

népességéből, vagy a némileg kevesebb hátránnyal küzdő helyzetből kifolyólag adódik. A szegénység, mely az Ormánságban nem mostanában újonnan jelentkező, hanem évszázados múltra visszatekintő probléma amint arról már a népi szociográfiák is szólnak a 30'-as években, ennek megfelelően nem feltétlen determináló tényező a mikrotársadalmi integráció és a társadalmi tőke mértékénél, legalábbis rurális-deprivált viszonylatban nem. A két leszakadó térség társadalmi tőke szempontú összevetése a falu közösségi értékeit, mint hasznosítható forrásokat kiemelkedőbbnek mutatja István-aknával szemben, ahol ezen értékek kialakítását célzó beavatkozásokat lenne szükséges sürgetni.

Felhasznált irodalom

- Coleman, James (1998): A társadalmi tőke az emberi tőke termelésében, In Lengyel György-Szántó Zoltán (szerk.): Tőkefajták: A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája. Budapest: Aula
 Durkheim, Émile(2001): A társadalmi munkamegosztásról. Budapest: Osiris, 85-141.
 Huszár Zoltán(2003): Emléklapok a pécsi bányászat történetéből. Pécs: Pécsi Bányásztörténeti Alapítvány
 Tönnies, Ferdinand(1983): Közösség és társadalom. Budapest: Gondolat
 Utasi Ágnes(2002): A bizalom hálója. Budapest: Új mandátum, 9-82.
 Weber, Max(1987): Gazdaság és Társadalom. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó

Jegyzetek

- 1 A népszámlálási adatokból Pécsre vonatkozó, városrésze lebontott adatok sem tartalmaznak külön István-aknára vonatkozó információkat.
- 2 Utasi (2002)
- 3 Forrás: Társadalmi-tőke kutatás, István-akna, PTE BTK Szociológia tanszék, 2005
- 4 Az épületek többségét a Duna Gőzhajózási Társaság építtette, a 19. században és a 20. század elején.

FEHÉR SZILVIA

Társadalmi tőke és egészségi állapot Pécsbányatelepen

Dolgozatom célja a 2005 tavaszán rendezett társadalomkutatási gyakorlat részeként, Pécsbányatelepen készült kérdőíves egészségpszociológiai vizsgálat eredményeinek bemutatása, a címben is szereplő társadalmi tőke és az egészségi állapot szempontjából. Mindezek megalapozásához először a kutatás elméleti hátterét nyújtom. Fényt derítetek arra, hogy miként kapcsolódik egymáshoz a két fogalom, majd azok definíciójára, mérési lehetőségeire térek ki. A kutatás hipotézisének tárgyalása után a társadalmi tőke Pécsbányatelepen történt vizsgálatának eredményeit adom egy speciális tünetegyüttes, a depresszió szempontjából. Természetesen a betegség leírását is megteszem, a téma fontosságát alátámasztó, adatok közlését követően.

A társadalmi tőke és az egészségi állapot Pécsbányatelepen

Az alapvetően felderítő jellegű kutatás során a hipotézis, hogy a rossz anyagi helyzet, gyenge infrastruktúra, kevés munkalehetőség, rossz életkörülmények miatt az emberek egészségi állapota nem megfelelő. Emellett homogén társadalmi környezet jellemző, a kapcsolati tőke kiterjedt. Pécsbánya-telep Pécs keleti városrészéhez tartozik, viszonylag szegregált terület. Korábban a működő kitermelés szervezte a közösségi életet, és adta a megélhetési lehetőséget. Azonban a bánya bezárásával ez megszűnt, szerepét semmilyen szervező erő nem vette át. Ezzel együtt az itt élő lakosság elvesztette munkahelyét, elszegényedett, és megkezdődött a roma lakosság beáramlása. A kutatás során célunk a speciális dimenziókra való összpontosítás volt az egészségpszociológia vizsgálati tárgyain belül, melyek a társadalmi tőkéhez szorosan kapcsolódnak. Ezek az egészségügyi egyenlőtlenségek, lelki és fizikai egyenlőtlenségek, az egészségi állapot kiemelt tényezői.

A kutatás módszerei között az interjú és kérdőíves megkérdezés egyaránt szerepelt. A helyi intézmények esetében (helyi képviselő, iskolaigazgató, lelkész, védőnő, háziorvos, családgyógyász) strukturált interjú alkalmazása történt, amelynek során lehetővé vált, hogy pontos képet kapjunk a helyi viszonyokról a témában legtöbb információval bíró szakemberektől. A lakosság körében kérdőíves megkérdezés alkalmazása folyt, melynek segítségével a helyi emberek szemszögéből is értesülhettünk Pécsbányatelepen uralkodó állapotokról. A munka végeredményeképp 77 kitöltött kérdőív született. Ez a kis elemszám módszertani korlátokat vet fel, hiszen az elemszám alapján született eredmények csupán jelzésértékűek lehetnek, ám további kutatási hi-

potézisek kiindulópontjaként szolgálhatnak. A kérdőív összeállításában hazai és külföldi kutatások során bevált standardok nyújtottak alapot, természetesen aktualizálva azokat a lekérdezett terület paramétereire. A munka során a teljes településrész lekérdezése a cél, amely kb. nyolc utca. Az itt élő lakosság egy részét roma származású emberek, másik részét a volt bányászcsaládok idős hozzátartozói alkotják. Ők régi, egy-, vagy jó esetben kétszobás bányászlakásokban élnek.

A kutatás célja Pécsbánya-telep lakosságának egészségi állapotának, az azt befolyásoló társadalmi tényezők, valamint a társadalmi tőke jelenlétét górcső alá vétele.

A társadalmi tőke és az egészségi állapot kapcsolata

A társadalmi tőke és az egészségi állapot egyaránt kölcsönhatásban áll számos tényezővel. Három tőkefajtról kell szólni, ha ezeket az összefonódásokat fel akarjuk tárni, ezek mindegyike több komponensből áll. (Skrabski, 2003)

