Rubovszky Csilla

IDŐSGONDOZÁS A CSALÁDBAN – A GONDOZÓ CSALÁDTAGOK HELYZETE A MAI MAGYARORSZÁGON

A tanulmány arra keresi a választ, hogy a mai Magyarországon kik azok a családtagok, akik magukra vállalják a demográfiai elöregedés következtében jelentkező növekvő gondozási szükségletek kielégítését, mi jellemzi az élethelyzetüket és milyen sajátos szempontjaik vannak a gondozási folyamatban. A legmegbízhatóbb adatok elérése érdekében országos reprezentatív kérdőíves telefonos kutatást végeztünk, random módon, szűrőkérdőív alkalmazásával. A kutatások tapasztalatait összegezve elmondható, hogy a nemzetközi tendenciáknak megfelelően a gondozó családtag Magyarországon is jellemzően átlag alatti jövedelmű, hátrányos helyzetű településen, gondozottjával együtt élő, középkorú, gyermekes nő. A gondozó tevékenység következtében szinte minden területen romlik az életminősége, tehermentesítésének egyetlen lehetséges megoldása a formális és informális gondozás közötti új egyensúly megteremtése.

Bevezetés

A posztindusztriális társadalomban zajló gyors változások számos új szociális kockázathoz vezetnek (alulfoglalkoztatás, egyenlőtlenségek növekedése, migráció stb.). A demográfiai folyamatok és a családszerkezet gyors átalakulása eredményeként egyszerre érvényesülő trend a fejlett világban az elöregedés és a hagyományos családi gondozókapacitás jelentős részének megszűnése, amelyek együttesen korunk egyik legnagyobb társadalmi kihívását jelentik (Myles 2007). Az utóbbi évtizedekben a szakirodalom és a közvélemény is elsősorban az időskori biztonság garantálását célzó transzferrendszerek problémáival foglalkozott, és kisebb figyelmet fordítottak arra a nem kevésbé fontos problémára, hogy ki fogja gondozni az egyre több idős embert.

A világ korösszetételéhez képest, ahol a lakosság 8 százaléka 65 év feletti, az Európai Unió elöregedési mutatói kiugróan magasak: az ebbe a korosztályba tartozók aránya eléri vagy meghaladja a lakosság 19 százalékát (World Bank 2015). Az idős populáción belüli jelentős változás, hogy a „legidősebb idősek” (a 80 év felettiek) száma kétszer olyan gyorsan növekszik, mint a náluk fiatalabbaké

(OECD 2015). Körükben egyszerre jelentkezik kockázatként a hirtelen egészségromlás, valamint az ezt követő tartós gondozási szükséglet[1], ami az ismert öt idősügyi kockázatot[2] eredményezi és kiegészül egy hatodikkal, a magányosság érzésének megjelenésével.

A családszerkezet átalakulása a hagyományos informális gondozókapacitás nagymértékű csökkenését eredményezte (Hantrais 2004), előrevetítve a családi pilléren alapuló gondoskodó feladatok ellátásának súlyosbodó problémáit. A posztindusztriális gazdaság kialakulásával, a szolgáltató szektor előtérbe kerülésével vált lehetővé a nők egyre nagyobb mértékű munkavállalása (Somlai 2013). A párkapcsolatok instabilitása, a válások és az egyszülős családok számának növekedése, az atipikus együttélési formák terjedése jelzik a család gyors átalakulását. A fejlett nyugati jóléti államok szociálpolitikájuk kialakításánál már évtizedekkel ezelőtt felismerték, hogy a nők – akik az informális gondozási feladatok elsődleges teherviselői – már nem képesek és nem is kívánják a nukleáris családban szükséges újratermelési funkciójukat egyedül magukra vállalni (Beck 2003). Ezzel együtt növekvő figyelem fordult a nők kettős – munkavállalói és gondozó – társadalmi funkciójának összeegyeztetését célzó szociálpolitikai erőfeszítésekre, mivel a hagyományos gondozás feladata a gondozó női családtagot élete különböző életszakaszában érintheti, és a megnövekedett gondozási igény veszélyeztetheti a nők munkaerőpiaci jelenlétét.

Az idősgondozást vizsgáló szakirodalom túlnyomórészt a gondozottakra koncentrál és jóval kisebb figyelem fordul a gondozást végzőkre. A gondozó családtag terheinek csökkentése érdekében számba kell vennünk a *welfare mix* további pilléreinek teljesítőképességét. A növekvő gondozási igény kielégítéséhez új egyensúlyra van szükség az állam, a piac és a család szerepében. Ennek során egyrészt számolnunk kell a fizetőképes keresletre épülő, szükséglet-kielégítést szolgáló piac szociális érzéketlenségével, másrészt az állam vonakodásával, mivel úgy tűnik, az állam sem képes, sőt sokszor nem is kíván – kizárólagosan – erre a látszólag periférikusnak tekintett problémára érdemi választ adni. Az idősgondozás változó kihívásaira adott, az útfüggőség (path-dependency) tézisét sokban igazoló különböző állami válaszok azt mutatják, hogy útkeresés zajlik az adott területen. Az biztosnak látszik, hogy a változó család szerepe jelentős marad az idősgondozásban, ennek ellenére nem vagyunk pontosan tisztában azzal, hogy hazánkban – a családon belül – kik vállalják magukra ezt a gondozási tevékenységet.

Magyarországon sem reagált még az állam kielégítő mértékben a családszerkezeti változásokra. Ennek számos oka lehet, köztük az, hogy nem volt még önál-

[1] A demográfiai öregedéssel járó egészségromlás és ezt követő tartós gondozási szükségletnövekedés közötti összefüggést jól példázza a Global Agenda Council on Ageing Society szakértői munkacsoport 2012. évi átfogó nemzetközi tanulmánya, amely az idősödés globalizációs hatásait vizsgálja, nagy nemzetközi összehasonlító elemzéseken keresztül. A benne található 6. tábla (a 136–137. oldalon) jól kiemeli a várható élettartam és az egészségben eltöltött évek számának egymáshoz viszonyított arányát.

[2] Az öt idősügyi kockázat: fizikai és szellemi hanyatlás, családtagoktól, segítőktől való fizikai és szellemi függőségi viszony kialakulása, időskori depresszió, elesettség, betegség.

ló kutatás a gondozó családtag szociológiai, demográfiai jellemzőinek feltárására. Felmérés hiányában csak feltételezéseink lehetnek arra vonatkozóan, hogy a hazai gondozók helyzete mennyiben hasonlít vagy tér el az Európai Unió többi tagállamában élőkéhez képest.

A fent vázolt problémakörből nem a rendszert, nem is a gondozott idős t, hanem az idősgondozás harmadik szereplőjét, a gondozó családtagot, annak életkörülményeit és sajátos szempontjait vizsgálom e gondoskodási folyamatban. Ennek érdekében először elhelyezem hazánkat a tartós gondozási rendszerek modelljeiben, hogy érzékeltessem, a családi gondozó a megváltozott családszerkezet mellett milyen mértékű állami támogatásra számíthat gondozási tevékenysége elvégzéséhez. Ezt követően körképet adok a gondozó családtagra vonatkozó kutatásokról, az eltérő fogalomhasználatokról, hogy viszonyítási alapot nyújtsak saját kutatásom elemzéséhez. Végezetül összegzem a gondozó családtagra vonatkozó reprezentatív kutatásom legfontosabb megállapításait.

1. A hazai otthonközeli tartós gondozás nemzetközi megközelítésben

Európában az 1990-es évek közepéig az otthonközeli tartós gondozás[3] (Long Term Care, a továbbiakban LTC) szempontjából egyrészt **univerzális modellről**, másrészt **reziduális modellről** beszélhetünk. Univerzális modell alatt azt értjük, ha a tartós gondozási rendszer lefedettsége meghaladja a 20 százalékot. Reziduális modell esetén a lefedettségi mutató[4] általában nem éri el a 10 százalékot, itt nagyobb mértékben támaszkodnak a család gondozói szerepére és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére. Az első modellbe tartoznak a skandináv országok, a másodikba a kontinentális, dél-európai és közép-európai országok, így Magyarország is. Az 1990-es években az univerzális modellbe tartozó államokban jelentős megszorításokat vezettek be, főleg a hozzáférést korlátozták. Ezzel szemben a reziduális modell államaiban kiterjesztették az LTC-modell lefedettségét, és fejlesztették az ellátásokat, így a reziduális modell az univerzális modell felé mozdult el. Ennek következtében az eredeti elvi különbségek jelentősége csökkent (Ranci – Pavolini 2015).

Magyarország tartós gondozási rendszere a reziduális modellbe tartozik, mert a tartós gondozásban részesülők aránya 2010-re éppen csak megközelítette a 10

[3] A külföldi szakirodalom a Long Term Care fogalmába sorolja mind az otthonközeli, mind a bentlakásos tartós gondozási formákat. Mivel a gondozó családtag viszonylatában az otthonközeli tartós gondozásnak van jelentősége, a tanulmány csak ez utóbbi ellátási forma kifejtésére vállalkozik.

[4] Lefedettségi mutató: a 65 év felettiek közül azoknak a százalékos aránya, akik házi gondozásban és/vagy bentlakásos gondozásban ellátást kapnak.

százalékot[5], és a 2015-ös összesített adatok alapján is alig haladta meg a 11 százalékot[6], ami azt mutatja, hogy a nemzetközi tendenciáknak megfelelően a magyar reziduális rendszer is enyhén elmozdult az univerzális rendszer felé.

Magyarországon az otthonközeli tartós gondozásra vonatkozó szolgáltatások az alapellátás keretében biztosítottak. Ide tartozik a házi segítségnyújtás is, amelynek elődjét a Területi szociális gondozásról szóló, 10/1986. (IX. 24.) EüM rendelet vezette be Magyarországon. A szociálpolitika akkori filozófiája alapján ez egy egészségügyi szolgáltatás volt (Szabó 1985). Az országgyűlés a rendszerváltást követően 1992 decemberében fogadta el a szociális igazgatásról és szociális ellátásról szóló **1993. évi III. törvényt** (a továbbiakban: Sztv.), amely egyrészt egységes szerkezetbe foglalta a szociális ellátások körét, benne a méltányossági ápolási díjat, másrészt a korábbi gondozói hálózatot házi segítségnyújtásként határozta meg azon személyek csoportja részére, akik önmagukról nem képesek gondoskodni, és akikről mások sem gondoskodnak (Jeneiné 2014).

Az Sztv. vonatkozásában a 2015-ös esztendő járt az eddigi legnagyobb változtatással[7], amely a transzfer- és a szolgáltatásrendszer átszervezése révén az időskere és az őket gondozó családtagokra is jelentős mértékben kihat. A szabályozási rendszerből kikerült a méltányossági alapon nyújtott ápolási díj, amelynek ellentételezéseként került bevezetésre az úgynevezett települési támogatás (Jeneiné 2015).

