint elsőre látszik. Sok-sok beszélgetés a témáról arra a következtetésre vezetett, hogy valójában a szociális rendszerben meglévő kétféle gondolkodási forma manifesztálódik a kialakult formákban. Ezek (és most hadd gondoljak első-sorban a foglalkoztatásra!): sarkosan fogalmazva az ún. „atyáskodó”, illetve az ezzel szemben inkább nagyobb fokú önállóságra nevelő, ún. integráló szociális ellátási forma²⁷. Az atyáskodó, amely nem feltétlenül kimondva, a hagyományos jóléti elgondolások némileg torzult (kényszerű vagy nem kényszerű okok folytán) továbbélése, amelyben az ellátottnak jár, ami jár (és nem feltétlenül társadalmi és az egyén valós szükségletei szerint tesz különbségeket az ellátottak között, illetve már abban is, hogy kit tekint ellátottnak, kit nem). Az ellátás a gyakorlatban nem tűz ki valós rehabilitációs célokat (legfeljebb papíron), mert maga a cél, hogy az illető a rendszerben benne élhessen; fogyasztói szemlélettel. Ebben az ellátott tulajdonképpen egy szimplán *gondozott* személy, akinek az élettere szinte már elkülönülten a szociális ellátórendszer. Ebben az esetben a szociális ellátórendszer és a gazdasági rendszer élesen elválik, két egymás mellett élő rendszerként működik, amely egymásnak szinte csak környezete, és ami-ben csak egyirányú átjárás van (a szociális rendszer felé), illetve nincs közös részhalmozuk. Ebben aztán semmi nem ösztönzi sem az ellátót, sem az ellátottat, hogy megfogalmazott cél legyen a szociális háló elhagyása (vagy a csökkent igénybevétel), a valaha bizonyos formában önállóbb életvitel (bizonyos fokú integráció, reintegráció). Ebben a formában lényegében a társadalmi és gazdasági rendszer „melléktermék-tárolójaként” (nagyon élesen fogalmazva, miközben méltánytalannak tartom, hogy ilyen létezhet) funkcionál sok esetben a szociális rendszer. Ez az a hely, ahova ki lehet hullani! Jelenleg a szociális intézményrendszerek teljes rendszere így működik, bár egyre inkább látjuk az újabb, integráló funkciók megjelenését, ezekre hajló kezdeményezéseket – amit persze a régi rendszer nem kis méltánytalansággal fogad (amire időnként tényleg jó oka van, mivel a változások nem mindig átgondoltak). (Mindez egyébként sokkal kevésbé szociális, mint inkább liberális szellemű felépítmény – aki nem bírja a versenyt, essen ki! –, holott a szociális (jóléti) állam terméke volna (amely elméletileg a gondoskodó modell, csak kérdés, hogy ezt kell-e érteni gondoskodás alatt, miközben inkább a „kiselejtezéshez” áll közel pl. a csökkent munkaképességűek esetén, ami inkább liberális hozzáállás, miközben a „gondoskodás” valójában a kiesők gyorsabb állapotrosszabbodását vonja maga

²⁷ Fontos megjegyeznünk, hogy az itt említett formák ideáltipikusak, vagyis a gyakorlatban tiszta formában aligha fellelhetőek. Viszont az ideáltípus, éppen sarkított megjelenése következtében mégis alkalmas egy bizonyos szintű összevetésre, szembeállításra akár.

után). A szociális államnak sok tekintetben jobban megfelel a második, most következő szemlélet!)

A szükséges funkcionális és gazdasági változások kényszerítik ki egyre inkább a másik formának az előtérbe kerülését. Ebben a formában az ellátottak *kliensekké* válnak – a két meghatározás közti különbséget azt hiszem nem szükséges magyarázni –, ahol kifejezett irányelvként nem az ellátórendszer ilyen vagy olyan bugyrában maradás a cél, hanem a lehető legteljesebb és leggyorsabb integráció, vagyis a be-, visszailleszkedés a társadalomba. Az elsőként említett rendszerből ugyanis következik, hogy a társadalomból is kiszakad részben az, aki pl. a munkából kiesik (ami kérdéses, mennyiben szociális megoldás). A most tárgyalt esetben viszont a két rendszer közös részhalmazzal rendelkezik (ilyen pl. a szociális foglalkoztatás, vagy egyéb, félig vagy teljesen integrált és szociális tartalmat is hordozó típusok), nem különül el élesen egymástól, és valójában a szociális rendszerben lévők jelentős része²⁸ csak „átutazó”, aki csupán, ha lehet, a rehabilitáció időszakára lesz teljes vagy részjogú polgára a szociális rendszernek. Ebben az esetben a két rendszer egymással szimbiózisban él, egymást kiegészíti, egymást segíti, amely viszont – a fogalomból adódóan – mindkettőnek profitál. Ebben a formában a szociális rendszer nem tárolóhely szerepben funkcionál, hanem a társadalom feljavító részlegeként – ha nem túl technikai ez a megfogalmazás! –, valójában azt a funkciót látja el, amit a modern, funkcionálisan összetett államgépezet mindig is igényelt.

A két ideáltípus között jelentős különbségek vannak még egyéb tekintetben is, de ezek kifejtése most nem lehet cél, viszont szükséges vázlatosan látnunk, hogy észrevegyük, valójában a foglalkoztatás említett és általunk vizsgált két fajtájában is ezek tükröződnek vissza.

A két szemlélet közötti különbséget és átjárási nehézséget több alkalommal sikerült gyakorlatban is meglátnunk, amikor jelentős és patinás intézmények kerestek meg bennünket, hogy a mi szemléletünket segítsünk nekik bevinni a meglévő intézményeikbe, ahol rögtön az elején szembesülnünk kellett azzal, hogy az ellentétes látásmód gátján nem képes a változtatási kísérletünk áttörni. Így a megvalósítás nem is juthatott gyakorlati szakaszba.

Kutatásunk így nem egyszerűen módszertani kísérlet, vizsgálat annak megfogalmazására, hogy milyen foglalkoztatás mennyiben lehet eredményes egy bizonyos ellátási formában. Helyette egyenes kifejtése annak, kiállítás amellett, hogy a második fajta szemlélet legyen az irányadó, a viszonyítási alap, amely kiindulópontként szolgál sok-sok ellátási formának, vagy inkább általános elvként fedi le a szociális rendszert (ahol ez lehetséges, mert

²⁸ Ismét megerősítem, hogy nem mindenki, de a többség igen.

pl. a gyermekellátás területén aligha). Nem egyszerűen a foglalkoztatás két alapvető gyakorlata közötti mérlegelésre kíván tanácsot adni (bár ezt is teszi, és mint tudományos munka kifejezetten ezt teszi, és ilyen értelemben semleges), hanem a két szemlélet közül a másodikat kívánja erősíteni (és ezzel már kifejezetten továbblép a tudományos vizsgálat szoros kritériumaiban, szociológiai és szociálpszichológiai eszközzé válva).

4.0 A kutatás szakmai beágyazottsága

A kutatás előtt, a tervezési időszakban (2008-ban még), amikor a témát igyekeztünk feltérképezni, kiderült, ilyen típusú kutatás nem nagyon született eddig. Ez persze nyilván nem annyira meglepő, ha kicsit megkaparjuk a felszínt.

Clauss Offe ismert írása felteszi, már címében is, a kérdést: A munka mint szociológiai kulcskategória? Majd kifejti, hogy a munka mint a klasszikus szociológia tényleges kulcsfogalma, amely osztályok és rétegek meghatározója, alakítója és egyben – éppen ezért – kulcsindikátora is volt anno, amely viszony leggyakrabban kiindulópontként megszabta az empirikus adatfelvételek (rétegződés, státusz kutatások stb.) teljes menetét, hogyan veszíti el a munka mint fogalom változásával, polarizálódásával a korábbi szerepét²⁹. Csakhogy az is kiderül a vonatkozó irodalom áttekintéséből, hogy ez a munka nem az a munka! Hogyan kell ezt érteni? Offe írásában kifejti, hogy a munka társadalomformáló, homogenizáló, distinkcionalizáló ereje elvesztette azt az osztály- és rétegeképítő hatását, amely alapján a társadalmi vizsgálódások központi változója lehetett (és még mai is néha az). Ennek oka a munkajellegek és azon keresztül az életmódok oly magassá vált heterogenitása, változékonysága (a közöttük lévő összefüggések átalakulása), polarizálódása, hogy mára sokkal gyengébben tudunk típusos besorolásokat tenni a munka mint változó alapján (prediktív ereje csökkent, egyes esetekben minimalizálódott). Azonban a munka mint szociológiai kulcskategória nem tűnt el, csupán a szerepe változott, átalakult. A mi munkafogalmunk egyrészt egyetért Offe tézisével, másrészt éppen ebből kiindulva kiemeli a munka egyik kulcsfontosságú (a korábbi fogalmakkal is egyező, csak másként) elemét, az integratív elemet, vagyis hogy esetünkben a munka egyik legfontosabb funkciója a társadalmi integráció elősegítése. Azonban nem társadalmi osztályról vagy rétegről beszélünk, az azokban történő integrálódásról, hanem – ismét csak egyetértve Offe változástézisével – az integratív elemet általánosságban értjük (amelyet egyéb változók specifikálnak, és amely egyéb elemek mentén klasszifikálódik

²⁹ Ennek ellenére ma is számos kutatás a hagyományos megközelítésben értékeli és vezeti be az adatfelvételbe a hagyományos munkafogalmat, holott Offe írása egyértelműen rámutat, mennyire érdemes újragondolni azokat az indikátorokat és empirikus adatfelvételeket, amelyek ezen a területen használatosak a mai napig.

tovább) – vagyis a munka mint a beilleszkedés egyik fontos (egyik legfontosabb) eszköze, amely viszont nem teljes egészében (de gyakran még nem is nagyrészt) határozza meg a társadalomban elfoglalt helyünket, hanem hozzásegít egyéb változók kapcsán a további életúthoz, így immár nagyfokú változékonyság kiindulópontja.

Kutatásunk szempontjából a munka előbb említett szociológiai vonatkozása inkább a kiterjeszthetőség miatt része tanulmányunknak, a közvetlen vizsgálat inkább szűkebb, szociálpszichológiai megközelítéssel él (tipikusan szociológiai módszertani eszközökkel).

Kutatásunkban arra teszünk kísérletet, hogy olyan szempontból vegyük górcső alá a munkát, amely módon ismereteink szerint mások még nem tették. Ahogy láttuk, a szociológia a munka fogalmát leginkább makroelméleti szinten kívánja megközelíteni, piaci viszonyok között, majd a munka fogalmának polarizációjával kiterjesztve, átértelmezve háztartásra, tercier szektorra stb. Az ilyen kérdésfeltevés csak a munka társadalomformáló erejével foglalkozik, annak szociálpszichológiai kérdéseit legfeljebb érinti. Mi azonban középszintű elméletek³⁰ szintjén közelítünk a problémához. Kutatásunknak ugyan vannak széles társadalmi hatásokat is befolyásoló javaslatai, végeredményben nem hagyja el a középszintű elméletek éráját, amikor leszűkíti a kérdésfeltevését egy bizonyos gyakorlati (szűkebb) problémára³¹.

Az általunk ismert kutatások eddig nem tekintették releváns problémának a munka és a „majdnem munka” összehasonlítását, hatásai különbségeinek mérését, amire magunk most kísérletet tettünk (és mint látjuk, jó okkal). Ez persze indokolt, hiszen piaci körülmények között (különösen a kapitalizálódott világban) a termelékenység, a munka gazdasági, gazdaságossági mutatói az alapvető kérdések, ami által leginkább a közgazdaságtani megközelítések felől akarnak válaszokat kapni a kutatók. Ennek oka a már említett kapitalizálódott (modern és posztmodern, fogyasztói, jóléti stb.) társadalmak tőke-fogyasztás fókuszú gondolkodása, másrészt éppen ebből kifolyólag a politikai és szociálpolitikai kérdések közelsége (ami persze abból a Comte-i pozitivismusból fakad, amely a mai napig él, és feltételezi, hogy a szociológia segítségével is jobbá lehet tenni a világot), amely a közgazdaság determinálta társadalmi kérdésfeltevések és válaszok kapcsán motiválja a szociológusokat.

A mi kérdésfeltevésünk egészen más szempontból kívánja megközelíteni a munkát, leginkább azért, mert a csökkent munkaképességűek foglalkoztatása egyre relevánsabb probléma, és mert történelmileg a legutóbbi időkhöz

³⁰ Robert Merton (1968)

³¹ Megközelítésmódunk így nyilvánvalóan pragmatikus

ilyen társadalmi probléma eddig nem is létezett, ilyen módon új keletű, és mert Magyarországon az egész kérdésfeltevés még frissebb³².

Hol kapcsolódhat mégis a kutatásunk az általános problémához?

A munkaképesség-csökkenés mentális oldalán: mivel a csökkent munkaképességűek igen gyakran nem csak testileg, de mentálisan is csökkent képességeket mutatnak (terhelhetőség, alkalmazkodóképesség, emberi, közösségi és munkakompetenciák akár jelentős csökkenése stb.). Bár csak hipotetikusan, de nem félek megfogalmazni azt a feltételezést, hogy a magyarországi kb. 700 000 munkaképes korú, de munkából kiesett ember esetén, még ha orvosi leleteik, munkaképesség-csökkenésről szóló papírjaik elsősorban fiziológiai elváltozásokról számolnak is be, valójában többségüknél mentális problémák állnak korábbról a háttérben (pl. anómikus állapot miatt). Ezt támasztja alá az is, hogy a csökkent munkaképességűek legnagyobb része nem a társadalom felső rétegeiből és nem a legképzettebb csoportokból kerül ki (ennek kapcsán igen nagy átfedések vannak a halmozottan hátrányos, szegény, mélyszegénységben élő, etnikai csoport stb. kategóriákkal). Mindannyian tudjuk, hogy a csökkent munkaképesség leggyakrabban egy menekülési útvonal, kivezető út a kilátástalanságból, amely a lehetőségek beszűkülésével, az ezzel összefüggő kilátástalansággal (ilyen módon mentális állapot romlásával) és az anómia állapotával függ össze. Így kutatásunk részben úttörő feladatot vállalt, releváns problémaként kezelve (emlékezzünk csak az ÁSZ tanulmányára!) azt a kérdést, ami azonnal felmerül (társadalmi méreteiben mégpedig), ahogy egy csökkent munkaképességű személyt reintegrálni akarunk a munkaerőpiacra (legalább részben).

Ezért aztán nem annyira meglepő, ha azt látjuk, hogy a témához bármelyik irányból közelítő kutatók, tanulmányok írói nem vagy csak érintőlegesen foglalkoznak az általunk vizsgált a problémákkal. A csökkent munkaképesség területén született legátfogóbb tanulmányok, mint pl. az Állami Számvevőszék kutatásai Pulay Gyula tollából, Győri Péter feltáró munkái a szociális szféra anomáliáiról, Pető Zoltán szerkesztésében megjelent, sok kötetnyit kitevő tanulmányosorozatok stb. gyűjteményei kifejezetten gazdasági, szociálpolitikai vagy jogi, illetőleg orvosrehabilitációs kérdéseket tesznek fel (egyébként igen alaposan és jól megfogalmazva), azokra válaszolnak (és azon kevés anyag közé tartoznak, amelyek empirikus alapokon közelítenek a megoldandó feladatokhoz). És amelyek egyébiránt igen

³² Viszonylag fiatalnak mondanám, mert a szocializmusban leginkább a rejtett munkanélküliség miatt nem igen beszéltünk erről a rétegről, másrészt a szociálpolitika is egészen más jellegű kérdésként kezelte még nem is olyan régen is. Mára azonban egyre égetőbbé válik megoldani a kérdést, amelyet a nagyszámú csökkent munkaképességű jelent az ország gazdaságának és szociálpolitikájának.

nagyban hozzájárultak kutatásunk ötletéhez, és amelyek kiváló segítői napi munkánknak is.

A másik oldalon (másik végen) számos tanulmány és könyv foglalkozik a munkával (akár szépirodalomig bezárólag, mint pl. Krug Ferenc szerkesztésében megjelent Írók a munkáról c. könyv), de ezek leginkább olyan irodalmi, gazdasági, munkaerőpiaci, szociálpolitikai, szociológiai szempontokból, amelyek legfeljebb csak érintik a csökkent munkaképességűekkel kapcsolatos problémákat, kutatásokat pedig nem nagyon hívnak segítségül. Az uniós csatlakozásunk hozott némi változást a képbe, hiszen az EU stratégiájában fontos szerepet kapott a csökkent munkaképességűek foglalkoztatása is³³, így a csatlakozás kicsit előtérbe hozta azokat a vizsgálatokat, amelyek a csökkent munkaképességűek foglalkoztatásának kérdéseit fessegetik. Ezekben komoly és fontos erőfeszítéseket tesznek a szerzők, kutatók, hogy lehetőségeket tárjanak fel a munkaerőpiacról így vagy úgy kiesett munkaképes korú népesség problémáival kapcsolatban (lásd pl. OFA kutatásait, amelyek kutatási kézikönyvekként többször megjelentek). Azonban a mostanihoz hasonló empirikus kutatások a módszerek miértjeivel kapcsolatban nem készültek olyan területen, amely a mi vizsgálatunkhoz összehasonlítható tanulmányként szóba jöhetne.

Más tekintetben a felmérésünk egyedülállósága (nem rendkívüliség értelemben!) abból fakad, hogy egy, a csökkent munkaképességűek népes halmazának egy viszonylag kis szeletén kívánja megragadni a kérdésekre (részben a nagyobb kérdésekre) a választ. Ennek okát a következőkben tárgyaljuk, de itt annyit azért hadd említsünk meg, hogy abból a szempontból jónak tűnik a választásunk, hogy bár kicsi, de ez az a csoport, amely sok tekintetben kiterjeszthető eredményeket produkál – amiről a záró fejezetekben fontos mondanivalónk lesz még.

Végül még egy területet érdemes vázlatosan áttekinteni, a munkapszichológia éráját.

1924-ben egy amerikai vállalat, a Western Electric telephelyén, Hawthorne³⁴ városkában a cég mérnökei azt kezdték vizsgálni, milyen megvilágítás a legmegfelelőbb a dolgozók számára. A kísérlethez felállított csoport teljesítményadatai azonban meglepőek voltak. A csoport teljesítménye ugyanis, akár rontottak, akár javítottak a megvilágításon, folyamatosan javult. Amikor már nem lehetett látni, a munka leállt – egyébként azonban

³³ Genfi 159. számú egyezmény a foglalkozási rehabilitációról és a foglalkoztatásról (1983). Genf, Tripartit szakértői értekezlet, A fogyatékosok kezelésével kapcsolatos munkahelyi gyakorlat (2001). ENSZ irányelvek a fogyatékosok jogaival kapcsolatban, mint pl. a 34/52. sz. határozat 1982-ben. Gazdasági és Szociális Tanács 1990. május 24-i, 1990/26. sz. határozata. – Természetesen mindez a teljesség igénye nélkül.

³⁴ A kísérletről, illetve így a városról kapta a nevét aztán a Hawthorne-effektus, amely klasszikus példája annak, hogy maga a kísérletező személy mennyire befolyásolja maga is a kísérlet kimenetelének alakulását.

a teljesítményváltozás nem követte a megvilágítás ingadozó minőségét³⁵. Miért említjük a mára több tekintetben klasszikussá vált kísérletet? Ez volt az egyik (mivel a munkapszichológiai kutatások már 1879-től, Wundt kutatásaitól datálódnak³⁶) kiindulópontja annak a pszichológiai vizsgálatorozatnak, rendszernek, amely a munkapszichológia önálló ágának kialakulásához, illetve később az ergonómia³⁷ tudományához vezetett. Azonban a mienkhez leginkább közel álló kutatások nemigen születtek itt sem. A munkapszichológia és az ergonómia egyaránt – bár célkitűzései között szerepel – egyéb területeket igyekszik feltárni (főleg vezetéseméleti kérdések, formai, kényelmi, fizikai hatások, hanghatások, vizuális hatások, munkakényelmi hatások stb., amelyek a munkafolyamatokat humanizálják és a fáradtságot csökkentik, növelve ezzel a termelékenységet). Mindez érthető, mivel mind a munkapszichológia, mind az ergonómia elsődleges fókuszában a kvázi egészséges munkavállalók nagy teljesítmény-hozzájárulást adó csoportja áll (ilyen módon kérdésfeltevésének gyökere szintén gazdasági). Így most, anélkül hogy összehasonlításokba bocsátkozhatnánk, végignézzük kutatásunk módszertani megfontolásait, majd az adatsorokon megkíséreljük megtalálni a válaszokat a kérdéseinkre, hogy aztán az eredményekből közvetlen levezetéseket tegyünk, majd a konklúziók kapcsán megfogalmazzunk ajánlásokat, újabb kutatási irányokat.

A szociális foglalkoztatásban két fő célcsoportot kap helyet: értelmi fogyatékosok és pszichiátriai betegek. Az Állami Számvevőszék 2009-es tanulmánya³⁸ szerint ekkor az országban 10 553 fő vett részt szociális foglalkoztatásban, amelynek döntő többsége értelmi fogyatékos. Kisebb része pedig (számításaink szerint 965 fő – számítást lásd később) pszichiátriai ellátottként.

³⁵ A kísérlet egyik fontos mondanivalója volt (a kísérleti módszertan fontos megállapításai és okulása mellett), hogy nem mindig a munkakörülmények határozzák meg a munka teljesítményét, hanem igen gyakran az, hogy mennyire figyelnek oda a dolgozókra, ami kicsit párhuzamba hozható a mi hipotézisünkkel, miszerint a munkába való visszatéréshez szükséges a szociális elemek jelenléte sok esetben (odafigyelés az emberre).

³⁶ A kísérleti pszichológia egyik kiindulópontjaként tartják számon a lipcei laboratórium indulását. Majd Scott és Münsterberg nevéhez kötődnek az első igazi munkapszichológiai vizsgálatok az USA-ban (1900-as évek eleje). De ide számítódik Taylor híres tudományos munkaszervezési rendszere is (Taylorizmus). Később Fayol, a vezetés tudományos megalapozásával lépett fel ezen a területen (1916-tól). Majd a human relations (mai HR elődje) a taylorizmus ellenlábasaként (1930-1950) – Mayo: Hawthorne-effek-tussal is bennfoglalóan.

³⁷ Görög szó: a munkafolyamatokkal, illetve ezeknek az ember számára gazdaságos és a legkisebb erőfeszítést igénylő kialakításával foglalkozó tudomány.

³⁸ Pulay Gyula: A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata (tanulmány). Bp. 2009. Állami Számvevőszék

A kutatás összhangban áll az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat 5. pontjával, amely értelmében, idézem: „Ki kell építeni a súlyosan fogyatékos személyek „terápiás foglalkoztatásának” jogszabályi, szakmai, tárgyi és finanszírozási hátterét” – az itt említett szakmai háttér kialakításához (is) kívánunk hozzájárulni jelen kutatásunk eredményeivel.

5.0 Miért éppen pszichiátriai kutatás?

Több oka is van annak, hogy a pszichiátriai ellátottak célcsoportját határoztuk meg végül mint célcsoportot.

- a) Ez a csoport az, akivel nap mint nap dolgozunk, így elsődleges tapasztalataink vannak velük. Látjuk a módszerek közötti különbséget, hatásokat.
- b) A kutatás bizonyos kritériumok mellett kiterjeszhető eredményeket produkálhat: Ennek oka az, hogy a pszichiátriai betegek (gyakran) átfedésbe kerülnek egyéb szociális vagy társadalmi csoportokkal, kategóriákkal – szegénység, hátrányos helyzet, alsó osztályok, halmozottan hátrányos helyzet, etnikai helyzet stb. Mindennapi tapasztalat, hogy a csökkent munkaképességűek nagy része érintett pszichiátriai szimptomákban is. És mivel elgondolásom szerint a szociális foglalkoztatás³⁹ egyéb csoportok integrációjára vagy reintegrációjára is alkalmassá tehető (persze nem a mostani formában), kézenfekvő lehet a kiterjesztés esetleges lehetősége⁴⁰.
- c) Az itt vizsgált csoport és a társadalom egyéb részei között nincs akkora különbség, mint pl. az értelmi fogyatékos rétegnél fennáll. Ez pedig közelebb visz egyéb szociálpolitikai kérdésekhez, ami a teljes csökkent munkaképesség problémáját érinti.

A kiterjeszhetőséget segíti elő, hogy a pszichiátriai betegségekkel élők egy része nem olyan betegségekkel kénytelen élni, ami a társadalmi kirekesztést is maga után vonja – lásd deviáns magatartás, kirekesztés és kirekesz-

³⁹ Azzal a megköttéssel értem itt a szociális foglalkoztatást, hogy véleményem szerint a mostani definíciója, meghatározott célcsoportja számos problémát vet fel. Egyrészt nem teljesen világos, milyen a viszonya egyéb foglalkoztatási ágakkal (legalábbis nem pontosan meghatározott), másrészt nagy átfedéseket vélek felfedezni a védett foglalkoztatás és a szociális foglalkoztatás fejlesztő-felkészítő ága között, ami szintén a pontatlanság érzését erősíti.

⁴⁰ A kiterjeszhetőség lehetőségéről röviden készül elemzés a dolgozat végén, azonban ez csak bevezető egy nagyobb tanulmányhoz, amelynek feldolgozása folyamatban van, és amely így e dolgozatnak a folyamánát képezi majd. Feltevésem szerint némi pontosítással (fogalmak, célok, célcsoportok stb.), ill. néhány új elem gondos kidolgozásával a foglalkoztatás ezen formája gazdaságos reintegrációs forma lehet a piaci foglalkoztatásból egészségkárosodás miatt kiesett emberek (legalábbis egy gondosan körülírt csoport) esetében – ez a fő értelme annak, hogy a kutatás elején az egyik fontos momentum éppen a kiterjeszhetőség kritériuma volt.

tődés, ami pl. a skizofréniás betegeknél szinte automatikusan megtörténik valamilyen mértékben. Sokszor valójában egy beteg és egy betegnek nem tartott személy között csak az tesz különbséget, hogy az egyik „már elment” orvoshoz, a másik még nem (esetleg nem is fog). Mindennapjainkban tömegek élnek komoly pszichiátriai tünetekkel anélkül, hogy orvoshoz fordulnának, vagy pedig, ha orvoshoz is fordulnak, ambuláns betegekként élik meg beteg voltukat. Ilyen betegség lehet pl. a depresszió is (affektív betegségek).