Az első ilyen tőkefajta az anyagi tőke, mely infrastruktúrát, pénztőkét, természeti erőforrásokat egyaránt jelent. E tőke azonban a legtöbbször a tulajdonban ölt testet, és közvetlenül pénzzé alakítható. (Bourdieu, 1998) Az anyagi tőkén kívül szólni kell az emberi tőkéről, melyen belül megkülönböztetünk iskolázottságra, készségekre, képességekre, és egészségre vonatkozó motívumokat. E tőkefajta a személyek olyan átforgatásával jön létre, mely új készségekkel, képességekkel ruházza fel őket, ezzel új lehetőségeket nyitva számukra. Erre példa akár az iskoláztatás, amely az emberi tőkébe való hosszú távú beruházás. (Colemann, 1998) E tőke tehát az emberi lények produktív tulajdonságaira utal. Természetesen e személyek között tehetségbeli különbségek vannak, és eltérnek abban is, hogy az emberi tőke formái közül melyiknek az alkalmazását részesítik előnyben. (Rosen, 1998) Az emberi- és társadalmi tőkét két különböző szinten vizsgálhatjuk. Az emberi tőkét individuális szinten ragadhatjuk meg, a társadalmi tőkét pedig közösségi szinten. Mind egyéni, mind pedig közösségi szinten értelmezhetjük ugyanazokat a változókat, így beszélhetünk egy közösség emberi tőkéjéről, míg egyén esetében a személyes térről, kapcsolatrendszeréről. (Skrabski, 2003) A társadalmi tőke fontos hatása, hogy befolyásolja a következő nemzedékek emberi tőkéjének termelését. Ebben mind a családi, mind pedig a közösségben meglévő társadalmi tőke kiemelkedő szerepet játszik. A társadalmi tőke különleges jellegzetessége a közjószág-jellege. Azaz azok a cselekvők, akik létrehozzák a társadalmi tőkét, rendszerint annak csak kis részét élvezik, ennek eredményeképpen a szükségesnél kevesebbet fordítanak e tőkefajta kialakítására. (Colemann, 1998) A társadalmi tőke azon erőforrások összessége, amelyek az egy csoporthoz való tartozáson alapulnak. Az egyes csoporttagok által birtokolt tőke összessége valamennyi bennfentes számára rendelkezésre áll. Egy egyén által birtokolt társadalmi tőke mértéke az olyan kapcsolatainak nagyságától függ, amelyeket szükség esetén mozgósítani tud, és mindazon tőke nagyságától, amit azok birtokolnak, akikkel ő kapcsolatban áll. E társadalmi tőke újratermelésében fontos szerepet játszik a szüntelen kapcsolattartás, a kölcsönös segítségnyújtás. (Bourdieu, 1998)

Különösen szoros a kapcsolat a társadalmi és az emberi tőke, továbbá az emberi és az anyagi tőke között. A vizsgálatba tehát be kell vonni mindhárom tőke egymásra hatását. A társadalmi tőke annyiban különbözik jelentősen a pénztőkétől vagy emberi tőkétől, hogy elsősorban nem az egyén tulajdona, hanem egy társadalmi csoport jellemzője. (Skrabski, 2003)

Számos vizsgálat (Skrabski, 2003, Kopp 2001, Pikó 2002.) kimutatta hogy a társadalmi tőke erőssége pozitív kapcsolatban áll a testi és lelki egészségi állapottal, az életminőséggel. A társadalmi tőke elsősorban a bizalom, a várható élettartam és az egészségi állapot mutatóinak előrejelzője. Ennek magyarázata egyrészt a stresszel, nehézségekkel való megküzdésben a bizalom, hogy számíthatunk másokra, másrészt, hogy egészségvédő magatartást segítenek elő a közös normák, a támogatás.

A társadalmi tőke fogalma

A társadalmi tőkének a Bourdieu által előbb megfogalmazottakon felül többféle megközelítési módját is számba kell venni (Skrabski, 2003). Az antropológia nézetei szerint az együttműködés, a közösségiség, bizalom az ember alapvető szükséglete. A szociológia általánosságban a társadalmi normák és az emberi motiváció jelenségéből indul ki. Ebből a szempontból írja le a bizalom, kölcsönösség, közösségi hálózatok jelentőségét. A közgazdasági megközelítés szerint az együttműködés, bizalom jelentős közgazdasági tényező, gazdasági hatékonyság szempontjából alapvető. A politológiai azt emeli ki, hogy a társadalmi tőke erősítése alapvető a demokrácia megerősítése, a társadalmi szolidaritás és a fenntartható fejlődés megalapozásában. A legtöbb meghatározásban a bizalmat tekintik alapvetőnek a társadalmi tőke szempontjából, a kérdés az, hogy a bizalom a társadalmi tőke eredménye, avagy összetevője. Mindenesetre rendkívül fontos meghatározója akár oknak, akár okozatnak tekintjük. A bizalom és a társas kapcsolatok erősítik egymást. A bizalommal kapcsolatban három dimenziót különböztetünk meg. Az egyik a közvetlen környezettel, családdal, barátokkal, munkatársakkal való személyközi bizalom. Ezen felül az idegenekkel, ismeretlenekkel való bizalom, valamint az intézményekkel kapcsolatos bizalom. Általában a másokba vetett bizalom fontosságát szokták kiemelni, pedig fontos az is, hogy az emberek mennyire tartják magukat megbízhatónak. A társadalmi tőkén belül ennek megfelelően három dimenziót különíthetünk el. A szoros családi, csoportkapcsolatokon alapuló kötődést, a távolabbi barátokkal, kollégákkal való kapcsolatokon alapuló hidakat, valamint a különböző társadalmi csoportok közötti kapcsolatokat.

A társadalmi tőke mérésére alkalmazott legelterjedtebb módszerek

- a bizalom,
- a kölcsönösség,
- a civil szervezetekben való részvétel/támogatás,
- és a vallásgyakorlás.

Az egészség fogalma

A kutatás során dinamikus egészségfogalmat használtunk (Skrabski, 2003), mely magában foglalja a fogantatástól a halálig terjedő teljes ívet. A teljes testi, lelki, szociális jólétet. Ehhez szükséges Antonovsky „koherencia élmény” modelljének magyarázata, mely lehetőséget ad dinamikus egészségfogalom bevezetésére. Nézeti szerint az egészség-betegség nem ellentétes fogalmak, hanem egy fajta folyamatot jelölnek. Vagyis mindenki elhelyezkedik valahol az egészség-betegség kontinuum mentén az alapján, ahogy élete során egyre több tünet jelenik meg. Azonban a lényeges különbségek abban vannak, hogy az egyén mindezt hogyan értelmezi, mennyire tekinti magát betegnek vagy egészségesnek. Ennek alapja az ember és környezete közötti összhang, azaz a koherencia élménye, amely a kihívások közepette biztosítja a harmóniát. A koherencia annak átélése, hogy az egyénnek van helye és szerepe a világban, a társadalomban, a vele történő események értelemteliek, kihívások, melyek megoldására képes. A személy bízik abban, hogy a változó körülmények között is képes lesz helytállni, és nem csupán saját magára, hanem külső segítségre is számíthat. E modellben a krízisek arra alkalmasak, hogy általuk az egyén személyiségfejlődés magasabb szintjére juthat.

A koherencia érzés a világban betöltött helyünk elfogadását méri. Azonban szintén fontos a Schwarzer és Kopp által megalkotott „énhatékonyság modell”, azaz az önbizalom modell, mely azt a meggyőződést foglalja magában, hogy általában tudjuk kezelni a nehéz élethelyzeteket. E két elképzelés szoros kapcsolatban áll egymással.

A testi és lelki egészségi állapot vizsgálati módszerei kutatásban a következők voltak:

- szociális-gazdasági jellemzők (iskolázottság, saját jövedelem, családi jövedelem, autó),
- koherencia-érzés (az élet értelme),
- önbizalom, önhatékonyság,
- konfliktusmegoldás képessége,
- életmódjellelmezők (dohányzás, napi cigaretta mennyisége, alkoholfogyasztás).