A házi segítségnyújtás rendszerében is jelentős módosításokat fogadtak el, amelyek közül a legfontosabb a – jogosultság igénybevételéhez, az értékelő lapon elérhető – szükséges pontszám emelkedése: 2012. január 1-jétől hatról 11 pontra, majd 2015. január 17-étől húszra. 2016. január 1-jétől Magyarországon is változtak a házi segítségnyújtás szintjei, a törvény egyrészt pontosan meghatározta a szociális segítés és a személyi gondozás tartalmát, másrészt egységesítette a házi segítségnyújtás keretében a szolgáltatások körét[8]. 2017. január 1-jét követően viszont eltörölték a gondozási időre vonatkozó maximum 4 órás korlátot, biztosítva ezzel a valós szükségletnek megfelelő ellátást.

A nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a hazai változások is azt mutatják, hogy az állam által garantált otthonközeli tartós gondozás a magasabb gondozási szükséglettel rendelkező idősek felé tolódik. A kérdés az, ha a piac – fizetőképesség hiányában – nem elégíti ki a szükségletet, a család milyen segítséggel tudná

[5] A számítás alapja a KSH 2010. évből származó adatszolgáltatása, amely szerint 2010. december 31-én 1 671 135, 60 évet betöltött ember élt Magyarországon, akik közül 75 054 fő részesült házi segítségnyújtásban 76 189 fő bentlakásos ellátásban és 12 039 fő átmeneti ellátásban.

[6] A számítás alapja a KSH 2015. évből származó adatszolgáltatása, amely szerint 2015. december 31-én 1 796 579, 60 évet betöltött ember élt Magyarországon, akik közül 113 020 fő részesült házi segítségnyújtásban 78 193 fő bentlakásos ellátásban és 13 005 fő átmeneti ellátásban.

[7] Az új előírásokat a 2014. évi CI. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény, a sportról szóló 2004. évi I. törvény, valamint egyes kapcsolódó törvények módosításáról szóló jogszabály tartalmazza.

[8] Lásd: II. fejezet 4.1.3. A gondozási tevékenység

elvégezni a gondozó munkát. E kérdés megválaszolása különösen fontos abban az esetben, ha más szereplő (gondozó) tevékenységére nem számíthatunk.

2. A gondozó családtagra vonatkozó nemzetközi kutatások

Csekély számú nemzetközi és csak egy részleges magyarországi kutatás áll rendelkezésre a gondozó családtagra vonatkozóan, ráadásul ezek eltérő fogalomhasználata is megnehezíti a komparatív elemzés elvégzését, annak ellenére, hogy a társadalom elöregedésével, a várható élettartam növekedésével, valamint ezzel párhuzamosan a családszerkezet megváltozásával egyre nagyobb szakpolitikai figyelem hárul a tartós gondozási szükségletekre, illetve az informális gondozók potenciális szerepére (OECD 2011).

2.1. Az eltérő fogalomhasználatok

A nemzetközi kutatások jellemzően három elkülöníthető fogalmi keretet használnak a **gondozó** megjelölésére. Az informális gondozó fogalma a családtagokon túl magában foglalja a barátokat, szomszédokat, ismerősöket és az önkénteseket. A gondozó családtag a vérségi vagy jogi értelemben vett rokonságra korlátozza a gondozott és gondozó közötti kapcsolatot, feltételezve a rokonságból eredő normatív elvárást a gondozott ellátására. Végül a kutatások utolsó típusa a felnőtt gyermek és az idős szülő közötti szolidaritást vizsgálja, mint a családon belüli kapcsolatok egyik sajátos és egyben legerősebb típusát. Az OECD az informális gondozó kifejezést használja a családtagok és barátok által végzett gondozó tevékenységre. Az Idős Emberek Európai Platformja informális gondozóra vonatkozó definíciója még tágabb kategóriát fed le. E szerint a családtagokon és a barátokon túl, a szomszédok és a gondozást fizetés nélkül ellátó egyéb személyek is informális gondozóknak minősülnek. Az INTERLINKS-projekt[9] (Triantafillou et al. 2010) a gondozó informalitásának meghatározása mellett, a fizetés hiányán túl, további feltételeket is rögzít: így a szerződéses jogviszony hiányát, a gondozási feladatok meghatározatlanságát, komplexitását, valamint a gondozási idő képlékenységét. Eltérő megközelítést alkalmaz a NAC (National Alliance for Caregiving 2015), valamint az EUROFAMCARE[10], amely a gondozó fogalmát a megkérdezett szubjektív értékítéletéhez köti. (Lamura et al. 2008).

Bár a **gondozott** fogalmát könnyebb körülhatárolni, mint az informális gondozóét, a kutatásokban jelentős eltérések vannak az életkori határ meghatározásában, ami összefügg a kutatás céljaival, a tartós gondozási szükséglet eltérő meghatározásaival, valamint az idős fogalma körül kialakult szakmai vitákkal.

[9] Health systems and long-term care for older people in Europe. Modelling the interfaces and links between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care

[10] Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage

Az OECD és a SHARE[11]-projekt 50 évben határozta meg a mintában szereplők korhatárát. Az EUROFAMCARE vizsgálatában 65 év feletti gondozottakra vonatkozott a felmérés, míg az EUROFOUND[12] 60 éves vagy annál idősebb személyek gondozását vizsgálja, külön hangsúllyal a 74 éven felüli populációra. Az INTERLINKS nem használ kutatásában életkori határt, míg a NAC a 18 éven felüli gondozottakat vizsgálja, elkülönítve a 18–49, az 50–74 és a 75 év feletti korcsoportot.

A gondozási tevékenység definiálása a szubjektív értékítélet alapján fizetetlen gondozásnak ítélt tevékenységtől a gondozás alcsoportjainak meghatározásáig terjed. A SHARE-projekt 5. hulláma retrospektíven vizsgálja, hogy a gondozott kapott-e személyes gondozást vagy háztartási segítséget (Bonsang – Schoenmaeckers 2015). Az OECD „Activities of daily living" (ADL)[13] – „Instrumental activities of daily living" (IADL)[14] fogalompár használatával kategorizálja a potenciális gondozást igénylő tevékenységeket. Az OECD jelentésekben nem fedezhető fel a különböző tevékenységek kimerítő jellegű kategorizálása, a szervezet csupán példákkal illusztrálja a gondozási tevékenységek típusai közötti különbséget. A többi nemzetközi kutatás leggyakoribb tevékenységi típusai között szerepel a személyes szükségletek kielégítésében, a házimunkában, valamint a pénzügyekben és hivatalos ügyekben való segítség. Az érzelmi és pszichológiai segítségnyújtást mindössze az INTERLINKS-projekt, az ez alapján jelentő EUROFAMCARE-projekt és az EUROFOUND 1995-ös kutatása emelte ki külön, mint a gondozási tevékenység szerves részét.

2.2. A nemzetközi kutatások eredményei

Az eltérő fogalomhasználat ellenére a nemzetközi kutatások számos ponton hasonlóságot mutatnak. A gondozási tevékenység minden esetben jelentős korlátokat jelentett a munkaerőpiaci jelenlétet tekintve. A gondozási feladatok ellátása nemi egyenlőtlenségeket mutat. Az OECD 2013-as jelentése alapján a gondo-

[11] Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

[12] European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

[13] Activities of daily living: azon tevékenységeket jelenti, amelyek elvégzése alapvető készségeket igényel a gondozottól (funkcionális mobilitás; önálló étkezés; evés, rágás; öltözködés; személyes higiénia rendben tartása, tisztálkodás; fürdés, zuhanyzás; wc használata; szexuális aktivitás; alvás, pihenés; személyes gondoskodás eszközeinek használata);

[14] Az Instrumental activities of daily living: a magasabb készségeket igénylő tevékenységeket foglalja magában. Beletartozik mások gondozása, állatok körüli tevékenységek ellátása, a kommunikációs tevékenységek, a mobilitást igénylő feladatok ellátása, valamint a pénz- és hivatalos ügyek intézése. A kategória részét képezik továbbá az egészségügyi ellátást igénylő tevékenységek, valamint az otthon rendben tartásával kapcsolatos feladatok: másik személy gondozása, állattartás feladatainak ellátása, gyermeknevelés; kommunikáció; közösségi közlekedés; pénzügyek intézése; egészségügyi feladatok ellátása; vallásgyakorlás; biztonság fenntartása, vészhelyzetek kezelése; vásárlás; otthon rendben tartása; ételkészítés és felmosás. (McHugh – Schultz-Krohn 2013)

zók 60 százaléka (Magyarországon 71 százaléka) nő[15]. A EUROFAMCARE 76 százalékra teszi a nők arányát a gondozók között, míg az Amerikai Egyesült Államokra vonatkoztatva a NAC 60 százalékos női arányt mutat. A nők tehát különösen veszélyeztetettek a munkaerőpiaci szegregációt, az alacsony nyugdíjat tekintve (Salvage 1995), valamint az informális gondozás növeli körükben a mentális megbetegedések valószínűségét (OECD 2013). A gondozó életkorát tekintve mind a NAC, mind az INTERLINKS-projekt kutatása arra mutatott rá, hogy a gondozó szerep az 50 év felettiek körében a legjellemzőbb. Az EUROFAMCARE adatai alapján a gondozók mindössze 41 százaléka foglalkoztatott, a gondozó jellemzően családtag, többségében a gondozott gyermeke vagy házastársa. A gondozási tevékenység módját tekintve az EUROFAMCARE kutatása alapján a leggyakoribb támogatási forma az érzelmi/pszichológiai segítségnyújtás, valamint a pénzügyi támogatás. Az OECD 2013-as adatai alapján a gondozási tevékenység 66 százaléka napi szinten zajlik. Foglalkoztatási szempontból mindez azt jelenti, hogy a gondozóknak az életpályájuk egy részén csökken a munkaerőpiaci kötődésük, ami egyrészt megtöri bérszínvonaluk növekedését, másrészt életkorukból adódóan megnehezíti munkaviszonyuk visszaállítását. Az 50 év feletti nők esetén külön kihívást jelent a gyermeknevelés időszakát követően az aktív évek újabb megszakítása.

3. A gondozó családtag a 21. század magyar valóságában

Magyarországon egyáltalán nem készült önálló kutatás a témakörben, így sem egységes fogalomhasználatról, sem kutatási eredményekről nem lehet beszámolni. Ezért empirikus kutatásaimmal az volt a célom, hogy feltárjam a gondozó családtag valóságos élethelyzetét és sajátos szempontjait a mai Magyarország viszonyai között megjelenő gondozási folyamatban, másrészt feltárjam az informális gondozásban megjelenő tevékenységek csoportjait, és végezetül rávilágítsak a gondozó családtag életkörülményében – a gondozási tevékenység következtében – bekövetkező változásokra.