„Ma még sajátos módon gyakori, hogy az orvosok figyelmen kívül hagyják a betegségek lelki aspektusát (...) A beteg nemegyszer csak évekig tartó hányattatás után (gyakran már túl későn) jut el oda, hogy panaszainak lelki eredetét felismerik” – írja Tringer László a *Pszichiátria* tankönyve c. könyve 39. oldalán. E probléma egyik lehetséges kezelési módja, ahogy írja, az ún. liaison-pszichiátria, amelyben a kezelőorvos mellett egy pszichiáter konzultánsi feladatokat lát el a kezelőorvos mellett a beteggel kapcsolatban. Mindez egy egészen más szemléletet feltételez, mint ami a mai orvoslásban megszokott.

Az orvosok egyre inkább felismerik, hogy az ép testben ép lélek megfordítva is igaz: ép lélek kell az ép (vagy gyógyuló) testhez. A pszichoszomatikus betegségek elnevezés a test (görögül szóma) és a lélek (psziché) kölcsönhatásának zavarára utal. A pszichoszomatikus betegségek mechanizmusa – azaz a test és lélek megváltozott kölcsönhatásának mechanizmusa – máig sem teljesen feltárt. A pszichoszomatikus tünetek keletkezése a legtöbb esetben megoldatlan lelki vagy szociális problémák jelenlétére utal, amelyek szomatizáció útján adnak jelzést (testi tünetek). Mivel a lelki eredet és a pontos összefüggések tematikus feltárása roppant bonyolult feladat, csak feltételezések vannak azzal kapcsolatban, milyen arányban okozhatják a lelki eredetű problémák a szomatikus panaszokat, akár konkrét és súlyos, krónikus betegségeket is – arról nem is beszélve, hogy specifikus kapcsolatot időnként nehéz találni, mivel sohasem egy tényező, hanem tényezők sokasága váltja ki az elváltozásokat. Egy magyar kutatás szerint⁴¹ a körzeti orvosi rendelőkben megforduló megkérdezett betegek 43%-ánál fordult elő valamilyen szorongásos vagy kedélyzavar korábban, 13%-nál kedélybetegség (bipoláris zavar, unipoláris depresszió, disztímia), 18%-nál szorongásos zavar (pánikbetegség, generalizált szorongás, fóbiák), 12%-nál a szorongásos és kedélyzavar együtt vagy váltakozva. A vizsgálat időpontjában (1996) a betegek 15%-a szenvedett klinikai szintű, kezelést igénylő szorongásos vagy kedélyzavarban (5% kedélybeteg, 10%

⁴¹ Szádóczy Erika: A depressziók és a szorongásos betegségek epidemiológiája, HIETE Pszichiátriai és Pszichológiai Tanszék, 1996. Háziorvos Továbbképző Szemle 1:67-68 (1996) Forrás:

<http://www.old.sote.hu/htsz/szadocz.htm>

szorongásos zavar). Találkoztam már olyan becsléssel is, amely egy körzeti orvosok körében végzett kutatásra hivatkozott (pontos megjelölés nélkül!), és azt állította, hogy a körzeti orvosokhoz forduló betegek tüneteier 90%-ban lelki okok felelősek. Kopp Mária és Skrabski Árpád (1992, 1996) vizsgálatai⁴² szerint az ország lakosságának 24,3%-nál depressziós tünet, ezen belül 7,5%-a közepesen súlyos vagy súlyos depresszió állapítható meg. Ebből 34% panaszkodott neurotikus tünetekről is, közülük 16% volt súlyos, kezelésre szoruló, és ezek közül 15,6% élete során kísérelt már meg öngyilkosságot. Gögh Edit pszichiáter szerint ehhez hozzátesz még valamennyit, hogy az ország lakosságának kb. 10%-a⁴³ különféle pánikbetegségekől szenved (természetesen átfedések vannak), és mindjárt azt látjuk, hogy az ország lakosságának közel egyharmada is érintett lehet pszichiátriai tünetek tekintetében. És amit még mindenképpen tudnunk kell: Simon és munkatársai (1995) felmérése⁴⁴ szerint az USA-ban a depressziós és szorongásos zavarban szenvedő betegek csaknem kétszer annyiba kerülnek az egészségügy számára, mint a nem pszichiátriai betegségben szenvedők. A magasabb költségek oka nem a pszichiátriai betegségek kezelésének nagyobb költségigénye, hanem a gyakoribb orvosi vizit, a nagymennyiségű, inadekvát gyógyszerelés, az indokolatlan műszeres beavatkozások és a gyakoribb hospitalizáció.

Hol függ ez össze a munkával (azon kívül, hogy természetesen feltételezzük, hogy komoly hatással van mindez a mindennapi munkavégzésre)? A súlyosabb pszichiátriai betegek nagyobb része olyan más társadalmi csoportokhoz, rétegekhez is tartozik egyben (vagy talán pontosabb, hogy olyan csoportokból, rétegekből kerül ki: szegénység, etnikai helyzet, többszörösen hátrányos helyzet, alacsony iskolázottság stb.), amely egyébként is a legérintettebb a munkanélküliségben⁴⁵, ezzel az esetükben gyakran együtt járó tartós munkanélküliségben, illetve a mintegy 700 000 embert jelenleg kitevő csökkent munkaképességű, nem dolgozó, de munkaképes korú kategóriában. Ez pedig azt jelenti, hogy sokszázezer fős csoportról beszélünk akkor, amikor megoldásokat fontolgatunk, amelyek szociálpolitikailag és gazdaságilag már-már égető problémák. Ez az utolsó kitekintés pedig némileg előrevetíti azt a záró fejezetben levezetett feltételezésemet, hogy kutatási eredményeink bizonyos mértékben egyéb társadalmi csoportok tekintetében is szolgáltatnak hasznos információkat (ezt értem kiter-

⁴² www.ehok.usn.hu/.../a_pszichiatriai_betegsegek_es_magatartaszavarok_hattere.ppt

⁴³ Forrás: <http://www.psnatura.sokoldal.hu/?oldal=UGaxNDUYJ>

⁴⁴ Szádóczky Erika: A depressziók és a szorongásos betegségek epidemiológiája, Háziorvos Tovább-képző Szemle 1:67-68 (1996) Forrás:

<http://www.old.sote.hu/htsz/szadocz.htm>

⁴⁵ Munkaképes korú, mégsem dolgozik értelemben, mivel egyéb módon is használatos (pl. a munkaügyi központoknál regisztrált munkanélküliek értelmében).

jeszthetőség alatt), és hogy némi átgondolással a szociális foglalkoztatás akár szélesebb rétegek reintegrációjában is szerepet kaphat (amely viszont új rendszert feltételez a foglalkoztatásban!).

6.0 A kutatás célja

A kutatás fő célja, hogy megvizsgáljuk, van-e mérhető különbség a korábban felvázolt alapvető dichotómia (foglalkoztatási gyakorlat) két pólusának hatásai között: kvázi munkahelyi (nem egyszer konkrétan piacra termelő) munkavégzés, illetve a piacra nem termelő – talán definiáljuk úgy, hogy – csupán „rehabilitációs”⁴⁶ célt szolgáló, tényleges munkát nem jelentő foglalkoztatás között. Adatgyűjtésünkben arra vagyunk kíváncsiak, hogy mennyiben segíti elő a tényleges munkát jelentő, de mégis védett munkatevékenység az ellátottak egészségi állapotának (elsősorban pszichiátriai) javulását a másik foglalkoztatási módhoz képest, illetve pozitívabb-e a hatás valójában, mint a másik foglalkoztatási formánál.

A vizsgálat két módszer egészségi változásokra, szociális és mentális összetevőkre, munkához való hozzáállásra kifejtett hatását veti össze⁴⁷.

⁴⁶ Fontos megjegyezni a zavar elkerülése miatt, hogy a korábbi megállapításaim és a szakmai viták során kialakult szóhasználat az oka, hogy munkajellegű és egyéb vagy más foglalkoztatásként, esetleg rehabilitációs foglalkoztatásként különböztetem meg a két alapvető módszert, hozzáállást. Zavar talán az miatt keletkezhet, hogy a szociális foglalkoztatásban és az orvosi rehabilitációban is mást jelent a rehabilitáció (rehabilitáció mint ellátási, „reaktívációs” módszer, illetve mint munkarehabilitációs foglalkoztatás, amely a munkát alig végzők csoportjának a szinonimája gyakran). A tanulmányban sem egyik, sem másik értelemben nem használjuk (kutatásunk célját illetően), csupán a distinkció és a bevett szóhasználat miatt szükséges élnünk az elnevezéssel.

⁴⁷ Mielőtt a kutatás aktív területére térnénk, meg kell válaszolnunk még egy kérdést: Vajon a kérdésfeltevésünk szociológiai, vagy inkább szociálpolitikai, esetleg orvosi rehabilitációs, egészségügyi?

Bár gyakran nem húzódnak éles határok a területek között, mégis egyértelműen azt kell mondanunk, hogy szociológiai kérdésként kezeljük az itt vizsgált témát. Nem csak azért, mert társadalmi hatásokra és prediktív következtetésekre kívánunk jutni, hiszen ezt mások is megtehetik akár a szociálpolitika területéről is. Hanem azért legfőképpen, mert a legteljesebben igyekszünk megmaradni a tudományos tényfeltárás szociológiai módszerességén belül (Max Weber értéklevezetés tilalmát szem előtt tartva az elemzés során), és amennyire lehet a társadalmi kérdésekre kívánunk válaszolni, amelyet pl. e kutatás középszintű elméletként (Merton, 1968) való kezelésével valósítunk meg. Hiszen nem csupán arra keressük a választ, hogy egy társadalmi csoport miként integrálódhat vissza (be) a társadalomba, hanem azt is, hogyan viszonyul az ő sorsuk, lehetőségük egy lényegesen nagyobb csoport kérdéseinek megoldásához. Annyiban térünk el mégis a szociológiai tudományos következtetéstől (amit az említett Max Weber semlegességi elve alapján vallunk) és lépünk át némileg a szociálpolitika területére, hogy nem titkolt célunk, hogy szociálpolitikai következményeket segítsen elő a kutatásunk.

Vizsont egyértelműen nem kívánunk sem orvosi, sem egyéb egészségügyi kérdésekre válaszolni – még ha akaratlanul ilyen típusú kérdésekre is fogunk némi magyarázatot adni, éppen a kutatás interdiszciplináris volta miatt. A cél azonban mindvégig társadalmi

6.1 Előzetesen a hipotézisekhez

Feltételezem, hogy a foglalkoztatás munkajellege döntően azoknál a foglalkoztatóknál áll fenn – ergo azon ellátottak esetében tudjuk megragadni – , akik a piaci állapotokhoz közeli viszonyokat igyekeznek legalább néhány szempontból teremteni, mint alapvetésemben erre már kitértem (illetve feltételezem, hogy a többieknél ez nem áll fenn). Jelen kutatás mindezt kizárólag az ellátottak irányából igyekszik megfigyelni. Ennek oka egyrészt a tanulmány terjedelmi korlátja, másrészt az összefüggés a foglalkoztató intézmény és az ellátott ilyen típusú megragadhatósága között függvényeszerű, így az intézmény mérése nélkül is könnyen megfogalmazhatóak megállapítások a fenntartó elveivel kapcsolatban. Másrészt a gyakorlati életről jól ismerjük azoknak az intézményeknek a háttérét, akik a munkatípusú foglalkoztatást nem akarták vagy nem tudták⁴⁸ bevezetni. Ezért az intézményi kutatástól most eltekintünk, azonban egyes esetekben szükségesnek látjuk, hogy következtetéseket tegyünk majd az intézményi háttérre is – természetesen az adatokat minden esetben aggregált adatokként kezeljük, így nem egyes intézményekre, hanem foglalkoztatással összefüggő típusokra (fontos, hogy nem ellátási típusokra!) teszünk csak megállapításokat.

6.1.1 Hipotézisek

1, A fejlesztő-felkészítésben részt vevő pszichiátriai betegek egészségi, szociális és mentális állapota mérhetően jobban javul, amennyiben a piacgazdaságban elfogadott és működő rendszerben, ahhoz mindinkább közelítő termelőmunkában (munka jellegű foglalkoztatás), vagy nem termelőmunkában, de a szolgáltatási szektorra jellemző munkakörülményekhez leginkább hasonlító módon, azok piaci szabályai szerint (munkavégzési, munkafegyelmi elvárások stb.) vesznek részt foglalkoztatásban.

marad: Hogyan reagál egy bizonyos csoport a különböző foglalkoztatási körülményekre (szociológiai kérdés), és miként hasznosítható mindez (rész-) társadalmi méretekben (középszintű elmélet)?

⁴⁸ Több intézmény keresett meg bennünket az évek folyamán, hogy segítsünk átalakítani az ő foglalkoztatóikat olyan módon, ahogy mi dolgozunk. Azonban minden esetben kiderült, hogy sem szemléletben (munkatársak erre nem megfelelő szemlélete), sem kompetenciákban, sem bizonyos szaktudások tekintetében nem készültek fel egy ilyen átalakításra. Alapvető piaci ismeretek nélkül, az ehhez való szemlélet és kompetenciacsokor nélkül ugyanis nem működhet a rendszer. Alapvető marketingstratégiákat kell legalább működtetni, gazdasági és gazdaságossági számításokat kell ismerni ahhoz (számos egyéb ismeret mellett), hogy mindez elinduljon és fenntartható legyen. Az általunk ismert foglalkoztatók jelentős részében azonban erre – és főleg erre a szemléletre – a munkatársak nem voltak készek, így az általunk megismert kezdeményezések egytől egyig megtorpantak mindjárt az elején. Összesen egy intézményről tudunk, akik az általunk használt megközelítést tőlünk át tudták venni, azonban ők rögtön az indulásnál mindent (ellátó személyzet felvétele, induló munkák stb.) ennek az elvnek vetettek alá.

2, A legfőbb hatás azon alapul, hogy az ilyen típusú foglalkoztatásban az emberek olyan munka- és életkörülmények közé kerülnek, amelyek a „rendes életkörülményekhez” leginkább hasonlítanak, így maguk is egészségesebbnek érezhetik magukat, mintegy kiszakadva a betegség és egyéb okok miatti passzivitásból, visszakerülve (legalább részben) a korábbi életvitelük szerinti rendszerbe (viszonyítási csoport) – az értelmesnek tartott és célorientált munka (amelynek valós piaci célja van, értéket termel) hatása.

3, A stigmatizáltság érzése az előbbieknél nagyban csökken (esetlegesen meg is szűnhet, legalább időlegesen); egészségérzésük (egészségtudatuk) erősödik, betegségtudatuk csökken.

4, Pozitív életérzéseik (pl. önértékelés, elégedettség, jövőképük stb.) ilyen módon erősödnek, ezáltal alkalmasabbá válhatnak a reintegrációra, mint nem dolgozó társaik.

6.2 Vizsgálandó csoport

A pszichiátriai ellátásban fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban részt vevő egyének és intézmények. Számba jöhető intézménytípusok: nappali ellátók, rehabilitációs intézetek, bentlakásos intézetek

6.2.1 Vizsgálati módszer

Az adatok beszerzéséhez kérdőíves (kvantitatív) adatgyűjtést végeztünk országosan, az ellátottak megkérdezésével⁴⁹. A populáció feltérképezéséhez a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (SZÁIR 2008.) adatait, ill. az FSZH 2009-es hivatalos listáját használtuk kiindulópontként⁵⁰. Ennek kapcsán állítottuk össze azt a 82 fenntartót tartalmazó listát⁵¹, amelyekkel számolnunk kellett a kutatás során (végül csak 40 felelt meg a kritériumoknak). Összesen 36 fenntartót tudtunk lekérdezni, amelyek 965 főt⁵²

⁴⁹ Az intézmények kb. egyharmadában saját munkatársaink kérdezték le az ellátottakat, a másik kétharmadában pedig vagy egy képzett kérdezőt kértünk meg (pl. Budapesten több intézményben így zajlott), vagy egy intézmény által ajánlott ellátót/kapcsolattartót képeztünk ki és láttunk el minden lehetséges információval a lekérdezéshez.

⁵⁰ Nem várt módon két meglehetősen pontatlan listára tettünk szert (bár mindkét helyen készséggel és szívesen segítettek bennünket). Sok-sok telefon és levélváltás kellett hozzá az intézményekkel, hogy végül összeálljon azon intézmények listája, amelyek megfelelnek a kiválasztási kritériumoknak. Volt olyan intézmény, ahol még maga az intézményvezető sem tudta, hogy mi az a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás.

⁵¹ A listák elégtelensége miatt gyakran nem lehetett eldönteni, hogy egy intézményről van-e szó, vagy egy fenntartóról, amelynek esetleg több intézményéhez tartozik az aktuális létszám.

⁵² Mivel pontos adatot semmilyen módon nem sikerült beszerezni a nem válaszoló fenntartókról a kutatással kapcsolatban, és mivel a kiinduló lista gyakran tartalmazott olyan fenntartókat, ahol kiderült, hogy bár regisztrálva vannak, de nincs fejlesztő-felkészítő ellátottjuk, a pontos létszám országosan ebből nem megállapítható. Becslésünk szerint összesen mintegy 990-1050 fő lehet pszichiátriai ellátottként fejlesztő-felkészítő foglal-

foglalkoztatnak fejlesztő-felkészítésben pszichiátriai betegként. 4 ellátót (intézményt?) viszont nem tudunk bevonni a vizsgálatba⁵³.

Az alapsokaság teljes lekérdezését végeztük el a kis létszám miatt, így mintavétel nem történt. A statisztikai feldolgozás során ennek figyelembevételével az adatok némileg pontosabban közvetítik a mögöttük rejlő, sejtett és megragadható valóságot (mivel pl. a standard hiba és statisztikai társai nem gyengítik a feltárt különbségeket). Fontos megjegyeznünk, hogy a teljes populáció lekérdezése miatt nem találunk majd egyéb kutatásoknál megszokott statisztikai jelzőszámokat, értékeket (szignifikancia-, konfidenciaszint, asszociációs mérőszámok stb.), mivel ezek esetünkben értelmetlenek, hiszen véletlen mintavétel (ergo dobozmodell) nem lévén, nincs mit mondanunk a populáció és a minta kapcsolatáról (amit látunk, az maga a populáció). Ha némely helyen bizonyos mérőszámok mégis megjelennek, annak oka, hogy bizonyos elemzések egyéb összefüggései nem a minta-populáció összefüggéséhez kapcsolódnak (pl. faktoranalízisben), így azokban az esetekben értelmezhetők.

6.3 Elemzés – alapmegozslások

Az alábbi adatok általános képet igyekeznek nyújtani a populáció néhány, a kutatás szempontjai szerint fontos ismérvről. A későbbiekben ezek lényeges tájékoztató pontokként szolgálnak.

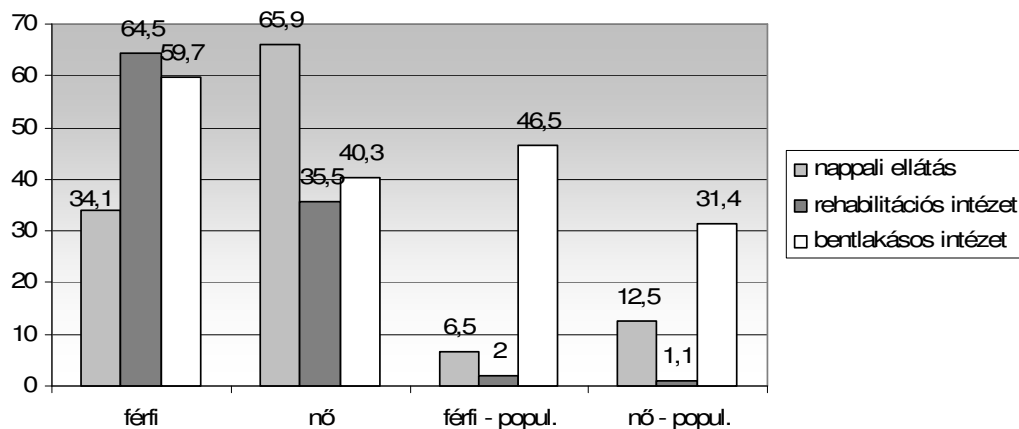
Vizsgálatunk adatai szerint a mért populáció 18,9%-a (182 fő) nappali ellátásban, 3,3%-a (32 fő) rehabilitációs intézményben, míg a döntő többség, 77,8% (751 fő) bentlakásos intézményben kap ellátást, amelyre aztán épül a szociális foglalkoztatása.

Ezeknek 55%-a férfi, míg 45%-a nő, vagyis a férfiak meghaladják kissé a nők arányát.

koztatásban országosan. A nem válaszoló intézmények esetében egyéb források segítségével tudtuk megbecsülni a vélhető létszámot, máshol pedig pontos információt kaptunk tőlük a nem válaszolás ellenére. Így az említett 965 fő vélhetőleg a teljes populáció 92-96%-a.

⁵³ Két teljes hónap volt a lekérdezésekre, azonban egyes fenntartók, intézmények ennyi időn keresztül sem voltak elérhetők – volt, aki folyton arról tájékoztatott bennünket, hogy nincs benn az illetékes, mások folyton visszahívást ígértek, volt, aki már megszűnt. Összesen egy intézmény tudatta velünk nyíltan, hogy nem kíván részt venni a kutatásban.

Nemek intézményi elhelyezés szerinti megoszlása (%-ban) – 1. ábra

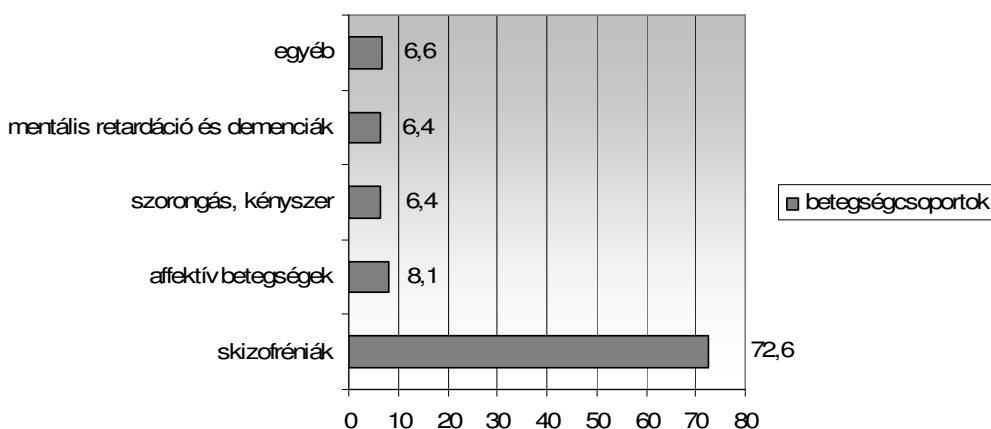


Az intézmények összefüggésében az arányok más képet mutatnak. Míg a nappali ellátás esetén a nők mintegy kétszeres arányban képviseltetnek az intézményekben, a rehabilitációs intézményeknél a férfiak kerülnek túlsúlyba, és bár némileg csökken ez az eltolódás, a bentlakásos intézmények esetén is megmarad a férfiak magasabb aránya.

Mindez némileg elgondolkodtató, mivel a pszichiátriai kórképek esetén (általában) több területen magasabb a nők aránya (affektív zavarok esetén a nők aránya kétszerese a férfiakénak, de pl. a fóbiák és szorongásos zavarok esetén is nagyobb a nők aránya az orvosi gyakorlat szerint). A nő-férfi arányok mellett a populációhoz viszonyított teljes megoszlást is feltüntettük.

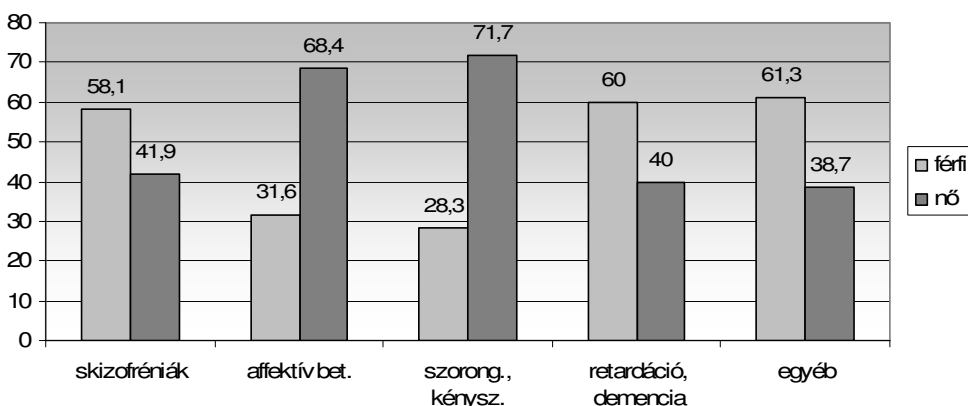
A következő ábrán láthatjuk, hogy az öt alapvető betegségcsoport⁵⁴ szerint hogyan oszlanak meg az ellátottak a fejlesztő felkészítő foglalkoztatásban (%-ban) – 2. ábra

⁵⁴ A betegségcsoportok kialakításában dr. Pető Zoltán, a Szegedi Tudományegyetem docense volt segítségünkre, az ő általa ajánlott bontást vettük alapul a feldolgozáshoz. Dr. Pető Zoltán a pszichiátriai szakmai kérdésekben folyamatosan segítségünkre volt, mintegy mentorként figyelte végig – pszichiáterként, pszichiátriai szempontokat figyelembe véve – a kutatást. Orvosi és rehabilitációs nézőpontok tekintetében konzulensként működött közre.