A fent olvasható testi és lelki állapot vizsgálati módszerei már eleve egy betegség okait és tüneteit sugallják. Ez korunk egyik népbetegsége: a depresszió.

Adatok a depresszióról a korábbi kutatások tükrében

A WHO 2005-ös The world health report 2005: Make every mother and child account című kiadványa is foglalkozik a depresszió tünetegyüttesével, mégpedig annak egyik érdekes formájával, amely a nők esetében fordul elő szülés után. Adatai szerint általánosságban a nők kettő, illetve háromszor nagyobb eséllyel lesznek depressziósak, mint a férfiak. Az iparosodott területeken a szülés utáni depresszió a nők 10-15%-át érinti, míg a fejlődő területeken ez az arány akár több mint 20% lehet.¹

Azonban ennél sokkal beszédesebbek a WHO 2001-es eredményei, melyek alapján a világon 450 millió ember él pszichiátriai kezelésre szoruló betegséggel. Azaz manapság négy családból egyben közeli hozzátartozó legalább egy alkalommal fog mentális zavarokkal küzdeni az élete során. A világon az összes betegségteher 12%-át teszik ki a mentális betegségek, és a szervezet előrejelzései alapján ez nem csökkenni, hanem növekedni fog. Előre láthatólag 2020-ban már 15%-ról beszélnek majd a tudósok.²

A világra vonatkozó adatokból a WHO európai szervezete³ készített egy kimutatást kizárólag az öreg kontinensre. Mindezek alapján a háziorvosuknál jelentkező betegek 30%-a valamilyen pszichiátriai problémával éli napjait. Európában minden ötödik ember élete során egyszer depressziós tünetekkel fog küzdeni. A kontinensen évente több mint 33,4 millió ember szenved súlyos depressziótól, közülük 47% nem kap szakorvosi ellátást. Ez magyarátható magával a betegséggel, annak lefolyásával, és felderítési nehézségeivel, valamit azzal, hogy a kontinensen a pszichiátriai kórházi ágyszáma az összes alig 10%-át teszik ki szemben a világlátlag 16%-kal.⁴

Magyarországon 1988-ban egy felmérés szerint a 16 évnél idősebb lakosság 24,3%-ánál lelhető fel depressziós tünet, közülük 7,5%, aki már kezelésre szorul. A vizsgálatot megismételték 1995-ben, melynek legfőbb eredménye, hogy a súlyos, kezelésre szoruló aránya megnőtt 11,5%-ra. (Kopp – Skrabski, 2001)⁵ A tünetegyüttestől szenvedők aránya 2002-ben ugyanannyi volt, mint 1995-ben. 2005-ben azonban 12% fölött volt a súlyos depressziósok aránya. Ez azt jelenti, hogy az utóbbi négy évben ugyanazzal a kérdőívvel vizsgálva ugyanazoknál az embereknél a depresszió, a reménytelenség nagyon komolyan emelkedett.⁶

Szintén országos felmérést végzett 2000-ben a Gallup, melynek adatai szerint Magyarországon a lakosság 12,8%-a 7küzd valamilyen szintű mentális zavarral.^{8,9}

Megyéenkénti összehasonlító elemzés született 1995-ben, melynek eredményeképpen Baranya teljes mértékig az országos átlagot hozta. (Kopp - Skrabski, 2001)¹⁰ Ezt a felmérést megismételték 2002-ben. Baranya megye ekkor is az átlaghoz közeli értéket mutatott.¹¹

Ugyan a depresszió tünetegyütteséről a legtöbb embernek vannak elképzelései, hiszen manapság a médiában is sokat hallani róla, de úgy vélem mégiscsak fontos a betegség meghatározásával foglalkozni.

Mi az a depresszió?

A depresszió lelki, vagy másképp megfogalmazva, mentális betegség. Azonban további problémát vet fel, hogy miként ítéljük meg a mentális zavarokat. Egyes nézőpontok szerint nem különböznek a testi betegségekétől, s ezért ugyanúgy kell őket kezelni, azaz gyógyszerekkel kell megszüntetni a tüneteket. A pszichológiai megköze-

lítés szerint viszont pszichikai zavarokként kell kezelni ezeket az eseteket, így csupán orvosi kezeléssel nem lehet gyógyítani. Ehhez a két nézőponthoz kapcsolódik egy harmadik, a szociológia látásmódja. Szociológiai értelemben a mentális zavarokat devianciának tartjuk, melyek értékelése jobban kapcsolódik a társadalom normáihoz, mint másfajta betegség típusoké. Annak ellenére, hogy e nézőpontok látszólag egymással ellentétben állnak, valójában inkább ugyanazt a problémát különböző oldalról közelítik meg. A mentális tünetek értékelése mindig csak adott szociokulturális térben válik lehetővé, hiszen ezen betegségek megítélése is koronként más. Régóta folynak vizsgálatok arról, hogy a genetikai, vagy pedig a környezeti tényezők fontosabbak-e a mentális zavarok kialakulásában. Mindkét tényező egyaránt fontosnak tűnik, a genetikai hajlam és a környezeti hatás együttesen felelős a tünetegyüttes kialakulásáért. Az előbbit az utóbbi csak erősítheti. (Pikó, 2002a)

A depresszió az okokat tekintve különböző forrásai lehetnek. Ezek alapján megkülönböztethető a szituációs depresszió, mely jellegzetesen haláleset, válás, állásvesztés következménye lehet, de kötődhet bizonyos, az egyén számára jelentéssel bíró időpontokhoz, Karácsonyhoz. Az endogén depresszió gyakorlatilag minden ok nélkül kialakuló hangulati mélypont. Ez lehet esetenként öröklött, vagy személyiségbeli tulajdonság is. Ez az állapot az egyént érő nehézségek során súlyosbodhat. Mindezeneken felül az orvostudomány beszél testi betegségekkel járó depresszióról is. Ekkor a tünetegyüttes a hormonszint változását is okozza, bizonyos betegségek velejárója, így az influenza, tbc, rákos betegségek. Egyes gyógyszerek mellékhatásaként is találkozhatunk a depresszió eme fajtájával. Illetve az is előfordul, hogy a tartósan lehangolt állapot kísérőjelenségeként testi fájdalomokkal küzd az érintett.¹²

A depresszió tünetei viszont lehetséges, hogy mindegyik ok esetében azonosak. A vegetatív depressziós ember lassúnak, szomorúnak tűnik, keveset beszél, nem eszik. Az agított depressziós nyugtalan, nehezen alszik, vidámságot és mozgékonyt erőt, ám visszavonhatatlan cselekedetek elkövetésére (állás-felmondás, élet elhagyás) könnyen jut. A klasszikus orvoslás általában ezen tünetek kezelésére korlátozódik.