A célom elérése érdekében vizsgáltam, hogy az adott jóléti rendszer és családi kapcsolatok mellett kik vállalják a személyközi gondoskodó szerepét, azaz kit tekinthetünk Magyarországon az időseket gondozó családtagnak? Milyenek az ő családi viszonyai, szociokulturális jellemzői? Milyen életminőség-romlást szen-

[15] A hivatkozott statisztika az OECD Health at a Glance 2013 jelentésében található. A Magyarországra vonatkozó adat a SHARE-projekt 2010-es adatai alapján áll rendelkezésre. A kutatás informális gondozóként hivatkozik a vizsgált populációra (érdekes módon a definíciónál már a gondozó családtag fogalmát használja). Az OECD-nél használt definíció szerint: **informális gondozó** (**gondozó családtag**): olyan személy, aki napi vagy heti segítséget nyújt közös háztartásban vagy azon kívül élő családtagjának, barátjának vagy szociális/közösségi hálójába tartozó embernek ADL- vagy IADL-típusú tevékenységekben. A rendelkezésre álló adatok csak az 50 éves vagy annál idősebb populációra vonatkoznak.

ved el a gondozási tevékenység megkezdésével? A vizsgált kérdések megválaszolását kutatási alkérdésenként ismertetem[16].

A legmegbízhatóbb adatok elérése érdekében egyrészt előkutatásként egy 65 év feletti időskutatáshoz[17] kapcsolódó kérdéscsoportból definiáltam a fő kutatásom szűrőkérdőívében megjelenő lehetséges hazai gondozó családtag fogalmát, másrészt annak konceptualizálására vonatkozó fő kutatásomban ötvöztem a kvantitatív és kvalitatív eszközöket. A kérdőív összeállításához előkutatásként a hét magyarországi régióból egy nagy és egy kis településről, valamint egy budapesti kerületből 15 félig strukturált interjút használtam fel.

Az országos reprezentatív, kérdőíves, telefonos kutatás országos mintából indulva, szűrőkérdőív alkalmazásával történt[18], 2016. április 29. és május 25. között, egyenként 30 perc időtartamban, standard kérdőív alkalmazásával. A kérdőív tematikája az előkutatás során elemzett félig strukturált interjúk tanulságaira épült. A gondozó családtagokat, akiktől a kérdőívet teljes hosszában lekérdezték, szűrőkérdőív segítségével választották ki, a következő a kritériumok alapján: a Polgári Törvénykönyvben meghatározott hozzátartozó[19], aki három hónapot meghaladóan ápolja, gondozza 65 éven felüli hozzátartozóját, legalább heti 8 órában, ami sűrűsödhet 1 napba, de elvégezhető napi nagyjából 1 órában is. Mivel nincsenek alapsokasági ismeretek és statisztikák a gondozó családtagokról, ezért a kérdőívek lekérdezése után a kisebb korrekciók érdekében a súlyozást a kiinduló hívásokra – tehát a teljes magyarországi lakosságra – végezték el. Így a kiinduló, teljes magyar lakossághoz képest a kutatásból jól becsülhető a gondozó családtagok aránya és száma Magyarországon. A kutatás alapján a fenti definíció szerinti gondozó családtagok aránya a 18 éven felüli lakosság körében 25,5 száza-

[16] Az 1–6. alkérdések:
1. Melyek a gondozással kapcsolatos társadalmi attitűdök és emellett kik a tényleges gondozást végző családtagok?
2. Hogyan jellemezhető a tipikus gondozó családtag és milyenek az ő szociokulturális-demográfiai indikátorai (iskolai végzettség, munkavállalás, gyermekszám stb.)?
3. Mi az informális gondozási tevékenység tartalma és csoportosításának lehetősége?
4. Milyen hatást gyakorol a gondozási tevékenység megkezdése a gondozó családtag életkörülményeire?
5. Milyen lehetőségei vannak a munkaerőpiaci és a gondozásból származó feladatok összehangolásának?
6. Milyen állami transzferekben, támogatásokban részesül, van-e olyan közöttük, ami a gondozói feladat ellátásához kapcsolódik (például ápolás jogcímén kapható települési támogatás)?

[17] A kérdőív erre vonatkozó kérdéseit az ARIOSZ Kft. a Belvárosi Arany-Kereszt Egyesület megrendelésére kérdezte le. Az eredeti kérdőív további kérdéseiről egy rövid összefoglaló a Szociálpolitikai Szemle 2016. II. évf. 3. számban olvasható

[18] A kérdőíveket az ARIOSZ Kft. a Barankovics Alapítvány megrendelésére kérdezte le.

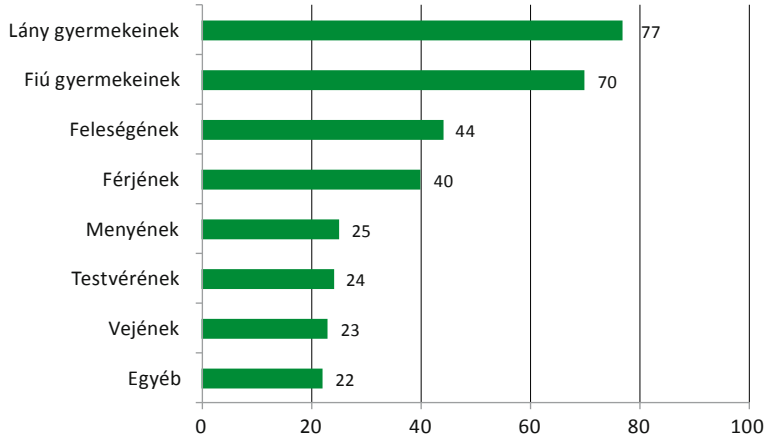
[19] Házastárs; egyeneságbeli rokon; örökbefogadott, mostoha- és nevelt gyermek; örökbefogadó-, mostoha- és nevelőszülő; testvér; élettárs; egyeneságbeli rokon házastársa; házastárs egyeneságbeli rokona és testvére; testvér házastársa; – kiegészítve az időskutatás gondozó családtagjára vonatkozó blokkjának eredményei alapján az unokaöcs/unokahúg és az unokatestvér kategóriájával

lékra, azaz 1 971 743 főre (plusz-mínusz mintavételi hiba) tehető[20]. A tökéletesen véletlen kiválasztási módszerből adódóan a mintabeli megoszlások igen jól közelítik a gondozó családtagok alapsokaságára jellemző értékeket.

3.1. A gondozással kapcsolatos társadalmi attitűdök és a tényleges családon belüli gondozók

Érdemes elsőként megvizsgálni, hogy mely családtagok vállalják magukra az idősek gondozásának feladatait, hogy milyen **attitűdök** élnek a megkérdezettekben ezzel kapcsolatban. A gondozó családtagok véleményei alapján leginkább a gyermekeké az idős emberek gondozásának felelőssége: a kérdezettek 77 százaléka válaszolta, hogy az időskorú hozzátartozó gondozása a lánygyermek feladata (is), 70 százalékuk szerint pedig a fiúgyermekek feladata (is). A gondozók 44 százaléka nyilatkozta azt, hogy e felelősség a feleségé (is), 40 százalék pedig azt, hogy a férjé (is). Ennél kisebb arányban tartották a megkérdezettek az idős családtagok gondozását más hozzátartozók feladatának: 25 százalék azzal értett egyet, hogy ez az időskorúak menyének, 24 azzal, hogy testvérének, 23 százaléka azzal, hogy vejének feladata. Mindössze 22 százalék gondolta azt, hogy más személynek is van feladata a gondozásban (lásd *1. ábra*).

1. ábra: Ön szerint az alábbiak közül kinek a feladata egy idős ember gondozása? (%, *N*=500; bázis: teljes minta)

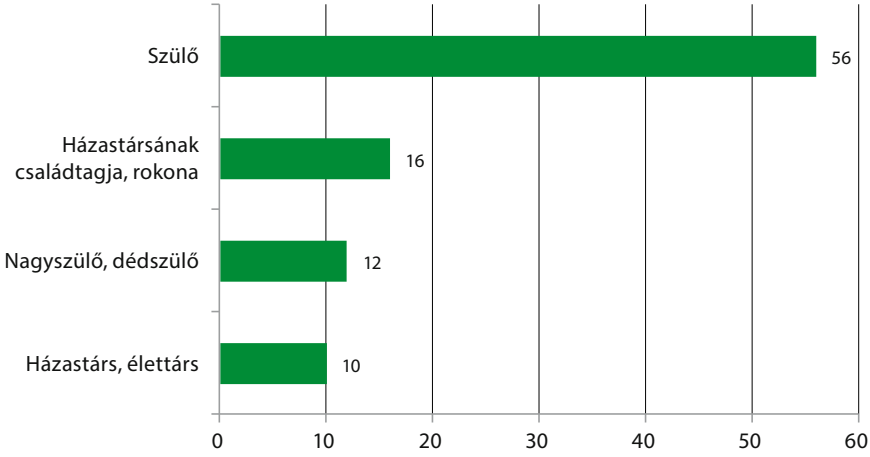


Forrás: saját szerkesztés

[20] A Századvég Alapítvány 2017 májusában végzett átfogó szociálpolitikai kérdőívében reprezentatív felmérés során 24,2 százalékos arányt mért ezen populáció viszonylatában. A felmérésre azért került sor, mert a szakemberek részéről több észrevétel is érkezett a populáció eltúlzott méretére vonatkozóan. Mivel az eredetileg mért 25,5 százalékhoz képest ez hibahatáron belüli eltérés, ezért ez nincs kihatással az eredeti kutatás eredményeire.

A megkérdezettek válaszai rámutattak arra is, hogy **ténylegesen kik vállalták magukra** családon belül ezeket a gondozási feladatokat. A valós helyzet is azt támasztja alá, hogy jellemzően gyermekeik gondozzák idős hozzátartozóikat, mert a megkérdezettek többsége, (56%) saját szüleit gondozza. Ebbe a csoportba soroljuk a nevelőszülőket és mostohaszülőket is. A gondozó családtagoknak csak kevesebb, mint ötöde gondozza házastársának rokonát vagy családtagját (16%), nagyszülőjét vagy dédszülőjét (12%), házastársát vagy élettársát (10%), 6 százalékuk pedig más rokonát (lásd *2. ábra*).

2. ábra: A gondozó családi, rokoni kapcsolata a gondozottal (%, *N* = 498; bázis: teljes minta)



Forrás: saját szerkesztés

Megfigyelhető az is, hogy a gondozó családtagok többsége (61 százalékuk) egyrészt azért vállalta magára a gondozásból adódó feladatokat, mert leginkább az ő életkörülményeik tették ezt lehetővé. Ezt a motivációt támasztja alá az is, hogy a gondozó családtagok több mint fele, 55 százaléka a gondozott időskorú családtagjával együtt él. Másrészt a megkérdezettek 28 százaléka a vizsgált gondozásra szoruló családtagjukon kívül más személyeknek is nyújtott hasonló segítséget már életük során, tehát rendelkeznek gondozási tapasztalattal. Ezen gondozók kisebb része (9%) – a kutatás során vizsgált családtagja mellett – még mindig gondozza ezt a másik személyt is. A más családtagot a vizsgált időszakban nem gondozókra jellemző, hogy korábban átlagosan 45,7 hónapon (közel 4 éven) keresztül segítették korábbi gondozottjukat. A korábbi gondozási tapasztalattal rendelkező megkérdezettek 44 százaléka szüleit, 47 százalékuk más családtagot, 9 százalékuk pedig nem családtagot gondozott. A nők jellemzően nagyobb arányban gondoztak már idős személyt.