Epidemiológiailag nincs különbség a férfiak és nők arányában a skizofréniákat illetően a társadalomban (1% a prevalencia, amelyben mindkét nem egyformán vesz részt). Mint látjuk, a többség, 72,6% a skizofréniák tünetcsoportból kerül ki (mondhatni, a legsúlyosabb kórképből). Vagyis az intézményi ellátásban lévők összetétele nem tükrözi a társadalomban való betegség-előfordulás arányait, értékeit.

A betegségcsoportokon⁵⁵ belül a nemek aránya (%-ban) – 3. ábra



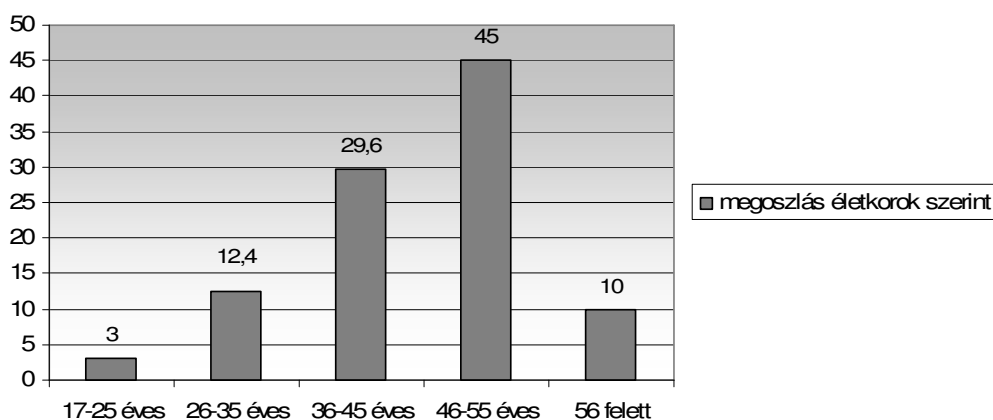
Ebből a táblázatból jól látszik, hogy a férfiak vártnál magasabb intézményi arányáért leginkább a skizofréniában szenvedők magas aránya a felelős (mivel a többi kategóriában lényegesen kevesebben vannak, így kevésbé befolyásolják az arányokat). De mentális retardáció és egyéb tünetcsoportok tekintetében is felülmúlja az arányuk a nőkéét. Az affektív betegségek

⁵⁵ Szükségesnek tartom, hogy néhány alapvető mondatban jellemezzük az érthetőség kedvéért ezeket a betegségcsoportokat. Mivel azonban a lábjegyzet túlzottan terjedelmes lenne, jobbnak láttam, ha a mellékletben közlöm azt a leírást, amely eligazítja az olvasót e területen. Lásd 1. sz. melléklet.

és a szorongások, kényszerek pedig a várt társadalmi arányokat tükrözik (lásd betegségek epidemiológiája).

Vagyis meg kell állapítanunk, hogy egyrészt a bentlakásos intézmények, másrészt a betegségcsoportok szerint a skizofréniák túlsúlyt képeznek (az elemzéseknél erre még kitérünk, mivel ennek statisztikai jelentősége is van).

Az életkorok tekintetében a megoszlás (%-ban) – 4. ábra



Mint látható, a többség középkorú, 15,4% 35 éves vagy az alatti korú⁵⁶. Közel 30%-nyi az aránya a kifejezetten középkorúként aposztrofált rétegnek (36-45 évesek) – más megfontolás szerint ez lehet akár a háromnegyede is (36-55 évesek). Az átlagéletkor 45 év, és csak kis eltérést mutat nemenként (férfi: 45,2% és nő: 45,16%). A megkérdezettek között a legidősebb egy 63 éves nő. Az ellátottak 90%-a 55 éves⁵⁷ vagy az alatti korú, vagyis ténylegesen is aktív korban van még. Összesen 7 főt találtunk, aki 60 éves vagy elmúlt, így más kritériumok szerint⁵⁸ a 99,3%-a a vizsgált populációnak aktív korú.

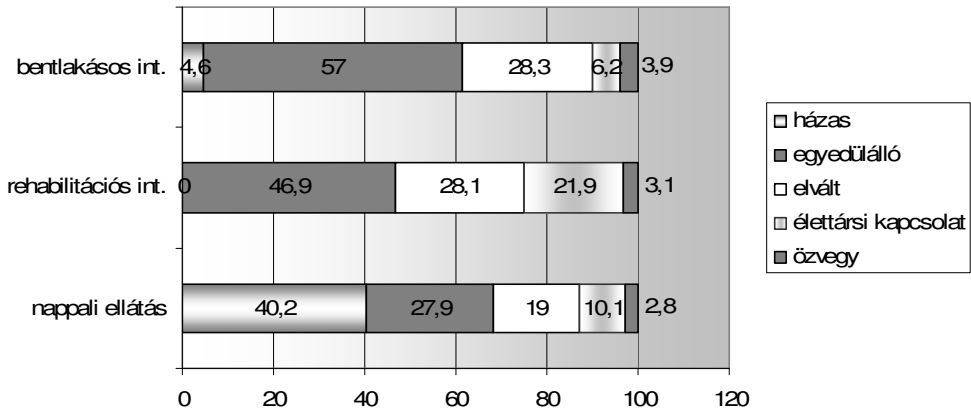
⁵⁶ Epidemiológiailag pl. a skizofrénia – amely a legnagyobb csoportot érinti – leginkább 20-35 éves korban manifesztálódik, így egy igen fiatal és aktív csoportot érint, gyakorlatilag legtöbb esetben kettévágva egy életutat, hiszen egészen biztos, hogy a betegség megjelenése után az életminősége megváltozik az érintetteknek. Össztársadalmilag az érintettek a népesség kb. 1%-át teszik ki. Itt is jellemző, hogy a férfiak és nők esetében eltérhet a kór belépése az életbe. Férfiak esetén 15-25 év között alakul ki, míg nőknél némileg később, 25-35 év között.

⁵⁷ A kor választása azért célszerű, mert hónapok óta szakmai viták vannak a 112/2006-os kormányrendelet egy 2009-es módosítása miatt, ami 55 évben állapítja meg a fejlesztő-felkészítő ellátásba helyezhető felső korhatárát. A kihirdetett korhoz semmilyen hivatalos szakmai állásfoglalás nem született, a minisztériumi tájékoztatások alapján úgy véljük, hogy csak egy bizonyos (általunk nem ismert) személy vélelme alapján kiötlött rendeleti pontról van szó, így megalapozottsága erősen kérdéses.

⁵⁸ Jelenleg a nyugdíjkorhatár 62 életév, azonban bizonyos feltételek esetén akár 59 évesen is nyugdíjba mehetnek egyesek. Így a 60. életév ilyen módon figyelembe vehető.

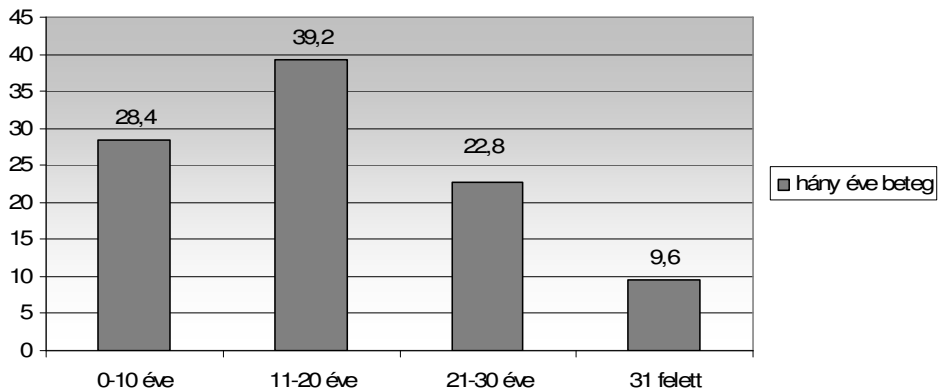
Ebből látható, hogy a reintegrációs cél mellett az integrációs cél is várható a fejlesztésnél (fiatalok miatt), mivel az életkorok azt sejtetik (később látni is fogjuk), hogy vannak olyanok, akik még be sem léptek a munkaerőpiacra.

Családi állapot tekintetében az összetétel (%-ban) – 5. ábra

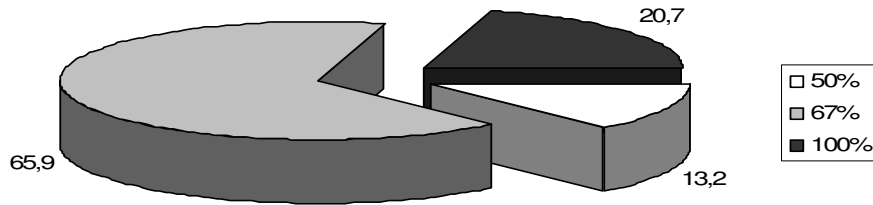


Ahogy várható is volt, a házások jellemzően a nappali intézmények ellátottjainál találhatók, a bentlakásos intézményekben leginkább az egyedülálló és az elvált kapcsolati forma jellemzőbb (85%) – még nagyobbak a különbségek, ha abszolút értékekben vesszük, hiszen némileg meglepő lehet csupán az arányok összehasonlítása az intézmények közötti különbség miatt (rehabilitációs intézményben pl. csupán 32 főt találtunk, miközben a bentlakásos intézmények 751 főt foglalkoztatnak – lásd 1. ábra). Közel 78%-a a megkérdezetteknek egyedülálló vagy elvált, vagyis a vizsgált populáció túlnyomó többsége nem házasságban vagy élettársi kapcsolatban él, illetve mivel ezek többsége bentlakásos intézmények lakója, a nagy része nem családban él.

Pszichiátriai betegségben eltöltött idő (%-ban) – 6. ábra

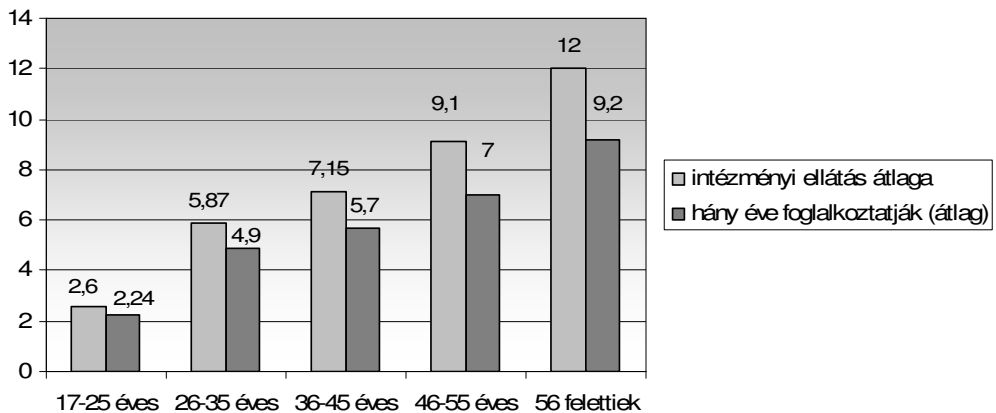


A megkérdezettek 67,6%-a maximum 20 éve beteg.
 A csökkent munkaképesség foka szerint ezt a megoszlást⁵⁹ láthatjuk (%-ban) – 7. ábra



Mindössze 13,4% azoknak az aránya, akik „csak” 60% vagy az alatti munkaképesség-csökkenéssel kell hogy éljenek. A többség, 86,6% viszont legalább 67%-ban elvesztette munkaképességét, vagy ilyen mértékű leszázalékoláshoz elegendő egészségkárosodással kénytelen élni⁶⁰. Annyi mindenképpen jól látható, hogy a döntő többség súlyos egészségkárosodással él, így szociális foglalkoztatásuk vélhetőleg ésszerű.

Átlag hány éve kapnak ellátást az intézményekben – 8. ábra



Van, aki egy éve sincs az adott intézményben, de olyan is, aki már 40 éve lakik ott.

⁵⁹ 1 fő 40%, ill. 1 fő 60%-os munkaképesség csökkenéssel jelent meg (0,1-0,1%), amit praktikussági okokból nem jelenítettem meg.

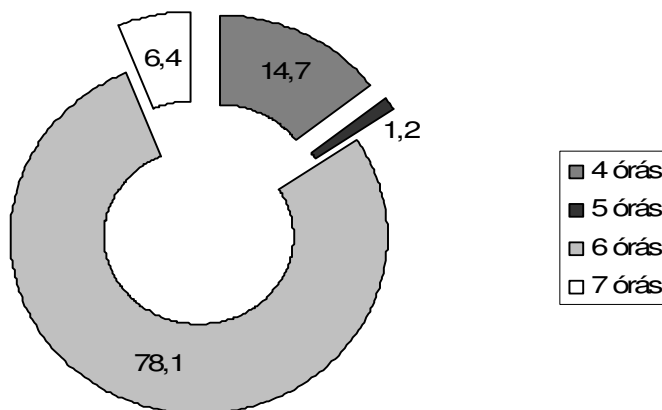
⁶⁰ Talán némi bizonytalanság érezhető a mondatból, ám ez indokolt. A tanulmány idejére esett ugyanis a régi leszázalékolási és az új komplex ORSZI vizsgálatok átmenete. Ezért egyesek már az új besorolás alapján, míg mások még a régi szerint voltak kénytelenek beírni az igényelt válaszokat. Éppen ezért túlzottan mély összehasonlításra a táblázat nem alkalmas, inkább csak tájékoztató jellege lehet.

A grafikon szerint az ellátottak jelentős része úgy emlékszik, hogy foglalkoztatásban is régóta vesz részt. Amint látjuk, igen kis különbségek mutatkoznak a két adatsor között. Hogyan lehet ez? Ez is azt mutatja, hogy az intézményekben már korábban is folyt bizonyosfajta foglalkoztatás (természetes módon), illetve ezzel együtt teret enged annak a feltételezésnek (ami magyarázataink szempontjából fontos), hogy a szociális foglalkoztatás definiáltan más célja, ami megjelent 2006-ban a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatás elindításában, valójában nem feltétlenül változtatott a meglévő intézményi gyakorlaton. Akik eddig is dolgoztak, takarítottak, kertészkedtek, portások voltak, mosodai munkát végeztek, de akár vállalt bedolgozói feladatokat is elláthattak, mint pl. kábelpucolás (fémmentési feladatként, pl. célszervezeti formában) stb., azok most egy más – és számukra igen előnyös, mivel fizetést kaptak érte – konstrukcióban dolgoztak tovább. Másrészt valószínűsíthető, hogy a plusz normatíván keresztül bizonyos finanszírozási előnyöket igyekeztek megragadni⁶¹ az intézmények (egyéb-ként teljesen érthető módon, hiszen sok helyütt a pszichiátriai otthonok már-már az embertelenségig lelakottak, finanszírozásuk pedig alig elegendő), miközben a módszertani változásokra nem minden esetben helyeztek akkora hangsúlyt⁶².

⁶¹ Ez akár még elmarasztalólag is hangozhat, de csak addig, míg nem ismerjük a tényeket. A pszichiátriai intézetek – leginkább a bentlakásos intézeteket értem alatta itt – néha már az embertelenségig fokozódó körülmények között voltak kénytelenek működni az elmúlt években. Természetes folyamat volt az intézmények részére, ha egy új finanszírozási formát ennek megváltoztatására is fel kívánták használni. Másodsorban, mivel a foglalkoztatásra szánt normatíva döntő része (80-90%-a) az ellátottak fizetésére lett kötelezően kifizetve, az intézmények csak áttételesen (az ellátottak jövedelmi viszonyainak javulásán keresztül) tudják leginkább kihasználni az így kibővült lehetőségeket. Harmadrészt az a része a normatívának, amely nem az ellátottak fizetésére számított, az intézmény foglalkoztatóinak normalétszámát segítette előteremteni (ez 30 főnként két foglalkoztatott jelentett 2009 végéig, ami nem kis személyi jellegű költségemelkedést jelentett az intézményeknél).

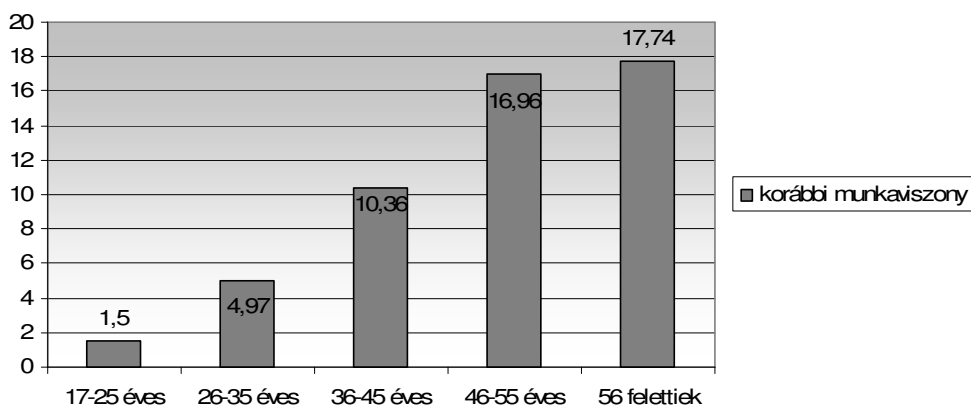
⁶² Ez leginkább annak köszönhető, hogy – ahogy már említettem – nem nagyon voltak (és vannak) felkészülve ezek az intézetek az igazi piacorientált munkavégzéssel kapcsolatos változásokra, amelyek pedig az egyik fókuszát jelentik a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásnak. És ez nem csak az ő hibájuk, mivel a szociális ellátásban ez korábban alig jelent meg kritériumként, egy szervezet és egy rendszer pedig nem képes egyik napról a másikra megváltozni, annak idő kell.

Hány órás foglalkoztatásra szól a papírja (%-ban)? – 9. ábra



Mint látjuk, a többség, 78,1% hatórás foglalkoztatási papírral rendelkezik, illetve még a négyórás foglalkoztatás papírok fordulnak elő nagyobb számban (14,7%).

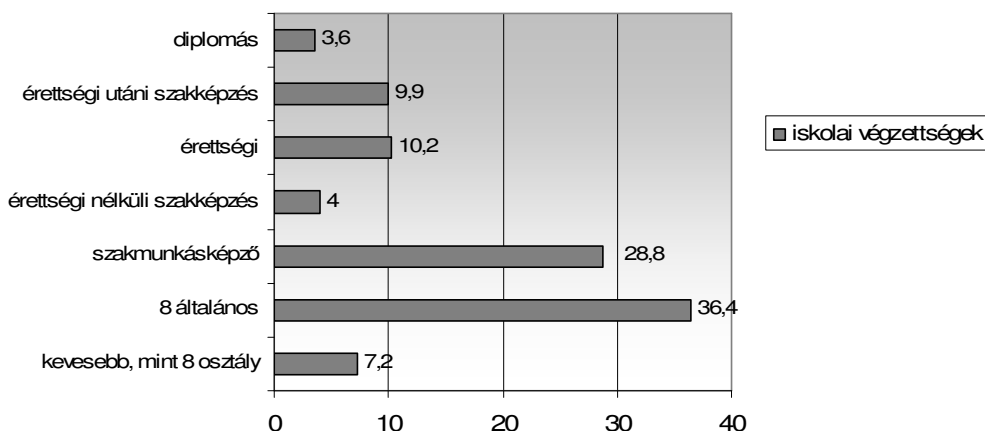
Hány év munkaviszonnyal rendelkezett az intézménybe kerülés előtt (évben)? – 10. ábra



Mindezt némileg árnyalja, hogy 6,5%-a az ellátottnak nem rendelkezik intézményen kívüli munkaviszonnyal (a legmagasabb munkaviszony viszont 44 év). A többség azonban már egyéb helyen korábban dolgozott. A nappali ellátásban jól ismert annak a csoportnak a sorsa, akik etnikai háttérrel, alacsony iskolázottsággal a rendszerváltás idején került ki a munkaerőpiacról, és akik az elmúlt években nemegyszer éppen állapotukból, helyzetükből kifolyólag váltak pszichiátriai betegekké, majd kerültek be az ellátórendszerbe. Rajtuk keresztül is tudjuk, hogy az ellátottak jelentős része kevés munkaviszonnyal rendelkezik korábbról, ami komoly nehézsé-

gek elé állítja a mindennapokban a fejlesztésre elszánt intézményeket, hiszen gyakran meglelt embereknél (köztük van analfabéta is!) kell kialakítani fiatal korban meg nem tanult vagy már elfeledett munkakompetenciákat.

Iskolázottság (%-ban) – 11. ábra



Az ellátottak több mint háromnegyede (76,4%) nem rendelkezik érettséggel sem, akik közül 7,2%-nak a nyolc általános végzettsége sincs meg, és 36,4% csak ezzel az alapvégzettséggel rendelkezik. Kb. minden ötödik vagy érettséggel vagy erre épülő képzettséggel is rendelkezik. 3,6%-uk viszont felsőfokú végzettséget szerzett (diplomás).

Vagyis a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban újabb nehézség az, amelyet a táblázat mutat. Az alacsony iskolai végzettség ugyanis önmagában is gyakran párosul alacsony munkakompetenciákkal, a pszichiátriai kórképek és az ehhez kapcsolódó egyéb hátrányok pedig igen komor képet festenek a fejleszthetőséggel kapcsolatban. Ami persze nem azt jelenti, hogy a fejlesztésük elképzelhetetlen, azonban mindenképpen a mostani rendszer átgondolására készlet⁶³.

Összbenyomásként mit mondhatunk?

A vizsgált alapsokaság szinte mindennel rendelkezik, ami a munkakompetenciák elvesztéséhez és a többszörösen hátrányos helyzet kialakulásához

⁶³ Leginkább azért, mert a mostani rendszerben az egyetlen tisztán definiált követelmény, hogy idővel kikerüljenek ezek az emberek a munkaerőpiacra. A fenti táblázat fényében nem botorság arra következtetni, hogy ettől azért színesebb kell hogy legyen a kimeneti utak skálája, mivel alig hihető, hogy ez minden esetben bekövetkezhet. Ezekben az esetekben talán helyesebb cél, hogy legalább az intézményi foglalkoztatásban, vagy egyéb védett foglalkoztatási formában – amelyek pontosan definiáltak, eltérően a mostani rendszer hiányosságokkal tüzdelt rendszerétől – kapjanak helyet ezek az emberek, mivel azt számos tapasztalat mutatja, hogy viszonylag komoly termelőkapacitás is meghúzódhat ezekben az embereknél, csak a környezet és az ellátás megváltozása kell ahhoz, hogy mindez hadra fogható legyen.

szükséges. Megragadható a társadalmi kirekesztődés több eleme (mint pl. a házasságok elmaradása, alacsony iskolai végzettség stb.), mindent egybevetve a deviáns⁶⁴ lét alfája és ómegája.

Vizsgálatunkban mégis arra teszünk kísérletet, hogy megragadjuk azt a hatást, amely rájuk is fejlesztőként hat, amely az élet részbeni átalakítására képes. Ezen hatás nélkül ugyanis kérdéses, hogy a gazdasági számításaink, amelyekkel egy logikailag más szektor felől igyekszünk megközelíteni a kérdést, átfordíthatóak-e komolyan támogatott munkahelyteremtő és nemzeti jövedelmet emelő projektekké.

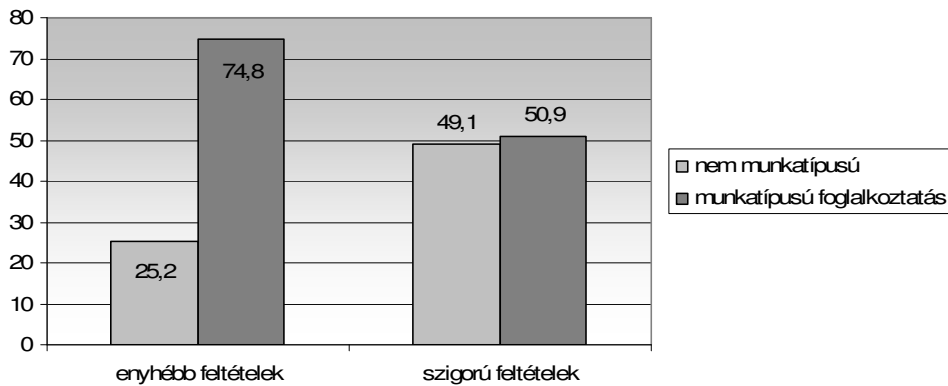
6.4 Adatelemzések – az alapváltozók

Kutatásunkhoz egy dichotóm alapváltozó szolgál kiindulási egységként, amely által igyekszünk elkülöníteni azt a két alapvető csoportot (munkatípusú vagy nem munkatípusú foglalkoztatásban vesz részt), amelyen érzékelhetjük a különbségeket, amelyek hipotézisem szerint a foglalkoztatás eltéréseivel magyarázhatóak.

Az adatok elemzése kapcsán folyamatosan felmerült a probléma, hogy kiket tekinthetnek ténylegesen munkaszerű foglalkoztatottaknak. Minél szigorúbb feltételeket állapítok meg, annál valószínűbb, hogy ténylegesen kiszűrtem az egyéb intézményi hatásokat, míg ennek a fordítottja is igaz, minél kevésbé erős feltételrendszerben végzem az összehasonlítást, annál valószínűbben kerülnek be olyanok is, akikre csak kevésbé igazak a megállapítások, vagyis a határok egyre inkább elmosódnak.

⁶⁴ Némileg vitatom a deviancia társadalmi kategóriájába való besorolását a pszichiátriai betegeknek. Ha biológiai alapokra helyezzük az ismérveiket, ahogy ma az orvostudomány teszi, akkor némi következtelenséget vélek felfedezni a többi betegséghez képest. Ebben az értelemben minden „normálistól” eltérő kategóriájába kellene belepréselnünk az összes betegséget és beteg embert (R. Merton is tesz erre említést; Merton, 1968.). Egy tanulmányomban éppen ezzel vitatkozva azt állítom, hogy a pszichiátriai betegségek inkább tekinthetők besorolás szempontjából a vallásos világkép továbbélésének, mint következetes deviancia-klasszifikációs elemnek. Lásd: Gyetvai Gellért: A deviancia mint társadalmi kategória, 2008, kézirat.

Nézzük meg, hogy két feltételrendszer milyen megoszlást mutat (%-ban) – 12. ábra



Ha a határokat engedékenyebben állapítom meg, a betegek háromnegyede kerül a munkatípusú foglalkoztatásba, és csak egynegyede az, aki egyéb foglalkoztatási típusba sorolandó (a tapasztalat itt kezd figyelmeztetni!). Ebben az esetben azonban vélhetően sok olyan is bennmarad a munka kategóriájában, aki más feltételek mellett nem kerülhetne oda. Egyik ilyen feltétel pl., hogy amikor dolgozik, ténylegesen azt érzi-e, hogy dolgozik. A kérdés azért igen fontos, mert mint tudjuk, leginkább az érzések (benyomások) oldaláról lehet megközelíteni a hipotéziseket, ez a feltételrendszer pedig épp ezt gyengíti. És éppen a piaci viszonyok közelsége adja azokat az érzéseket, amelyek mentén lényeges összehasonlításokat tehetünk. Másrészt olyanok is benne maradnak a változó tipológiája szerint, akik nem mindig (nem folyamatosan) végeznek munkát, ami azt a feltételezést is megengedi, hogy többször nem, és csak ritkán igen.

Természetesen több minden szól az mellett, hogy ezt a változót is lehet használni a hatások méréséhez, azonban éppen az emberek ebben szunnyadó nagyobb varianciája miatt értékesebbnek láttam, ha egy ettől homogénebb csoporton keressük a munka vélt hatásának mérhető értékeit. Nem csak azért, mert így erősebben lehet érzékelni a hatás meglétét, ami egyértelműbbé teszi az eredményeket, hanem azért is, mert ez szűri ki éppen a homogenitásából kifolyólag a legtöbb intézményi hatást⁶⁵, amely nagyon is ott lebeg Damoklész kardjaként a kutatás felett. Ez mellett szól

⁶⁵ Közösségi, ill. intézményi hatásként értékelek minden olyan hatást, ami nem a munkavégzés munkakörülményei következtében generálódik, hanem pl. a közösségi élményeken, jó beszélgetéseken, társas összejöveteleken keresztül. Természetesen ezek a munkavégzés következtében is megjelennek, azonban ott úgy vélem nem nőnek felül a munka hatását, míg éppen a munkajellem megkérdőjelezése miatt egyéb helyeken ez a feltétel vélhetőleg nem teljesül.

az is, hogy egy ilyen típusú kutatásban leginkább ideáltípusok mentén tudunk elég sarkos megkülönböztetéseket tenni. Az ideáltípusokban pedig a minél nagyobb eltérésekre, a lehetőleg minél kisebb közös részalmazra kell törekednünk (vagy teljes elkülönülésre). Ezért létrehoztunk egy erősebb kritériumok szerinti változót is, amely viszont igyekszik kizárni minden olyan esetet, amelyben az említett intézményi és egyéb hatások erősen megjelenhetnek.

Láthatjuk, hogy a megoszlások, ahogy vártuk is, némiképp módosultak. A második besorolás alapján az ellátottak 50,9%-a felel meg azoknak a kiválasztási kritériumoknak, amely mentén vizsgálandóknak szándékozunk. Ők azok, akik egyrészt jelölésük szerint munkarendszerű foglalkoztatásban vesznek részt folyamatosan, másrészt éppen ebből kifolyólag úgy is érzik, hogy dolgoznak.

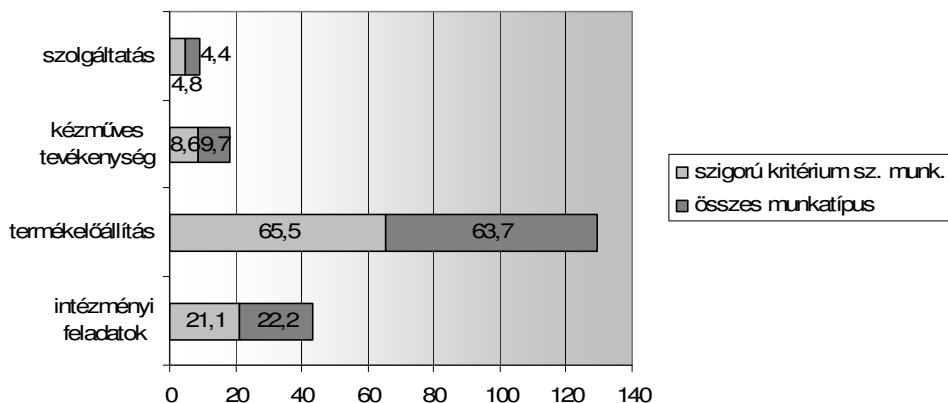
Természetesen az adatfeldolgozás közben folyamatosan ellenőriztük a talált összefüggéseket az enyhébb kritériumokat meghatározó változónkon is (egészen a háromdimenziós ellenőrzésekig). Előzetesen elmondhatom, hogy éppen a nagyobb fokú heterogenitás miatt a megengedőbb változónk gyengébb asszociációkat mutatott a függő változókkal, másrészt az ellenőrzések kapcsán megtartotta az eredeti összefüggéseket, csak némileg eltolta az eredményeket a kiegyenlítődés felé.

Az ellenőrzés ilyen módját azért tartottam fontosnak, mert éppen a pszichiátriai betegségek kapcsán (de a csökkent munkaképesség mentális összefüggéseiben ez általában is igaz) mindig nagy kérdés, hogy a munkához kapcsolódó terhelések (idő és teljesítménykényszer pl.) mennyiben vehetnek részt a foglalkoztatásban. Az erősebb változónk ugyanis ebből vélhetően többet tartalmaz. Eközben jó néhány olyan munkajellegű feladat lehet, amely bár „rendes munka” (vagy legalábbis így is lehet végezni), ez a fajta teljesítmény és időkényszer nincs meg benne: portás, kapus, telefonos szolgálat stb. A kevésbé érzékeny változónk pedig ezeket a munkákat inkább magába foglalja.

Mivel azonban semmilyen jelentős változást – jellemzően – nem hozott az összehasonlítás, legfeljebb csak összefoglaló elemzések kapcsán fogok említést tenni az ilyen ellenőrzésekről.

Kutatásunkban tehát alapvetően független változóként az erősebb kritériumok szerint választott dichotóm (munkatípusú vs. nem munkatípusú, vagy egyéb foglalkoztatásban vesz részt) változónkat fogjuk kiindulási pontként kezelni.

Alapváltozó szerinti munkatípusok megoszlása (%-ban) – 13. ábra



Sem a fő, sem a melléktevékenységek (pl. szolgáltatás) kapcsán nem találtunk jelentős eltérést a populáció és a választott alapváltozónk között. A termék-előállításban szerepeltettük a gyakori drótmentési, csupaszítási feladatokat is, mivel azok bizonyos alapanyag feldolgozási feladatnak minősülnek. A kézműves tevékenységek szintén termék előállítást jelentenek, azonban kevésbé ipari jelleggel bírnak (bár egyes elemei mint pl. a kosárfonás iparinak is felfogható). Jelentős számban találtunk intézményi feladatokat, parkgondozás, irodai munkák, portás stb. Ez úgy vélem természetes velejárója a munkajellegű foglalkoztatásnak, illetve tényleges és nagyon is funkcionális igényeket elégít ki, amellyel jelentősen hozzájárul az intézmények költségvetésének egyensúlyához. A szolgáltatás részben található pl. a csomagolási feladat. A jelentős része az ellátottaknak valamilyen termék előállítási tevékenységben vesz részt, amely egyrészt előkészítő munkákat jelent, mint varrodai anyagok, ipari termékek előkészítése, másrészt konkrét termékek előállítását, mint pl. alkatrész összeszerelést, hálókészítést, irattartó készítést stb.

6.4.1 Ellenőrző változók

Pszichiátriai ellátásról és intézményi létről lévén szó, nagy kérdés, hogy el tudjuk-e megfelelő módon választani a hatásokat, illetve egyéb – egyébként erősnek gondolt hatások – nem fednek-e el valamit, nem szólnak-e bele rejtett módon a mért összefüggésekbe? Mivel komolyan kell számolnunk egy ilyen kutatásnál az egyéb összefüggésekkel, két ellenőrző változót (időnként többet is, de ezeket standard módon) vontunk be a kutatás menetébe: intézménytípus és betegségcsoportok. Ez az a két fő terület, ahonnan az egyéb hatásokat várjuk, amelyek komolyan beleszólhatnak a mért kapcsolatokba. Az adatfeldolgozás kapcsán e két változó szinte minden esetben ellenőrző változóként szerepelt (az enyhébb kritériumok szerinti változó mellett, illetve az ellenőrzéseket jórészt azon is elvégeztem).

Mindez igen bonyolulttá tette a kutatást⁶⁶, azonban arról győzött meg, hogy a végül közölt grafikonok valóságos kapcsolatokat és értékeket tükröznek. Az ellenőrzések kapcsán kapott összefüggésekről az egyes elemzési csoportok végén, az összesítésben mindenképpen említést teszek majd.

6.5 Elemzések

A most következő elemzések három területen igyekeznek nyomon követni a munka hatását:

- egészség: egészség érzésével, fiziológiai kérdésekkel összefüggő változások;
- szociális: közösségi létében bekövetkező változások;
- mentális változások.

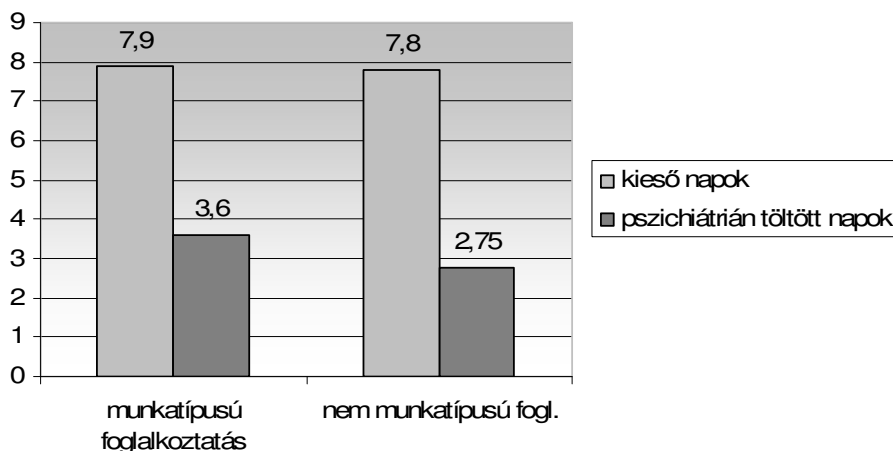
Fontos megjegyeznünk, hogy alapvetően olyan változásokat igyekszünk találni, amelyeket a megkérdezettek megélték. Pl. a fiziológiai változások kapcsán nem arra voltunk kíváncsiak, hogy ténylegesen nőtt-e vagy nem az illető testsúlya (nem mértük), az alvásproblémái műszeresen mennyire kimutathatóak, hanem arra, hogy az illető érzése szerint mi történt. Vagyis nem végeztünk műszeres és egyéb fiziológiai méréseket, összehasonlításokat, hanem azt igyekeztünk látni, hogy az illető hogyan élte meg az adott kérdéseket. Ennek oka az a társadalomtudományi és szociálpszichológiai közhely, hogy a világ nem olyan, amilyen, hanem amilyennek látjuk, érzékeljük, amilyennek megéljük. Nem feltétlenül kell valakinek fogynia ahhoz, hogy soványabbnak (valójában esetleg csinosabbnak) érezze magát, ergo, hogy jobban elfogadja a testét, a valót, ahogy az anorexia vagy a bulimia nervosa betegsége arról ad képet, hogy mennyire nem szükséges ahhoz súlyfelesleggel rendelkezni, hogy valaki elfogadhatatlanul kövérnek, vagyis valójában csúnyának (esetleg rossznak, bűnösnek!) érezze magát. Ezzel kimondjuk azt is, hogy ténylegesen az egészség kategóriájánál inkább arra voltunk kíváncsiak, hogy mennyire elfogadó magával szemben, mennyire érzi pozitívnak az egészsége változását. Persze – pl. az alvásproblémáknál – időnként olyan adataink is lettek, amelyek egészségi szempontból is értékelhetőek, azonban a cél leginkább az előbb említett módon áttételes volt.

⁶⁶ Az ún. Lazarsfeld-paradigma logikája szerinti ellenőrzések esetén a több ellenőrző változó, különösen, ha ezek nem dichotóm változók, igen bonyolulttá tehetik a kutatás menetét. Esetünkben az egyik változó (intézménytípus) háromértékű nominális, míg a másik (betegségcsoportok) ötértékű nominális változó volt. Ehhez még hozzájárult, hogy az elemszámok úgy oszlottak meg, hogy egy kategória olvasztott magába 66-75%-nyit, míg a többiek osztoztak a maradékon. Ezért az összefüggéseket külön még az említett ellenőrző változók kétértékűre kódolt változatán is leellenőriztem.

Kutatásunk alapvetően a jelen állapotát igyekezett egy retrospektív visszatekintéssel összevetni, és a meglévő különbségek alapján igyekezett reflektálni az adatokra.

6.6 Egészségügyi kérdések

Munkából kiesett napok (átlag) – 14. ábra

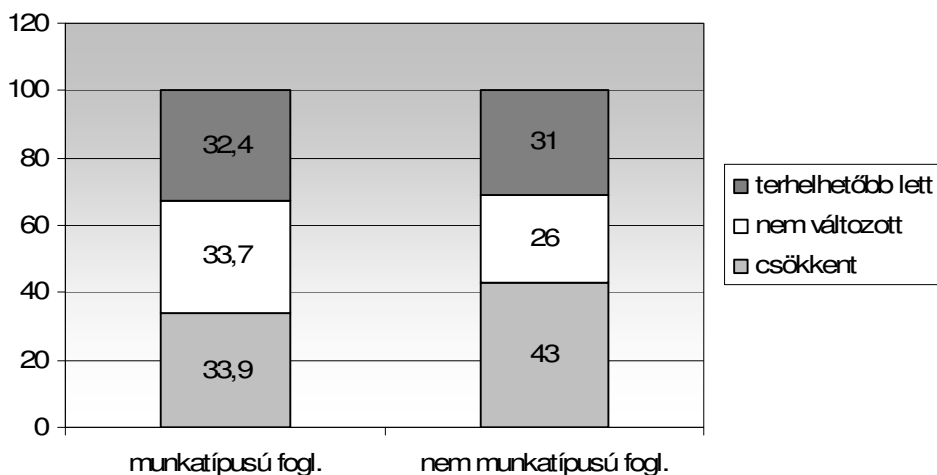


Mint látható, a „táppénzes” napok tekintetében az átlagok gyakorlatilag megegyeznek (7,9 vs. 7,8 átlagosan kieső nap), némi eltérést inkább a kórházi napok (pszichiátriai kezelés miatti kórházi napok) tekintetében mérünk. A munkában lévők átlagosan 3,6 kieső napja mellett a másik foglalkoztatási formában átlag 2,75 kieső nappal számolunk. Vagyis mindkét csoport ugyanannyi napot esik ki éves szinten a „munkából”, azonban ezen belül egy kicsit (és a különbség nem nagy – nem „szignifikáns”) több időt töltenek el a munkában lévők a pszichiátriai osztályokon.

Tovább vizsgálódva kiderül, hogy mindkét csoportban 43,3%-43,4% azoknak az aránya, akik egyáltalán nem esnek ki a munkából. Ezen belül azonban különbség mutatkozik a pszichiátriai napok tekintetében: a kieső dolgozók 61,1%-a ugyanis egyáltalán nem igényli a pszichiátriai osztályon tartózkodást, miközben a nem munkatípusú foglalkoztatásban ez az arány kicsit kevesebb, 58%. Miért van ez? A munkatípusú foglalkoztatásban bár kevesebben esnek ki egy kicsit pszichiátriai gondozás miatt, egy szűk réteg, amikor pszichiátriai kezelést igényel, jellemzően több napot vesz igénybe, mint a másik csoport hasonló rétege, ami egy kicsit eltolja az átlagokat (az átlagok érzékenyek a kiugró értékekre!).

Így elmondható, hogy bár átlagosan több napot töltenek pszichiátriai gondozásban, kórházak pszichiátriai osztályán azok, akik dolgoznak, valójában többen vannak ebben a csoportban azok, akik egyáltalán nem igényelnek ilyen ellátást általában.

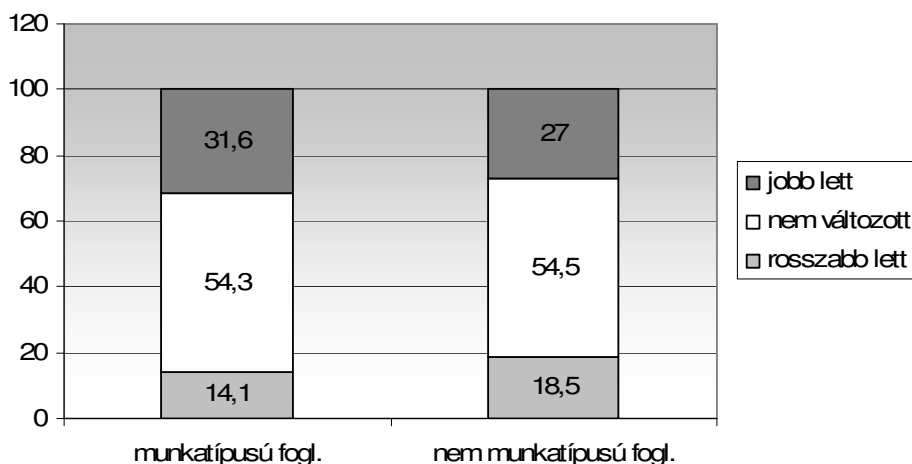
Terhelhetőség változása (%-ban) – 15. ábra



A terhelhetőség a munka (és fejlesztés) kapcsán egy fontos ellenőrzési pont. Azt feltételezzük ugyanis, hogy a szakszerű foglalkoztatásban, ami alatt a szociális elemek megfelelő meglétét értjük itt, a munka inkább fokozza a terhelhetőséget (általában), mint csökkentené⁶⁷. Mint látjuk, elég jelentősnek mondható különbségek lehetnek a két csoport között. Míg 66,1%-ban a munka vagy legalább megtart (33,7%), esetleg javítja a teljesítményt (32,4%), addig a nem munkatípusú foglalkoztatásban ez mintegy 9%-kal gyengébb arányokat produkál (kumuláltan: 56,9%). A foglalkoztatás negatív hatásánál láthatjuk, hogy míg a munkában lévők csak 33,9%-ban mondták azt, hogy csökkent a teljesítményük, addig velük szemben az egyéb kategóriában 43% áll. Ez a különbség aztán abszolút értékben jelentős számokat produkál. A munkában lévők összességében is többen mondják azt, hogy inkább nőtt a terhelhetőségük (32,4% szemben a 30,9%-kal), azonban a hatás a szinten tartó erőnél a nagyobb, közel 8% a munka javára. Így, bár nem minden esetben jelentősek a különbségek, a munka hatása egyértelműen pozitívabb.

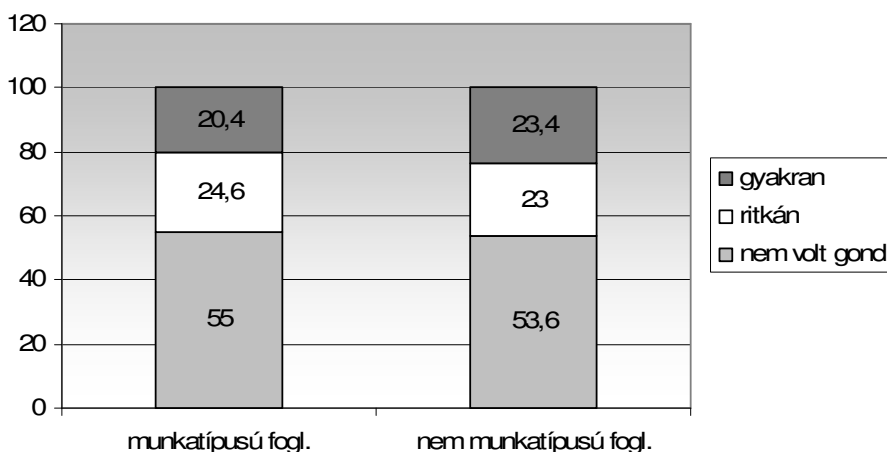
⁶⁷ A szociális foglalkoztatás célcsoportjában nem feltétlenül várható el a terhelhetőség javulása minden esetben. Másrészt a célcsoport munkában tartása abban a biológiai feltételrendszerben kell, hogy igaz legyen, amelyben a korrrel automatikusan csökkenhet a teljesítmény. Az eredmény ezzel együtt figyelemre méltó.

Étvágya alakulása (%-ban) – 16. ábra



Miközben az étvágya mindkét csoportban mintegy 54%-nak nem változott, a munka inkább hatott az étvágy növekedése irányába (31,6% munka, szemben a másik csoport 27%-ával). 14,1% mondta csak azt a dolgozók közül, hogy romlott az étvágya, miközben 18,5% számolt be romlásról a másik csoportban. Összességében kb. 4%-kal jobb csökkenési mutatókat és ugyanennyivel jobb növekedési mutatókat produkált a munkatípusú foglalkoztatás.

Milyen gyakran voltak az elmúlt fél évben emésztési problémái? (%-ban) – 17. ábra



A dolgozók 20,4%-a számolt be gyakori emésztési problémákról, szemben az egyéb kategória 23,4%-ával. A dolgozóknak viszont 24,6% ritkán megjelenő emésztési problémákra emlékszik, miközben az egyéb foglalkoztatásban ez az arány kicsit csökkent, 23%. A két csoportban közel azonos

arányban nem érzékelték magukon emésztési problémákat (munka 55% vs. egyéb 53,6%).

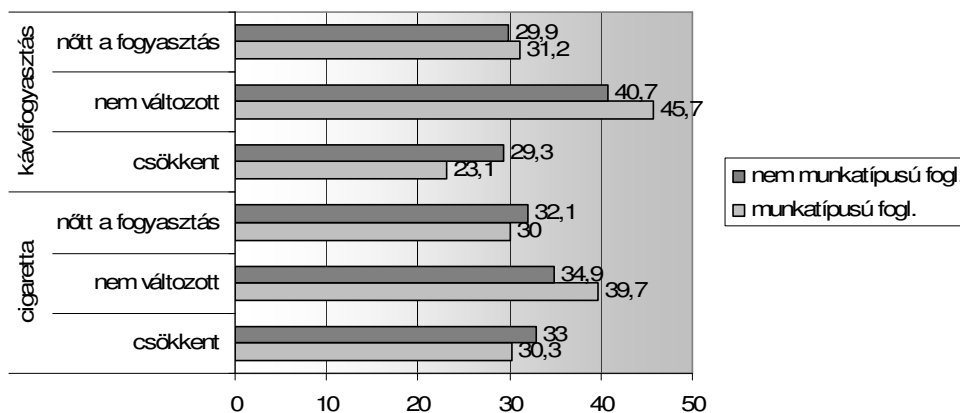
Így miközben többen vannak kicsivel azok a dolgozók között, akiknek egyáltalán nem voltak ilyen problémáik, a „gyakran” rubrikák összehasonlítása is a munkát végző csoportnak kedvez, habár a különbségek nem túl nagyok (ebben kicsivel kevesebben szenvednek gyakori emésztési problémáktól).

Alvász problémák (%-ban) – 18. ábra



A munkatípusú foglalkoztatás esetén 56,9% mondta, hogy nem voltak ilyen problémái, míg vele szemben a másik kategóriában 52,7% áll. Viszont gyakorlatilag azonos arányt mutat mindkét csoport a ritkán alvásproblémát érzők között (21,7%-21,8%). Eltérés érzékelhető azonban az alvásproblémát gyakran érzők között (munkatípusú: 21,4%, egyéb: 25,5%).

Izgatószerke (kávé, cigaretta, alkohol) (%-ban) – 19. ábra

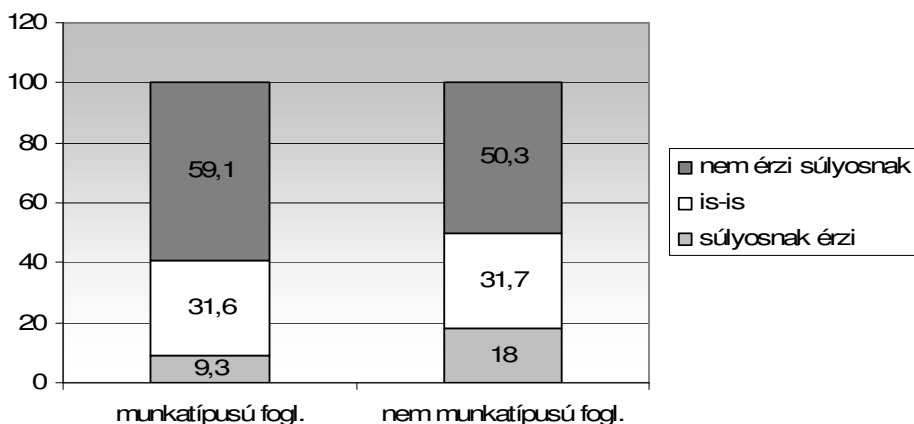


Míg az alkoholfogyasztásban csak tizedesnyi eltéréseket találtunk (így elemzésétől eltekintünk), a kávéfogyasztás és cigarettafogyasztás némi eltérést mutat: a munkatípusú foglalkoztatás kevésbé csökkenti az izgatószerke használatát, a szinten tartásban azonban erősebb hatást fejt ki, miközben kicsit nő ennek hatására az említett izgatószerke fogyasztása.

Azonban a nem munkatípusú foglalkoztatásban az intézményi ellátás összefüggésében a nappali ellátás nagyban meghatározta az összefüggést (megfordította). A betegségek összefüggésében ötből négy betegségcsoportban változott a kapcsolat mindkét területen (a munka hatása pozitívabbá vált), kivéve a skizofréniáknál (ez nem befolyásolta egyik csoportot sem – emlékezzünk, arányuk 72,6%). Úgy tűnik tehát, nem minden esetben érezhető intézmény befolyás az izgatószerke használatában, viszont ha igen, a tendencia az, hogy a nem munkatípusú foglalkoztatás esetén szől bele az összefüggésekbe.

A betegségek esetén pedig nem mondunk újat, amikor diagnosztizáljuk, hogy az affektív zavarok és a kényszerek esetén a betegség természetes módon hat a fent vizsgált szerke fogyasztására. Azonban azt is meg kell jegyeznünk, hogy a mennyiségi mértékeket nem tudjuk, így a kapott értékek vázlatosak, további információkat egyéb összehasonlítások után lehetne feltárni, ami azonban jelenleg nem feladatunk.

Mennyire tartja súlyos betegnek önmagát (%) – 20. ábra



Összefüggés mutatkozik a betegség súlyosságának érzete és a foglalkoztatás között. Azt láthatjuk, hogy a munkatípusú foglalkoztatás mintegy 9%-kal jobb értéket produkál a nem érzi súlyosnak betegségét kategóriában (59,1 vs. 50,3%). Azok, akik nem érzékelnek változást azóta, amióta foglalkoztatásban vannak, mindegy hogy melyik csoportban kapnak helyet, arányaik szinte hajszálra megegyeznek. Viszont kevesebben vannak a dolgozók között, mindössze 9,3%-nyian azok, akik inkább súlyosabbnak érzik az állapotukat a foglalkoztatás óta, szemben a 18%-nyi nem dolgozóval. És

a kapcsolatok megmaradnak az intézményi összefüggésben. Ez azért érdekes, mert gyakran elismételjük magunk között, hogy a bentlakásos intézményekben általában a súlyosabb esetek vannak, míg a nappalikban a kevésbé azok. Az összefüggésbe mégsem szól bele az intézmény típusa. Ennek több oka lehet. Egyrészt vélhetően a kevésbé súlyos esetek kerültek a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásba, így azok a különbségek, amelyeket magunk között említeni szoktunk, nagyrészt eltűnnek. Másrészt a foglalkoztatásnak, úgy véljük, van egy standard közérzet-, egészségérzet javító hatása, amely nem minden esetben függ a betegség súlyosságától.

E fontos kérdés tehát egyértelműen a munkatípusú foglalkoztatás irányába dőlt el. Ezt később még láthatjuk visszaköszönni az egyéb mentális kérdéseknél, és fontos tényként kezeljük, hiszen a betegségtudat az egyik legfontosabb olyan indikátor, amely hozzásegít bennünket a megfelelő következtetésekhöz.

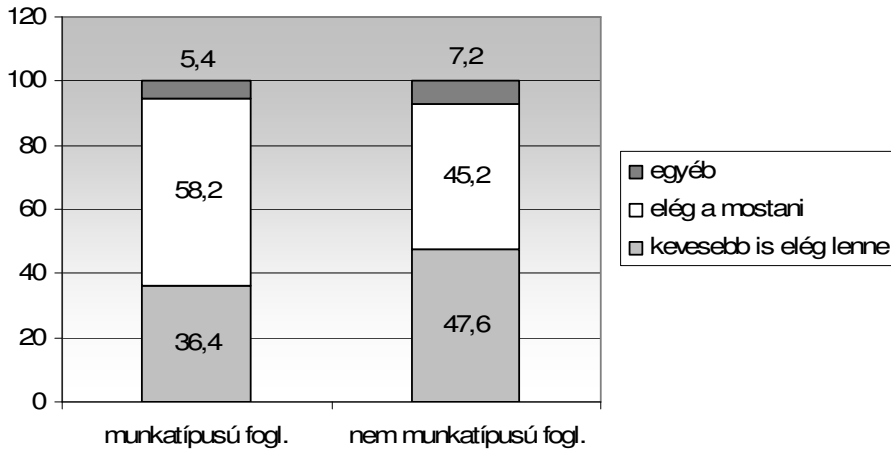
Gyógyszerfogyasztás (%-ban):

Sok kérdést vetett fel bennem, hogy vajon van-e értelme rákérdezni a gyógyszerfogyasztásra, az erről kialakult véleményekre. Egyrészt azért, mert a betegek állapota gyakran nem teszi lehetővé, hogy objektív módon tudják eldönteni, hogy ebben a tekintetben mennyiben és mi a jó számukra, másrészt a gyógyszerfogyasztásnak és a biológiai szükségletnek nem mindig valós az összefüggése. Mit értek ez alatt?

A pszichiátriában (de egyéb esetekben is) jól ismert a gyógyszerfüggőség tünete. Az az állapot, amikor az emberek nem biológiailag, hanem lelkileg kezdenek függeni⁶⁸ a gyógyszerektől. A hatásra magam is számos példát láttam, amikor komoly szomatikus tünetek váltak köddé ún. placebo hatására. A pszichiátriában pedig, ha lehet ilyet mondani, még erősebben él a gyógyszerektől való lelki függés. Ez pedig azt is jelentheti, hogy nem feltétlenül akar kevesebb gyógyszert szedni, aki egyébként ténylegesen jobban érzi magát. Egy idő után a betegek számára amolyan biztos támasszá válhat a gyógyszeresedés ténye, illetve megszokhatják (pl. a nyugtatók vagy antidepresszánsok tekintetében) a könnyebb megoldások útként kezelni a gyógyszereket (a kémiai függésről nem is beszélve). Végül mégis megnéztem, milyen megoszlást találhatunk. Az eredmények a következőképpen alakultak (%):

⁶⁸ Természetesen a legtöbb esetben kémiai függőséget is fel kell tételeznünk.

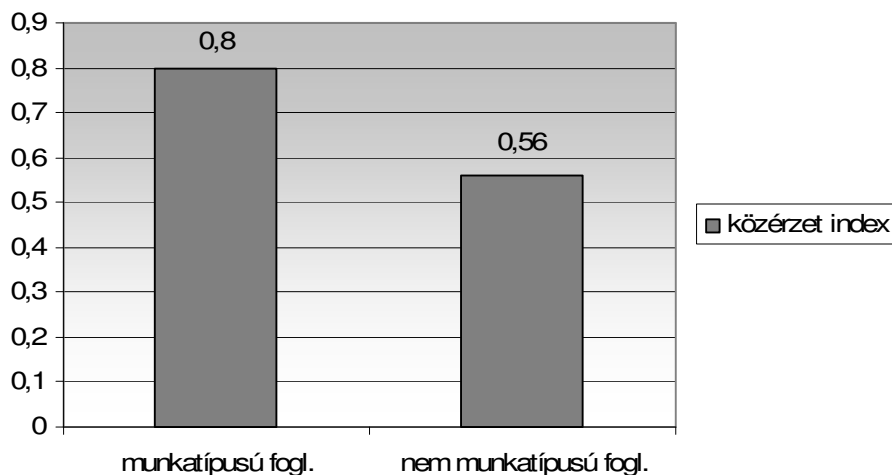
21. ábra



A tendenciák hasonlóak, bár az összefüggésekben azért vannak különbségek. A dolgozók között nagyobb az arány (58,2%), akik szerint a mostani gyógyszeradag a megfelelő, szemben a kisebb arányt képviselő másik csoporttal (45,2%). Viszont kevesebben, csupán 36,4%-nyian mondják a dolgozók között, hogy kevesebb is elég lenne, szemben a másik csoport 47,6%-ával. A maradék (5,4% dolgozók vs. 7,2% nem dolgozók) közel azonos arányban vagy nem tudja, mi is lenne a jó neki, vagy inkább több gyógyszert szeretne mindkét csoportban.

Nem könnyű értelmezni a kapott összefüggést. Egy következtetési lehetőség azonban adódik: úgy tűnik, a nem munkatípusú foglalkoztatásban kritikusabbak az emberek (kezelésüket illetően), míg a munkatípusúban elfogadóbbak, hiszen inkább elfogadják az orvos által számukra kiírt gyógyszer mennyiséget. Ez akár jelenthet egy kifejezettebb és pozitívabb együttműködési szándékot is (pl. az orvosokkal). Ha így értelmezzük, akkor mindenképpen a dolgozók javára írható, hogy a kooperáló szándék náluk erősebb. Ez az értelmezés közelebb hozza őket az egészséges populációhoz, ahol az orvosok beavatkozását ma még kevésbé fogadjuk kritikusan.

A végén nézzük meg, milyen közérzetről vall a két csoport! – 22. ábra



A két oszlop azt mutatja, hogy elég jelentős különbségek jellemzik a megkérdezettek két csoportját, ahhoz képest, hogy milyen foglalkoztatásban vesznek részt. Az indexpontszámok⁶⁹ szerint a munkatípusú foglalkoztatásban lévők jobb közérzetről számolnak be, mint összehasonlításként vett társaik. Vagyis inkább vallanak az általános közérzetük kapcsán magasabb értékekről, mint nem dolgozó társaik. Ez pedig fontos mutató. Mindez jó zárszónak tűnik az egészségkérdések összefoglalása előtt.

6.6.1 Összefoglalás az egészségügyi részhez

Nem mindig mutatható ki nagy különbség a foglalkoztatottság két alapvető válfaja és az egészségérzet itt vizsgált területei között. Viszont minden esetben megtalálható a különbség, és az tendenciózusan a munkatípusú foglalkoztatás felé billenti a mérleget, vagyis erősebb egészségmegővő hatást produkál a vizsgált itemek esetén. Emlékezzünk vissza, hogy minden esetben pozitívabb hatásokat regisztráltunk a munkavégzés, mint a nem munkatípusú foglalkozások kapcsán (talán az izgatószerkelete kivétel).

Azt azonban látnunk kell, hogy mindez egy védett környezetben történő munkavégzés esetén kapott eredmény (még ha jól igazolható kiterjeszhetőségre is adhat alapot időnként). A piaci jellegű munkavégzés ugyanis sok esetben inkább egészségromboló hatású. A pszichiátriai intézetekben dolgozók egy része is ezzel összefüggéssel mondható (legalábbis részben) betegnek. A védett környezet pedig, és a szociális elemek megfelelő megéléte képes bizonyos egészségi tényezőket jó irányba fordítani. A kiválasztott területek azonban korántsem a teljes egészségi skálát fogják át, ez nem

⁶⁹ A két mért változó különbségének az átlagait számoltam ki, és használtam indexként.

is volt szándékunk. Inkább néhány olyan területről adnak adatokat, amelyek könnyen összefügghetnek pszichiátriai kórképekkel (és a munkával). A vázlatos betekintés inkább azt szeretne volna érzékelni, hogy a munkának, ha megfelelő módon végeztetik, jobb egészségmegőrző funkciója lehet, mint az egyéb tevékenységeknek. Ez pedig a munkatípusú foglalkoztatás előnyét mutatja, amely pedig alátámasztja azt a tézist, miszerint reintegrálni olyan módon érdemes az embereket, hogy a piaci viszonyokhoz minél közelebbi formában legyen lehetőség visszatanulni a munka világába.

Mit láthatunk az ellenőrző változók kapcsán? Az összefüggésekbe gyakorlatilag nem szól bele a legnagyobb betegségcsoport, a skizofréniák, amely – fontos megismételniük – a populáció 72,6%-át jelenti, vagyis a döntő többséget. Az egyéb betegségkategóriák azonban néha igyekeznek kivenni a részüket, és beleszólni a munka és egészségérzet összefüggésébe, leginkább pedig az affektív betegségek, illetve a szorongás, kényszer betegségei. Ezekben az esetekben egy kissé eltolódnak az eredeti összefüggések a negatív irányba. A változások azonban kicsik, és szinte minden esetben megőrzik az eredeti tendenciákat. És fontos tudni, hogy a változásokat (vagy a nagyobb változásokat) minden esetben a nem munkatípusú foglalkoztatások körében regisztráljuk. Vagyis a munka stabilabb hatásokat mutat még olyan esetekben is, amikor pont az ellenkezőjét várnánk, mint pl. az affektív betegségek terén (pl. depresszió esetén).

Mindez azt hiszem nem is annyira meglepő. Az affektív betegségek és a szorongások, kényszerek képviselik azokat a betegségcsoportokat, amely a leginkább bizonytalanra teszi az egészségérzetet (vegyük csak a depressziót vagy akár a generalizált szorongást, fóbiákat), gyakran minden ok nélkül is kellemetlen napokat, heteket okozva az elszennvedőjének (nem is beszélve azokról, akik éveken keresztül kénytelenek élni ezekkel a szimptomákkal). Illetve ezek azok, amelyek éppen előbbi tulajdonságaik kapcsán leginkább befolyásolják az étkezési, emésztési és akár alvási tapasztalatainkat. E betegségcsoportokhoz szinte szervesen hozzátartoznak étkezési és alvási problémák (legalábbis bizonyos helyzetekben).

Fontos tudnunk, hogy az előbb látott összefüggések nem közvetlen összefüggések, hiszen a munkának ilyen típusú hatása nemigen lehet. A kapcsolat minden esetben valamilyen mentális állapot, lelki változáson alapszik. Így az itt mért hatások óhatatlanul áttételes hatások, azaz nem is várható, hogy ettől erősebben megragadhatóak legyenek. Kapott értékük azonban éppen ezért jelentősebb információkkal szolgál.

Ahogy azt is látni kell, hogy a kisebb stabilitást mutató kategóriákban olyan kicsik az elemszámok⁷⁰, hogy egy-két személyi átrendeződés már

⁷⁰ Gondoljuk el, hogy a betegségcsoportok esetében az ellenőrzéskor 21 cellában oszlik meg kb. 230 eset, ami átlag 10-11 esetet jelent csupán. De pl. a rehabilitációs intézetekben

komoly aránybeli változásokat okozhatnak, így statisztikailag az itt kapott értékeknek némileg csökken az általánosíthatósága, magyarázó ereje. Így az ellenőrzéskor készített többdimenziós táblázatok egyéb adatait csak bizonyos megszorításokkal lehet figyelembe venni – főleg azon esetekben, amikor viszonylag kis különbségekkel (5-7%) mutatott eltérést az eredeti összefüggéstől. Mivel ezekben az esetekben időnként 1-2 ember más válasza alakítja ki az eredményt (a parciálisokban), azt gondolom, nem vállalom túl nagy kockázatot akkor, ha e táblák esetében megengedőbb vagyok, és feltételezem, hogy nagyjából az eredeti összefüggés állhat fenn. A kétértékűre kódolt⁷¹ ellenőrző táblák kapcsán az eredeti összefüggések megmaradtak (kis befolyást engedve csupán a már említett betegségcsoportoknak), ami tovább erősíti az előbb mondottakat.

Intézményi ellenőrző változó⁷² esetén minden esetben ugyanaz volt a helyzet, az intézmények között a nappali intézmény mutatott csekély eltérést (és leginkább a nem munkatípus esetén), de a tendenciák megmaradtak minden esetben.

Két dolgot állapíthatunk meg: Egyrészt a betegségek egyes kategóriái ténylegesen hatnak a munka és egészségi érzések összefüggéseire (affektív és szorongásos, kényszeres betegségek), így azt kell mondanunk, hogy az e betegségekben szenvedők azok, akik szociálisan a legtöbb figyelmet igénylik. Másrészt, éppen az előbbiből következik, hogy a két csoport közötti különbségért minden esetben nagyrészt a foglalkoztatás típusa a felelős, vagyis a kezdeti összefüggések igaznak fogadhatóak el – az első kitétel figyelembevételével. Végül a látottakon semmiképpen nem segít, ha nem munkában, hanem egyéb foglalkozásban igyekszünk rehabilitálni a beteget, hiszen az egyéb foglalkozások (tehát, ha nem dolgozik az illető) még rosszabb helyzetet eredményeztek, sokkal instabilabbá tették a munka hatását, nagy teret engedve a betegség befolyásának. Ebből következik, hogy a munka (legalábbis a védett környezetben végzett) bizonyos mértékben csökkenti az affektív és szorongásos, kényszeres betegségek tüneteit.

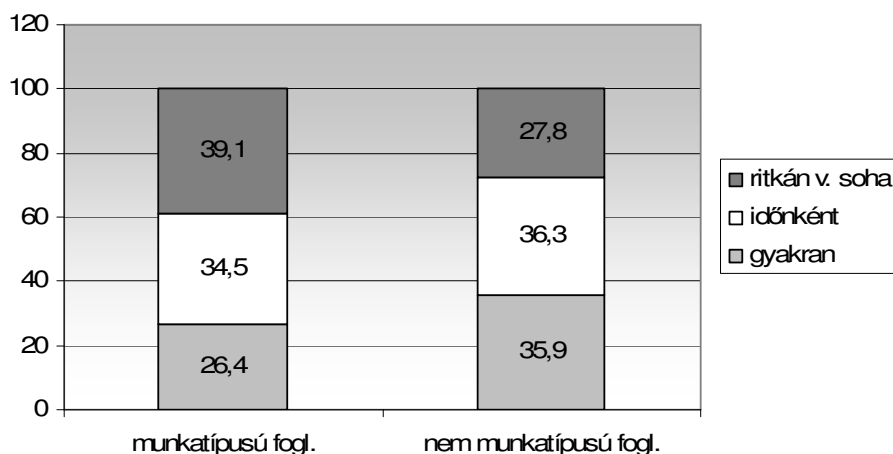
összesen 32 fő szerepel fejlesztő-felkészítőben, ami előrevetíti, hogy többször üres cellák, máskor 1-2 főt tartalmazó cellák keletkezhetnek. Így a kapott többdimenziós ellenőrzések eredményei csak mérsékelt számba vehetők.

⁷¹ A kis elemszámú kategóriákat összevonva (hogy megfelelő esetszámmal tudjak dolgozni) is elvégeztem az ellenőrzéseket, és ilyen esetekben szinte nem befolyásolta az eredeti összefüggéseket az új összefüggés egyetlen esetben sem.

⁷² Az ellenőrzések kapcsán a rehabilitációs intézmények kis elemszáma (32 fő összesen) folyamatosan problémás volt, állandóan üres cellákat produkált, illetve a kis elemszámokból következően atipikusnak tekinthető eredményeket, így azok elemzésétől végleg eltekinttem, vagyis az elemzésekben és ellenőrzésekben az már nem szerepel.

6.7 Szociális hatások, változások

Milyen gyakran érzi magát magányosnak? (%-ban) – 23. ábra



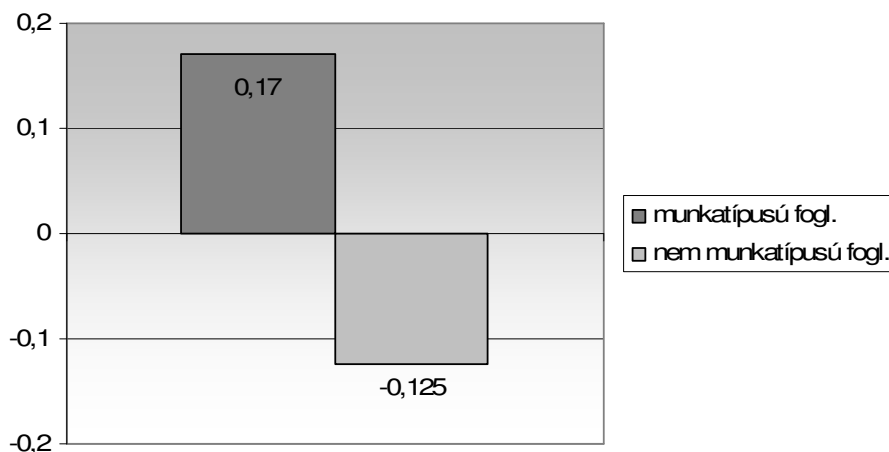
A munkatípusú foglalkoztatásban lévők háromnegyede csak ritkán érzi magát magányosnak (vagy soha), míg a másik csoportban ez az arány kisebb, kétharmadnyi. Eközben a nem munkatípusú foglalkoztatottak 35,9%-a gyakran érzi magát magányosnak, a dolgozók között azonban ez az arány sokkal kisebb, 26,4%. Az első gondolata egy ilyen kérdés vizsgálata után az embernek, hogy mindez összefüggésben kell, hogy legyen az intézményi léttel, hiszen a tömegben is érezheti magányosnak az ember magát, és egy totális intézmény, amilyenek a bentlakásos pszichiátriák is, biztosan ad erre lehetőséget. De nem így volt. A bentlakásos intézetek esetén megismétlődtek az eredeti összefüggések, és csak a nappali ellátás esetén láthatunk egy kis eltérést, a tendenciák megtartásával. Vagyis bár bizonyosan hatással van az intézmény a magány érzésére (és nappali ellátásnál bizonyára nagyobb eséllyel lehet magányos az ember), illetve a betegségek is, jelen vizsgálatunkban ezt a hatást csak igen gyengén lehet kimutatni (ha egyáltalán... lásd az ellenőrző változók kis elemszámáról korábban elmondottakat). Így a munka és egyéb foglalkoztatás vs. magányosság érzése összefüggését a fenti adatok elfogadjuk, és meg kell állapítanunk, hogy a munka némileg pozitívabban járul hozzá, hogy ne jelenjen meg a magány, mint az egyéb foglalkoztatás esetében. A dolog azért is érdekes, mert az egyéb foglalkoztatásban több és kötetlenebb lehetőség nyílik kapcsolatok építésére, ápolására, beszélgetésre és barátságra (legalábbis a gyakorlat ezt mutatja). Ennek ellenére – igen érdekes módon – inkább azok érzik magányosnak magukat, akik nem dolgoznak. Mindez bizonyára összefügg a munka fontosságával és azzal az érzéssel, amit a jól elvégzett munka ad az embernek, illetve az ezzel együtt járó felszabadító érzés, ami a stigmatizáció csökkenéséből következik. Illetve a munkának magának van

egy nem kis közösségkovacsoló hatása, ami egyrészt az együtt eltöltött időből és annak fontosságából adódik (bár abból is, mivel itt inkább kényyszerül az ember állandóan együtt lenni másokkal, mint ha magunk választjuk a társaságunkat), másodsorban az együttes élményekből is, amit eközben szerzünk.

Közösségi érzések

Főkomponens indexekkel⁷³ ellenőriztük, hogyan élnek meg közösségi életüket a megkérdezettek, mennyire elégedettek társaságukkal, szabadidőtöltésükkel, hangulatukkal stb. Az itt látható indexszámok arra igyekeznek választ adni, mennyire érzik a maguk számára kielégítőnek a társas kapcsolataikat. Ez az index inkább a belső érzéseiket, belső reakcióikat foglalja magába, vagyis azt, hogy a változásokat belül miképpen érzékeli a megkérdezett (mondhatjuk amolyan belső elégedettségi indexnek is).

24. ábra



A kapott válaszok alapján látható, hogy akik dolgoznak, azoknak a környezeti hatásokkal, lehetőségeikkel magasabb az elégedettségi szintje, mint azoknak, akik nem dolgoznak (vagy nem folyamatosan) – és ez fontos különbség.

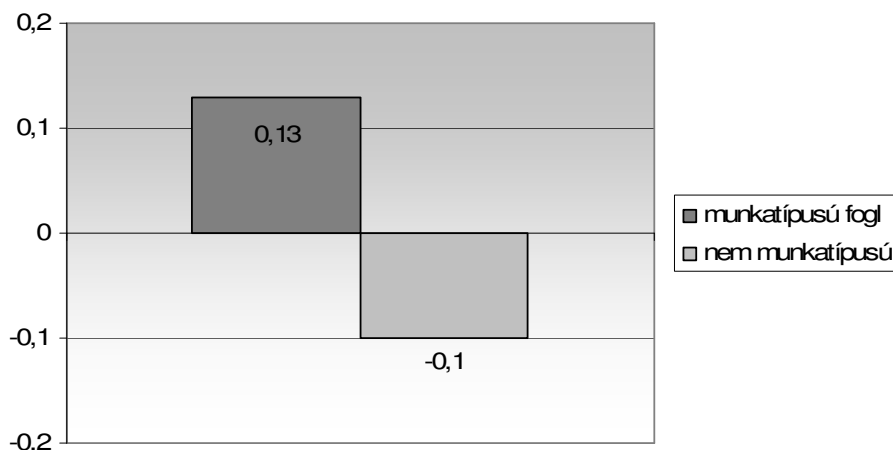
A közösségi érzések másik vetületét egy másik főkomponens index⁷⁴ segítségével ellenőriztük. Ebben az indexben nem a közvetlen, hanem a tágabb társadalmi környezetét vettük alapul (szívesebben megy-e ki az utcára, szívesebben találkozik-e ismerősökkel stb.), és nem annyira a belső állapotát, hanem inkább a cselekvésben (mint pl. egy beszélgetés) való közvetlen

⁷³ Főkomponens itemei: elégedettség a társasággal, munkalehetőséggel, szabadidőtöltéssel, hangulattal. Kommunalitás: 59,123. Total: 2,365.

⁷⁴ Főkomponens itemei: szívesebben megy ki az utcára, találkozik ott ismerősökkel, szívesebben áll velük szóba. Kommunalitása: 64,185. Megőrzött egység: 1,956.

részvételükre irányuló szándékot, attitűdöt. A következő képet kaptuk (szintén indexpontszámokban):

25. ábra



Azok, akik dolgoznak, szívesebben jelennek meg a tágabb társadalmi térben (pl. utcán, közösségben), úgy tűnik szívesebben állnak le beszélgetni másokkal, mint azok, akik nem dolgoznak. A más foglalkoztatásban lévők inkább lesznek visszahúzódnók, mint a többiek. A kapcsolataik nyíltabbá válnak ezek szerint, és a kapcsolatépítés könnyebbé válik a vizsgálat szerint akkor, ha az illető dolgozik. Ez pedig szintén azzal a felszabadító érzéssel magyarázható, amit a vonatkoztatási csoport kapcsán a különbségek csökkenésében él meg – hogy pl. ő is dolgozik, mint egy „rendes ember”. Vagyis csökken a stigmatizáció érzése.

A szóba jöhető kérdéseket (és még néhányat) faktoranalízisnek is alávetettük, hogy lássuk, a megkérdezettek fejében is megjelenik-e két olyan dimenzió, amit a kutatás alapján sejtünk, tudniillik, hogy egy külső és belső elégedettségi faktor fellelhető az emberekben, amely meghatározza attitűdjeiket. A kapott faktorok nem az előzőekben kapott főkomponens idexek megisméltlődései voltak, hanem egyéb összefüggéseket (bár az előzőekhez hasonlóakat) hoztak be a képbe, és ezt bizonyították, hogy van a két látens faktornak helye az elképzeléseinkben és a tudatban.

A következő eredményt kaptuk (a számok faktorsúlyok⁷⁵) – 26. ábra

Faktorok ⁷⁶	Elégedettség (külső): összehasonlítás alapján	Elégedettség önmagával (belső)
társaságával	0,201	0,646
munkájával	0,067	0,661
szabadidőtöltésével	0,207	0,688
életmódjával	0,721	0,161
egészségével	0,778	0,118
közérzetével	0,783	0,249

Két olyan faktort sikerült egyértelműen szintetizálnunk, amelyek végül a fent látható elnevezéseket kapták. Az első leginkább arra ad választ, hogy az egyéb emberekkel való összehasonlítás kapcsán mennyire elégedett az állapotaival, míg a másik az általánosabb környezeti komponensek kapcsán a belső elégedettséget igyekszik felvázolni, és nem az egészségesnek tartott populáció és a saját állapota közötti összehasonlításáról beszél. Viszont azt is megmutatja, hogy az egészség érzése, az életmód (mint vonatkoztatási keretek) hogyan alakítják a közérzetet, majd hogyan határoznak meg összefüggést a külső faktorokkal, vagyis hogy alapot adnak a külső összehasonlításra, amely aztán visszafelé befolyásolja ismét a közérzetet. Mindez igazolja, hogy a betegek folyamatosan monitorozzák környezetüket, vonatkoztatási csoportjukat is, majd összehasonlításokat tesznek, ami segít a magukról alkotott kép kialakításában (ahogy ez egészséges embereknél is természetes). Ez persze közhelyesen hangzik, de csak addig, amíg a következő analízis nem juttatja eszünkbe, hogy a pszichiátriai betegségek sok esetben éppen a normálisnak tűnő dolgok, vagy éppen a személyiség szétesése az alapvető probléma. Amint mindjárt látni fogjuk, a dolgozók inkább lesznek „közhelyesek”, ami ebben az esetben egyértelműen pozitív változásról ad számot.

Ezek alapján klaszteranalízis segítségével feltártuk, hogy nyolc jól definiálható kategóriába lehet sorolni azokat, akik az előbbi belső-külső elége-

⁷⁵ A faktorsúlyoknak annyi a szerepe, hogy azok hasonlósága, különbsége mutatja meg, mely tényezők tarthatnak egybe, lehetnek részei az adott összefüggésnek.

⁷⁶ KMO=0,789. Bartlett=0,000. Kommunalitás: 54,259%. Totals: 1,826, 1,429. Illeszkedés (Khi-square): 0,8.

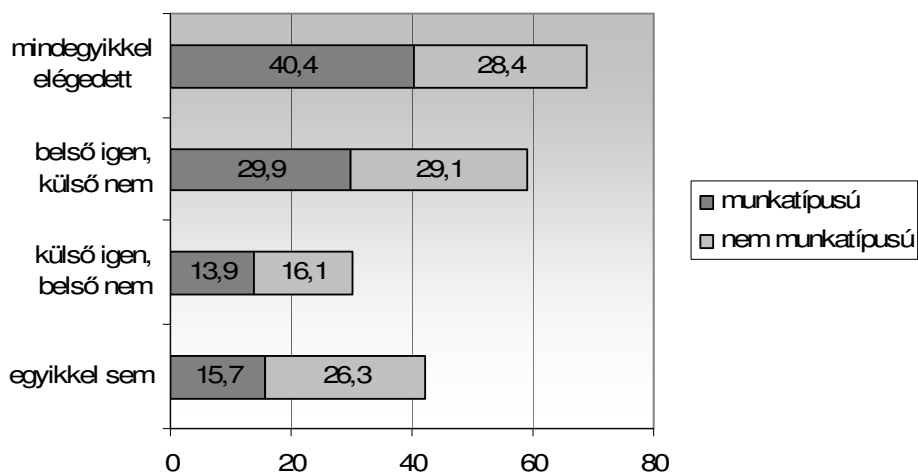
dettségben⁷⁷ (vagy éppen az ellenkezőjében) egyértelműen felismerhető jegyeket mutatnak:

27. ábra

	Klaszterek (negatív szókórok=nem, pozitív=igen ⁷⁸)			
	Külsőleg és belsőleg is elégedetle- nek	Külsőleg igen, belsőleg nem	Külsőleg nem, belsőleg igen	Külsőleg és belsőleg is elégedettek
Külső elégedett- ség	-0,77	0,67	-0,67	0,78
Belső elégedettség	-0,91	-0,82	0,49	0,52

Ha most megnézzük, a két alapkategóriánkban hogyan oszlanak el a válaszadók, akkor a következő képet kapjuk:

28. ábra



A egyes kategóriákban kis eltéréseket találunk, azonban a jól definiálható és egyértelmű kategóriákban magától értetődő a munkát végzők csoportjának fölénye. Akik mind külső mind belső szociális lényükben is tudnak valamiféle elégedettséget mutatni, a munkát végzők között 40,4%-ot képviselnek, míg velük szemben a más választ adók csak 28,4%-ot. Akik pedig mindkét területen inkább rossz érzésekről tudnak beszámolni, 15,7%-ban kerülnek ki csupán a dolgozók közül, míg az egyéb foglalkoztatásban lévők között ez az arány magasabb, 26,3%.

⁷⁷ A két változó 0,119 értéken korrelál egymással, vagyis a kapcsolat nem túl erős a két együtttható között (0,01 szignifikanciaszinten).

⁷⁸ Indexpontszámok, relatív nagyságukból és irányukból következnek az elmondottak.

Emlékszünk, mit mondtam az előbb a közhelyes megállapítás kapcsán? A stabilan érhető és magyarázható, ráadásul pozitív kategóriában egyértelmű a munkát végzők fölénye (40,4% szemben a 28,4%-kal), ami arra mutat, hogy a munka kapcsán csökken az ambivalencia, ami sokszor jellemzi ezeket a kórképeket. Ezt igazolja a negatív terület (egyikkel sem elégedett) megoszlása is. A köztes kategóriák a meglévő kettősséget, ambivalenciát jelzik.

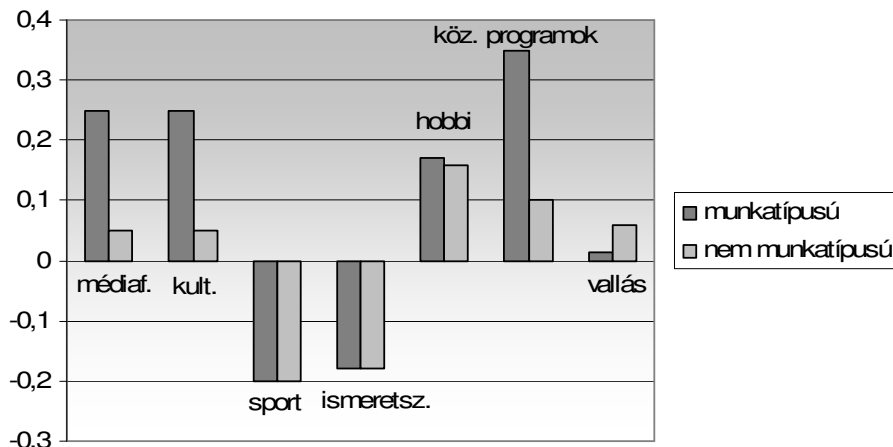
Vagyis elég nagy a fölénye a szociális elégedettség e két területén a munkát végzőknek, ami komoly eredmény. A stigmatizáció következtében éppen a szociális elemek esnek ki gyakran elsőként az emberek életéből (vagy változnak meg). A stigma érzésének nem csak az a lényege, hogy a környezetet deviánsként sorolja be, bánt vele, hanem az is, hogy önmagát egy idő után ekképpen értelmezi (lásd labelling elméletek). A kitaszítottság így részben külső, részben belső élmény. A kapott eredmények jól mutatják, hogy a negatív hatás csökken a munka kapcsán.

Az ember egész élete folyamán a vonatkoztatási csoport és önmaga összehasonlításában éli társadalmi énjét, életét (a társadalmi én). És minél több közöset fedezhet fel, annál nagyobb hasonlóságot láthat, és minél inkább elérendő célok fogalmazódnak meg a vonatkoztatási csoportban, annál pozitívabban értékeli minden hasonlóságot. A munka világa az egyik elsődleges összehasonlítási faktor ma az emberek életében (gondoljunk csak a munka következtében létrejövő javakra és azok összehasonlítási funkciójára: hová mész nyaralni, milyen az autód, milyen a házad, a cipőd stb.). Így érthető, hogy az összehasonlításban és az elégedettség faktorában komolyabb hatást tud felmutatni a munka, szemben az egyéb foglalkoztatással, amely inkább erősíti a különbségtételt (mások dolgoznak, én nem). És fontos látnunk azt is, hogy itt egy gondolkodási struktúráról van szó (a külső és belső szociális értékek és elégedettségek faktorai), egy, az emberek gondolkodásában meglévő összefüggésről.

Szabadidőtöltés

Ugyanebbe az elemzési részbe tartozónak fogjuk fel a sport, vallási tevékenység, közösségi programok látogatása stb. kérdésekre adott válaszokat.

29. ábra



A diagrammon jól látható (amely szintén indexpontszámok által mutatott tendenciákat fejez ki), hogy a legtöbb esetben a tevékenységekben mindkét fél bizonyos növekedésről számol be, vagyis nőtt az aktivitása az adott tevékenység kapcsán, mindössze a sport és ismeretszerzés (önképzés, ott-honi tanulás) hagyott alább a foglalkoztatás kapcsán. Ezekben az esetekben a két csoport között sem voltunk képesek különbségeket regisztrálni.

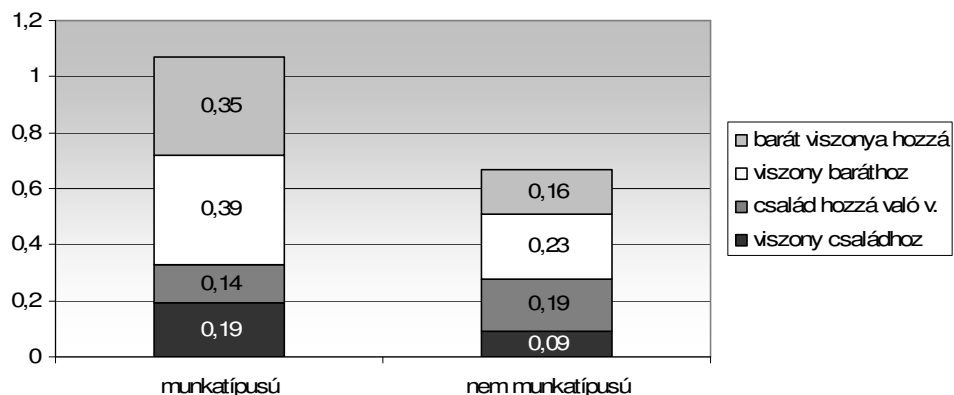
Ugyanakkor azt is láthatjuk, hogy nagyobb különbségek a médiafogyasztás, kultúrafogyasztás és a közösségi programok látogatása terén jelentkeznek. A vallás esetén a nem munkatípusú foglalkoztatásban lévők inkább erősödtek tevékenységükben, ám a különbség nem nagy (és főleg nem nagyon értelmezhető ilyen kis különbségek által).

Mindez alátámasztja az eddigieket. A közösségi aktivitást inkább növeli a munka, mint az egyéb foglalkoztatás. Mindez azért fontos, mert az ember közösségi lényként éppen a közösségben szenved sokszor a leginkább hiányt pszichiátriai állapotánál fogva. A médiafogyasztás növekedése pedig a külső információk iránti érdeklődés fokozódását (nyitottság fokozódása), ezzel együtt az apátia, eltompultság (befelé fordultság) csökkenését jelenti. Ha pedig a munka a közösségi aktivitásra is jótékony hatással van, akkor inkább van helye az ellátottak életében, mint társának.

Közvetlen kapcsolatok

Nézzük meg, milyen változásokról számol be a két csoport a barátok, családhoz való viszony területén (a számok indexpontszámokat jelentenek).

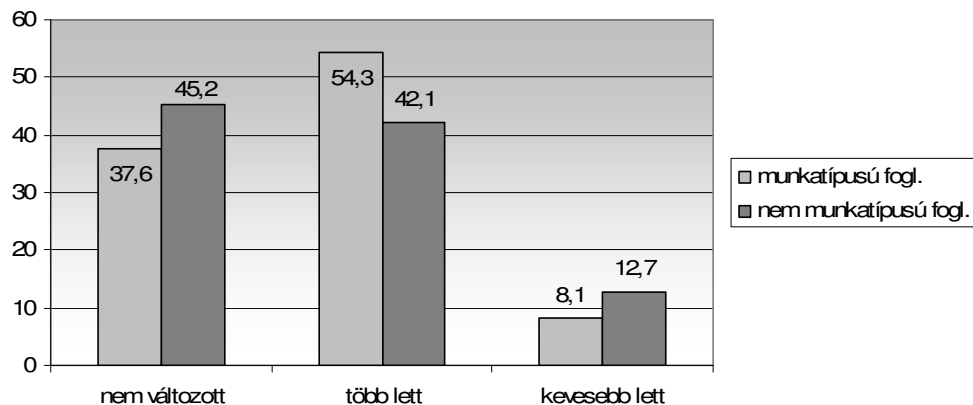
30. ábra



A barátokhoz való viszony, illetve a barát hozzá való viszonya egyértelműen pozitívabban alakult a munkatípusú foglalkoztatottak esetén, míg a családnál való viszonynál a család hozzá való viszonyát a nem munkatípusú foglalkoztatottak értékelték jobbnak, habár a különbség nem jelentős, azonban már a családnál való viszonyt a maguk részéről jobbnak értékeli a munkatípusú foglalkoztatásban lévők.

A barátok számának alakulása ilyen képet mutat:

31. ábra

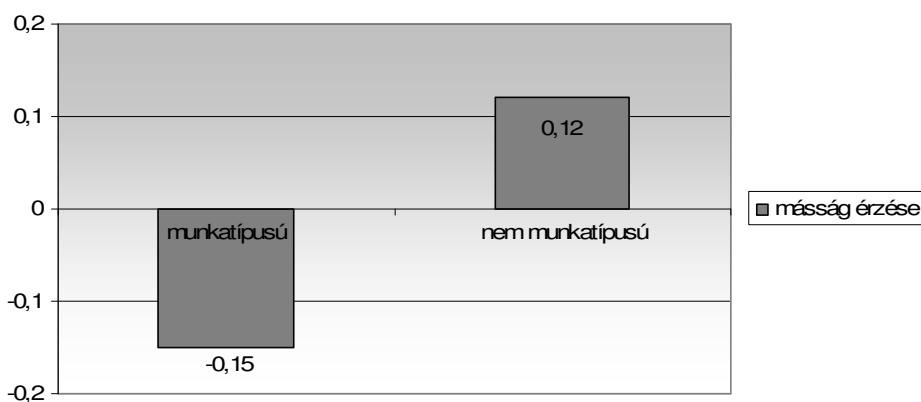


Az eddigieket összefoglalva jól látszik a munka pozitívabb hatása. 92%-ban a dolgozók esetében vagy nem változott vagy több lett a barátjuk (54,3% több barátról számol be), míg a másik csoport esetén csak 87%-nyi ugyanez a kumulált arány, és csak 42,1%-ban számolnak be több barátról. Vagyis hiába látjuk a mindennapi gyakorlatban jobbnak az esélyeket a nem munkatípusú foglalkoztatásban arra, hogy az emberek barátokat szerezzenek, a hatás inkább a munka irányába fordítja a mérleg nyelvét.

Érdekes módon ebben az esetben sem találtunk igazán intézményi hatást, illetve a betegcsoportokban is csak a már ismert hatásokat mértük (szizofréniák esetén egyik csoportban sincs változás, míg a többi esetben kisebb változások, amelyek azonban az összevont vizsgálatban – kétértékű ellenőrző változók esetén – gyakorlatilag kiegyenlítődnek).

Végül egy összehasonlítást végzünk a válaszok alapján (főkomponens index), mennyire érzik másnak magukat az egészségesnek elfogadott vonatkoztatás csoporthoz képest a betegek attól függően, hogy milyen foglalkoztatásban vannak:

32. ábra



A negatív szám jól mutatja, hogy a munkatípusú foglalkoztatottak kevésbé érzik a máságot, mint a másik csoport. A dolgozók nem érzik akkorának a különbségeket a vonatkoztatási csoport és saját maguk között. Míg a másik csoportban vannak azok, akik jobban érzik a stigmatizáltságot, a megkülönböztetést, hogy az emberek másként tekintenek rájuk.

6.7.1 Hogyan foglalhatjuk össze a látottakat?

A kérdések itt is egyrészt retrospektív módon, másrészt a mai érzéseiket mérlegelve (és a kettőt összehasonlítva) igyekeztek fényt deríteni az ellátottak szociális figyelmében megjelenő érzéseire. Vagyis arra voltunk kíváncsiak, hogy amióta foglalkoztatásban van, szociális viszonyait jobbnak látja-e, avagy inkább romló tendenciát érez. Egy ilyen esetben azt kell a válaszadónak mérlegre tenni, hogy jobban érzi-e magát attól, amit csinál, illetve mindez jobbá tette-e környezetét. És a válaszok arról győznek meg bennünket, hogy akik dolgoznak, azok jobban érzik magukat attól, hogy dolgoznak.

A pszichiátriai betegek szociális kapcsolatai jól láthatóan jobban erősödnek, amennyiben inkább munkatípusú foglalkoztatásban vannak, mint akkor, ha egyéb tevékenységet végeznek. Nem is találtunk olyan indikátort, amelyik ne ezt erősítette volna. A közösségi lét, a társas kapcsolatok, hob-

bi, családhoz való viszony, másság érzése, mind-mind olyan területek, amelyen a munkatípusú foglalkoztatottak láthatóan komolyabb javulásról számoltak be. Ez pedig megerősíti a kezdeti hipotézisemet.

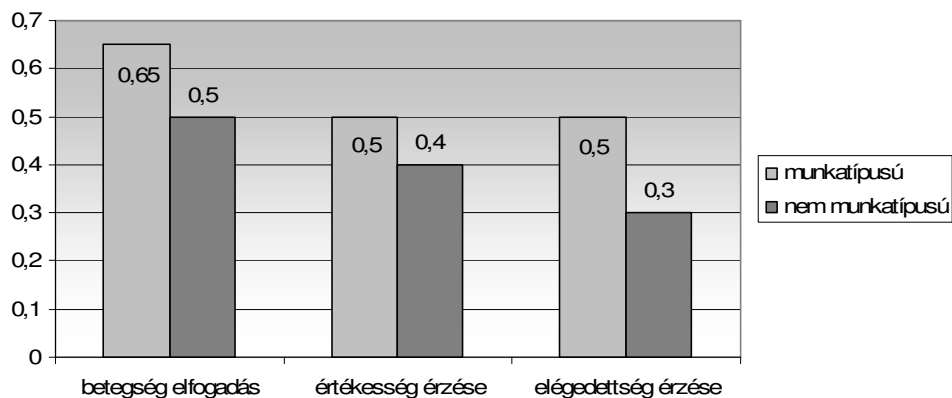
A közösségi lét pedig – mint említettem – az egyik legfontosabb összetevője a létezésnek (bár még mindig csak áttételes hatásként értelmezhetőek, mivel a mentális állapottal vannak közvetlen összefüggésben).

6.8 Mentális állapot

Utolsó elemzési területünk a mentális állapot. Mivel ez az a terület, amelyiket a mindennapok tevékenysége legjobban befolyásol, itt is azt várjuk, hogy egyértelmű bizonyítékot találunk arra vonatkozólag, hogy a munka ezt is teljesebbé teszi, mégpedig inkább, mint az egyéb foglalkoztatási tevékenység. Az előző területek természetesen már elének vetítik a csalódásmentes várakozás lehetőségét, hiszen ez az a terület, amely nem áttételes, hanem közvetlenül is formálódik a foglalkoztatás által.

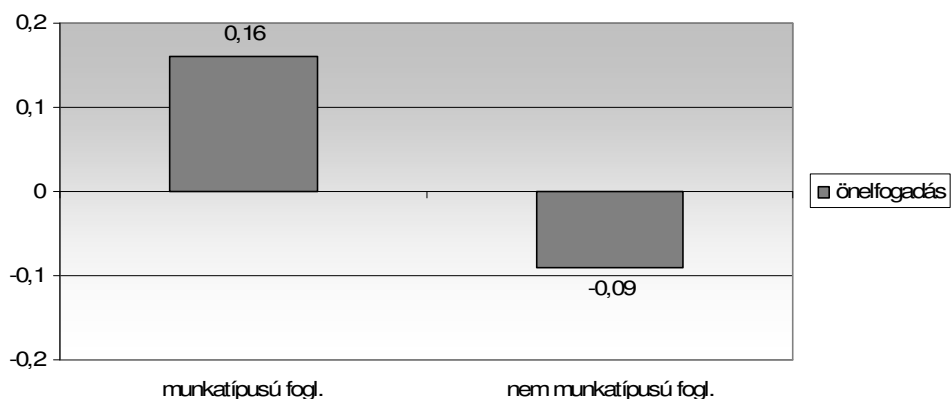
Mindjárt az elején nézzük meg, hogyan változtatja meg a két foglalkoztatási forma a betegek önmaguk iránti elfogadó attitűdjét (indexpontszámokban).

Önelfogadás – 33. ábra



Az index szerint könnyebben fogadják el betegségüket azok, akik munkatípusú foglalkoztatásban vannak. Ez valószínűleg összefügg azzal, hogy a környezete is könnyebben tudja elfogadni a tapasztalatok szerint azokat, akik jobban, könnyebben tudják elfogadni magukat, betegségüket. Ő azok, akik értékesebbnek is érzik életüket, illetve a mentális elégedettségük is magasabb azoknál, akik nem munkatípusú foglalkoztatásban vesznek részt. Így nem is csoda, ha az önelfogadás összevont indexe a munkatípusú foglalkoztatás erősebb pozitív hatásáról ad tanúságot a nem munkatípusú foglalkoztatáshoz képest.

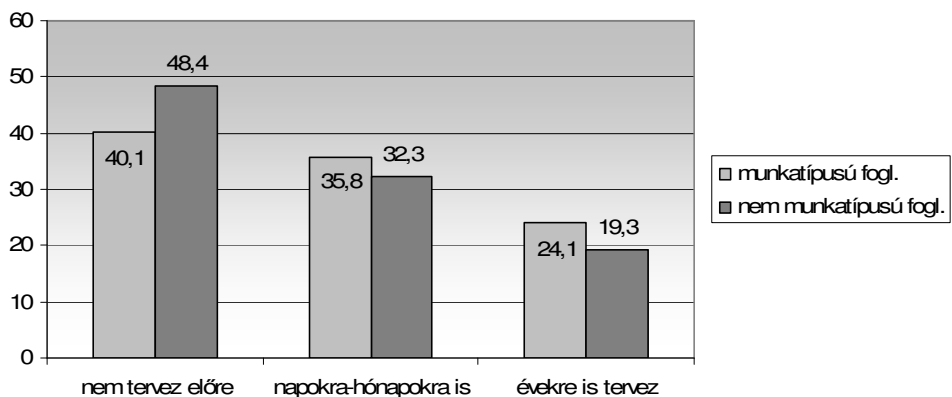
34. ábra



Mennyi időre tervezi előre az életét (%-ban)?

A válaszok arról tanúskodnak, hogy inkább lát perspektívát az életében az, aki dolgozik, mint aki nem. Ez pozitívabb jövőképről árulkodik a dolgozók esetében, ami szintén fontos indikátor.

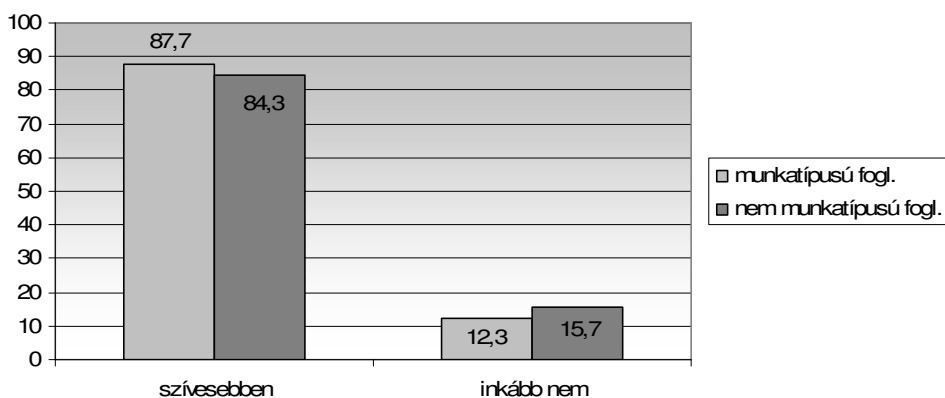
35. ábra



Másrészt azt várnánk, hogy a bentlakásos intézmények esetén talán kevésbé jelenik meg a perspektíva gondolata (hiszen a gyámság alá helyezett ember, a totális intézmény lakója milyen perspektívát láthat maga előtt?), azonban nem találtunk kapcsolatot az intézménytípus összefüggésében a foglalkoztatás és tervezés itt látható összefüggése között. Vagyis úgy tűnik, nem intézményi befolyásoltaságú, hogy mennyire tervezi előre az életét, viszont a foglalkoztatás módja nagyban hathat erre az attitűdre.

Ugyanígy nem találtam kapcsolatot a betegségtypussal sem, vagyis az sem igazán befolyásolja, miként élik meg perspektívakusan az életüket a betegek.

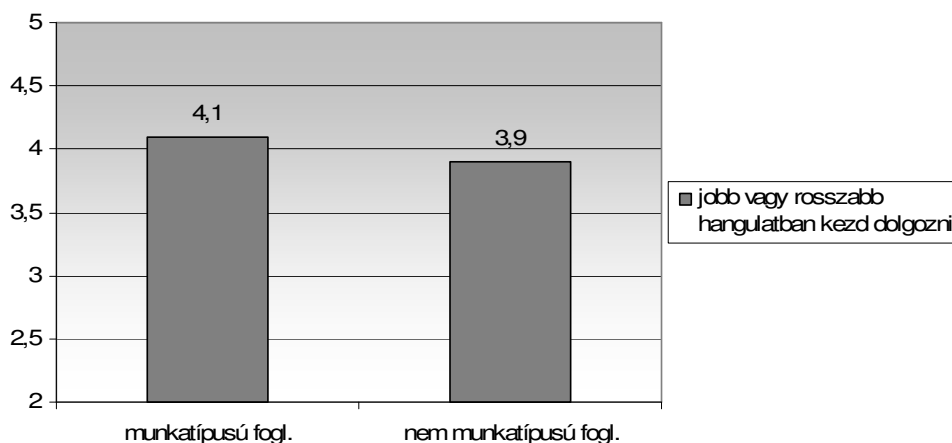
Szívesebben kel fel reggel (%-ban)? – 36. ábra



Nem nagy különbségekkel, de ezt erősíti az is, hogy a munkatípusú foglalkoztatásban lévők jobb hangulatban kezdik általában a napjukat reggel, mint azok, akik nem munkatípusú foglalkoztatásban vannak.

A munkakezdés is jobb hangulatban történik az alábbi grafikon szerint (indexpontszámmal mérve), ha valaki dolgozik:

37. ábra

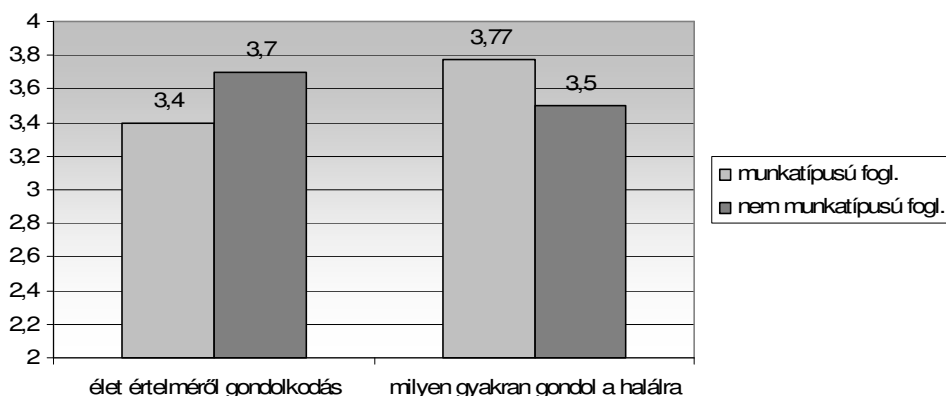


Ennek oka vélhetően a napi ritmussal függ össze (egyrészt). A bentlakásos intézmények monotonitása, de a nappali ellátásban lévők cél nélküli otthon ülése is megváltozik, a napi ritmus rendeződik az által, hogy valaki „munkába mehet”. Az idők és terek szétválása⁷⁹, normalizálódása (vonatkoztatá-

⁷⁹ Többször hivatkoztam már az idők és terek elkülönülésére, illetve arra, hogy a totális intézmények egyik jellemzője, hogy az említett idők és életterek összefolynak. Egy térben és egy időfolyamban zajlik az emberek élete. A betegek még betegesebbek lehetnek, sőt búskomorság, depresszió alakulhat ki kifejezetten ez miatt. Ez az egyik oka annak is, hogy

si csoporthoz viszonyítás) által inkább visszazökken a betegek élete az általa normálisnak tartott mederbe.

Az élet értelméről való gondolkodás (indexpontszámok) – 38. ábra



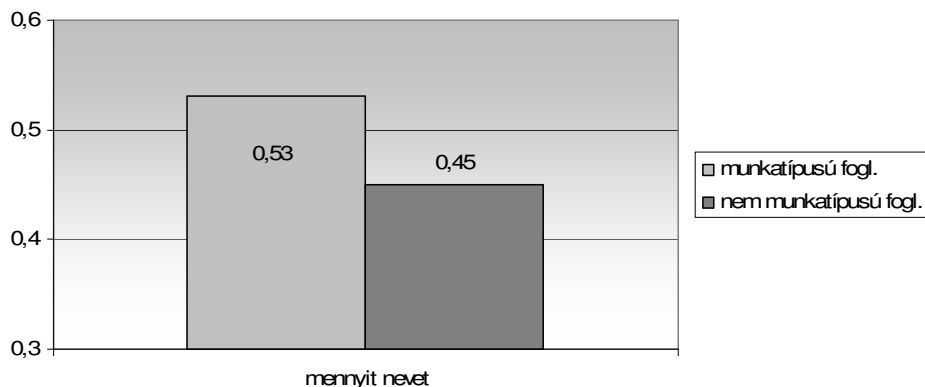
A két változó $-0,137$ korrelációs együtthatóval⁸⁰ korrelál egymással, vagyis egyrészt a kapcsolat nem túl határozott, másrészt fordított relációban állnak, vagyis minél többet gondolkodik valaki a válaszadók közül az élet értelméről, annál kevésbé gondol a halálra, és fordítva.

Az eredmény elég nehezen értelmezhető, főleg azok után, hogy kiderült, hogy sem a betegcsoportok (a skizofréniák esetén 10%-os a suicid típusú mortalitás, ami pl. okozhatta volna az itt látható eredményt), sem az intézményi hatások, sem az életkorok nem adtak kiegészítő választ a kérdésre, gyakorlatilag nem találtam egyéb befolyást erre vonatkozóan). Talán a jövőképpel való összefüggés lehet válasz. Mint korábban láthattuk, inkább van jövőképe azoknak, akik dolgoznak. A jövőben pedig – ha csak távol is – de ott van a halál képe is. Másrészt, aki dolgozik, kevésbé gondolkodik az élet értelméről, mivel a munka adottabbá teszi az élet menetét. A különbségek mindazonáltal nem túl nagyok, és úgy vélem, további vizsgálatok deríthetnék ki, mit a pontos oka mindennek (a különbségek egészen minimális volta miatt azonban akár azonosságot is feltételezhetünk).

egyre többen hangoztatják az integrált ellátás prioritását a bentlakásos intézmények helyett. Lásd még Goffmann: *Asylums* c. könyve (angol nyelven), illetve *morti-fikáció* czs. interneten (Goffmann).

⁸⁰ 0,01-es szignifikanciaszinten (**).

Mennyit nevet?(index) – 39. ábra



A kedvük mindazonáltal jobb azoknak, akik dolgoznak, mint azoknak, akik nem. Ez összefügg a pozitívabb jövőképpel és kiegyensúlyozottabb viszonyal a környezetéhez és viszonyítási csoportjához.

Értéktáblázat

Látni szeretttük volna, vajon az értékrendet átformálja-e, és ha igen, mennyiben a foglalkoztatás módja. A 18 érték – klasszifikációt lásd a táblázat alatt – ilyen sorrendben jelent meg foglalkoztatástól függően:

40. ábra

Ssz.	Munkatípusú foglalkoztatás	Ssz.	Nem munkatípusú fogl.
1	<i>Anyagi jólét</i>	1	Boldogság
2	Boldogság	2	Béke
3	Béke	3	<i>Anyagi jólét</i>
4	<i>Családi biztonság</i>	4	<i>Családi biztonság</i>
5	Az elvégzett munka öröme	5	Belső harmónia
6	Belső harmónia	6	Igazi barátság
7	Igazi barátság	7	Az elvégzett munka öröme
8	Szabadság	8	Szabadság
9	Társadalmi megbecsülés	9	Igazi szerelem
10	Bölcsesség	10	Emberi önérzet
11	Fizikai biztonságérzet	11	Társadalmi megbecsülés
12	Egyenlőség	12	Bölcsesség
13	Igazi szerelem	13	Egyenlőség
14	<i>Kellemes, élvezetes élet</i>	14	Fizikai biztonságérzet
15	Emberi önérzet	15	<i>Érdekes, változatos élet</i>
16	<i>Érdekes, változatos élet</i>	16	<i>Kellemes, élvezetes élet</i>
17	A szépség világa	17	A szépség világa
18	Üdvözülés	18	Üdvözülés

Magyarázat: Anyagi jellegű értékek

Inkább belső értékek

Társadalmi értékek

Vallási érték

Mit láthatunk?

Nem minden esetben tapasztalhatóak nagy különbségek. A munkatípusú foglalkoztatásban azonban az anyagi jólét került az első helyre, miközben a másik csoportban egy belső és egy társadalmi érték után következik csak.

Az igazi szerelem esetén van még nagyobb különbség (négy hely), amely a munkát végzők esetén a 13., míg a másik csoportban a 9. helyre sorolódott.

Az emberi önérték a másik olyan változó, amely nagy, lényegében a legnagyobb különbségeket mutat, munka: 15., míg a másik csoport: 10. hely.

Az első helyeknek azért van nagy jelentősége, mert ekkor választódnak ki a ténylegesen legfontosabb értékek. Ezért lényeges, hogy az anyagi jólét hol kapott helyet.

A középtájon lévő értékek között viszont a két említett érték nagy helykülönbséggel sorolódott be, ami beszédes különbség forrása.

Fontos látni még, hogy a szépség világa, amely az elvonatkoztatott szférába tartozik leginkább, csak egy hellyel maradt le mindkét esetben az utolsó helyről, amit az üdvözülés, az egyetlen vallási érték foglalt el.

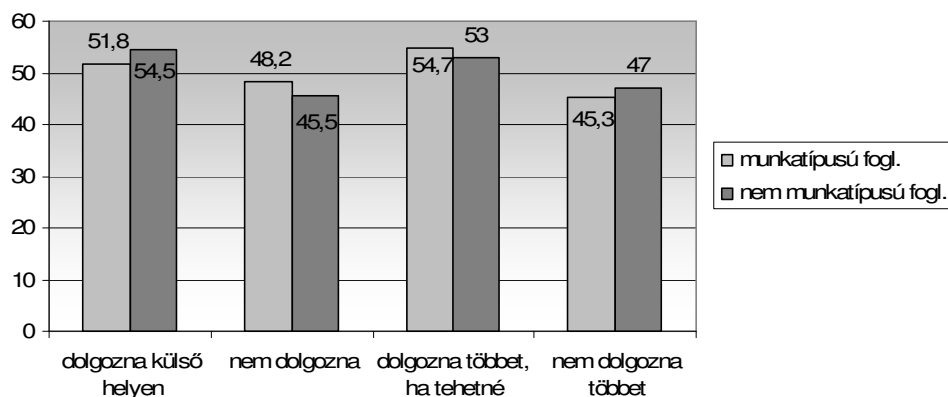
Azt hiszem, nem túlzok, ha azt mondom, nem igazán beszélhetünk markáns különbségekről a két csoport között.

Az anyagi jólét tétjét, annak tartalmát (hogy pl. mennyit kell dolgozni egy fizetésért) jobban láthatják azok, akik munkatípusú foglalkoztatásban vannak (annak minden természetes következményével, mint a család biztonsága stb.), így érthető, hogy számukra ez előrébb került. Ők a vonatkoztatási csoporthoz (munka világában dolgozók) is közelebb vannak, ami magától értetődővé teszi, hogy könnyebben vesznek át onnan értékeket.

Az igazi szerelem különbségeit nem könnyű interpretálni. Már csak azért sem, mert akiknél ez inkább lehet napi probléma, azok a bentlakásos intézmények lakói, azonban a megkérdezettek mindkét csoportból nagyjából azonos arányban képviseltetnek ez intézménytípusokból (76,5% munkatípusú, 79% nem munkatípusú), amely arányok azt gondolom, nem magyarázhatják az eltérést.

Az emberi önérték tekintetében érthető, hogy a munkatípusú foglalkoztatásban ezt nem tartják annyira fontosnak, hiszen ők azok, akik inkább látják, hogy értéket teremtenek, és ezzel együtt azt is, hogy viszonzásul megbecsülést kapnak. Így önértékükben kevésbé sérültek. Az előző részekben is kidomborodott ugyanez, amikor láttuk, hogy a viszonyítási csoporthoz közelebb érzik magukat, akik dolgoznak, így a stigmatizáltság érzése enyhébb náluk.

A munka elfogadása (válaszadók %-ában) – 41. ábra



A védett környezet hatását mutatja a külső munkahelyen való munka kérdésére adott válasz: Ugyanis mindezen eredményekhez hozzátartozik, hogy védett környezetben történő munkavégzésről van szó. Így bár a munkatípusú foglalkoztatásban többen vannak, akik akár emellett óraszámban is végeznének munkát, szükségesnek érzik, hogy ezt védett környezetben tegyék.

6.8.1 Összefoglalás a mentális adatok feldolgozásához

Azt találtuk, amit vártunk. Mentálisan inkább erősít a munka, mint az egyéb foglalkoztatás. Stabilabbá teszi az érzéseket, a személyiség széteséséből, a stigmatizáltságból fakadó ambivalenciát csökkenti. A viszonyítási csoporthoz közelebb visz, így normalizálja az élet lelki területeit. És ebben az egyik kulcs a viszonyítási csoport. Amikor ezek az emberek összehasonlítják a saját életüket a számukra fontos csoporttal (pl. normális életet élő emberek – jelentsen ez akármit is), a dolgozók sokkal kedvezőbb képet látnak, ami egészségesebbé teszi az önértékelésüket, gondolkodásukat. A stigma könnyebben cipelhetővé válik, talán időlegesen, egyes helyzetekben segít azt is elérni, hogy megszűnjön (amit jól ismerünk napi munkánk kapcsán).

Az itt látottak közvetlenül függenek össze a foglalkoztatás típusával. Azt is fontos látni, hogy ha tényleg reintegrálni akarunk, akkor nem lehet elfeledkezni a szociális tartalomról, hiszen az itt látottak – és az utolsó diagramm – a védett környezetet is feltételezik.

6.9 Összefoglalás, konklúziók

Első hipotézisem szerint „A fejlesztő-felkészítésben részt vevő pszichiátriai betegek egészségi, szociális és mentális állapota mérhetően jobban javul, amennyiben a piacgazdaságban elfogadott és működő rendszerben, ahhoz mindinkább közelítő termelőmunkában (munkajellegű foglalkoztatás), vagy nem termelőmunkában, de a szolgáltatási szektorra jellemző munkakörülményekhez leginkább hasonlító módon, azok piaci szabályai szerint (munkavégzési, munkafegyelmi elvárások stb.) vesznek részt foglalkoztatásban”.

Láthattuk, mindhárom fő területként meghatározott kategóriánkban egyértelműen a munka világa mutatott határozottabb és előremutatóbb összefüggéseket. A látottak igazolták azt a döntésünket (napi munkánkban), hogy kifejezetten a munkát állítjuk „terápiánk” középpontjába. Láttuk éveken keresztül (és ma is), mennyivel teljesebbé teszi a magányra, visszahúzó-dásra, elkülönülésre kárhóztatott, vagy csak betegségéből kifolyólag nehezen beilleszkedő klienseink életét, hogy értelmes és értéket teremtő céllal jöhetnek be napi szinten „dolgozni”. Tudatosan törekedtünk arra, hogy amikor ezek az emberek eljönnek otthonról, akkor ne (csak) egy szociális intézménybe jöjjenek, hanem dolgozni. Hogy a szociális tartalom ne a túlhangsúlyozottságban, hanem az integráltságban legyen segítő társunk, segítő társuk. A kettő egyensúlyban tartása nem volt mindig könnyű, néha szabályos harcot kellett folytatni azért, hogy se egyik, se másik felé ne billenjen el a mérleg, mivel hittünk benne, hogy a szociális tartalommal kiegészített munka lehet a legjobb módszer, hogy ezeket a beteg embereket egészségesebbé tegyük, visszasegítsük a „rendes kerékvágásba”. Az évek alatt gyökeres változásokat láttunk, amely e két összetevőnek volt köszönhető: mentális-szociális ellátás + munka. Ahogy azt is láttuk, milyen csalódást tud okozni a „kamumunka”. Egyetlen egy esetet sem tudok emlékezetembe idézni, amikor az álmunkák, helyettesítő munkák, csupán időtöltés céljából – amolyan kényszeresen – végeztetett munkák erőteljes változást okoztak volna. Természetesen ez utolsó kijelentésem nem lehet reprezentatív értékű. Hiszen láttuk azt is, hogy már maga az intézményi esély, az értelmesen eltöltött idő is pozitívan befolyásolja az érintetteket (ugyanakkor egy másik, összehasonlító vizsgálat mondhatna erről többet, amelyikben harmadik csoportként bevonnánk a foglalkoztatásban nem lévőket), azonban éppen azt hiányoltam mégis mindig ebből a formából, amit a másikban megtaláltunk: az erőteljes változást. Ez pedig elég nagy különbség ahhoz, hogy a munka mellett tegyem le a voksom, a munka mellett, amely megfelelő módszerességgel ad értelmet és javulást a betegek életében. És amely logikusan is élénk hozza annak lehetőségét, hogy szélesebb körben is értelmezzük az itt látottakat.

Másodsorban: „A legfőbb hatás azon alapul, hogy az ilyen típusú foglalkoztatásban az emberek olyan munka- és életkörülmények közé kerülnek, amelyek a „rendes életkörülményekhez” leginkább hasonlítanak, így maguk is egészségesebbnek érezhetik magukat, mintegy kiszakadva a betegség és egyéb okok miatti passzivitásból, visszakerülve a korábbi életvitelük szerinti rendszerbe (viszonyítási csoport) – az értelmesnek tartott és célorientált munka (amelynek valós piaci célja van, értéket termel) hatása”.

Minden, ami kicsit is a vonatkoztatási csoportra utalt, ami az értékek összehasonlításával függött össze (pl. a külső világgal), megerősítette ezt a hipotézisemet.

Ahogy azt is, hogy „A stigmatizáltság érzése az előbbieknél kapcsán nagyban csökken (esetlegesen meg is szűnhet, legalább időlegesen); egészségérzésük (egészségtudatuk) erősödik, betegségtudatuk csökken” – *harmadik hipotézis.*

És végül – *negyedszer* – azt is empirikusan alátámasztva látom, hogy „pozitív életérzéseik (pl. önértékelés, elégedettség, jövőképük stb.) ilyen módon erősödnek, ezáltal alkalmasabbá válhatnak a reintegrációra, mint nem dolgozó társaik.” Ezek azok az érzések, amelyek a stigmatizációval kapcsolatosak, és amelyek a leginkább megerősítik abbéli hitemet, hogy kinek lehet, dolgoznia kell(ene). A bennünk kialakuló önmeghatározás alapján válik el, kik is vagyunk valójában, hogyan vagyunk része a szűkebb és tágabb környezetünknek. A munka pedig éppen ebben erősítheti meg az embereket – ha jó megközelítéssel alkalmazzuk. Ez az a közvetlen hatás, amely a többit (egészség, szociális jóllét stb.) alakítja. Ha mentálisan egészségesebbé tesszük az embereket, egyéb tekintetben is azok lesznek.

És ez utolsó adat az egyik fontos tény ahhoz, hogy egyáltalán reintegrációról, illetve több szempontból is értékes foglalkoztatásról beszéljünk. Mert az egész erőfeszítés tulajdonképpen ezért történt!

Milyen fontos következtetéseket tehetünk így a kapott adatok alapján?

1. A munka egyértelműen előnyt jelent a mentális egészség és azok fontos kihatása terén a szociális foglalkoztatásban (a pszichiátriai ellátottak esetén biztosan).
2. A munka nem önmagában, hanem bizonyos védettség (védett környezeti hatás) mellett fejti ki az említett hatást. Hiszen a munka lehet mentálisan és egészségileg romboló is, ahogy arra számos példát láthatunk a munkaerőpiacon – habár mindez nem a munka hibája, hanem azé a szemléleté, amely a dolgozók szaktudásának kiszípolozására törekszik, figyelmen kívül hagyva az egyéb emberi tényezőket. (Ez a gondolat némileg neomarxista, azonban kikerülhetetlen hosszabb távon, hogy ezt a szemléletet felülvizsgáljuk, mivel

- ennek híján tovább növeljük a társadalmi építkezésben aktívan részt venni alig vagy nem tudók számát, ami nem lehet cél.)
3. A két tényező összekapcsolása (átgondolt vagy védett környezet + munka) nem kell, hogy a védett szervezetekre vagy akkreditált munkahelyekre korlátozódjon, mivel a szociális foglalkoztatásban is eredményesebb, mint a munkát nem tartalmazó társa.
 4. Valójában célként kell megfogalmazni a kettő összekapcsolását, nem csak azért, mert a jogi szabályozással így kerül összhangba a rendszer (amit még pontosítani kell, hogy saját magával is összhangba kerüljön végre), hanem főleg azért, mert úgy vélem, ez ad valóságos alapot a tényleges reintegrációra (ha ez lehetséges a gazdasági környezet miatt).
 5. Az alapvető megkülönböztetés, ami ma érvényben van (munka, de nem piaci viszonyok között, vagyis a munka piaci szerepe nem számít, a rehabilitációs jelleg a fontos vs. a munka a piaci viszonyokkal együtt működik, amely kettősség ellentmondás önmagában is) nem viszi előbbre a reintegrációt, mivel a piac adja azt a környezetet, amely a munka komolyságát is megteremti. „Játszásiból” nem lehet elég komolyan venni a munkát, ahhoz szükséges a piac azon szerepe, amit csak az tud „eljátszani” – határidők és minőségi követelmények, amelyek a dolog valóságát adják, pénzben látható megtérülés, a vásárló értékelése (feedback) stb.
 6. Új határvonalak meghúzását látom szükségesnek, amelyek az alapján tesznek különbségeket a foglalkoztatásokban (pl. szociális foglalkoztatásban), hogy mennyi szociális elemet tartalmazzon (és mit) egyik vagy másik foglalkoztatás típus, illetve, hogy mennyiben legyen (lehet) cél a védett, integrált vagy rendes munkapiacra kilépés (reintegráció). Ahogy már említettem, a mostani rendszer – nem tudatosan – ott húzza meg a vonalat, hogy munka vagy nem munka (és ez akkor is igaz, amikor a szociális foglalkoztatást nem az akkreditált vagy integrált foglalkoztatással hasonlítom össze, hanem pl. a védett szervezeti foglalkoztatással, ami sok esetben jobban kifejezi egyébiránt az általunk képviselt gondolatot, mint a szociális foglalkoztatás jelenlegi formája). Ha a határokat más elvek alapján alapítjuk meg, segítünk rendeződni olyan területeknek, mint a védett szervezeti foglalkoztatás, akkreditált és egyéb típusok, ráadásul magától értetődőbben rendeződhet a foglalkoztatások sora átjárható rendszerré, ami ma az egyik legnagyobb hiányossága a foglalkoztatásnak.
 7. Bár reprezentatív adataink nincsenek az intézmények bevételeit illetően, aminek oka egyrészt, hogy az intézmények egy része nem képez bevételi forrásokat a munkákból, másrészt hogy az intézmé-

nyek nem feltétlenül vannak tisztában ezekkel a gazdasági kérdésekkel (mivel több intézmény vállalkozókon keresztül végzi az intézményi foglalkoztatást, amelynek a bevétele nem az intézményekben realizálódik), bizonyos intézmények ismert adatai alapján elmondható, hogy akár 3-4 szeresére is nőttek a bevételeik az intézményi foglalkoztatás elmúlt 3-4 évében (ami akár 15-30 millió forintos bevételt is jelenthet egy 60-80 fős foglalkoztatotti létszámnál). Vagyis van reális esély arra, hogy ezek az emberek hozzájárulóként (is) részt vegyenek a gazdasági folyamatokban. Tapasztalataink szerint mindez tovább növelhető, ha idő és megfelelő gazdasági környezet is megjelenik a lehetőségek kiaknázására. Ha ehhez még hozzávesszük azt a kb. 30-40 millió forintot, ami gyakorlatilag a felhasználás nélküli visszaforduló része a támogatásnak – 30-40%-nyi rész – (adók és járulékok formájában két héten belül visszakerül az állami kosárba, tulajdonképpen csak átfolyik az intézményeken), akkor jól látszik, hogy egy, az eddigiekhez képest (amelyben csak kifolyó pénzekről beszéltünk) sokkal gazdaságosabb lehetőséget csillant fel a piac felé gravitáló rendszer.