Fontos észrevenni, hogy a külvilág számára nehéz a segítség, mert a depressziós ember gyakran még a kézenfekvő, felajánlott segítséget is elutasítja, akár szándékos durvasággal, sértéssel távolítja el maga mellől környezetét. Ebben lehet a családnak, szeretetteknek a felelőssége: módszeresen tanúsítani kell a jelenlétet, az odafordulást, hogy a beteg pozitív visszajelzést kapjon a környezetétől, érezze, hogy szeretik, ő is értékes.

Az orvosi kezelés veszélyes állapot esetén intézményi környezetben biztosítja az élet védelmét, a megfelelő ellátást. A depresszió kezelését a megfelelő gyógyszerek rendelkezésével segítik, illetve beállítják a követendő életmód ritmusát. A gyógyszeres kezeléssel párhuzamosan pszichoterápia támogatja a beteg lelkének gyógyulását.

A depressziót kiválthatják olyan hatások is, mint a téli napfényhiány, alkohol, alultápláltság vagy nem megfelelő táplálkozás, vitaminhiány, mozgáshiány, kávéfogyasztás, renyhe életmód és társtalanság. A legjobb antidepresszáns módszer, amelyek segíthetnek az állapot javulásában, az a mozgás rendszeres beütemezése lehetőleg szabad, friss levegőn és fényben, a lakás hangulatos átrendezése, erős fények a lakásban, me-

leg színek alkalmazása, hőmérséklet emelése a helyiségekben, illatok terápiás használata (narancsillat, fahéj, fűszeres illatok), szolárium. A táplálékkiegészítők közül hatásos a B-vitamin komplexek szedése, a C-vitamin, a Kalcium, a Magnézium, és segít a gyógynövény orbáncfűből főzött tea, citromfű és a ginkgo.

A kezeletlen, vagy nem szakszerűen kezelt depresszió rendkívül veszélyes állapot: a befejezett öngyilkosságot elkövetők több, mint 50%-a kezeletlen vagy elégtelenül kezelt depresszióban szenved, és a depressziós beteg terápia híján 30-35%-os valószínűséggel az említett módon hal meg. Ugyanakkor számos vizsgálat adatai szerint a szakszerűen kezelt és gondozott depressziós betegeknél ez a rendkívül magas kockázat nagyságrendekkel csökken (0,5-2%). (Rihmer, 1996) De ha a beteg el is jut orvoshoz, akkor is kicsi a valószínűsége, hogy az alapellátásban, vagy egyéb – nem pszichiátriai – szakorvosi ellátásban dolgozók felismerik a panaszok hátterében meghúzódó pszichés zavart. (Szádóczky, 1996)

A depresszió kialakulásának vizsgálata során fontos a szociális, a pszichológiai, és az élettani állapot, mivel e három tényező egymással állandóan kölcsönhatásban van. A tünetegyüttes alapja a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet. Ez azzal magyarázható, hogy az egyén természetesen igyekszik minél jobb életkörülmények biztosítására, ami az anyagi helyzet javításán alapszik. Ahhoz azonban, hogy a viszonylag hátrányos helyzetén javítani tudjon, sok esetben erején felül kell teljesítenie. Ez a rendkívüli mértékű önkizsákmányolás, túlmunka adott esetben szív- és érrendszeri megbetegedéseket okoz, melyek alapja a vitális kimerültség, krónikus stresszállapot. A helyzet akkor súlyosbodik, ha az egyén mindhiába próbál erején felül teljesíteni, a munka nem hozza meg várt gyümölcsét. Ekkor beszélhetünk a viszonylagos lemaradás átéléséről, arról, hogy az illető úgy érzi, helyzetén változtatni nem lehet. Sok esetben kapcsolódik ehhez az állapothoz, – mely az egészségre önmagában is káros, mert az ilyen tartósan letört állapot csökkent immunológiai aktivitással jár –, egy bizonyos önrontó kör, azaz dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás. Ez az állapot tehát növeli az egészségi kockázatot, köszönhetően az önkárosító magatartásformáknak, és élettani hatásai miatt is. (Kopp – Skrabski, 2001)

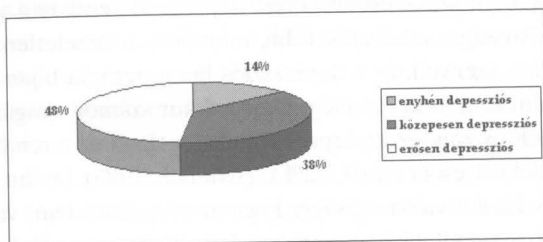
A depresszió alapvető tünetei a következők:

- tehetetlenség,
- döntésképtelenség,
- önvád,
- reménytelen jövőkép,
- az egyén úgy érzi képtelen tenni helyzete ellen,
- tartós hangulatzavar,
- alvászavar.

E tünetek nem minden embernél jelentkeznek egyformán, meglétük általában világlátástól, beállítottságtól függ.

Mivel Pécsbánya-telep bányamúltja miatt elmaradottabb terület, így érdemesnek mutatkozik a depresszió vizsgálatára. A kérdőívben a lényeges tünetek mindegyike helyt kapott. Szerepel az alvászavar, hangulatzavar, koncentrációs nehézség, az önértékelés kérdése, probléma-megoldási dilemma, döntésképtelenség dimenziója is. E kérdé-

sekre adott válaszok összeadásával készítettem el a depressziós indexet. Ezt aztán három részre csoportosítottam, így beszélhetünk enyhén depressziós, közepesen depressziós, és erősen depressziós válaszadókról. Százalékos arányban ez a következőképpen oszlik meg a mintában:



Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

Az adatokból jól látszik, hogy a pécsbányatelepi lakosság majdnem fele szenved erősebb depressziós tünetektől. 38,0% éli mindennapjait közepesen depressziósként, végül 14,0% azok aránya, akiket a kórkép a legkevésbé érint. Azaz megkérdezettek között a betegséggel küzdők aránya felülmúlja a fentebb elemzett WHO, európai és országos jelentésekben szereplők bármelyikét. Tehát ezek szerint a bányászok bezárását követő megválaszolatlan kérdésekkel teli időszak rányomta bélyegét az itt élők egészségi állapotára.

A következőkben a társadalmi tőke változóinak vizsgálatát – melyek a már említett bizalom, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel, és a vallásgyakorlás – egy speciális testi és lelki állapot, a depressziós tünetegyüttes szempontjából fogom megtenni.

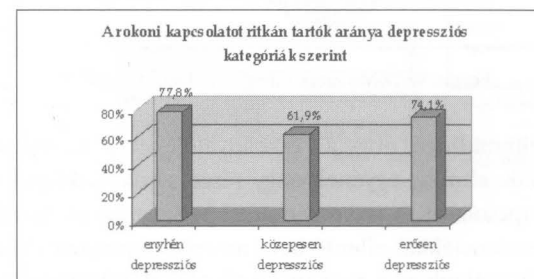
A bizalom kérdésköre

Az első tárgyalásra kerülő társadalmi tőke változó a bizalom. Ezt tovább részletezhető a szoros családi és rokon kapcsolatokon alapuló kötődés, a baráti kapcsolatok, és a szomszédi viszonyok szempontjából.