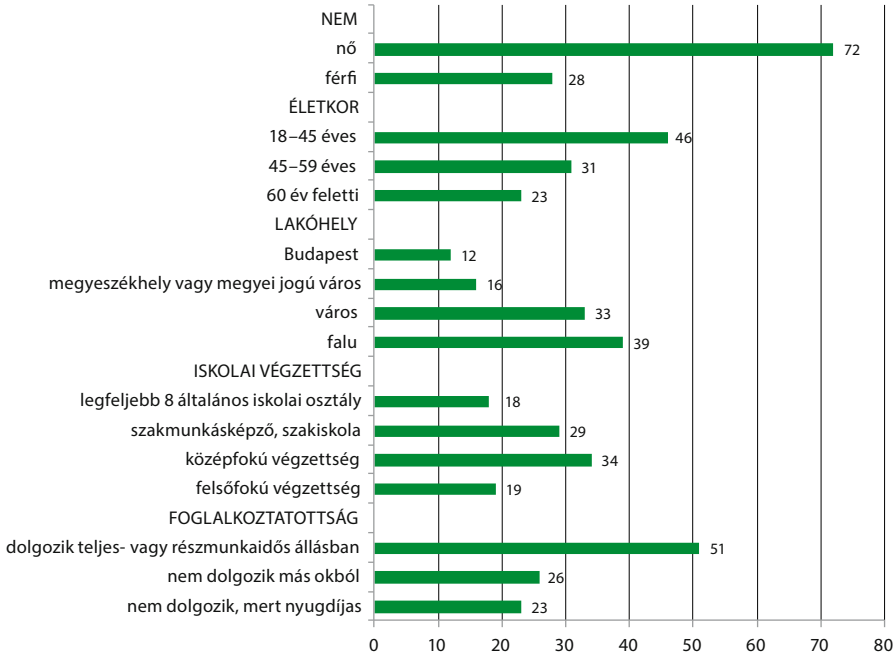
3.2. A gondozók és gondozottak szubkulturális és demográfiai jellemzői

A gondozók legfontosabb szociodemográfiai indikátorait vizsgálva elmondható, hogy jellemzően a női családtagok vállalják magukra az idős hozzátartozójuk gondozását: a gondozó családtagok közel háromnegyede, 72 százaléka nő, 28 százaléka férfi. A gondozó családtagok átlagos életkora 50,5 év, 46 százalékuk 18–45 éves, 31 százalékuk 46–59 éves, 23 százalékuk 60 éven felüli. Lakhelyükre jellemző, hogy 12 százalékuk Budapesten, 16 százalékuk megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban, 33 százalékuk más városban, 39 százalékuk pedig községekben él. A gondozók iskolai végzettségét vizsgálva elmondható, hogy a gondozás feladata minden társadalmi csoportban megjelenik. A megkérdezettek 18 százaléka legfeljebb 8 általános iskolai osztályt, 29 százaléka szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végzett. A gondozó családtagok 34 százaléka rendelkezik középfokú (szakközépiskolai vagy gimnáziumi) és 19 százaléka felsőfokú végzettséggel. Munkavállalás szempontjából a gondozó családtagok fele (51%) teljes- vagy részmunkaidőben dolgozik, másik fele (49%) viszont valamilyen okból nem dolgozik (nyugdíjas, tanuló, vagy más okból nem dolgozik), vagy csak alkalmi munkát végez. Ezen a csoporton belül jelentős számban nyugdíjasok (23%) találhatók (lásd 3. ábra). Családi állapotukat tekintve kimutatható, hogy a gondozó családtagok közel kétharmada (64%) házas, vagy élettársi kapcsolatban él, míg harmaduk valamilyen okból egyedülálló. A gondozó családtagok többségének (81%) van gyermeke, legtöbbjüknek két (42%), 21 százalékuknak egy, míg 18 százalékuknak három vagy több gyermeke van (lásd *3. ábra*).

A **gender attitűdök**ben látható különbség: a női családtagok jóval nagyobb arányban (72%) vállalják magukra a gondozási feladatot, mint a férfiak (28%). Ezen különbség a gondozással kapcsolatos attitűdökben is megmutatkozott, de nem ilyen mértékben. Különösen jellemző, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű gondozók körében magasabb a nők aránya, mint a magasabb végzettségűek esetében. A gondozást végző nők emellett nagyobb arányban élnek együtt az általuk gondozottal, mint a férfi gondozók, és ezzel összefüggésben a nők jellemzően több időt töltenek a gondozási feladatok ellátásával, mint a férfiak.

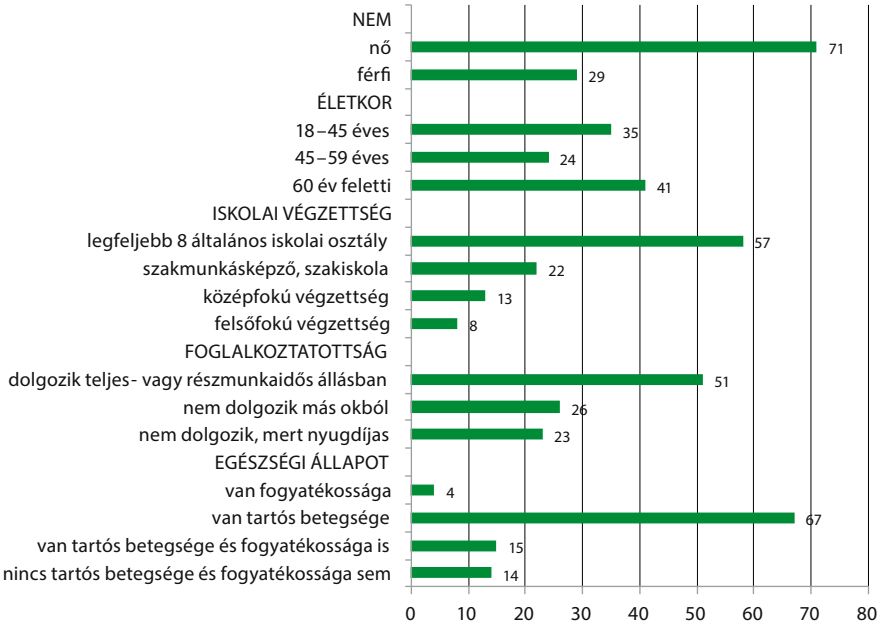
A gondozott időskorú családtagok körében a gondozó családtagokhoz hasonlóan jóval magasabb a nők aránya (71%), mint a férfiaké (29%). A gondozott idősek átlagos életkora 78,47 év, többségük – 65 százalékuk – 75 év feletti. Iskolai végzettségüket tekintve a gondozott idősek körében magasabb az alacsonyabb iskolai végzettségűek aránya, mint a gondozók esetében: többségük, 57 százalékuk legfeljebb 8 általános iskolai, 22 százalékuk szakmunkás, 21 százalékuk pedig ennél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik. Egészségi állapotukat tekintve a gondozott időskorúak 67 százalékának van valamilyen tartós betegsége, 4 százalékuknak valamilyen fogyatékossága, 15 százalékuknak pedig tartós betegsége és fogyatékossága is, míg 14 százalékukra jellemző, hogy sem tartós betegséggel, sem fogyatékossággal nem rendelkezik (lásd *4. ábra*).

3. ábra: A gondozó családtagok demográfiai jellemzői (%; *N* = 500; bázis: teljes minta)



Forrás: saját szerkesztés

4. ábra: A gondozott idősek demográfiai jellemzői és egészségi állapota (%, *N* = 500; bázis: teljes minta)



Forrás: saját szerkesztés

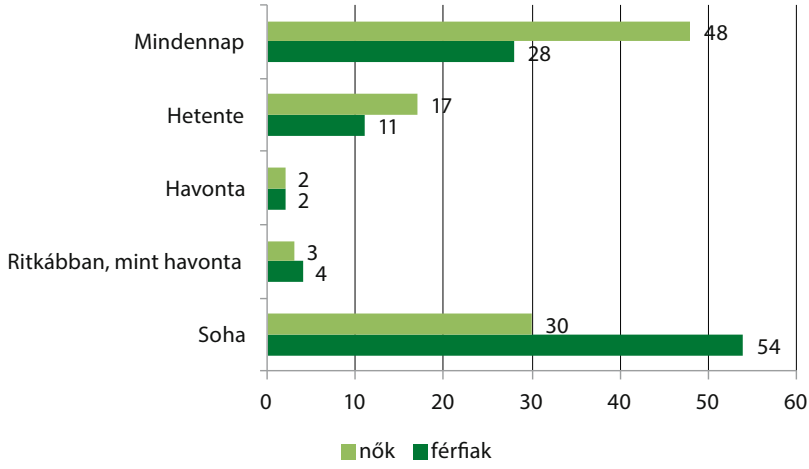
3.3. Az informális gondozási tevékenység tartalma és típusai

Kutatásom során vizsgáltam, hogy a családtagok milyen feladatokat látnak el, valamint van-e különbség a feladatok ellátásában az egyes gondozói csoportok között. A **gondozási tevékenységeket három típus**ra oszthatjuk. Az első a személyes gondozás, amelybe olyan feladatok tartoznak, mint például az idős fürdetése, a tisztába tétel vagy a mozgásban való közvetlen segítség. Szociális gondozási feladat az olyan tevékenység, mint a házimunka végzése, vagy a különböző ügyintézésekben való segítségnyújtás. Végül az érzelmi, pszichés támogatás kategóriájába soroltuk az idővel való társalgást és a betegséggel kapcsolatos lelki segítségnyújtást. A felosztás egyrészt a 2016. január 1-jén hatályba lépett jogszabálymódosítás, másrészt az OECD előírásain alapszik. A továbbiakban e gondozási tevékenységekkel kapcsolatos eredményeket mutatom be.

A megkérdezett gondozók közül 43 százalék számolt be arról, hogy mindennap nyújt az általa gondozott idősnek **személyes gondoskodás körébe tartozó segítséget**. Az ilyen tevékenységet hetente végzők aránya 16, a havi rendszerességgel nyújtók aránya elenyésző, 2 százalék. A válaszadók 4 százaléka ritkábban, mint havonta végez ilyen tevékenységet, míg 36 százalékuk soha nem vesz részt a személyes gondoskodás körébe tartozó feladatok ellátásában.

Nemenként vizsgálva fontos különbség, hogy a nők szignifikánsan gyakrabban végeznek a személyes gondoskodás körébe tartozó feladatokat, mint a férfiak ($\chi^2 = 28{,}86$, $dF = 4$, $p = 0{,}000$). Míg esetükben a naponta ilyen feladatokat ellátók aránya 48, a férfiak esetében 28 százalék. Ezzel szemben azok aránya, akik soha nem nyújtanak személyes gondoskodást, a férfiaknál 54, a nőknél 30 százalék (lásd *5. ábra*).