7.0 Az eredmények kiterjeszhetősége

A szigorúan vett empirikus eredmények kiterjeszhetősége csak igen komoly feltételrendszerben kaphat helyet. Ennek oka, hogy bár a populáció, amelyet lekérdeztünk a mostani adatfelvétel tekintetében tipikus (mivel mindenkit megkérdeztünk, nem is lehet más), más tekintetben azonban atipikus, mivel nem reprezentálja a tágabb értelemben vett és érintett populációkat (sem a közös halmazból származó egyéb csoportokat, mint szegénység, hátrányos helyzet stb., sem a pszichiátriai tünetekkel élőket országosan).

Van viszont néhány olyan elv, amely tekintetében óvatos, de egyértelmű kiterjeszhetőségre nyílnak lehetőségeink:

- a) Ilyenek a szociális foglalkoztatás tartalmi kérdései (munka + piac + megfelelő szociális tartalom = nagyobb esély a reintegrációra). Hiszen, ha működik a dolog egy rosszabb potenciállal rendelkező csoportban, miért ne lenne értelmes következtetés, hogy egy jobb potenciállal (vagyis fogékonyabb) csoportban is működnek az elvek? A képlet annyira magától értetődő, hogy nehéz arra gondolni, hogy bármi akadálya lehet az alkalmazásának egyéb helyeken.
- b) Az intézményektől és betegcsoportoktól való nagymértékű függetlenség lehetővé teszi, hogy arra a 2,5 millió emberre is gondoljunk, akik pszichiátriai tünetekkel is élnek (különböző mélységekben), és akik ilyen vagy olyan módon foglalkoztatási kérdésekkel is

szembekerülnek az életük során, akik közül sokan a jövő szociális ellátottjai lehetnek, akik közül százezrek foglalkoztatási kérdései válnak időszerűvé akár már holnap.

- c) De gondolnunk kell közvetlenül arra a kb. 700 000 emberre is, akiknek a jelentős része pszichiátriai beteg, vagy az is (a skizofrénia prevalenciája 1%, ergo, az országban ma csak ebből a körkép-ből kb. 100 000 él, akik többsége biztosan nem dolgozik pl.).

Ha így tekintünk kutatásunkra, látható, hogy mondanivalónk több tekintetben szélesebben is értelmezhető, illetve azok véleményét erősíti, akik eddig is a foglalkoztatás tartalmi és érdemi kiterjesztéséért szálltak síkra.

7.1 További következtetések

Az itt tett megállapítások így olyan egyéb következtetéseket is megengednek, amelyek némileg túlmutatnak a kutatás szorosan vett tárgykörén, viszont kezdeti elveinket nagyban alátámasztják:

1. Olyan foglalkoztatási rendszert kell kiépíteni, amelyben a gazdasági szféra és a szociális szféra nem elkülönült rendszerekként, hanem minden szinten szimbiózisban működik, mivel ez az összefonódás képes hatékonyan befolyásolni azokat a demográfiai és gazdasági kényszereket, ami a csökkent munkaképesség miatt munkából kiesők hatalmas tömegéből következik.
2. Így egyrészt a szociális foglalkoztatás, másrészt az egész foglalkoztatási rendszer újragondolása szükséges, ahol a határok nem a ma – egyébként a jogi szabályozással ellentétesen – munka és nem munka határán húzódnak, illetve nem a piachoz való viszonyban definiálódnak, hanem ahol a szociális ellátásban a munka elsődleges és alapvető, amennyire lehet kikerülhetetlen ellátási forma, és amelyben a piac nem mellékes tényező, hanem alapvető társulási elem.
3. A szociális foglalkoztatás (és itt már kiterjesztett értelemben, a szociális érában megjelenő általános, munkával rehabilitáló elvként érttem) nagyobb és integrált szerepet kell hogy kapjon az egész foglalkoztatási rendszerben, hogy minél hamarabb létrejöjjön a gazdaság és a szociális szféra közös részhalmaza, amelyben az átjárás mindig kétirányú. Ennek gyakorlati megvalósításához kutatások, ill. modellkísérletek elvégzése és már meglévő, értékes gyakorlatok importálása szükséges (nem csak külföldről).
4. Ezzel együtt jár, hogy a szociális foglalkoztatást (ahogy az előbb értettem) – bár mindig szükséges lesz támogatottnak maradnia valószínűleg – elfogadottá (mindkét szférában), másrészt bevételi forrássá kell tenni – és segíteni szükséges, a kezdetekben kiemelten: pl. közbeszerzések és tudatos építkezés, piacok tudatos biztosítása

kapcsán (figyelembe véve a piaci versenyt és a korlátozó intézkedéseket, irányelveket).

5. A szociális szféra erre a sémára jelenleg alig alkalmas, a gazdasággal való közelebbi kapcsolata szinte elképzelhetetlen. Ez maga után vonja a szociális rendszer bizonyos átformálását, más értékek alapján történő újradefiniálását. Modellintézmények és modellkísérletek, újabb empirikus kutatások szükségesek ahhoz, hogy ez megtörténjen, és ezek után lehetséges, hogy megkezdődjön a szféra átrendeződése.
6. A felvázolt (elméleti) foglalkoztatási rendszer feltételezi azt a foglalkoztatási láncot, amely a szociális és gazdaság szféra között lett kifeszítve, amelynek szemei azok a jól definiált foglalkoztatási ágak, amelyekben megfelelő arányban található a munkavégzéshez társított szociális elemek léte, és amely tényleges átjárást biztosít mindkét irányba a kapcsolódó rendszerek között.

8.0 Merre tovább?

Az eddig elmondottak determinálnak egy sor jelentős változást a foglalkoztatásban, illetve körvonalaznak számos megfejtendő kérdést. Mivel a kényszerű változás jelentős, hiszen egy egész szemléletet érint, amit mindig a legnehezebb átformálni, néhány dolgot mindenképpen látnunk kell ahhoz, hogy eredményes lehessen az akarat, amely módosítani kíván. Ehhez legalább négy nagy területen szükséges számos kérdés tisztázása, amelyek egyben empirikus kutatási irányokat is jelölnek:

a) Társadalmi – társadalmi elfogadás – részterület: Milyen társadalmi elfogadás várható egy ilyen átalakítás kapcsán? Hogyan vélekednek erről azok, akiket érint(het)? Melyek a kritikus pontok, amelyeken elbukhat az elfogadás? Milyen társadalmi következményekkel lehet számolni a rendszer megvalósulása esetén?

b) Szociálpolitikai részterület: Pontosan kell tudnunk, mennyiben áll készen a szociális szféra és a gazdasági szféra a többször emlegetett szimbiózisra. Melyek lehetnek a rendszer-összefonódás gyenge pontjai? Hogyan és milyen mértékben kell és lehet egymás része a két rendszer? Hogyan néz ki pontosan az a foglalkoztatási rendszer, amelyről itt (is) beszélünk? Milyen elemei vannak, és azok hol kapcsolódnak a szociális és gazdasági rendszerhez? Mekkora apparátus szükséges a működtetéséhez? Milyen képzettségek, továbbképzések, alapfeltételek szükségesek a fenntartáshoz? Milyen intézményrendszerben tud működni?

c) Gazdasági részterület: Hol integrálódik egy egészszé a foglalkoztatások sora és a munkaerőpiac, és mennyiben? Milyen anyagi háttér szükséges a működtetéséhez? És mennyiben kifizetődő mindez

az államnak (anyagi és látens előnyök)? Mennyibe kerül rövid- és hosszútávon mindez?

d) *Közigazgatási részterület*: Milyen jogi szabályozás képes mindent működtetni? Mennyiben érinti a változás a mostani jogot? Mennyi időbe telhet az átalakítás, és milyen lépcsőkön keresztül valósulhat meg?

Négy nagy és alapvető terület határozódik meg (mint egy önreferenciális rendszer⁸¹) a felvetés kapcsán, amely négy jól körülírható kutatási területet determinál. A felvázolt területek azonban csak alapvető ágakat jelentenek, amelyeket tovább kell bontani ahhoz, hogy empirikusan értékelhető anyagokat eredményezzenek. A vázlat azonban kezelhető kiindulási alap ahhoz, hogy a nagyobb részfeladatokat kisebb egységekre bontsuk. Persze, ha készen vagyunk rá. Mivel a kutatás és a következtetései csupán a papírkosárnak készültek, ha legalább valami nem hasznosul belőle. Ugyanakkor azzal is tisztában vagyok, hogy az általam képviselt irány csak egy a lehetőségek közül. Így a vázolt kutatási ágak más, értelmes és fontos javaslatokhoz képest természetesen módosulhatnak is. Valójában akkor lenne jó soruk, ha tényleg módosulnának, mivel ez azt jelentené, hogy vannak, akik jó eszközt látnak benne, ergo gondolkodnak rajta, használják. Hogy ez megtörténik-e, nem tudom, csak remélem, hogy legalább részben igen.

Egy lehetséges használati mód az is, ha lesznek, akiket az egész vagy néhány rész továbbgondolásra serkent, ha egyes felvetései az itt leírtaktól jobb és kiforrottabb gondolatokat eredményeznek, amelyek még jobb irányokat tárnak elénk.

Egy rendszer átalakítása mindig grandiózus csapatmunka. Egy ilyen kis kutatás csak gyenge szellő lehet az átformáló szélben. Azonban remélem, hogy láttatja és segíti annak megértését, hogy ténylegesen és egyre sürgetőbbben átalakításra, más szemléletre, más sémákra, más keretekre és más munkavégzésre van szükség, mert az ország gazdaságának és a szociális szférának is a sorsa múlhat azon, merre tudjuk és akarjuk elmozdítani a mostani állapotokból a csökkent munkaképességűek, ezáltal a foglalkoztatás helyzetét.

⁸¹ Niklas Luhmann önmeghatározó (önalkotó) rendszerelmélete alapján.

Irodalomjegyzék

1. 1/2000. kormányrendelet (a szociális foglalkoztatásról)
2. 112/2006. (V. 12.) Korm. Rendelet
3. 15/2005. (IX. 2.) FMM rendelet
4. 177/2005. (IX. 2.) Korm. rendelet
5. 1993. évi III. Törvény (Szociális törvény)
6. 2000/78/EC Európai Tanács irányelv
7. 2007. évi XCII. Törvény
8. 3/2006. ISZCSM rendelet
9. 321/2007. (XII. 5.) Korm. Rendelet
10. A fogyatékoság kezelésével kapcsolatos munkahelyi gyakorlat. Tripartit szakértői értekezlet, Genf 2001.
11. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium állásfoglalása a pszichiátriai zavarok gyógykezeléséről. Bp. 2000. Pszichiátriai Szakmai Kollégium
12. Adler Judit: A munkavállalási korú inaktív népesség motivációja, munkaerőpiaci távolmaradásának okai. GKI Gazdaságkutató Rt. 2006. (kézirat)
13. Aranyosy Andrásné: Tevékenység – szép örökség. Bp. 1986. Medicina Könyvkiadó.
14. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének alapvető szabályai a fogyatékos-sággal élő emberek esélyegyenlőségéről. Bp. 2003. Foglalkoztatáspolitikai és Munkügyi Minisztérium.
15. Az Egyesült Nemzetek Szervezetének alapvető szabályai a fogyatékos-sággal élő emberek foglalkoztatásáról. Bp. 2003. Foglalkoztatáspolitikai és Munkügyi Minisztérium.
16. Az Európai Unió 2003-ban elfogadott Fogyatékosügyi Stratégiája (Akció-terv)
17. Az új Országos Fogyatékosügyi Programról szóló 10/2006. (II. 16.) OGY határozat.
18. Bánfalvi Csaba: A fogyatékosok társadalmi integrációja és gyógypedagógiai-szociológiai értelmezése. In: Csepeli-Örkény-Székelyi (szerk.): Kisebbségszociológia.
19. Comer, Ronald J.: A lélek betegségei. Bp. 2000. Osiris kiadó.
20. Czakó Zsuzsa: Rehabilitációs Modellek: Bp. 2002. Magyar Távoktatási Alapítvány
21. ENSZ Gazdasági és Szociális Tanács 1990. május 24-i, 1990/26. sz. határozata.
22. Foucault, M.: A bolondság története. Bp. 2004. Atlantisz Kiadó.
23. Frey Mária (szerk.): A szociális gazdaság szervezetei Magyarországon. Bp. 2007. Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.
24. Frey Mária (szerk.): Szociális gazdasági kézikönyv. Bp. 2007. Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.
25. Frey Mária: Az Európai Unió foglalkoztatási stratégiája. Elektronikus verzió. Forrás: http://econ.core.hu/doc/mt/2004/hun/Frey_I.pdf
26. Füredi J.–Németh A.–Tariska P. (szerk.): A pszichiátria rövidített kézikönyve. Bp. 2007. Medicina Könyvkiadó Zrt.

27. Füredi János: A pszichiátria szociális érzékenysége. Bp. 2007. Medicina Könyvkiadó.
28. Genfi 159. számú egyezmény a foglalkozási rehabilitációról és a foglalkoztatásról (1983).
29. Goffman, E.: A hétköznapi élet szociálpszichológiája, Bp. 1981. Gondolat Kiadó
30. Gyetvai Gellért: A deviancia mint társadalmi kategória. Bp. 2009. Szent Lázár Alapítvány (tanulmány, elektronikus változat).
31. Győri P.–Mózer P.: „Tékozló koldus ruháját szaggatja”. Bp. 2006. Elektronikus verzió.
32. Győri Péter: A szociális ellátások jelenlegi szabályozási és finanszírozási rendszerének felülvizsgálata. Bp. 2009. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet (Budapesti Műhely)
33. Katona Ferenc (szerk.) A rehabilitáció gyakorlata. Bp. 2004. Medicina Könyvkiadó
34. Kopp Mária–Skrabski Árpád: A pszichiátriai betegségek és magatartászavarok háttere. Forrás:
www.ehok.usn.hu/.../a_pszichiatriai_betegsegek_es_magatartaszavarok_hattere.ppt
35. Koronváry Péter: A taylorizmus korlátain túl (az emberi kapcsolatok szerepe): Mayo és a hawthorne-i tanulmányok (1924-36). Bp. 2005. Elektronikus verzió (forrás:
www.katasztrofa.hu/documents/koronvary/VT4r.pdf)
36. Kováts A.–Tausz Katalin (szerk.): Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről. Bp. 1997. Szociális Szakmai Szövetség.
37. Krug Ferenc: Írók a munkáról. (Egyéb adatok nélkül!)
38. Lechnerné Vadász Judit: Megváltozott munkaképesség, fogyatékoság, a közelmúlt foglalkoztatási tanulságai. Bp. 2007. ELTE BI. GYPK.
39. Medgyesi M.–Róbert P.: Munka-attitűdök: időbeli és nemzetközi összehasonlítás. Bp. 2006. TÁRKI (Elektronikus verzió)
40. Nemeskéri Gy.–Fruttus I. L.: Az emberi erőforrás fejlesztésének módszertana. Bp. 2001. Ergofit Kft.
41. NN.: A fejlesztést szolgáló eszközök, eljárások. Bp. 2002. 3K Consens Iroda.
42. Offe, Claus: A munka mint szociológiai kulcskategória? In: Felkai-Némedi-Somlai (szerk.): Szociológiai irányzatok a XX. században. Bp. 2000. Új Mandátum Kiadó.
43. Paneth Gábor: A labirintus járataiban. Bp. 2003. Animula Kiadó.
44. Pável Magda (szerk.): Életesemények lelki zavarai I. Bp. 2004. Semmelweis Egyetem Kiadó.
45. Pető Zoltán (szerk.): A lélek rejtelsei, titkai. Szeged 1993. Dél-alföldi Népfőiskolai Alapítvány.
46. Pető Zoltán (szerk.): Vázlatok a pszichiátriai rehabilitáció gyakorlatából. Szeged 2003. Integritas Közhasznú Egyesület.
47. Pongrácz László (szerk.): Foglalkoztatást elősegítő kutatások. Bp. 2005. Országos Foglalkoztatási Közalapítvány.

48. Povázsay Mihály (szerk.): Munka-erő-piac. Békés 2005. Még is van remény Egyesület.
49. Pulay Gyula: A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének koncepciója. Bp. 2008. Állami Számvevőszék Kutató Intézete (kézirat).
50. Pulay Gyula: A megváltozott munkaképességű személyek támogatási rendszere társadalmi-gazdasági hatékonyságának vizsgálata. Bp. 2009. Állami Számvevőszék Kutató Intézete (kézirat)
51. Pulay Gyula: Koncepció a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatása támogatási rendszere korszerűsítésének rövid távú feladataira. Bp. 2008. Állami Számvevőszék Kutató Intézete (kézirat).
52. Rátóczi Éva: Életesemények lelki zavarai II. Bp. 2003. Semmelweis Egyetem Kiadó.
53. Szádóczky Erika: A depressziók és a szorongásos betegségek epidemiológiája. In: Háziorvos Továbbképző Szemle 1:67-68 (1996).
54. Szellő János (szerk.): Munkaerőpiaci segítő szolgálat. Bp. 2003. Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium.
55. Tringer László: A pszichiátria tankönyve. Bp. 2005. Semmelweis Kiadó.

Melléklet

Pszichiátriai betegségek kutatás szerinti klasszifikációja⁸²

Skizofrénia

A skizofrénia nem egyetlen betegség, hanem agyi működészavarok együttese, amelyek eltorzítják a gondolatokat, az érzelmeket és a viselkedést. A skizofrének nem tévesztendő össze a többszörös vagy hasadt személyiségű betegségekkel. Az orvosok is különbséget tesznek a skizofrénia és a skizoid típusú személyiségzavarok között. Ezekben az állapotokban is tapasztalhatók olyan vonások és viselkedésmódok (másokkal szembeni közömbösség, túlzott nyugtalanság), amelyek megnehezítik a kapcsolatokat, de nem jellemzők rájuk a skizofrének téveszméi, hallucinációi és széteső gondolkodása. A személyiségre gyakorolt pusztító hatása miatt a skizofréniát egykor dementia praecoxnak, vagyis korai elbutulásnak nevezték. A skizofréneknél előfordulnak hallási hallucinációk: olyan hangokat hallanak, amelyek képtelen cselekedetekre készíthetik őket. Lehetnek téveszméik is, például azt hiszik, hogy a telefonkészülék el akarja rabolni a gondolataikat, vagy hogy ők a magyar trón törvényes örökösei. Megtörténhet, hogy temetésen elnevetik magukat, és sírásban törnek ki, amikor mások nevetnek. Némelyikük visszahúzódik a világtól, csendben egy sarokba kuporodik, és se nem lát, se nem hall. A skizofrének egy részének nehezebb esik a legegyszerűbb feladat elvégzése is, és sokan közülük értelmes beszédre sem képesek. Eltompulnak készítményeik és érzelmeik, s képtelenek megfelelni a társadalom elvárásainak. Összpontosítani is csupán arra a téveszmére képesek, ami rabul ejtette őket. A fejlett világban a pszichiátriai intézetekbe utalt betegek 50%-a skizofrén. Ki válhat skizofrénné? A skizofrének között egyenlő arányban vannak férfiak és nők, s a betegség általában tizenéves korban vagy a korai felnőttkorban kezdődik. A fiúknál többnyire korábban fejlődik ki a skizofrénia, mint a lányoknál; a 17-18 éves korcsoportban a fiúk és lányok aránya a betegek között négy vagy öt az egyhez. Száz esetből kettőben az első roham még a 15. életév előtt jelentkezik. Azok között a gyermekek között, akiknek nincsenek skizofrén rokonaik, a betegség kockázata egy a százhoz. Az a gyermek, akinek egyik szülője skizofrén, hétből egy esetben válik skizofrénné. Ha mindkét szülő beteg, akkor gyermekük 50%-os valószínűséggel lesz skizofrén. Egypetéjű ikrek esetében, ha egyiküknél kifejlődött a skizofrénia, 50%-os valószínűséggel betegszik meg a másik. Mi okozza a skizofréniát? Ma már a legtöbb

⁸² Készítette Duma Konstantin intézményvezető, akinek ezúton is köszönettel tartozom a segítségért

kutató elveti azt az elméletet, amely szerint a skizofrénia valamely gyermekkori tapasztalattal hozható összefüggésbe, úgyhogy a skizofréniasok szüleinek nincs okuk még gondjaikat büntudattal is tetézni. A skizofrénia kiváltó oka ismeretlen. A legújabb kutatások arra utalnak, hogy a betegség az agyban jelentkező biokémiai egyensúlyzavarral hozható összefüggésbe. Megfigyelték, hogy a skizofréneknek sok esetben magas a dopamin szintjük. (A dopamin egyike az agy ingerületátvivő anyagainak.) Ezért a skizofrénia gyógykezelésére olyan gyógyszereket alkalmaznak, amelyek módosítják a dopamin hatását. Az okok között örökletes tényezők, vírusfertőzés, az élet korai szakaszában elszenvedett agysérülés és az immunrendszer rendellenességei szerepelnek. Melyek a betegség korai jelei? A skizofrénia jeleit nem könnyű felismerni – különösen azokat nem, amelyeket negatív tüneteknek neveznek. Ilyenek a visszahúzódság, a szeszélyes hangulat, az iskolai vagy munkahelyi problémák, az apátia, az örömtelenség és a külső megjelenés elhanyagolása. A népesség 1% szenved skizofréniaiban.

Affektív zavarok (hangulatzavarok)

E betegségek kapcsán a hangulat tartósan valamely szélső irányba tolódik el, amit a környezet történései nem vagy alig befolyásolnak. Mindez együtt jár a magatartás és érzelmek feletti kontroll csökkenésével, súlyos esetben az elveszésével, a kognitív és vegetatív funkciók változásával. Majdnem mindig károsodik a fizikai és a szellemi teljesítmény, valamint a szociális kapcsolatok.

A hangulatzavarok a leggyakoribb tünetegyüttesét jelentik a pszichiátriai zavaroknak. A lakosság 5,5-19,8%-át érintik (de erősebb kritériumok alapján akár a 25%-ot is). Egy adott időpontban a felnőtt nők 18-34%-a, a férfiak 10-19%-a szenved depresszióban. A klinikai szintű depressziók megjelenése ennek kb. egyharmadában valószínű. A nők, mint látható, kb. kétszer akkora arányban betegszenek meg. Azonban pl. a bipoláris zavarok tekintetében a nemek között nem találunk különbséget.

Pontos kialakulásuk okát, nem feltétlenül ismerjük. Annyi bizonyos, hogy genetikai, pszichoszociális okok jól ismertek, organikus és egyéb faktorok egyaránt részt vehetnek kialakulásában. Gyakran negatív életesemények váltják ki (válás, szeretett személy elvesztése stb.), de nagy szerepe van a stressznek is (pl. munkahelyi stressz). Általában a megfelelő szociális támasz sokat jelent a betegség lefolyásának enyhítésében.

Leggyakoribb betegségek: depresszió, bipoláris zavarok (mániás depresszió).

Szorongásos, kényszeres zavarok

Az emberek egy része olyan erős félelemmel és szorongást él át folyamatosan, hogy képtelenné válik a normális életvezetésre. Diszkomfort érzésük vagy túlságosan mély, vagy túlságosan gyakori, elviselhetetlenül hosszú ideig tart, és minden apró, mások számára jelentéktelen, lényegtelen vagy észre sem vett inger kiválthatja. Ezek az emberek szorongászavarban szenvednek. A szorongászavarok USA-ban a leggyakoribb mentális rendellenességeknek számítanak: adott évben a felnőtt népesség 15-17 százaléka.

A generalizált szorongástól szenvedő emberek szünni nem akaró általános és tárgyaltalan szorongást élnek át. A fóbiások egy bizonyos tárggyal, tevékenységgel vagy helyzettel szemben éreznek szüntelen és irracionális félelmet. A pánikbetegeket visszatérő jelleggel retteghullámok borítják el. A kényszeres zavarok áldozatai pedig ismétlődő, akarataik ellenére betolakodó gondolatok, kényszeres cselekvések miatt élnek állandó szorongásban, illetve szorongásukat számtalanszor újraismételt, ritualisztikus cselekedetekkel próbálják csökkenteni. Az akut stressz-zavar és a poszttraumás stressz-zavar állapotában az emberek jóval a traumatikus esemény után is félelem és annak járulékos tünetei gyötrik. Előfordul és nem ritkán, hogy egy ember a fent leírt tünetből többet is átél rövid időintervallumon belül.

Demenciák, mentális retardáció

A demenciák betegségecsoport tudatzavar nélküli, progresszív, előremenő elbutulással jár. Nagyon súlyos, előrehaladott demenciában tudatzavar is megjelenik. Az elbutulás emlékszavarral kezdődik, a megjegyző, a megtartó és a felidéző emlékezést egyaránt érinti, majd az értelmi funkciók egészére s az érzelmi szférára is kiterjed, mindenféle mozgás ügyességét rontja, és az egész személyiség fokozatos nivellálódásával, leépülésével, legvégül dezorganizációval jár. Előrehaladása többnyire lassú, de feltartóztathatatlan, a készségek véglegesen és visszafordíthatatlanul elvesznek. A demencia bármely életkorban elkezdődhet, de gyakorisága 65 év felet lényegesen nagyobb, mint korábban. A legismertebb demencia betegségek az Alzheimer-kór, vaszkuláris demencia, Pick-kór, Creutzfeld-Jakob-kór, Huntigton-kór, Parkinson-kór.

Mentális retardációnál a személyek intelligenciaszintje és adaptív készsége az átlagnál jelentősen alacsonyabb. Gyakorlatilag minden századik ember beleesik ebbe a kategóriába, ebből háromötöd a férfi. A retardációnak négy szintjét különböztetik meg: enyhe (IQ 50-70), mérsékelt (IQ 35-49), közepsúlyos (IQ 20-34), és súlyos (IQ 20 alatt).

Egyéb kategória (máshova nem sorolható F-kódú betegségek)

A fenti osztályozásban nem tartozó zavarok, betegségek: kémiai szerek okozta zavarok, függőség, szerencsejáték és internetfüggőség, evési zavarok (anorexia, bulimia nervosa), szexuális zavarok, paranoid zavarok, gyermekkori fejlődés zavarai, kommunikációs zavarok.