Alapvetően a depressziót erősítheti, illetve gyengítheti, hogy az egyén nehéz élethelyzetben mennyire számíthat valaki segítségére. (Pikó, 2003) Nem mindegy általában a segítő személye sem, hiszen nem mindenkitől fogadja el az ember, ha megmondja mit kell tenni. Elsősorban azoktól várja el az egyén a segítséget, akikkel együtt él, akikkel a legszorosabbak a kapcsolatai, őket követik a barátok, rokonok, munkatársak. Azonban a kapcsolatok kimenetelének nem mindig pozitív az előjele. A nem megfelelően ápolott kötődés lehet stresszkeltő is az egyénre nézve. Ez éppúgy káros az egészségre, mint a kapcsolatok hiánya. A segítségnyújtás esetében fontos az ún. kiegyensúlyozott reciprocitás, azaz a viszonzás. Általában olyan mértékű segítséget fogad el az ember, amelyről úgy gondolja, viszonzni tudja majd a jövőben. Egyedül a

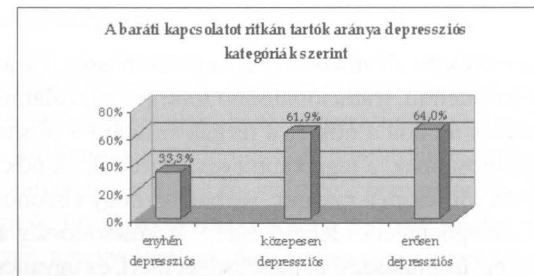
rokon kapcsolatokat jellemezheti általános reciprocitás, azaz a feltétel nélküli támogatás. Az összeköttetések ápolásának közvetlen hatása elsősorban a kiscsoportokban, a mikrokörnyezetben tapasztalható, hiszen a társas interakciók, a közvetlen emberi kommunikáció ezen a szinten zajlanak. (Pikó, 2002)

A Pécsbányatelepen élők esetében megvizsgáltam a bizalom és a depresszió kapcsolatát. A kérdésekre adott válaszok összeadásával elkészítettem a rokon kapcsolatokra vonatkozó indexet. Ennek segítségével megvizsgáltam, hogy a depressziós kategóriákba tartozó válaszadók milyen gyakorisággal tartják a kapcsolatot a rokonokkal. A megkérdezettek a gyakran/néha/soha változatok között dönthettek. Mindhárom depressziós kategóriában elenyésző azok aránya, akik soha nem tartják a kapcsolatot rokonaikkal (8,8%), és szintén elég alacsony azoké, akik gyakran (21,1%). A legtöbben a néha kategóriába tartozó választ adták (70,2%). E köztes válaszadási lehetőség tekintetében depressziós kategória alapján a következők a megoszlások:



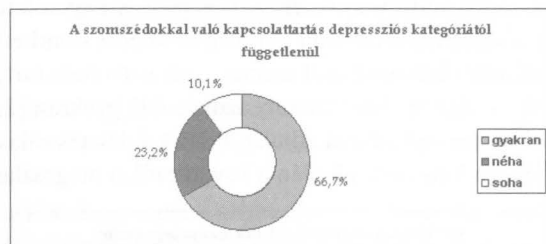
Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

A baráti kapcsolatok kérdésköre esetén is a válaszok összeadásával elkészítettem a baráti kapcsolatokra vonatkozó indexet, majd megvizsgáltam, hogy ez a depresszióval milyen kapcsolatban áll a megkérdezettek esetében. A három depressziós kategóriából összesen 7,3%, azaz a kisebbség válaszolta, hogy nincs senki barátja, akivel tarthatná a kapcsolatot. Az ellenpólusra majdnem ötször ennyi (34,5%) megkérdezett voksolt. Szintén a köztes válaszlehetőségre szavaztak a legtöbben. A megkérdezettek több mint fele (58,2%) ha ritkán is, de tartja a kapcsolatot barátaival. E kategóriának a depresszió erőssége alapján való megoszlása a következő:



Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

Érdekes, hogy a szomszédi kapcsolatok esetében a legtöbben (66,7%) úgy vélekedtek, hogy gyakran beszélnek, tehát kimondottan sűrűn tartják a kapcsolatot. Bár kérdéses, hogy ez miben nyilvánul meg. Átjárnak egymáshoz, szomszédolnak, avagy csak ha netán összefutnak, elbeszélgetnek ideig óráig. A néha lehetőséget majdnem harmadannyian (23,2%) választották, míg a megkérdezettek 10,1%-a nem beszél a szomszédaival. Annak, hogy ebben az esetben a gyakran kategória kapta a legtöbb jelölést, depressziós csoporttól függetlenül, a magyarázata az lehet, hogy a szomszédok közelebb vannak fizikailag, mint a rokonok, így értelemszerűen sokkal többször találkoznak.



Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

Mindezek alapján elmondható, hogy a Pécsbányatelepen élők viszonylag atomizálódott közeget alkotnak, ahol az egyének nagy része a rokonokkal, barátokkal ritkán ugyan, de tartja a kapcsolatot. A szomszédokkal pedig gyakran beszél. Megleppő módon, az általános tendenciákkal ellentétben, az erős depressziós tünetekkel élők is magas arányokat képviselnek az összeköttetéseket ápolók között. Tehát ezek szerint rokoni, baráti, szomszédi kapcsolataik vannak ezeknek a válaszadóknak, azonban nagy valószínűséggel ezek minőségileg nem megfelelőek, problémáik során nem nyújtanak számukra a megoldáshoz segítséget. Adott esetben elképzelhető, hogy inkább stresszforrásként jelennek meg életükben. Lehetséges, hogy az itt élők nagy része egyfajta társadalmi elvárásnak tesz eleget, amikor rokoni, baráti, szomszédi kapcsolatokat ápol. Mindebből az is következik, hogy a támogatottság, összeköttetések ápolása eléggé szubjektív kategória. Csak az egyén szükségleteinek és igényeinek megfelelő kapcsolatok képesek pozitív hatást elérni, ezzel biztosítva a lelki egészséget. (Pikó, 2003)

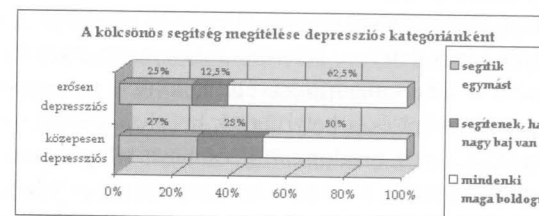
A kölcsönösség

A társadalmi tőke mérésére alkalmas változó a kölcsönösség. Ez a vonás általában az alacsonyabb jövedelmű, tradicionálisabb térségek társadalmi tőke mutatója. (Skrabski, 2003) Érdekes módon a nők és a férfiak számára a társadalmi tőke más-más összetevői a legfontosabbak, a leginkább egészségvédők. A nők esetében a kölcsönösség – az, hogy ha jól tesznek másnak, várhatják, hogy viszonozza –, csökkentte nagyobb mértékben a megbetegedés lehetőségét.¹³ A kölcsönösség az emberek kölcsönös haszonért való együttműködési hajlandóságát méri, és ugyancsak a társadalmi tőke központi elemét képezi. Sőt az öngyilkossági magatartással szemben védőfaktoroknak tűnik a kölcsönösség attitűdje. Tehát ennek megfelelően a kérdőívben szere-

pelt, hogy a Pécsbányatelepen élők általában hogyan vélekednek saját közösségük kölcsönösségéről. Véleményt nyilváníthattak, szerintük általában milyenek a telepi emberek. Olyanok, akik megbeszélnek egymással a dolgaikat, segítenek egymásnak, vagy inkább mindenki a maga útját járja. A válaszadók a következő három kategória alapján foglalhattak állást:

- 1) olyanok, akik segítik egymást
- 2) csak akkor segítik egymást, ha nagy baj van
- 3) inkább mindenki maga boldogul.