5. ábra: A személyes gondozási feladatok nyújtásának gyakorisága nemenként (%, $N = 488$; bázis: teljes minta)

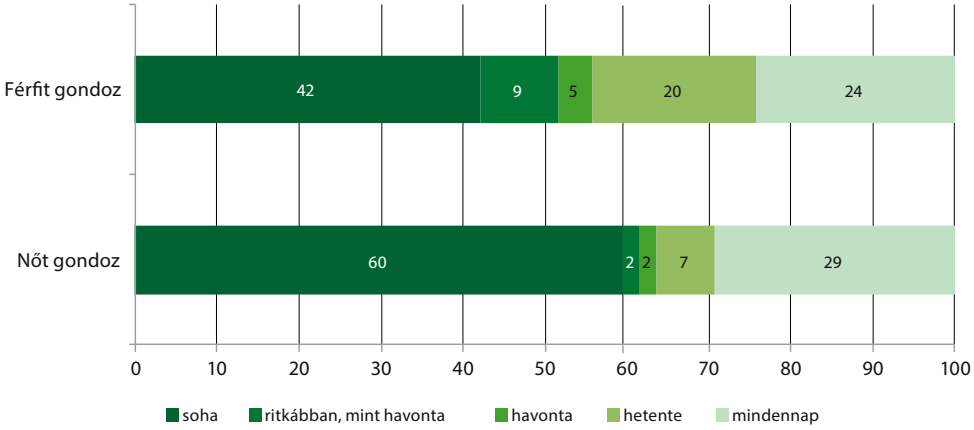


Forrás: saját szerkesztés

Az intimebb feladatok ellátása kapcsán elmondható, hogy az ezt ellátók körében is magasabb a nők, mint a férfiak aránya. Így például a tisztálkodásban a nők 44 százaléka nyújt napi segítséget, míg a férfiak esetében ugyanez az arány csak 22 százalék, és a férfiak körében jelentősen magasabb azoknak az aránya, akik soha nem végeznek ilyen tevékenységet ($\chi^2 = 36{,}24$, $dF = 4$, $p = 0{,}000$). Kisebb mértékben ugyanez a tendencia az egészségügyi ápolás esetén is megfigyelhető ($\chi^2 = 12{,}03$, $dF = 1$, $p = 0{,}012$).

A személyes gondoskodás körébe tartozó feladatok ellátásának gyakorisága esetében a férfi gondozóknál jelentős szerepe van annak, hogy milyen nemű az általa gondozott családtag, mert a férfi gondozók, ha gondozottjuk szintén férfi, gyakrabban látnak el ilyen jellegű feladatokat, mint amikor női családtagot segítenek (lásd *6. ábra*). Ez a különbség a női gondozók tekintetében nem figyelhető meg.

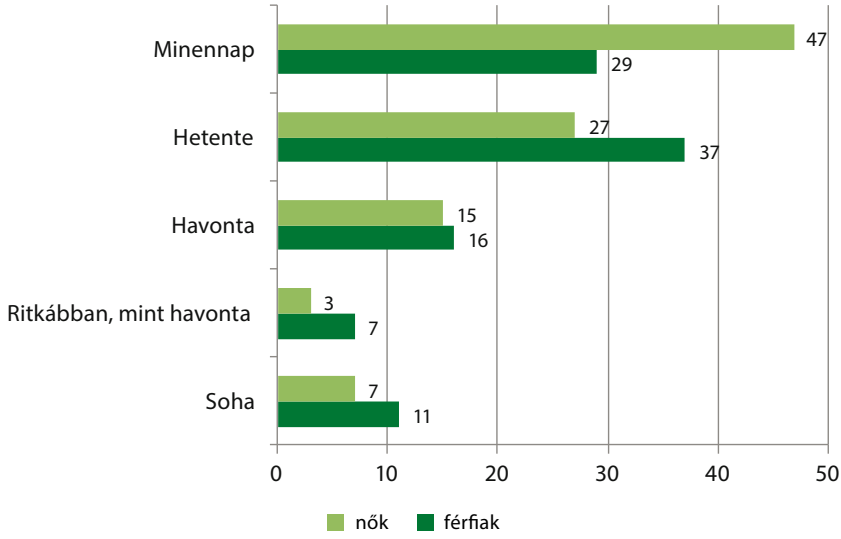
6. ábra: A személyes gondozási feladatok nyújtásának gyakorisága a férfi gondozók esetében a gondozott neme szerint (%, $N = 140$; bázis: teljes minta)



Forrás: saját szerkesztés

A gondozók körében 42 százalék azok aránya, akik mindennap ellátnak **szociális gondozás körébe** sorolható feladatokat, például háztartási munkát végeznek, vagy segítik az idős embert a pénzügyi és hivatali ügyintézésben. A gondozók 30 százaléka hetente, 16 százalékuk havonta, 4 százalékuk ritkábban, mint havonta, 8 százalékuk pedig soha nem végez ilyen feladatot. A szociális gondozás körébe tartozó feladatok közül a gondozók leggyakrabban a háztartási munkák végzésében segítenek, 68 százalékuk mindennap, 22 százalékuk pedig hetente. A gondozók 48 százaléka naponta nyújt segítséget az idős ügyintézésében. A személyes feladatokhoz hasonlóan a szociális gondozást is gyakrabban végzik a nők ($\chi^2 = 15{,}46$, $dF = 4$, $p = 0{,}004$), a napi szintű szociális gondozást nyújtó nők aránya 47, míg ugyanez az arány a férfiak esetében 29 százalék. A szociális gondozást sosem nyújtók aránya a férfiaknál 11, a nőknél 7 százalék (lásd *7. ábra*).

7. ábra: A szociális gondozási feladatok nyújtásának gyakorisága nemenként (%, *N* = 488; bázis: teljes minta)



Forrás: saját szerkesztés

A háztartási munkákat mindennap végzők körében értelemszerűen kiemelkedően magas a nők aránya (72 százalék, míg a férfiak esetében 57 százalék) ($\chi^2 = 13{,}85$, $dF = 4$, $p = 0{,}008$), az viszont elgondolkodtató, hogy a nők még a kertgondozási és karbantartási feladatok esetében is nagyobb arányban jelezték, hogy naponta végeznek ilyen feladatokat (43%), mint a férfiak (38%).

A személyes és szociális gondozási feladatok ellátása mellett a gondozók érzelmi és pszichés támogatást is nyújtanak a gondozott idős számára. Ebbe a kategóriába tartozik az idős részére társaság nyújtása és a szellemi elfoglaltság biztosítása. A megkérdezettek 79 százaléka állította, hogy mindennap nyújt ilyen jellegű segítséget az általa gondozott idősnek. 12 százalékuk hetente lát el ilyen feladatot, ennél ritkábban vagy soha pedig elenyésző részük, 9 százalékuk. A nők és a férfiak esetében az érzelmi támogatásban is megfigyelhetők különbségek ($\chi^2 = 13{,}43$ $dF = 4$, $p = 0{,}009$). A nők 83 százaléka állította, hogy mindennap nyújt ilyen jellegű támogatást, míg a férfiak esetében ez az arány 69 százalék.

A fentiekben ismertetett háromféle típusú gondozási tevékenység végzésével a gondozó családtagok egy munkahéten – hétfőtől péntekig – átlagosan 26,7 órát töltenek, ebből a nők átlagosan 28,9 órát, míg a férfiak átlagosan 21,1 órát. A legtöbb időt hétköznaponként az idősebb korosztályba tartozók töltik gondozással. A hétköznapokon a gondozással töltött idő fordított arányosságban áll az iskolai végzettséggel: jellemzően a legalacsonyabb iskolai végzettségűek töltik a legtöbb időt idős családtagjuk gondozásával ($F = 5{,}68$, $dF = 3$, $p = 0{,}001$). Nem meglepő, hogy a foglalkoztatottak szintén kevesebb órában látnak el gondozási feladatokat hétköznap, és a legtöbb időt az átlagon aluli vagyoni helyzetűek fordítják erre

($F = 14{,}57$, $dF = 2$, $p = 0{,}000$). A gondozottal való együttélés jelentősen megnöveli az átlagosan gondozással töltött idő tartamát ($F = 57{,}09$, $dF = 1$, $p = 0{,}000$).

3.4. A gondozási tevékenység hatása a gondozó életkörülményeire

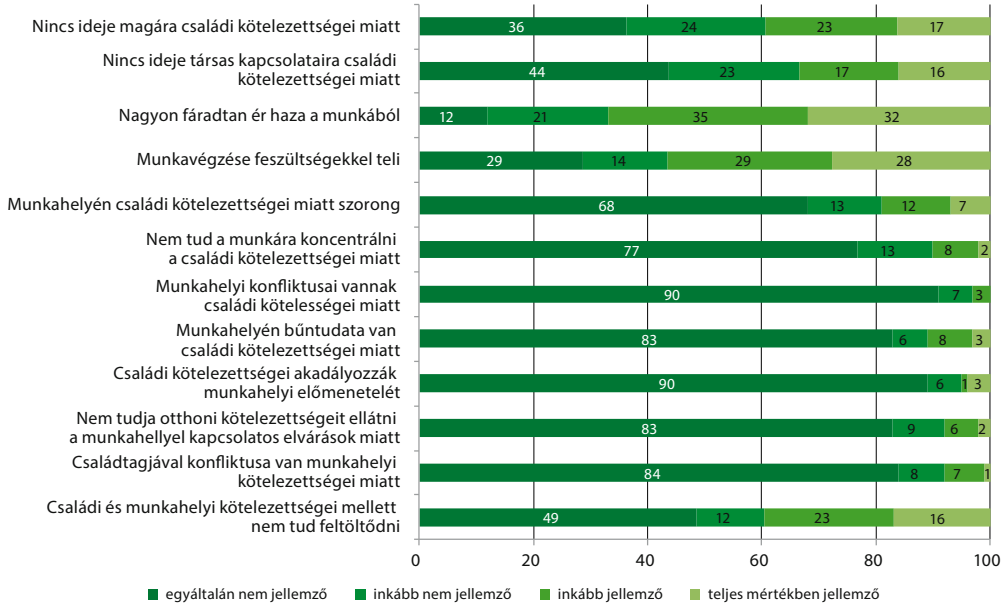
A gondozási feladatok megjelenése szükségszerűen hatással van a **gondozó családtag életkörülményeire**. Az új feladatok hatással lehetnek a munkaerőpiaci feladatokkal való összehangolás kényszere mellett a gondozó egészségi állapotára, társas kapcsolataira és a szabadidejének eltöltésére is.

A gondozó családtagok 22 százaléka számolt be arról, hogy amióta idős családtagját gondozza, változás történt az **egészségi állapotában**. Ez az arány magasabb (25%) a nők körében, míg a férfiak esetében csak 14 százalék. A jellemzően több időt gondozással töltők és az átlagon aluli vagyoni helyzetben lévő csoportok körében ($\chi^2 = 27{,}75$, $dF = 6$, $p = 0{,}001$) a változásról beszámolók között szintén nagyobb arányban találhatók meg az idősebb korosztályhoz tartozók (31 százalék, míg a 18–45 évesek 16 százaléka, a 46–59 évesek 23 százaléka) és a nyugdíjasok (32 százalék, míg a foglalkoztatottak 16 százaléka, a más okból nem dolgozók 25 százaléka: $\chi^2 = 14{,}45$, $dF = 6$, $p = 0{,}025$). A gondozottal való együttélés szintén meghatározó: azok között, akik együtt élnek a gondozottal közel kétszer magasabb (27%) azok aránya, akik valamilyen változásról számolnak be ($\chi^2 = 12{,}54$, $dF = 3$, $p = 0{,}006$), és az arány hasonlóan alakul a gondozásra legtöbb időt fordítók esetében is (33%). A gondozók többsége (52%) az egészségi állapotában történt változás kapcsán a pszichés leterheltségből, 27 százalékuk a fizikai leterheltségből származó, míg 21 százalékuk egyéb panaszokról számolt be. A pszichés leterhelésből fakadó problémákról nyilatkozók aránya különösen magas a foglalkoztatottak körében (72 százalék, míg a nyugdíjasok vagy más okból nem dolgozók körében 38-38 százalék).

A gondozási feladatok hatása kapcsán vizsgáltam azt is, hogy **miként hat a gondozás a gondozó családi viszonyaira**, házastársára és gyermekeire. A gondozók többségéről, 84 százalékukról elmondható, hogy házas- vagy élettársukkal való viszonyukban nem érzékeltek változást a gondozás hatására. A valamivel jobb házas-, vagy élettársi viszonyt vallók aránya 5, a sokkal jobb vagy sokkal rosszabb viszonyt érzők aránya 2-2 százalék, míg azoké, akik inkább rosszabbnak érzik, 8 százalék. A gondozók 94 százaléka nyilatkozott úgy, hogy a gondozási feladatok ellátása nem volt hatással gyermekvállalási lehetőségeikre. A kérdés leginkább a 18–45 éves korosztály tekintetében fontos, de még körükben is mindössze 6 százalék állította, hogy romlott a gyermekvállalási lehetőségük.

A gondozó családtagokat arról is kérdeztük, hogy a gondozási tevékenység mennyiben befolyásolja a **saját magára** fordítható időt és a **társas kapcsolatait**. A megkérdezettek közül mindösszesen 17 százalék nyilatkozott úgy, hogy sem magára, sem társas kapcsolataira nincs ideje (lásd *8. ábra*).

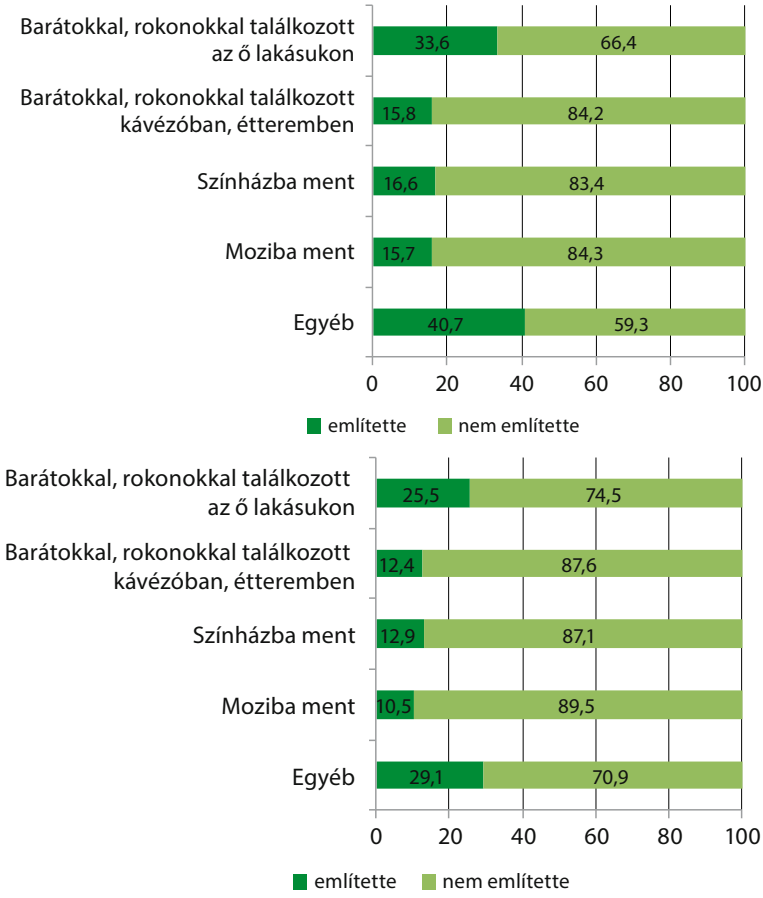
8. ábra: A kérdezettre jellemző állítások a családi kötelezettségekre és a munkavégzésre vonatkozóan a teljes mintában (%; bázis: teljes minta)



Forrás: saját szerkesztés

A gondozási tevékenység érthető módon jelentős **hatással lehet a gondozó szabadidejére** is, különösen, ha a gondozó családtag munka mellett látja el a gondozási feladatokat. Mint láthattuk, a gondozók hétfőtől péntekig átlagosan körülbelül 26 órát töltenek gondozással, hétvégén pedig a gondozásra fordított idő átlagosan 12,3 óra a megkérdezettek körében. A gondozókat a szabadidejük eltöltése kapcsán megkérdeztük arról is, hogy végeztek-e egyes tevékenységeket a gondozás megkezdése előtt és után. A 9. ábrán látható, hogy minden felsorolt program esetében a gondozás megkezdése után alacsonyabb azok aránya, akik említették az adott program végzését, mint a gondozás megkezdése előtt, azaz a gondozási feladatok nagy valószínűséggel csökkentik a gondozók különböző programokon való részvételének lehetőségét. A kimozdulás mértékét vizsgálva kimutatható, hogy a gondozás megkezdése után mindazok aránya, akik soha nem mozdultak ki szórakozás céljából 25-ről 41 százalékra, akik egy héten legfeljebb csak egyszer mozdulhatnak ki otthonról, 13-ról 30 százalékra emelkedett (lásd *9. ábra*).

9. ábra: Programok végzése az idős családtag gondozásának megkezdése előtt és után a teljes mintában (%; bázis: teljes minta)

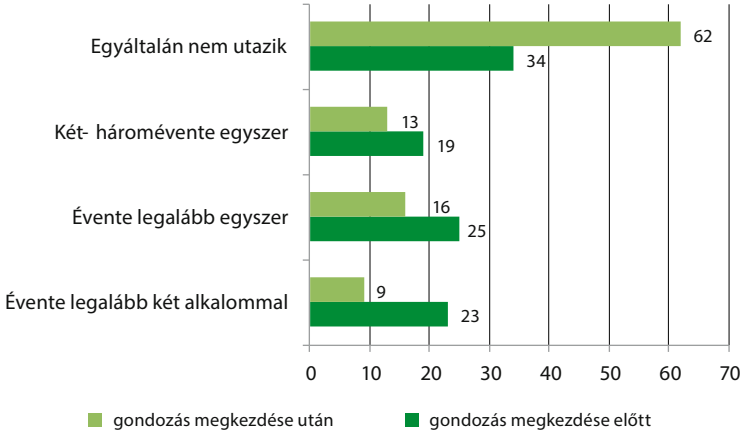


Forrás: saját szerkesztés

Összességében a válaszadók 40 százaléka állította, hogy kevesebbet mozdul ki a gondozás megkezdése óta, míg 53 százalékuk arról számolt be, hogy nem történt változás. A kimozdulás mértékének lecsökkenése különösen azoknál a csoportoknál figyelhető meg, amelyek – mint korábban láthattuk – több időt töltenek gondozással.

A szabadidő eltöltése kapcsán fontos kérdés az is, hogy a gondozóknak van-e lehetősége **elmenni legalább egy hétre pihenni**. A gondozás megkezdése előtti időszakra vonatkozóan a gondozók 23 százaléka állította, hogy legalább két alkalommal, 25 százaléka évente egy alkalommal, 19 százaléka pedig két-háromévente egyszer elutazott. A válaszadók 34 százaléka egyáltalán nem utazott ebben az időszakban sem. A gondozás megkezdése után jelentősen nőtt azok aránya, akik nem utaznak, és ezzel párhuzamosan csökkent azok aránya, akik évente egyszer vagy kétszer el tudtak utazni (lásd *10. ábra*).

10. ábra: A legalább 1 hét pihenésre elutazók aránya a gondozás megkezdése előtt és után (%, *N* = 302; bázis: teljes minta)



Forrás: saját szerkesztés

A kimozduláshoz hasonlóan az elutazással kapcsolatban is azok a csoportok érintettek a leginkább, amelyek több időt fordítanak a gondozási feladatok ellátására, vagy együtt élnek a gondozottal, valamint azok, akiknek eleve több lehetőségük volt utazni (fővárosiak és felsőfokú végzettségűek, jobb anyagi helyzetűek).

3.5. A munkavállalásból és a gondozásból származó feladatok összehangolása

A megkérdezettek 66 százaléka nyilatkozta, hogy a gondozási tevékenység megkezdése előtt foglalkoztatott volt, amely a tevékenység megkezdése után 51 százalékra esett vissza. A megkérdezettek 61 százalékának munkájára a gondozási tevékenység nem volt hatással, 19 százalék úgy nyilatkozott, hogy valamilyen módon hatott a munkájára, és a megkérdezettek 21 százaléka a gondozás megkezdésekor sem dolgozott. Akiknél a gondozási feladatok hatással voltak a munkájukra, 36 százalék állította, hogy abba kellett hagynia a munkát, 39 százaléknak munka- és időbeosztásában kellett alkalmazkodnia az új feladatokhoz, 25 százalék (a teljes minta körülbelül 5 százaléka) pedig egyéb változásról számolt be. A nem nyugdíj miatt nem dolgozó és változást tapasztaló gondozók között 73 százalék nyilatkozta azt, hogy abba kellett hagynia a munkáját a gondozási feladatok ellátása miatt.

Azok aránya, akik úgy érzik, változás történt a munkájukkal kapcsolatban, magasabb volt a fővárosban, mint a többi településen élők esetében ($\chi^2 = 10{,}53$, $dF = 4$, $p = 0{,}000$). A változást érzékelők aránya magasabb az átlagon felüli vagyoni helyzetűek körében, mint a másik két vagyoni csoport esetében ($\chi^2 = 10{,}55$, $dF = 4$, $p = 0{,}032$). Emellett a gondozottal együtt élőkre jellemző, hogy nagyobb arányban tapasztaltak változást, mint a gondozottal együtt nem élők ($\chi^2 = 11{,}51$, $dF = 2$, $p = 0{,}003$). Esetükben magasabb azok aránya is, akik már a gondozás kezdetekor sem dolgoztak, ami megerősíti, hogy a gondozási feladatok felvállalása

a gondozók esetében részben a meglévő élethelyzetből is adódik. A gondozásra legtöbb időt – több mint 28 órát – fordítók körében a legmagasabb azok aránya, akik érzékeltek változást a munkájukkal kapcsolatban, a gondozásra fordított idő növekedésével pedig csökken azok aránya, akik nem tapasztaltak semmilyen változást ($\chi^2 = 24{,}61$, $dF = 4$, $p = 0{,}000$).