A megkérdezettek mintegy 60,0%-a depressziós kategóriától függetlenül a harmadik lehetőségre voksolt, azaz úgy érzik, a telepen mindenki maga igyekszik boldogulni, mások segítsége nélkül. A tünetegyüttessel küzdők közül főleg a közepesen és az erősen depressziósok gondolkodnak a nagy átlag szerint. A válaszaik megoszlása a következő:



Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

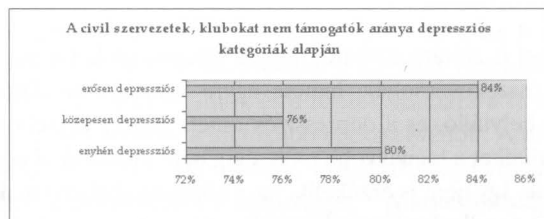
A két kategória megkérdezettei közel azonos arányban érzik úgy, hogy a telepi emberek segítik egymást (27,0 %-25,0%). A köztes álláspont esetében a közepesen depressziós válaszadók valamivel kedvezőbb képet festenek (23,0 %) erősen depressziós társaiknál (12,5%). A tünetektől kevésbé szenvedők között majdnem duplája azok aránya, akik úgy gondolják, ha nagy baj van, a telepi emberek egymás segítségére sietnek. Erősen depressziós társaik azonban ezek szerint kevésbé érzékelik magukon a kölcsönösség megnyilvánulását probléma esetén. Ennek oka az is lehet, hogy nincsenek is esetleg olyan kapcsolataik, amelyek baj esetén segítségükre lehetnének, mivel a depresszió egyik velejárója a kapcsolatok szinte teljes leépülése. Ebből gyakorlatilag egyenesen következik, hogy a tünetegyüttéstől legjobban szenvedők vélekednek a leginkább aszerint, hogy a pécsbányatelepi emberek nagy része maga boldogul, nincsen senki, akihez fordulhatnak.

Összességében ezzel is alátámasztható, hogy a telepen élőket a problémák a várttal ellenkezően nem összekovácsolják, hanem egyre inkább eltávolítják egymástól. Ez általánosságban is helytálló, és a depressziós tünetegyüttés tükrében is elmondható. Az emberek a gondjaikat a legnagyobb mélységig nem mondják el egymásnak, hanem inkább bezárkóznak. Így nem is érzékelik, ha a környezetükben valakinek olyan mértékű nehézsége van, amellyel való megküzdésben társra lenne szüksége. Adott esetben lehetséges nem is tudni, hogyan legyenek segítségére, hiszen túl sok támogatást ők maguk sem kapnak, így talán nem is alakulhatott ki bennük erre vonatkozóan minta.

A civil szervezetekben való részvétel

A társadalmi tőke mérésére alkalmas az is, ha vizsgálat kitér arra, hogy a megkérdezettek milyen arányban vesznek részt civil szervezetekben, közösségekben, klubokban. Általában a fejlettebb területeken magas a civil szervezetekben való részvétel. (Skrabski, 2003) A nemek közötti különbségek tekintetében a férfiak esetében a civil társadalomban való részvétel csökkenti nagyobb mértékben a megbetegedések arányát.^{14 15} Bár számos bejegyzett civil szervezet is működhet egy-egy közösségben, ezek jobbára érdeklődési körök szoktak lenni. Informális szerveződések, hobby-, vagy korosztályi csoportok, amelyek tevékenysége önmaguk kedvtelésére irányul (aminek természetesen szintén óriási társadalmi haszna van, ám ezek nem teljesen fedik le az ún. civil részvételt), s nem, pedig a közösség közügyeire, közjóra. Éppen emiatt megkülönböztethető egy bizonyos „szociális részvétel”, ami a különféle érdeklődési és érdekcsoportokban kifejtett tevékenységekben való részvételre, s az ennek kapcsán születő személyes kapcsolatokra, kölcsönhatásokra vonatkozik. A másik a „civil részvételt”, ami inkább az állampolgári részvétel különféle megnyilvánulásai: a helyi ügyekben való egyéni részvétel és a helyi ügyek befolyásolására való képesség, valamint az intézményekbe vetett bizalom.¹⁶ Pécsbánya-telep ugyan nem mondható gazdaságilag fejlett területnek, de léteznek civil szervezetek és közösségek. Egyszerű eldöntendő kérdéssel felmérhetővé vált, hogy a válaszolók tagjai-e valamilyen klubnak, közösségnek a településen vagy valahol máshol.

Nem meglepő az az eredmény, hogy a megkérdezettek 80,0% nem tagja semmilyen civil szervezetnek, klubnak, közösségnek. A településen működik egy telepszépítő egyesület, de erről egyértelmű adatokat nem sikerült szerezni. Ami bizonyos, hogy egy „asszonykör” létezik Pécsbánya-telepen, a hölgyek a kérdőívekre is válaszoltak. Bizonyára nekik köszönhető az a 20,0%-os arány, akik azt állítják, hogy klub, közösség tagjai. A többség azonban (80,0%) nem erről számolt be, és a tünetegyüttes szempontjából hasonló eredményre számítottunk, hisz azok, akiknek nincsen kívül megosztaniuk problémáikat, akik nem élvezik annak előnyét, hogy vannak, akikkel közös a világlátásuk, nem érzik, hogy tartoznak valahová, könnyebben válhatnak depresszióssá. A vártakkal megegyezően mindhárom depressziós kategóriában elsősorban azok többsége, akik semmilyen közösségnek nem tagjai:



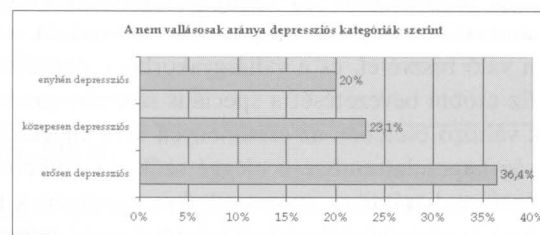
Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

Ezek alapján szintén elmondható, hogy a telepiek a vártakkal ellentétben atomizálódott közeget alkotnak, mely az adott gazdasági és szociális helyzetben a depresszió melegágyaként funkcionál.

A vallásgyakorlás

A társadalmi tőke sajátos mutatója a vallás. Felmérések szerint azok, akik gyakran járnak vallási összejövetelekre kevésbé szenvednek depressziós tünetektől, mint azok, akik nem járnak ilyenekre. Ezek színhelye nem feltétlenül a templom, mivel manapság a vallás átalakulásának vagyunk tanúi. Egyre többen vannak, akik vallásosnak vélik magukat, de kiemelik, hogy inkább a maguk módján, amely nem feltétlenül foglalja magába az egyházi intézmények látogatását. Akik részt vesznek efféle egyházi összejöveteleken, azok többszörösen élvezik annak pozitívumait. Érzik, hogy tartoznak valahová, társaikkal nagyrészt egy a világlátásuk, nincsenek egyedül a problémáikkal, hisz az összejövetelek alatt, vagy azok után ezeket is meg lehet osztani a barátokkal. Kimutatások alapján az inkább vallásos emberek minőségileg is jobb kapcsolatokkal rendelkeznek. (Pikó, 2002) A kapcsolatokra, támogatásra kultúrától függetlenül igénye van az embernek. Azonban az érdekessége az, hogy az individualizáció hajlamosít az egyedüllétre, de az egyén bizalmas kapcsolatok iránti igénye – a vele született szociabilitása miatt – egyáltalán nem csökken. (Pikó, 2003)

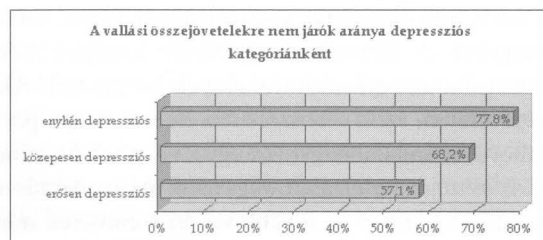
Ezek után megvizsgáltam a pécsbányatelepiek esetében ez a megfigyelés milyen mértékben valósul meg. A válaszadók 68,8%-a érezte úgy, hogy a maga módján vallásos, körülbelül tized ennyien (7,2%) követik szigorúan az egyház tanítását, míg 29% egyáltalán nem vallásos. Mivel a fent leírtak miatt e csoport a mérvadó, így ebben a kategóriában vizsgáltam tovább. Ez utóbbi csoportban az erősen depressziósak aránya a legnagyobb (36,4%), őket követik a tünetegyüttestől közepesen szenvedő válaszadók 23,1%-kal, végül a betegséggel enyhén sújtottak zárnak 20,0%-kal.



Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

Mindezek alapján a pécsbányatelepi vizsgálat igazolja azt a korábbi megfigyelést, hogy a nem vallásosak között magas a depressziós tünetektől szenvedők aránya. Viszont általánosságban magas azok száma, akik inkább a maguk módján vallásosak (68,8%). Tehát nem feltételezhető a lakosok körében mértéktelenül eluralkodó ateizmus. Inkább úgy tűnik, hogy a társadalom individualizálódását követi a vallás egyéniesedése.

A kérdőív másik vallásra vonatkozó kérdésében a központi elem az volt, hogy a megkérdezettek részt vesznek-e vallási közösségi összejöveteleken. A pécsbányatelepiek a gyakran/ritkán/sohasem lehetőségek közül választhattak. A válaszadók 64,4%-a, depressziós kategóriától függetlenül, soha nem vesz részt összejöveteleken – hiszen, ha valaki a maga módján vallásos, akkor nem feltétlenül jár templomba. A megkérdezettek 22,0%-a ritkán, és 13,6%-a gyakran jár efféle közösségi megmozdulásokra. A tünetegyüttes mindhárom kategóriájában a legtöbb voksot a soha kapta, a másik két választási lehetőség sokkal alacsonyabb arányban képviselteti magát. Számszerűsítve, összefoglalva a következő eredmény született:



Forrás: kérdőíves megkérdezés Pécsbányatelepen

Az eredmény meglepő, hiszen az enyhén depressziós kategóriában sokkal nagyobb a templomba nem járás aránya, mint az erősen beteg csoportnál. Ennek magyarázata lehet az is, hogy adott esetben a tünetegyüttestől jobban szenvedők azok, akik inkább a maguk módján vallásosak, ami nem feltétlenül foglalja magában a templomba járás tényét.

Következtetések

Össességében elmondható, hogy előzetes várakozásokkal ellentétben Pécsbányatelepen eléggé atomizálódott társadalmat található. Vizsgálat tárgya volt körükben a társadalmi tőke, annak főbb dimenziói – a bizalom, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel, és a vallásgyakorlás – depressziós kategóriánkénti megoszlása. Ez utóbbi bevezetését a speciális szociális-gazdasági helyzet indokolta. Mindegyik változó esetében az eredmények arra engedtek következtetni, hogy a helyi lakosság kapcsolatrendszere eléggé szűk, az emberek nem szívesen támaszkodnak rokonaikra, barátaikra, szomszédaikra. Igyekeznek inkább a maguk lábán megállni, maguk boldogulni. Elenyésző kisebbség, aki valamilyen szervezet, klub tagja. Körükben a vallás sem olyan nagy integráló erő, inkább a maguk módján követik az egyház tanításait, ritkán járnak istentiszteletre. Esetükben az egyéni életutakban való gondolkodás rajzolódik ki, melynek egyetlen szinte mindenki közös pontja az egykori bánya bezárása. Összefogásról való elmélkedéssel, tervvel nem találkoztunk a megkérdezés során. Érdemes tehát figyelembe venni, hogy ha a pécsbányatelepi lakosok körében bármilyen program elindítását terveznénk, ahol a közösségi megmozdulás, az együtt cselekvés fontos, akkor mindenekelőtt szükséges

az itt élőkkel éreztetni, hogy nyitni kell a másik felé. Mindezek mellett fontos lenne az itt lakók számára képzési programok indítása. Ezen kívül a közösségfejlesztés, közösségszervezés pécsbányatelepiekkel való elsajátíttatása szintén elengedhetetlen. Ezek sikerességéhez természetesen közösségi terek kialakítása szükséges, helyi közösségi programok indítása, és fontosak lennének a tolerancia képességének növelésére vonatkozó közösségfejlesztések.

Jegyzetek

- 1 www.who.int/whr/2005
- 2 www.who.int/whr/2001
- 3 A WHO európai szervezetének hatókörébe tartozó országok a következők: Albánia, Andorra, Örményország, Azerbajdzsán, Belgium, Bosznia – Hercegovina, Bulgária, Dánia, Németország, Macedónia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Írország, Izland, Izrael, Olaszország, Kazahsztán, Kirgizisztán, Horvátország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Monaco, Hollandia, Norvégia, Ausztria, Lengyelország, Portugália, Moldávia, Románia, San Marino, Svédország, Svájc, Szerbia és Montenegró, Szlovákia, Szlovénia, Spanyolország, Tádzsikisztán, Cseh Köztársaság, Törökország, Türkmenisztán, Ukrajna, Magyarország, Üzbegisztán, Egyesült Királyság, Fehéroroszország, Ciprus.
- 4 www.euro.who.int
- 5 A kutatás a Beck-féle depresszió-kérdőív rövidített változatával készült. Ebben az esetben a megkérdezetteknek egy négyfokú skálán kellett bejelölniük, hogy egy-egy állítás mennyire jellemző rájuk.
- 6 www.radio.hu
- 7 Azaz legalább minden 6. nő és minden 11. férfi olyan lelki problémákkal küzdött a felmérés előtti két hétben, amely már hátráltatta a munkája során.
- 8 A Gallup a megkérdezés során a GHQ-12 skálát használta, mely a lelki egészség problémáinak populációs szintű becslésére világszerte használt önbecslő módszer. A skálán elért magas pontszám jelzi, ha valami probléma van a személy lelki egészségével. A szakirodalom alapján számos európai és Európán kívüli országban, tehát egymástól eltérő kultúrákban igazolták, hogy a skálán elért legalább 5-ös érték jól azonosítja azokat az egyéneket, akiknél mentális zavar diagnosztizálható.
- 9 www.gallup.hu
- 10 Hangsúlyozandó, hogy a közhiedelem, miszerint a magyar nép nagyon depressziós, nem igaz. Inkább az a jellemző, hogy magas a teljesítményigény, nagy a teljesítménymotiváció megléte. Ha ez nem tud megfelelő kibontakozási lehetőséget kapni, akkor az egyén hajlamos úgy érezni, hogy értéktelen, elveszti önbecsülését, emiatt depresszióssá válhat. (Kopp - Skrabski, 2001)
- 11 www.matud.iif.hu
- 12 www.astrologia.hu
- 13 www.behsci.sote.hu
- 14 www.behsci.sote.hu
- 15 Érdekes módon ott, ahol a nők között szorosabb a kölcsönösségen alapuló közvetlen szociális háló, ez kimutathatóan pozitív hatással van a férfiakra, míg a férfiak nagyobb részvétele a civil szervezetekben a nőkre van kedvező befolyással.
- 16 www.adata.hu

Felhasznált irodalom

- Bourdieu (1998): Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In Tőkefajták: a társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája szerk: Lengyel György – Szántó Zoltán Budapest: Aula Kiadó 155-176.
- Colemann (1998): Társadalmi tőke az emberi tőke termelésében. In Tőkefajták: a társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája szerk: Lengyel György – Szántó Zoltán Budapest: Aula Kiadó 11-43.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád (2001): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. In Népesedés és népessépolitika szerk: Cseh – Szombathy László, Tóth Péter Pál Budapest: Századvég Kiadó 192-220.
- Pikó Bettina (2002a): Adalékok a mentális zavarok kritikai szociológiájához. Szociológiai Szemle 2002/2: 99-113.
- Pikó Bettina (2002): Egészségpszichológia. Budapest: Új Mandátum Kiadó
- Pikó Bettina (2003): Kultúra, társadalom és lélektan. Budapest: Akadémia Kiadó 81-85.
- Rihmer Zoltán dr.(1996): A depressziók diagnosztikája és terápiája. Háziorvos Továbbképző Szemle 1996/1: 79-82.
- Rosen (1998): Emberi tőke. In Tőkefajták: a társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája szerk: Lengyel György – Szántó Zoltán Budapest: Aula Kiadó 71-100.

Skrabski Árpád (2003): Társadalmi tőke és az egészségi állapot az átalakuló társadalomban. Budapest: Corvinus Kiadó

Szádóczy Erika dr.(1996): A depressziók és a szorongásos betegségek epidemiológiája. Háziorvos Továbbképző Szemle 1996/1: 67-68.

www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf

www.who.int/whr/2001/whr01_en.pdf

www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303g

www.radio.hu/index.php?cikk_id=177166

www.gallup.hu/olef/4.html

www.astrologia.hu/depresszio.html

www.behsci.sote.hu/hungarostudy2002/st_valosag_cikk.htm

BENÁK MELINDA

Bonding, bridging, linking

A mikrotársadalmi szolidaritás szintjén lévő kapcsolatok István-aknán

1. Bevezetés

Kutatásom során a mikrotársadalmi szolidaritás szintjén lévő erős társadalmi kapcsolatokat vizsgálom István-aknán, különös tekintettel a rokonsági, a baráti és a szomszédsági kapcsolatok intenzitására.

Elsőként bemutatom, hogy a Robert D. Putnam által, az amerikai társadalomra felállított társadalmi tőke fajták mit jelentenek és kérdőívünk kérdéseire adott válaszok közül melyek alkalmasak ezek intenzitásának megállapítására, István-aknán. Ezek a „kötés-jellegű”, vagy összetartó (bonding), a „híd-jellegű”, vagy összekötő (bridging) kapcsolatok (Molnár 2003), s ezekhez csatlakozik még az összekapcsoló (linking) társadalmi tőke is (Füzér 2005). Nézzük pontosan, mit is jelentenek ezek a kifejezések.

A „**bonding**”, vagy **összetartó** típusú kapcsolat magában hordozza az exkluzivitást. A csoportok összetartozását biztosítja, ez játszik szerepet a homogén, valamilyen identitást megjelenítő közösségek működésében, kedvez a csoporton belüli reciprocitás, szolidaritás és lojalitás kialakulásának. Az ezeken a hálózatokon belüli tagok képesek egymásnak társadalmi és pszichológiai segítséget nyújtani (Molnár 2003).

Erős kötések (például családon vagy etnikai közösségen belüli kapcsolatok) jellemzik. A társadalmi tőkének ez a formája hajlamos másokat kizáró, homogén csoport- és közösségi tudat kialakítására. Az összetartó társadalmi tőke megítélése össztársadalmi szempontból nem egyértelmű. Az összetartó társadalmi tőke a családon, rokonságon, nemzetiségen belüli kölcsönös segítséget, szolidaritást is erősítheti, mint egyfajta erős társadalmi ragasztóanyag, de forrása lehet a kirekesztő, másik családdal, népcsoporttal, nemzetiséggel szembeni ellenséges magatartásnak is (Füzér-Gerő-Sik-Zombor 2005).

A társadalmi tőke e formájának jelenlétéről a rokonsági, baráti és szomszédsági kapcsolatok rendszerességére vonatkozó kérdés vizsgálatával kapunk képet.

A „**bridging**”, vagy **összekötő** elnevezésű társadalmi tőke olyan inkluzivitást jelöl, amely a „bonding”, összetartóval szemben szélesebb identitást és reciprocitást generál. Mark Granovetter szerint ezek a gyenge kötések egyes élethelyzetekben, mint pl. munkahelykeresés, vagy információáramlás, különleges értéket jelentenek az egyén számára. Ez szükséges ahhoz, hogy a tőlünk távol álló nézetekkel, eszmékkel kapcsolatba kerüljünk, informálódjunk róluk (Molnár 2003).