3.6. Állami transzferek és támogatások

A gondozó családtagok közel fele valamilyen okból nem dolgozik, egy részük a gondozási feladatok ellátása miatt adta fel a munkáját, de a foglalkoztatott gondozóknak is alkalmazkodniuk kellett a **gondozás és a munkavégzés összehangolása** érdekében. A gondozó családtagok a hétköznapokat tekintve átlagosan 26,7 órát töltenek gondozással. Ennek ellenére a felmérés szerint a gondozó családtagok mindössze 9 százaléka részesül **települési támogatásban ápolás jogcímén** a gondozási feladatok ellátásáért, 91 százalékuk nem kap ezen a jogcímen más támogatást sem. Mindösszesen 7 százalék a teljes mintában azok aránya, akik családtagjának jelenleg is szüksége van állandó ápolásra, de ezt – az alacsony támogatási összeg miatt – nem vállalták. A gondozók többsége az ápolás jogcímén kapható települési támogatástól függetlenül dönt arról, hogy vállalta-e vagy vállalná-e a teljes állásban történő gondozást.

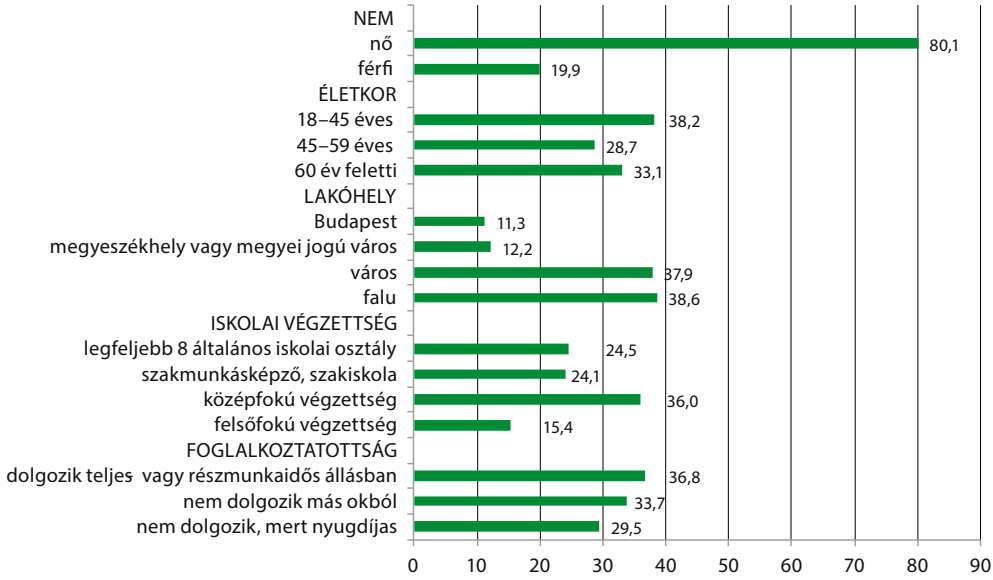
A fentiek ellenére rákérdeztünk arra is, hogy a gondozó családtagok átlagosan havi mekkora nettó összegért vállalnák a teljes állásban történő ápolást. A havi nettó átlagos összeg a teljes mintában 118 ezer forint. Az iskolai végzettséggel ugyanakkor egyenes arányban nő ez az összeg ($F = 3{,}41$, $dF = 3$, $p = 0{,}025$). A legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők átlagosan havi 64 ezer forintért vállalnák a feladatot, míg a középfokú vagy felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők 139 illetve 138 ezer forintért. Szintén jelentős különbségek figyelhetőek meg a különböző településtípusok között ($F = 5{,}82$, $dF = 3$, $p = 0{,}003$): a Budapesten élők jóval magasabb átlagos összegre (172 ezer forintra) tartanának igényt ezen tevékenység ellátásáért, mint a más településen élők. Ezen válaszok is jól tükrözik, hogy Magyarországon az életkörülményeket alapvetően meghatározó indikátorok az iskolai végzettség és a településtípus.

3.7. A legrosszabb helyzetűek

A kutatásom eredeti definíciója szerint 1 971 743 fő tartozik a gondozó családtag fogalmába, akik alatt azt értjük, hogy egy munkahéten – hétfőtől péntekig – átlagosan 26,7 órát töltenek 65 éves vagy annál idősebb családtagjuk gondozásával. Ha ezen populáción belül csak azok csoportját vizsgáljuk, akik legalább a fent említett gondozási átlagot vagy annál többet töltenek el gondozással hétfőtől péntekig, akkor ez már csak az általam eredetileg vizsgált populáció 31,5 százaléka, 621 990 fő. Ezen csoporton belül azok aránya, akik kizárólagos gondozónak minősülnek 29 százalék, 180 119 fő. Lényegesen magasabb a nők aránya

(80,1%), mint a férfiaké és az átlagéletkoruk 52,4 év. A lakhelyük típusa szerint némi eltolódás látható a megyeszékhely vagy megyei jogú várostól az egyéb város felé, de Budapest és falu tekintetében nincs lényeges eltérés a teljes populációhoz képest. Az eredetileg vizsgált populációban a középfokú iskolai végzettség a leggyakoribb, de ennél a csoportnál a felsőfokú végzettségűek aránya jelentősen kevesebb és a legfeljebb 8 általános iskolát végzettek aránya jelentősen magasabb, mint a teljes populáció körében.

11. ábra: A legveszélyeztetettebb családi gondozók demográfiai jellemzői (%, *N* = 157; bázis: az egy munkahéten – hétfőtől péntekig – legalább 26,7 gondozási órát eltöltők körében)

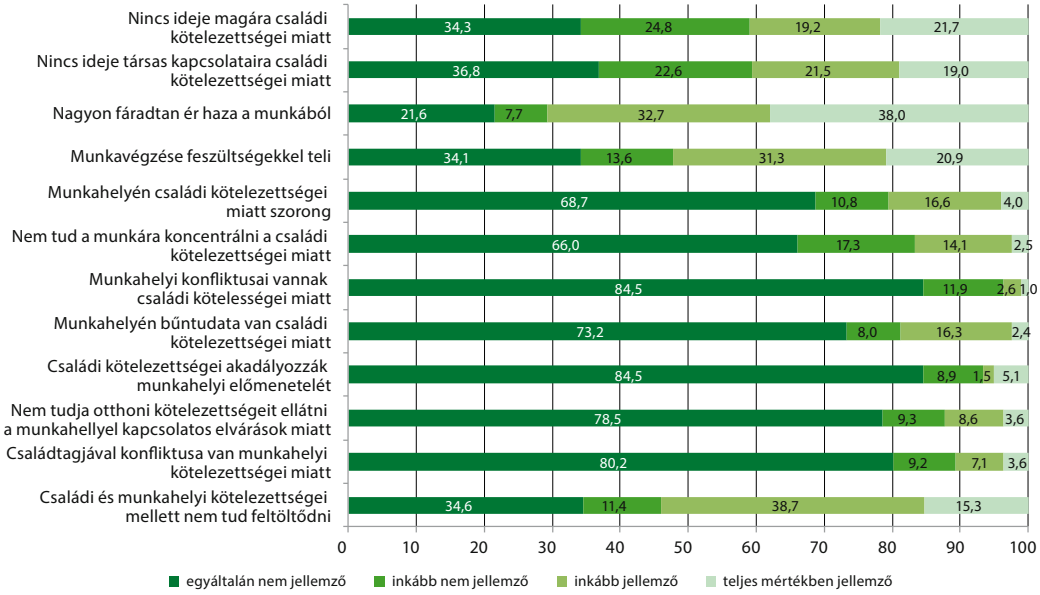


Forrás: saját szerkesztés

E csoportnak már 30,5 százaléka (a teljes populáció 22 százalékához képest) nyilatkozta, hogy a gondozási tevékenység megkezdése után változás állt be egészségi állapotában és csak 77,9 százaléka (a teljes populáció 84 százalékához képest) mondta azt, hogy nem történt változás házastársával/élettársával való viszonyában.

Ezen csoportba tartozók 21,7 százalékának (a teljes populáció 16 százalékához képest) saját bevallása szerint a családi kötelezettségei miatt nincs ideje magára és 19 százalékukra (a teljes populáció 16 százalékához képest) teljes mértékben jellemző, hogy ugyanezen kötelezettségük miatt társas kapcsolataikra sem marad idejük (lásd *12. ábra*).

12. ábra: A legveszélyeztetettebb családi gondozókra jellemző állítások a gondozási kötelezettségekre és a munkavégzésre vonatkozóan (%, *N*= 157; bázis: az egy munkahéten – hétfőtől péntekig – legalább 26,7 gondozási órát eltöltők körében)

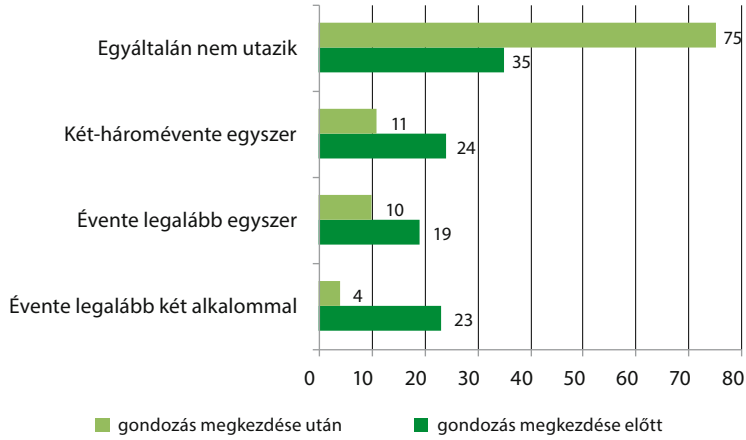


Forrás: saját szerkesztés

Amellett, hogy ezen csoportba tartozó gondozók már a gondozás megkezdése előtt is kisebb arányban említettek szabadidős tevékenységet, a gondozás megkezdése után ezen tevékenység végzése – különösen az évente legalább két alkalommal utazók esetében – nagyobb arányban esik vissza, mint a teljes populáció körében (lásd *13. ábra*).

Érdekességként jegyezném meg, hogy az e csoportba tartozók 43,4 százaléka saját bevallása szerint a gondozás megkezdése óta kevesebbet mozdul ki saját otthonából, amely arány valamivel magasabb az általam vizsgált teljes populációhoz képest (40%). Jelentősebb különbség figyelhető meg viszont azok arányában, aki úgy nyilatkoznak, hogy a gondozás megkezdése óta nem történt változás, 47,4 százalék (az általam vizsgált teljes populáció tekintetében ez 53%). Mindösszesen 55,5 százalékuk volt foglalkoztatott, ez a gondozási tevékenység megkezdése után 36,8 százalékra csökkent. A csoport 22,2 százaléka mondta azt, hogy a gondozás hatással volt a munkájára és 28,1 százalék azt, hogy már a gondozás kezdetekor sem dolgozott. Azon belül, akik azt mondták, hogy hatással volt a munkájukra a gondozás, több mint felük (51%) úgy nyilatkozott, hogy abba kellett hagynia a munkáját, harmaduknak (33%) a munka- vagy időbeosztásukban kellett alkalmazkodniuk az új feladatukhoz. Azok között, akik jelenleg nem nyugdíj miatt nem dolgoznak és a gondozás kapcsán változást tapasztaltak, 75,3 százalék azok aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy a gondozási tevékenység miatt abba kellett hagyniuk a munkájukat.

13. ábra: A legalább egy hét pihenésre elutazók aránya a gondozás megkezdése előtt és után a legveszélyeztetettebb gondozók körében (%, *N* = 157; bázis: az egy munkahéten – hétfőtől péntekig – legalább 26,7 gondozási órát eltöltők körében)



Forrás: saját szerkesztés

A fenti adatok ellenére sem éri el ezen csoporton belül az ápolás jogcímén települési támogatásban részesülők aránya a 20 százalékot (19,3%). Mindezek ellenére mindösszesen 7,9 százalék azok aránya, akik családtagjának szüksége lenne állandó ápolásra, de az alacsony támogatási összeg miatt ezt nem vállalják. Ez alig magasabb, mint az általam vizsgált teljes populációban.

Összegzés

A gondozó családtagok többsége életkörülményeiből adódóan, érzelmi okokból és kötelességtudatból vállalta magára idős rokonának gondozását, amely gyermekeik felelősségeként jelenik meg a gyermeknevelés viszonzásaként. A gender attitűdök terén egyértelmű változás látható, nincs jelentős eltérés a megkérdezettek válaszaiban, hogy leány vagy fiúgyermekről, menyről, vagy vőről beszélünk. Ez hosszútávon pozitív elmozdulást is jelenthet a ténylegesen gondozó családtag nemében, azonban a folyamat lassúnak mutatkozik, hiszen a nemzetközi adatokon belül Magyarország mutatja az egyik legrosszabb arányokat a nők informális gondozásban tapasztalható túlsúlya tekintetében, annak ellenére, hogy a gyermekgondozáshoz képest jóval kevesebb biológiai magyarázat adható arra, hogy miért elsősorban nők látják el az idősgondozásból adódó feladatokat.

A kutatás tapasztalatait összegezve elmondható, hogy – a kiinduló feltevéseimnek és a nemzetközi tendenciáknak megfelelően – a gondozó családtag Magyarországon is jellemzően átlag alatti jövedelmű, hátrányos helyzetű településen gondozottjával együtt élő, középkorú, gyermekes nő. Több mint 40 százalékuk napi szinten végez a személyes gondoskodás (pl. pelenkázás), és a szociális segí-

tés (pl. takarítás) körébe tartozó tevékenységet, emellett ötből négyen pszichés támogatást is nyújtanak, a heti gondozással töltött idejük pedig meghaladja a 28 órát. Éppen ezért nem hagyható figyelmen kívül az a tendencia, hogy a gondozás következtében a foglalkoztatásuk kétharmadról felére esett vissza, és minden negyedik nőnek romlott az egészségi állapota is. Gondozási igénybevételük következtében egyhatoduknál a rövid idejű kikapcsolódás elvi lehetősége is megszűnik, ami szélsőséges esetben társadalmi kirekesztődésüket is eredményezheti. Kevesebb, mint 10 százalékuk részesül ápolás jogcímén valamilyen ellátásban. A vizsgált populáció azon csoportja, amely egy munkahéten – hétfőtől péntekig – legalább 26,7 órát tölt gondozással, több mint 80 százalékban a nők köréből kerül ki. Az ő esetükben még nagyobb százalékban jelentkezik az egészségromlás, a szabadidő és társas kapcsolataik csökkenése, ráadásul náluk a legmagasabb (19%) a foglalkoztatás csökkenés a gondozás megkezdésével. Ennek ellenére nem éri el az ápolás jogcímén települési támogatásban részesülők aránya a 20 százalékot, pedig nem kis feladat hárul rájuk, hiszen gondozottjaik jelentős része tartós betegséggel vagy fogyatékossággal küzdő, 78 év feletti nő. Így elmondható, hogy az informális idősgondozásban is több mint 70 százalékos női túlsúly érzékelhető.

A női gondozó családtagok több mint 30 százaléka már korábban is végzett hasonló gondozási tevékenységet, átlagosan közel 4 éven keresztül, és feltételezhetően a legtöbbjük a jelenlegi idősgondozást megelőzően is kieshetett a munkaerőpiacról gyermeknevelés jogcímén – akár több alkalommal is –, ezért jelentősen rosszabb életesélyekkel rendelkezhetnek a jövőben, mint a velük azonos korú férfiak. Az életük során végzett gondozási tevékenység negatív hatással lehet munkaerőpiaci helyzetükre, beleértve karrierlehetőségeiket és jövedelmi viszonyaikat, ami jelentősen csökkentheti későbbi nyugellátásuk összegét, szélsőséges esetben arra való jogosultságuk megszerzését is ellehetetlenítheti, ami átlag alatti jövedelmi helyzetük miatt az időskori szegénységet is előre vetíti. Ezt a megállapítást erősíti az a tény is, hogy a heti 28 órát meghaladó gondozást végzők közel 80 százaléka nő és 30 százalékuk nem kap segítséget sem másodlagos gondozótól, sem formális szolgáltatótól. Itt ki kell hangsúlyoznom, hogy azoknál sem beszélhetünk a gondozási feladat valóságos megosztásáról, akik kapnak segítséget, mert az elsődleges gondozóra mindig jelentősen nagyobb gondozási teher hárul, mint a másodlagos, vagy további gondozást végző személyekre.

Ha az átlag alatti vagyoni és jövedelmi helyzetben lévők töltik a leghosszabb időt családtagjuk gondozásával (átlagosan heti 36,9 órát), akkor felmerül a kérdés, hogy nem kellene-e ugyanúgy megbecsülni és segíteni ezt a tevékenységet, mint a gyermeknevelést, és a gyermekgondozási segélyhez hasonlóan egy szolgálati időt keletkeztető, államilag garantált támogatást adni elvégzéséért, és nem bízni ennek a feladatnak a megoldását a diszkrecionális jogokat gyakorló önkormányzatok méltányossági jogkörébe. A kutatás is azt erősítette meg, hogy az idősgondozás, hasonlóan a gyereknevelséhez, munkanélküliség esetén értékes tevékenységnek bizonyul.

A tanulmányban terjedelmi okokból nem tértem ki egy új szociális ellátórendszer körvonalazására. A gondozó családtag fent említett jellemzői indokolják egy valódi átmeneti bentlakásos intézményhálózat létrehozását, az alapszolgáltatás bővítését minden tartós gondozásra szoruló idős számára hozzáférhető házi segítségnyújtással, jelzőrendszeres házi segítségnyújtással, étkezés házhoz szállításával, a támogató szolgálat idősekre való kiterjesztésével és a gyógyászati segédeszközök bérlésének állam által történő garantálásával. Különösen sürgetővé teszi a cselekvést az a tény, hogy már napjainkban is olyan mértékű az elöregedés, amelyet méltán nevezhetünk demográfiai katasztrófának. Az ebből adódó kockázatok nem háríthatók kizárólag a családra, de jól látható, hogy az állam sem képes egymaga megoldást nyújtani, amit már a fejlett jóléti államok is beláttak. Egyszerű válasz lenne a már „jól bevált", „mindent megoldó" piacra hárítani a problémát, és akik számára ez a megoldás megfizethetetlen, azokról lemondani. **De ha nem elkülönülten vizsgáljuk a jóléti szolgáltatók szükséglet-kielégítési** képességét, hanem szektorközi együttműködésben gondolkodunk, a formális és informális gondozás összehangolása működőképes meg**oldást jelenthet. Ennek hiányában minden fizetetlen gondozás továbbra is az egészségügyi és anyagi szempontból is legveszélyeztetettebb középkorú nőkre marad.**

Irodalom

Beck, Ulrich (2003): *Kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba*, Századvég Kiadó, Budapest

Bonsang, Eric – Schoenmaeckers, Jérôme (2015): *Long-term care insurance and the family: does the availability of potential caregivers substitute for long-term care insurance?* SHARE *First Results Book Wave 5.*

Global Agenda Council on Ageing Society (2012): *Global Population Ageing: Peril or Promise?*, World Economic Forum

Hantrais, Linda (2004): *Family policy matters: Responding to family change is Europe*, Policy Press

Jeneiné dr. Rubovszky Csilla (2014): Házi segítségnyújtás – talán egy kicsit másképp, *Esély* 1. 4–30.

Jeneiné dr. Rubovszky Csilla (2015): *Az aktív időskort segítő megfontolások és programok*, http://elearning.foh.unideb.hu/course/index.php?categoryid=41&lang=en (utolsó letöltés: 2017. 01. 21.)

Lamura, Giovanni et al.: (2008) Family Carers' Experiences Using Support Services in Europe: Empirical Evidence From the EUROFAMCARE Study, *The Gerontologist* 48 (6): 752–771

McHugh, Pendleton – Schultz-Krohn, Winifred (2013): Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction 159. Mosby

Myles, John (2007): Új társadalmi szerződés az idősekkel? *Esély* 6. 3–45.

OECD (2011): *Help wanted? – Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies 121–158.
OECD (2013): Health at a Glance 2013. *OECD Indicators,* http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/08/06/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2013-76-en&mimeType=text/html (utolsó letöltés: 2016. 08. 29.)
OECD (2015): Health at a Glance 2015. *OECD Indicators,* http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en (utolsó letöltés: 2016. 10. 17.)
Ranci, Costanzo – Pavolini, Emmanuele (2015): Nem mind arany, ami fénylik: A tartós gondozás reformja Európában az elmúlt két évtizedben, *Esély* 5. 3–26.
Salvage, Ann V. (1995) *Who will care? – Future prospects for family care of older people in the European Union*; EUROFOUND Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities 89.
Somlai Péter (2013): *Család 2.0. Együttélési formák a polgári családtól a jelenkorig*, Budapest, Napvilág Kiadó
Szabó Istvánné (1985): Az időskorúak szociális gondozása alapellátásként: házi gondozás. *Szociálpolitikai Értesítő* 3. 148–163.
Triantafillou, Judy et al. (2010): *Informal care in the long-term care system*. INTERLINKS-project, Athens / Vienna, European Overview Paper
World Bank (2015) 65 éves és annál idősebb népesség aránya (a teljes népesség százalékában), http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?name_desc=true (utolsó letöltés: 2017. 01. 20.)

Jogszabályok

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
10/1986. (IX.24.) EüM rendelet a területi szociális gondozásról
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
2004. évi I. törvény a sportról
2014. évi CI. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról