

AZ AKADÁLYOZOTT ÉS AZ EGÉSZSÉGHÁROSODOTT EMBEREK  
ÉLETHELYZETE MAGYARORSZÁGON

KUTATÁSI EREDMÉNYEK A TÁMOP 5.4.1 PROJEKT  
KUTATÁSI PILLÉRÉBEN



# AZ AKADÁLYOZOTT ÉS AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK ÉLETHELYZETE MAGYARORSZÁGON

KUTATÁSI EREDMÉNYEK A TÁMOP 5.4.1 PROJEKT  
KUTATÁSI PILLÉRÉBEN



Szerkesztette: Nagy Zita Éva

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet,  
TÁMOP 5.4.1./08/1-2009-0002 számú kiemelt projekt

AZ AKADÁLYOZOTT ÉS AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT  
EMBEREK ÉLETHELYZETE MAGYARORSZÁGON

KUTATÁSI EREDMÉNYEK A TÁMOP 5.4.1 PROJEKT  
KUTATÁSI PILLÉRÉBEN

A kötet szakmai munkálatait a Kutatási pillér koordinálta.

Szerkesztő  
Nagy Zita Éva

Szakmai lektor  
Könczei György  
Nagy Zita Éva

Borítóterv  
Bánlaki Szabolcs

Fotó  
Somogyi Eszter

Kiadja a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet  
TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002

(A szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési  
kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása) kiemelt projektje  
2011.

ISBN 978-963-7366-46-8

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap  
társfinanszírozásával valósul meg.

A kötet a [www.modernizacio.hu](http://www.modernizacio.hu) internetes címen is olvasható.



Készült az ERFO Nonprofit Kft. Nyomdaüzemében  
Felelős vezető: Kovács Gábor ügyvezető igazgató

## TARTALOMJEGYZÉK

KÖNCZEI GYÖRGY – HERNÁDI ILONA: A fogyatékoságtudomány főfogalma és annak változásai.....	7
NAGY ZITA ÉVA – PÁL ZSOLT – OTTUCSÁK MELINDA ANIKÓ: A kutatásról – bevezető helyett .....	29
TÁTRAI ANNAMÁRIA – BERNÁT ANIKÓ – GÁBOS ANDRÁS – HAJDU GÁBOR: Az adatfelvételek módszertana.....	35
BERNÁT ANIKÓ: Az akadályozottsággal, illetve egészségkárosodással élő emberek főbb demográfiai jellemzői .....	41
PÁL ZSOLT: Az akadályozott és egészségkárosodott emberek társadalmi–demográfiai jellemzői és egészségi állapota .....	57
BÓI KRISZTINA: Az egészségkárosodott emberek főbb munkaerő-piaci jellemzői .....	73
TÁTRAI ANNAMÁRIA: Szándék és képességek. Az egészségkárosodott népesség (újra)foglalkoztathatóságáról .....	93
GÁBOS ANDRÁS: Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek társadalmi kirekesztettségének anyagi vetületei .....	105
HAJDU GÁBOR: A jóléti ellátások szerepe és az állammal kapcsolatos attitűdök .....	131
BASS LÁSZLÓ: A fogyatékos emberek integrációja .....	143
NAGY ZITA ÉVA: A kapcsolatrendszer, a kapcsolatháló jellemzői az akadályozott és az egészségkárosodott emberek életében .....	161
A KÖTET SZERZŐI.....	185



KÖNCZEI GYÖRGY – HERNÁDI ILONA

## A FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNY FŐFOGALMA ÉS ANNAK VÁLTOZÁSAI HIPOTETIKUS KÍSÉRLET REKONSTRUKCIÓRA

„Ich bin ein Berliner”<sup>1</sup>  
John F. Kennedy

„A szó-munka felemelő..., mégpedig azért, mert generatív, létrehozza a jelentést, amely biztosítja másságainkat, emberi különbözőségünket – azt és úgy, amitől senki mással össze nem téveszthetőek vagyunk.”

(Morrison 1997, 4)

## 1. A KIINDULÁS: ELÉRNI KÍVÁNT CÉLOK, SZEMLÉLET, ÉRTÉKEK

Szakirodalmi közhelynek tekinthető, hogy a *fogyatékos* (disability) az egyik leginkább átalakult, legtöbbet változott társadalomtudományi fogalom-má vált az utóbbi évtizedekben. Meghatározásának szükségessége és egyben nehézsége is számtalanszor megfogalmazódott már. A preferált jelentéstartalmak nemcsak a tartalmi kontextus változásaitól, hanem attól is erősen függenek, hogy az országok közötti térben, az országok fölöttiekben, vagy akár az egyes országokon belül a gazdasági és a jogi szabályozásban, a mozgalmi tevékenység során, a tudományos diskurzusban éppen *milyen céllal, milyen célra* konstruálják meg a kategóriát.<sup>2</sup>

Az alábbi szövegben arra teszünk kísérletet, hogy áttekintsük a fogyatékos-ságtudomány fő fogalmának, azaz a fogyatékos fogalmának átalakulásait, vagy legalább az átalakulás nevezetesebb irányait, tendenciáit, különös tekintettel a legtöbb átalakulást magával hozó legutóbbi fél évszázad eredményeire. A főfogalom maga, itt, vizsgálódásaink kezdeti szakaszában, egyelőre még úgy tűnik, hogy nem más, mint a *szakadatlanul alakuló hatalmi térben folyamatos változásban lévő kulturális konstrukció*.

<sup>1</sup><http://news.bbc.co.uk/2/hi/world/europe/3022166.stm>, és: <http://www.youtube.com/watch?v=hH6nQhss4Yc>; a le-töltések ideje: 2011. 05. 05., 12.11 és 12.15.

<sup>2</sup>Egy példa: „...súlyos pszichológiai, társadalmi, gazdasági és politikai jelentősége van annak, hogy egy-egy társadalom miként határozza meg a fogyatékos-ságot. A fogyatékos-ság meghatározása egyformán hat azokra, akik magukat fogyatékos-sággal élnek tartják, és azokra is, akik nem, és mégis megkapják ezt a címkét. Hogy egy társadalom miként határozza meg a fogyatékos-ságot és kiket tekint fogyatékos-sággal élőknek, az sokat elárul arról, hogy a szóban forgó társadalom milyen elvárásokat fogalmaz meg a testtel szemben, mit stigmatizál, mit tart »normális-nak« testi megjelenésben és testi teljesítményben, mit tart fontosnak és/vagy értékesnek, kitől várja el mindezt, mit gondol a társadalmi nemről, a korról, a fajról, a kasztról és az osztályról.” (Wendell 2010, 35)

Arra vállalkozunk, hogy nyitva hagyva a fogyatékoság megértésének többféle lehetőségét, „az értelmezői mezőt szabad játéktérnek tekintve” (Showalter 1994, 419), a témával kapcsolatban kérdéseket, helyenként újabb és még újabb jelentéstartalmat mutassunk fel. Ezzel reményeink szerint az elméleti diskurzusok és a gyakorlatok megsokszorozódásának folyamatát inspirálhatjuk. Miközben áttekintjük a fogyatékoság definíciója, definíciói genealógiájának fő áramát, végérvényes válaszokat nem kínálunk, s ha adunk is saját definíciót, ezzel nem lezárt definíciós kísérletre törekszünk. Ám írásunkban a *teoretikus kartográfia*, vagy inkább *geográfia* módszerével (= *mapping*; Michel Foucault<sup>3</sup> nyomán elhelyezve az írásunk címébe ékelt konceptuális problémát a saját térképén, és a *saját magunk pozícióját is a kutatói, a gondolkodói térképen*) több tudományterület által felajánlott, általunk relevánsnak ítélt gondolatokból, elméletekből, s azok kölcsönhatásának ábrázolásából álló, a fogyatékoság eddigieknél komplexebb fogalmi megértését elősegítő térképet rajzolunk fel. A térkép lényegében egyrészt a fogyatékoságügy négy közismert, koherens gondolati modelljéből, másrészt a kritikai pozíció felrajzolásából, harmadsorban pedig e négy – a fogyatékoság komplex, s erősen bonyolult fogalmának, problémájának megragadására *önmagában* alkalmasnak többé nem mutatkozó zárt és statikus – modell kritikájaként definiált, ún. *posztmodellből* tevődik össze.

Tisztában vagyunk vele, hogy ez az eljárás az eddiginél *egyszerűbbé bizonyosan nem teszi* majd a képletet, de, amint e szövegünk is igazolja, ez az összefüggés olyan rizikófaktor, amivel farkasszemet kell *nézniünk és nézetniünk*. Valamennyire további fogódzó annak belátása, hogy az értelmezői mező *szélességét, mélységét* és a *szabad játéktéren belüli mozgás* lehetséges formáit végső soron kizárólag elemi értékválasztások, a vizsgálódó tekintet elemi értékválasztásai korlátozzák. Ezek azonban erősen korlátozzák azt. Következésképpen az elméleti korrektség azt követeli, hogy ne csupán magát a térképet tegyük hozzáférhetővé, hanem saját kutatói pozíciónkat, vagyis azt a *dekonstrukciós értékrendet is, amely a térkép látását meghatározza, azaz megalkotását és éppen adott módon történő látását egyáltalában lehetővé teszi*. Ez pedig, rövid, leegyszerűsített formában a következő elemekből tevődik össze:

- mivel a fogyatékoságot sztereotípiák, előítéletek, elnyomó rendszerek, a társadalomra kényszerített hatalmi viszonyok hálózák be, ezért az előítéletes és elnyomó kollektív kulturális narratíva radikális kritikával kezelése;
- a fogyatékosággal élő emberek tapasztalata, tudása elsődlegességének hangsúlyozása;
- a dualista ellentétpárokra épülő nyugati gondolkodás dekonstruálása;
- a hamis univerzalizmus kritikája;
- az épség és a normalitás fogalmának újradefiniálása;

<sup>3</sup>Pl. Foucault 1980, 4. fejezet és pl. 75; ill.: Foucault 1984, 88, 190 és 208.



- a többszörös különbözőség és a másság pozitív tartalmának erősítése;
- törekvés olyan diszkurzív terek megfogalmazására, amelyekben a fogyatékossgal élő emberek *ágensként* határozhatják meg saját társadalmi helyüket;
- a *poszthumán* perspektíva figyelembevételé;
- a szubjektivitás újrafogalmazása (az egymást kölcsönösen megalkotó, a világban másokkal valamivé váló szubjektummá válás folyamatának előtérbe állítása = becoming; Deleuze – Parnet 1987);
- a diszciplínák keveredése nyomán létrejövő új módszerek és elemzési kategóriák keresése a sokszínűség, a kölcsönösség, a komplexitás és a kíméletlen önreflexió eszközeivel.

A posztmodell fogalmát (kibontva ld. később) úgy alkottuk meg, hogy utaljon arra, hogy a modellekben való gondolkodás ideje lejárt, valamint utaljon arra az elképzelésre, miszerint a posztmodern világ bonyolultsága közepette a fogyatékossgra vonatkozó gondolatok és elméleti perspektívák nem értelmezhetőek egyetlen modell keretein belül. De utaljon egyben egy új folt-ra is a gondolattérképen.

## 2. AZ ÚT: NÉGY MODELLEK ÁTTEKINTÉSE, AVAGY LONGMORE, AKI ÁLL

Ismeretes egy szokatlan, meglepő filmfelvétel<sup>4</sup>, amelyen a súlyosan mozgássérült történészprofesszor – akit előadásai során mindig ülve láttunk –, a mindennapokban csak motoros kerekesszékekkel közlekedni tudó Paul Longmore állva, kerekesszékeinek dőlve tart előadást.

### 2.1. A MORÁLIS MODELLEK

Súlyosan mozgássérült állapotának – és az ehhez hasonló helyzeteknek az – okait, magyarázatát keresve mindmáig is többé-kevésbé lényegesként felvetődik az az összefüggés, hogy talán valamiféle általa vagy felmenői által elkövetett bűnnek a következménye lehet ez az állapot. Ez a régi, de a világ egyes társadalmában, számos kultúrájában máig is erősen ható, gyökereit tekintve akár a nagy humán kultúrák és a törzsi kezdeti kibontakozásáig is visszavezethető megközelítés, amely szerint morális gyökerei vannak a fogyatékossgnak. Ez a gondolkodási és érvelési mód a csúcspontját a kereszténység dominanciájával működő kora középkor és a középkor századai során érte el.

A morális modell megközelítésében tehát a – különösképpen az intellektuális és a szembeötlő testi fogyatékossgal élő – személy fogyatékossgának oka valamiféle súlyos bűn, így helyzetét önmagának köszönheti, és emiatt

---

<sup>4</sup>A felvétel San Franciscóban készült. <http://www.youtube.com/watch?v=2O6wQoIFz2Q> – a letöltés ideje: 2011. 08. 05., 12.44. (Paul Longmore-t nem sokkal ennek az előadásnak a megtartását követően veszítettük el.)

talán magát az életet sem érdemli meg, de arra mindenképpen rászolgált, hogy ferde szemmel tekintsünk rá, sajnáljuk és/vagy megvessük.<sup>5</sup> A *morális modellnek* nevezett látásmód szemléleti keretét adtuk meg ezzel, egyszerű formában. A fogyatékoság ebben a látásmódban az egyén problémája, *bélyeg*, stigma. A fogalom tehát valami szükségképpen rossznak, ördögtől valónak a leírására, megragadására szolgál. A *bélyeg* hordozója alávetett, alacsonyabbrendű a nem fogyatékos átlaghoz tartozóknál, és tipikusan az aktuális társadalmi hierarchia legalsó sávjában helyezkedik el. A morális modell rejtett üzenete az, hogy a világ úgy jó, ahogyan van, s adott formájában tartandó fenn. Strukturalista megközelítésben itt a főfogalom a társadalmi berendezkedésben elfoglalt helyet képezi le. Funkcionalista megközelítésben pedig a maga föntebb röviden jelzett konnotációival együttesen megalapozza és fönn is tartja az alávetés és a kirekesztés gyakorlatát, s így a mindennapi hatalmi, hatalomgyakorlási struktúrák működésének masszív támogatásán túl, funkciója a létező rend ideológiai megalapozása, reprodukálódásának támogatása is egyben.

A morális modell nem múlt ki. Ám mivel politikailag nem korrekt, és egyáltalán nem *comme il faut*, a nemzetközi egyezmények definícióiból kevésbé rekonstruálható, a mindennapi nyelvből már inkább. Domináns eleme: a fogyatékosággal élő ember *alacsonyabb rendűségének* korábban manifeszt, később egyre inkább rejtett megfogalmazása vizsgált időszakunk fogalmaiban már csak nyomokban lelhető fel. A modell alapvető tartalmai jelen vannak még a 21. század első évtizedében a legkülönbélebb („fejlett” és „kevésbé fejlett”, európai, afrikai, észak-amerikai stb.) társadalmak mindennapi gondolkodásának struktúráiban is. Példák:

- a *fogyatékosok* – mint szóhasználat;
- a „*mitőlünk*” *leválasztott*, a *fogyatékosággal meghatározott* kör alávetett, alacsonyabb rendű körre utal;
- a fogyatékos ember mint *ellátott*;
- a fogyatékos ember, aki *retardált*;
- a fogyatékos ember *gondozott*;
- a fogyatékos ember, *akinek segíteni kell*, *akihez le kell hajolni*, *aki nem áll meg magában*, *mert eldőlt*;
- akit ezért felebaráti szeretetből, karitativitással kell *támogatni* – és így tovább.<sup>6</sup>

<sup>5</sup>Egy sajátos forma, a lepra kapcsán jegyzi meg Michel Foucault: „Noha a leprást kitaszították a társadalomból és a látható egyház közösségéből, léte mindazonáltal Istenről tanúskodik, akinek egyszerre jeleníti meg haragját és jóságát.” (Foucault 2004, 11)

<sup>6</sup>Miközben a világ számos tájáról hozhatnánk ezekkel ellentétes példákat: álljon itt egy magyarországi példa, egy nonprofit szervezet neve: „Segítsd, óvd fogyatékos társadat” – <http://www.softalap.hu/> (a letöltés ideje 2011. 08. 30., 11.12).

## 2.2. A medikális modell

Más szemmel tekintve (rá), Longmore-ra, az előadóra: testének az ún. „egészséges”, ún. „ép” nagy átlagtól való eltérése javításért, korrekcióért kiált. Rendbe kellene hát tenni, ha egyáltalán lehet, műtétekkel, a legkülönfélébb rehabilitációs szolgáltatásokkal, protézisekkel. Olyanná kellene őt faragni, amilyenek a „többiek”. A fogyatékoság itt, ebben a modellben is, miként az előzőben, az egyén problémája, ám ebben a modellben a „probléma” megközelítése nem statikus: az egyén helyzetén a szakemberek változtatni, segíteni szándékoznak. A medikális modellt alkotó narratívák azzal, hogy a szabályozásra, a normalizálásra helyezik a hangsúlyt, illetve azzal, hogy azt sugallják, hogy uralni, kontrollálni tudjuk a testünket, – így csak az orvosokon, a technológián és rajtuk múlik, hogy megelőzzük, adott esetben legyőzzük például a fogyatékoságot – hamis és korlátolt elvárásokat támasztanak nemcsak a fogyatékosággal élő emberekkel szemben, hanem azoknak az életével szemben is, akik önmagukat nem tartják fogyatékosnak. A test feletti ellenőrzés mítosza, vagyis a normalitás fegyelmező elvárásaihoz való alkalmazkodás kényszere nagymértékben hozzájárul a társadalmi elnyomás egyéb formáihoz is: például a rasszizmushoz vagy a szexizmushoz (Wendell 2010).

A *medikális modell*nek (máskor orvosi, esetenként egészségügyi modellnek is) nevezett elmélet, értelmezési kísérlet és hatalomgyakorlási módszertan mutatkozik meg ebben a mítoszban. Anyagi források súlyos összegeit kellene tehát fordítani arra, és szakmapolitikai döntések megfelelően megválasztott, új és még újabb irányait kell felhasználni annak érdekében, hogy olyan rendszer működjön és maradjon fenn, amelyben ezek az állapotok megváltoztathatók, korrigálhatóak – sőt, egyszer s mindenkorra talán ki is iktathatóak: a jövőben akár végleg el is törölhetőek. Lebilincselően gigantikus méretű ez a hatalom! A fogyatékoság távlatos megszűnését prognosztizáló, megszüntetésére aspiráló „technológiai optimizmus” a radikális kritika (a kritikai fogyatékoságtudomány = *critical disability studies*, ill. pl.: a fogyatékoskultúra – mindkettőt ld. később) fényében felmutat egy, első látásra rejtve maradt sajátosságot. A fogyatékoság *megelőzése* vagy *megszüntetése*, ha érintőlegesen és rejtetten is, de magában foglalja azoknak az embereknek a megelőzését, megszüntetését, akik a fogyatékoslétet saját, tőlük elidegeníthetetlen, immanens alkotóelemükként értelmezik és élik, azaz: önmeghatározásuk elválaszthatatlan részeként fogják fel. A medikális modell látásmódjában a *fogyatékoság fogalma* részben *rossz dolog*, részben pedig egy, a beavatkozások és a szakmapolitikák *tárgyaként* funkcionáló létezőhöz (a.m. a fogyatékos emberhez) kötött.

A medikális modell rejtett üzenete így két irányba mutat. Egyrészt, konzervatív módon arra, hogy a szakemberek dominálta világ úgy van jól, ahogyan van (no, a forrásokból azért nem ártana kicsivel még többet kutatásokra és rehabilitációra fordítani 😊), másrészt azonban változtatásra van szükség: magának a fogyatékoságnak és hatásainak szignifikáns korrekciója szüksé-

ges – lényegében az egyén szintjén. A modell hatalomgyakorló a különböző szintű döntéshozók; vezérszereplői a szakemberek: az orvosok, az egészségügyi alkalmazottak, a kutatók, a politikusok, az intézetvezetők. A működés egyik szintje a fogyatékoság korrekciója és a fogyatékoság negatív hatásainak a mindennapi életben megvalósított minimalizálása révén a fogyatékos ember szolgálata. Másik szintje pedig a szakemberek dominálta alapstruktúra fenntartása, és funkciója a személynek tárgyként való rögzítése és ezzel egyidejűleg a finansziális források allokálási rendjének is a fenntartása<sup>7</sup>, a mindennapi hatalomnak a szakemberekhez történő delegálása és kötése.

A medikális modellnek megfelelő *fogalomalkotás* és fogalomhasználat az 1980-as évek elejétől az 1990-es évek végéig volt meghatározó. Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete<sup>8</sup>, a WHO 1980-ban publikált meghatározása (WHO 1980) még megkülönböztet egymástól három, fokozatilag és tartalmilag különböző fogalmat. A „károsodás” – angolul *impairment* – az ember pszichológiai, testi szerkezetének, funkcióinak bármiféle komolyabb rendellenessége, esetleg hiányossága (pl. hiányzó vagy sérült testrész, szerv). A magyar nyelvben ennek az – egészségkárosodás – fogalom felel meg. A *fogyatékoság* (*disability*) az embernek módosult, csökkent képessége bizonyos tevékenységeinek kivitelezésében: a közlekedésben, az evésben, az ivásban, a mosakodásban, a munkában, az írásban és így tovább. A fogyatékoság mérésekor is felhasználják ezt a tény: egy skála különböző számértékeit rendelik a hiányzó illetve a meglévő képességekhez, az említettekén túl például a körömvágáshoz, a lépcsőjáráshoz, a bevásárláshoz, az autóbusz eléréséhez. A legsúlyosabb a „hátrány” – (*handicap*), ami károsodásból vagy fogyatékoságból eredő társadalmi hátrány; korlátozza, esetenként meg is akadályozza, hogy az egyén betöltse kortól, nemtől, társadalmi és kulturális tényezőktől függő szokásos, mindennapi szerepét. A hátrány tehát nem más, mint a károsodás, a fogyatékoság társadalmivá transzformálása, ami igen súlyos kulturális (tanulási), társadalmi (önállósági), gazdasági (önellátási) és egyéb következményeket von maga után az *egyénnel* mindennapi életében.

A súlyosságot is mutató három jelenség a következő – természetesen nem lineáris, mert más és más dimenziójú elemekből álló – jelsorozattal írható le, amelyhez itt hozzáillesztettük a megbetegedést is (lásd az 1. ábrában).

1. ábra A fogyatékoság fogalmának levezetése 1980–1997-ig<sup>9</sup>

**BETEGSÉG → KÁROSODÁS → FOGYATÉKOSSÁG → HÁTRÁNY**

<sup>7</sup>Vö. pl. Albrecht 1992, Albrecht et. al. 2001, Albrecht et. al. 2005.

<sup>8</sup>A medikális modell alapvető fogalomalkotását, érthetőleg, nem más, mint az Egészségügyi Világszervezet adja közre.

<sup>9</sup>Kálmán – Könczei 2002, 82.

Az 1998. évi XXVI-os magyarországi törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük megteremtéséről is, alapvető definícióját tekintve a medikális modell bázisán áll:

„4. § E törvény alkalmazásában

a) fogyatékos személy: az, aki érzékszervi – így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott, és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során”. Tehát: mivel te, az egyén fogyatékos vagy, emiatt hátrányaid vannak.

Maga a medikális modell a manifeszt diskurzus szintjén időközben háttérbe szorult, ám a finansiális összefüggésre történő, főntebbi, többszörös utalás nem alap nélkül való. A mindennapi hatalmi, szakmai, szabályozási térben ugyanakkor a medikális modell erős dominanciája figyelhető meg a 21. század első évtizedeiben is. Ha például a fogyatékosügy különféle területeire fordított pénzforrásokot vennénk górcső alá a világ országaiban, akkor toronymagasan a *medikális modell alapján elköltött összegek* vezetnének (azaz az ún. „fogyatékos-intézményekre”, különféle kutatásokra, rehabilitációs szolgáltatásokra és protézisekre fordított források; egyes államokban a szorosan idekapcsolódó területeken kiadott *csúszópénzek* is ide tartoznak).

### 2.3. A SZOCIÁLIS MODELL<sup>10</sup>

Az a tény, hogy az előadó, Paul Longmore áll, ennek a konceptuális és mögöttes elemzésnek a szemszögéből nem bír különösebb fontossággal. Az azonban igen, hogy éppen *kerekesszékhöz* támaszkodik, s az, hogy a jelzett helyzettől eltekintve mindig kerekesszékekben utazik és így is ad elő. A kerekesszék szimbólum: az akadálymentességnek, vagy szélesebb értelemben akár az egyenlő esélyű hozzáférésnek is a szimbóluma. Ha például súlyos mozgásszervi fogyatékossgal élsz, és rendelkezel egy ilyen (esetünkben: motoros) kerekesszékkal és néhány további feltétel is adott – pl. az akadálymentes környezet –, akkor képes lehetsz leküzdeni a mindennapi életedet korlátozó akadályokat. Következésképpen a szociális modellnek nevezett

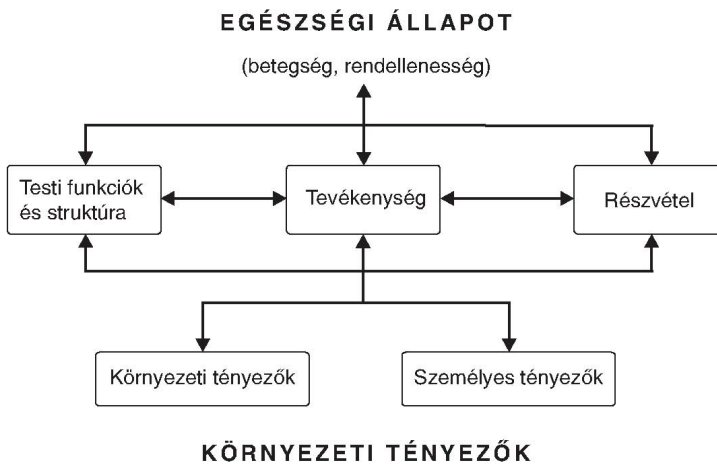
---

<sup>10</sup>A szociális modellnek – hozzá közel álló – társa a „szociális jóléti modell” (Brunel 2009, 23). Ez is javítani kíván a fogyatékossgal élő embereken, de nem testi állapotukat, hanem finansiális, ill. materiális jóléti helyzetüket helyezi előtérbe. E modellt azért nem tárgyaljuk külön entitásként, mert nem univerzális, hanem csupán, illetőleg mindenekelőtt európai – bár, egyes elemeit más kontinenseken is megtaláljuk. Ráadásul elemzése tartalmilag nem tesz hozzá az ún. szociális modellhez. (A Brunel-tanulmány – bár címe szerint alkalmasnak tűnt volna – mégsem tudott megfelelő forrásul szolgálni a jelen elemzés számára. Elsősorban azért, mert a Brunel-tanulmány szerzői súlyos elméleti kompromisszumokat kényszerítettek magukra és az olvasóra: „A legegyszerűbb megoldásnak az látszott, ha keretet hozunk létre azon definíciók vizsgálatához, amelyek megmutatják, hogy adott esetben az orvosi modellt vagy a társadalmi modellt alkalmazzák-e. Az orvosi modell alkalmazásának tekinthetők azok a definíciók, amelyek a személyek egészségi állapotára utalnak, vagy amelyeket orvosok fogalmaznak meg, míg azok a definíciók, amelyek a személyek szociális körülményeire hivatkoznak, a társadalmi modell alkalmazását jelentik.” Brunel 2009, 33).

gondolati képződmény üzenete ez: az akadályokat, a korlátokat a „fehér többség” (ld. később) igényei és szükségletei alapján megkonstruált társadalom szokásos működése állítja elibéd. Tehát valójában nem te vagy a fogyatékos, hanem a társadalom az: éspedig az a társadalom, amely nem képes téged egyenrangú, alkotó tagjaként elismerni, magába fogadni, hanem a legkülönbébb korlátokkal, akadályokkal, akarva és akaratlanul: kirekeszt. Vagyis ez a megközelítés – a társadalmi folyamatokra, a gazdasági, a társadalmi struktúrákra, az épített és az építetlen környezeti megoldásokra, a kulturális kontextus szerepére helyezve a hangsúlyt – a fogyatékosagra nem mint személyes alkalmatlanságra, de nem is mint az egyén nehézségére tekint, hanem elsősorban mint társadalmi konstrukcióra, hatalmi viszonyrendszerre.

A főfogalom definíciójának változása a következőképpen öltött testet. A medikális modellnek megfelelően konstruált fogyatékoságfogalommal szemben a fogyatékosággal élő személyek nemzetközi nonprofit szervezetei és a fogyatékoságtudományi szakemberek részéről bemutatott kritika (az 1980-ból származó definíció lineáris, azaz erősen leegyszerűsített kauzalitást mutat; a fogyatékoságot kizárólag az egyén magánpechjének tekinti stb.) nyomán az ENSZ Egészségügyi Világszervezete újabb értelmezéssel rukkolt elő – ENSZ 2003, FNO: „a funkcióképesség stb. nemzetközi osztályozása” – a múlt század 90-es éveinek végén. Ez közelíti a szociális modell fölfogásához: kikerüli a korábbi kritika életét: világossá teszi egyrészt a két valóságos vezérszempontot, ezek: a tevékenység és a *részvétel*; másrészt utal rá, hogy van egyén fölötti, egyén mögötti összefüggés: a *környezet*. Így válik egyértelművé a társadalom felelősége és az, hogy *gyakran* nem, vagy nem elsősorban az *állapot*, hanem a *közeg tesz fogyatékosá*.

2. ábra. A „fogyatékoság” értelmezése az FNO alapján<sup>11</sup>



<sup>11</sup>WHO 2001, 18.

Ebben a megközelítésben megközelítőleg azonos súllyal, kiegyensúlyozottnak jelennek meg az egyénre utaló valamint a környezet szerepét firtató szempontok. A benne hozott definíciót szerzői „biopszichoszociálisnak” nevezik (WHO 2002). Ám a károsodás (biológiai) és a fogyatékoság (társadalmi) megkülönböztetésére, *még a főnti ábrához képest is erősebb szétválasztására épül a szociális modell*. Mondhatjuk azt is, hogy az utóbbi WHO-értelmezés kiegyensúlyozza az *egyén és a környezet (a társadalom)* szerepét – amivel nem feltétlenül mutat pontos valóságképet; de azt is, hogy a szociális modell a társadalmi, a környezeti tényezőknél szán domináns szerepet.

A szociális modell új lendületet adott a fogyatékosjogi mozgalmaknak azzal, hogy a fogyatékosság tevő társadalmi folyamatokra, a hatalmi viszonyok vizsgálatára helyezte a hangsúlyt, és jelentős szerepet töltött és tölt be az alapvető fogyatékoságügyi politikai stratégiák kialakításában. Jelentős elméleti hozzáadékkal járt tehát a károsodás – fogyatékoság-megkülönböztetés elemzési kategóriaként való alkalmazása, a fogyatékoság társadalmi elnyomásként való definiálása. Felszabadító erővel hatott a fogyatékosággal élő emberek egyes csoportjaira, és megmutatta, hogy a „másság” kategóriájának megkonstruálása sokkal inkább társadalmi, kulturális, mintsem biológiai jellegű.

A szociális modell szerinti gondolkodás, érvelési rendszer a modern fogyatékoságtudományi diskurzus egyik alapvető velejáráját, logikáját jelenti. Elméleti törekvése részben kritikái: a morális modell ellehetetlenítése és a medikális modellnek a sarkaiból történő kifordítása. Ez utóbbit elméleti tekintetben sikerrel is végzi el (miként az előbbit is). Heroikus működése során feltáruló megoldhatatlannak mutatózó problémája azonban az, hogy ez a „sarkaiból való kifordítás” *csupán az elméleti térben megy végbe*. A több évszázada fennálló és domináló medikális modell azonban a 21. század első évtizedére már régen nem tisztán teoretikus konstrukció többé. Talán soha nem is volt az. A gazdasági és a társadalmi reálfolyamatok valamint a hatalmi relációk mindennapi működését alapjaiban meghatározó elemi faktor.

#### 2.4. AZ EMBERI JOGI MODEL

Longmore aki egyetemi tanár, végigküzdötte egész életét annak érdekében, hogy megmutassa – hogy sorstársai közül a kevesek egyikeként – alkalmas mindazon képességek és jogok gyakorlására, amelyekre a társadalom tagjai közül bárki más is. A fogyatékosjogok megalapozásának és kibontakozásának folyamata volt az a folyamat, amelyben Longmore és a hozzá hasonló, legkülönbözőbb fogyatékoságokkal élő emberek – akik a világ összes fogyatékos emberének csak egészen elhanyagolható töredékét adják –, kiharcolták az őket megillető, méltó helyet önmaguk és a csekély számú többiek számára. E folyamatban született meg és kezdett elterjedni az úgynevezett *emberi jogi modell*, amely a fogyatékoságot az elnyomással, a mássággal, a kirekesztéssel, a befogadással és az emberi jogokkal kapcsolatos kérdésként kezeli. Az

egyetemes emberi jogokat fordítja szembe bárminemű hatalmi eredetű alávetéssel. Originális képviselői maguk az érintettek és az emberi jogokkal foglalkozó jogászok (voltak). Korai kezdeteit paradox módon akár a biblikus időkig visszakövethetjük<sup>12</sup>. Mi mást fogalmaz meg ugyanis az alábbi szöveg, mint a *fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetés tilalmát?*

„Ne átkozd a némát és ne tégy akadályt a vak útjába” (Lev. 19, 14).

Az emberi jogi modell keletkezéstörténete modernkori, per se, és a 20. század hatvanas-hetvenes éveigi vezet vissza, eredményei mára részévé lettek az egyes államok jogrendszerének, alkotmányának, törvényi szintű szabályozásának, ill. esetjogának, sőt, megjelentek az államközi szervezetek, a nemzetközi szervezetek jogában is. Ezzel beállt a fogyatékoságügy és a fogyatékoságtudomány *emberi jogi fordulata. Szemléletét tekintve* a modell militáns. Egyes eredményeit a mindennapi életben fegyverként forgatjuk. *Konkrét, kézzelfogható eredményei* azonban erősen korlátosak: a legkülönbélebb államok mindennapi gyakorlatában az Egyesült Államoktól (ld. itt pl. a fogyatékosággal élő amerikaiak törvényének megvalósulását a foglalkoztatás terén!), Kínán át Magyarorszáig.<sup>13</sup>

Az emberi jogi modellnek felelnek meg a frissebb nemzetközi egyezmények definíciói. Példa erre az Európai Szociális Karta esetjogának változása az ezredforduló óta (csak akkor felel meg egy tagállam e karta 15. cikkelyének, ha jogrendjében jelen van a fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetés törvényi szintű tilalma; CoE 2008, 112), az Európai Unió alapszerződésében a fogyatékosággal élő személyekkel szembeni hátrányos megkülönböztetésének tilalma az Amszterdami szerződés óta. A legpregnánssabb példa mégis az ENSZ-nek a fogyatékosággal élő személyek jogaival kapcsolatos egyezményében szereplő meghatározás: „1. cikk: Cél. A jelen egyezmény célja valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes és egyenlő gyakorlásának előmozdítása, védelme és biztosítása valamennyi fogyatékosággal élő személy számára, és a velük született méltóság tiszteletben tartásának előmozdítása. Fogyatékosággal élő személy például minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, intellektuális, mentális vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.” A teljes egyezmény szöveg végső üzenete az, hogy a fogyatékosággal élő személy nagyon is nem „fogyatékos”, a bevett sztereotip szemlélet szerint, hanem *erős, aktív, képes és alkotó ember, aki nem tárgya, hanem alanya* az egyezménynek. (A nemzetközi dokumentumok, egyezmények tartalmi és foga-

<sup>12</sup>A levezetést részletesen ld.: Könczei 2001.

<sup>13</sup>Álljon itt egy kínai példa! Az országban 1990 óta (az USA és Kanada mellett elsőként itt született) létezik a diszkriminációt tiltó és bizonyos pozitív diszkriminációs rendelkezéseket is tartalmazó jogszabály, amelyből zsebbe tehető formátumban több százmillió példányt nyomtattak. Ennek nyomán, számos évtizeden át gyakorlat volt Kínában, hogy a kerekesszéket használó állampolgár, ha például sikertelenül igyekezett leküzdeni néhány lépcsőfokot, előhúzza a zsebéből, polgártársai előtt megjelengette, jelezve, hogy joga van neki oda jutni, ahová akar, segítsenek hát neki ebben. (Lars Blomgren személyes közlése).



lomhasználatai mindig éppen az aktuális tárgyalótermi és politikai erőviszonyok függvényében alakulnak ki.)

A négy említett alapmodell – a morális, a medikális, a szociális, az emberi jogi – egyszerre van jelen a mindennapi gondolkodásban: hol az egyiknek, hol a másiknak a megjelenésével találkozunk erősebben vagy gyengébben. Az utóbbi kettő a társadalomtudományi elemzésekben is domináns részt nyer magának. Az orvostudományi és egyes más természettudományi megközelítésekben pedig a medikális modell logikája dominál. De haladjunk tovább!

### 3. MI VAN A NÉGY MODELLEN, A BEJÁRT ÚTON TÚL?

#### 3.1. AZ IDŐKÖZBEN, NÉHÁNY POSZTON VÉGBEVITT ELEMZÉSEK FOLYOMÁNYAI<sup>14</sup>

Miközben a fogyatékoságtudományi elemzések mindmáig többnyire a szociális modell talaján állnak, azt az utóbbi másfél évtizedben számosan kritizálják. Az elméletalkotók egy része a fogyatékoság értelmezésének mélyreható kritikáját adva a fogyatékoság tágabb értelmezése felé mozdult el. Határozottan megkérdőjelezi az úgynevezett erős (leginkább a nagy-britanniai, az UPIAS<sup>15</sup> dokumentumaiból kiinduló, eredendően Mike Oliver, Colin Barnes, Vic Finkelstein nevével fémjelvezhető) szociális modell létjogosultságát. A kritikus hangok (Thomas 1999, Crow 1996, Morris 1991, Corker–Shakespeare 2001) elismerik a fogyatékosággal élő emberekkel szembeni elnyomás létezését. Egyetértenek azzal, hogy prioritást kell kapnia az akadálymentességnek, az egyenlő esélyű hozzáférésnek és a társadalmi változásoknak, de a modell súlyos problémájának tartják a károsodás relevanciájának tagadását. Úgy vélik, hogy a biológiai és a társadalmi aspektusok szigorú szétválasztása miatt a modell nem képes beépíteni a károsodás élményét, nem veszi tudomásul a fogyatékosággal élő emberek tapasztalatainak jelentőségét, s ezzel figyelmen kívül hagyja az új posztstrukturalista, posztmodern szubjektumértelmezést, amely miközben fontos feladatának tekinti, hogy elkerülje a biológiai esszencializmust, – visszatérve a szubjektivitás testi gyökereihez – a megtestesülést központi fogalomként kezeli.<sup>16</sup>

<sup>14</sup>Az alfejezet részben Hernádi Ilona munkáján (Hernádi 2011) alapszik.

<sup>15</sup>Union of the Physically Impaired Against Segregation (Testileg Károsodottak Szövetsége a Szegregáció Ellen) A 70-es évekbeli a nagy-britanniai fogyatékosjogi mozgalom aktivistái e szervezet dokumentumában tették közzé a társadalmi modell definícióját.

<sup>16</sup>Az esszencializmus a test anyagiságában találja meg azt az állandó entitást, ami az ember legfőbb attribútuma. Ez azonban a biológiai determinizmus formáját öltheti, s éppen a biológia az, ami kiemelkedő szerepet tölt be a testükkel megjelölt emberek elnyomásának, kirekesztésének folyamatában. (Iris Marion Young 2001 elnyomásról szóló elmélete szerint a test központi szerepet tölt be a társadalmi igazságtalanságok létrehozásában, Young 2001). S éppen a testi különbség legitimálja a társadalmi egyenlőtlenséget azzal, hogy a természet törvényének tételezi azt. A konstruktivizmus ezzel szemben úgy tesz, mintha az anyagiság nem is létezne, és metaforaként kezeli a testet.

A jelzett elméleti és szemléleti bázison új részdiszciplína: a kritikai fogyasztéktudomány jelentkezett a palettán<sup>17</sup>. Ez, a világ bonyolultságára, a politikai, a társadalmi, a gazdasági változásokra immár gazdagabban reagáló elméleti megközelítés utat engedett a posztmarxista, a posztstrukturalista, a posztmodern, a posztkoloniális, sőt: a posztfeminista gondolatoknak is. A szubjektivitás, a különbség, illetve a másság fogalmainak újragondolásával a fogyasztéktudomány szociális modelljének kritikáját adja. (Egyrészt, mert ez a modell a posztmodern megközelítés szemszögéből modernista, eszközkészlete a sokszínűség értelmezési tartományai tekintetében mélyen alatta marad a posztmodern világlátásnak, másrészt pedig konstruktivista szemlélete miatt, mivel a fogyasztéktudományt pusztán társadalmi konstrukcióként képes felfogni)<sup>18</sup>. Bizonyos „korszakváltás is kifejeződik abban, hogy a társadalom- és történetfilozófiai, esztétikai diskurzusokban az egyik leggyakrabban használt előtag a 'poszt', azaz az utáni. A 'posztindusztriális' és 'posztmodern' jelzők gyakori használata, a posthistoire, és „posztstrukturalista” irányzatok sokasága a társadalomtudományokban, valamint a különböző ('linguistic', 'interpretatív') 'turn'-ök és 'Wende'-k elszaporodása a programszerű gyűjteményes kötetekben mind-mind valamifajta struktúraváltás jelei, s egyúttal kísérlet e változás ideiglenes, kísérleti meghatározására" (Szijártó 2001, 4.5., 3).

Az említett – és a kritikai fogyasztéktudományra is ható „posztirányzatok”, megközelítések sokasága egyrészt utal a társadalomtudományok legitimációs válságára, másrészt megkérdőjelezve az uralkodó kutatási kánonokat, felhívja a figyelmet arra is, hogy a zárt, merev struktúrákra épülő hagyományos tudományterületek a mai világ jelenségeinek leírására, értelmezésére immár nem, vagy legfeljebb töredékesen képesek. A kritikai szemlélet egyik legfontosabb eredménye, hogy a társadalomtudományi diszciplínák közötti határok egyre inkább átjárhatókká váltak, s mára már a határokon kialakult új kutatási területek lehetővé teszik az egyes tudományterületeken túlmutató reflexív, innovatív elméleti és módszertani eszközök, tudástartalmak létrehozását (Niedermüller 2005). A fogyasztéktudomány kérdését érintő jelenlegi kontextusban, szembesülve saját ellentmondásaival, korlátaival, a fogyasztéktudományi tudás kiterjesztése is követi ezt az irányt. A kritikai társadalomelméletre jellemző sokszínűség, sokféleség előtérbe állítása például olyan új, eklektikus elméleti diskurzusokat és gyakorlatokat hozott létre, amelyekben lehetővé vált a fogyasztéktudománnyal élő emberek tapasztalatainak tudományos kifejezése, befogadása, s így a fogyasztéktudomány holisztikus megközelítése.

Ebből a kritikai perspektívából a fogyasztéktudomány immár nem csak társadalmi, hanem a fogyasztéktudománnyal élő emberek tapasztalatainak minden dimen-

---

<sup>17</sup>Mások mellett Hosking (Hosking 2008) és Pothier–Devlin (Pothier–Devlin 2006) ezt a fogyasztéktudomány kritikai elméletének nevezik.

<sup>18</sup>Létezik olyan megközelítés is – pl. Snyder 2005, 489 –, amely szerint a kritikai fogyasztéktudomány-fogalom (kritikai hagyományaira, elemzési eszköztárára való erősebb ráutalással) csupán a fogyasztéktudomány átkeresztelésével keletkezett.

zióját magába foglaló diszkurzív, kulturális, pszichológiai és biológiai összefüggés is. „... a fogyatékoság a végtelenségig tömörített posztmodern fogalom, mert annyira összetett, erősen változó, esetleges és szituációba ágyazott. A biológia és a társadalom, az ágens és a struktúra határán foglal helyet. A fogyatékoságot nem lehet egyetlen identitásra leszűkíteni, sokszoros és plurális.” (Shakespeare – Watson 2001, 23.) A szociális modell anomáliái, zártsága, átmenetisége, átjárhatatlansága, a benne fellelhető, egymással nem mindig egyeztethető, gyakran ellentmondó részmegközelítések sokasága is azt igazolja, hogy a fogyatékoság komplex problémájának felfejtéséhez ez a modell is szűk keresztmetszetűnek bizonyult, mivel a megértés lehetőségét főként a szellemi és a fizikai környezetben keresi. Így nem alkalmas a fogyatékosággal kapcsolatos hatalmi viszonyok, kulturális kontextusok, diskurzusok és a *megélt tapasztalatok* együttesen bonyolult kapcsolatainak tisztázására. Az itt jelzett felismerés arra utal, hogy olyan pillanatba jutottunk, amelyben egyértelművé vált, hogy a fogyatékos emberek tapasztalata oly sokarcú, ellentmondásos és összetett, hogy lehetetlen mindazt egyetlen egységes modell Prokusztész-ágyába kényszeríteni. *Együtt érdemes tekintenünk a korábban jelzett, továbbélő modelleket és az itt megmutatott fejlődési utakat.* Ezzel érkezik el a *posztmodell* pillanata.

A *posztmodell* a társadalmi átalakulások során megjelenő kérdésekre – a komplexitás tiszteletével, az egymástól való kölcsönös függőség figyelembevételével, a változni képes definíciók használatával – az átmeneteknek teret nyújtva kísérel meg adekvát válaszokat megfogalmazni. Így adja tehát a *posztmodell*, hangsúlyozottan valamiféle köztes fejlődési fokként, sokféle tereptárgy (a „rég nagy modellek” és az azok kritikája nyomán előállt összefüggések, posztlátásmódok) egyben láttató térképét, nem megrögzült, hanem változni képes, rugalmas struktúráként.

### 3.2. POSZTMODELL, AVAGY LONGMORE TESTE ÉS SZEREPEI (VALAMINT A FOGYATÉKOSKULTÚRA)

Paul Longmore a történelem professzora, fogyatékosjogi aktivista (is), számtalan népszerű tudományos könyv írója (is), középosztálybeli, fehér férfi (is) volt – s persze, súlyos fogyatékosággal élt. Ott lehetett volna a főáramban, ám teste nem felelt meg a társadalmilag előírt normának, ennél fogva elnyomott, marginalizált csoport tagjaként emelte fel szavát saját elnyomása és a társadalmi igazságtalanságok ellen (ld. pl. Longmore 2003), miközben átlag feletti intellektussal rendelkező, fehér, egyetemi intézetvezetőként jelentős hatalommal rendelkezett. Longmore teste és társadalmi szerepei rávilágítanak a szubjektum megtestesült struktúrájának komplexitására. A történészprofesszor összetett helyzetének bemutatásával nem tettünk egyebet, mint amit a posztmodernizmusból kinövő (feminista, kritikai) elméletek tesznek, amelyek posztstrukturalista kritikával közelítik meg a fogyatékoságról, a szubjektivitásról való gondolkodást. Mi is az „én” és a „másik” közötti *bináris felosztás*

*dekonstrukcióját* segítségül hívva – a hegeli dialektikával szemben – a belső ellentmondásokra helyeztük a hangsúlyt. Azt állítjuk tehát, hogy a „másság” konstruált tengelyei ellentmondásosak, komplexek, bonyolultak. Az „én” és a „másik” közötti, elkülönülésre épülő identitás elgondolásának helyébe a fogyatékoság esetében is a megtestesült szubjektum és a világ közötti, *egymást kölcsönösen megalkotó és valamivé, valakivé* való válást állítjuk. Eközben az „éne” belüli különbségekre helyezve a hangsúlyt arra figyelmeztetünk, hogy eme (kor-, nem-, osztály-, faj-, képesség-, szexuális preferencia-) különbözőségeik mentén eltérő, ellentmondásos állapotok létezhetnek, vagyis akár elnyomók és elnyomottak is lehetünk. Egyszerre is.

Eppen ezen az állásponton vannak azok a posztmodern és posztstrukturalista elméletalkotók is, akik egyetértenek a hegelianus keretben fogant, a hierarchikusan felépített ellentétpárokra épülő nyugati gondolkodás dekonstruálásának elkerülhetetlenségében. Ők, elutasítva minden semleges, „egyetemes” emberi megtestesülést, támadják a férfiközpontú, eurocentrikus és az ép testre összpontosító elképzelést, azt a hamis univerzalizmust, amely az ideált megteremtve, a társadalom tagjainak jelentős hányadát a – mindig negatív, kirekesztő, a normától való eltérést jelentő – „másság” terrénumába szorítja. Helyette a sokszoros különbözőséget teszik meg központi fogalmukként, s az elnyomó konnotációktól való megtisztításra törekedvén, annak pozitív tartalmát erősítik. Az európai gondolkodás történetében az értéktelenített „másság” minden esetben pejoratív, alárendelt jelentést kap, kapott, annak ellenére, hogy fontos szerepet játszik az azonosság megteremtésében. Az „én” a „másiktól” való elkülönülés segítségével azonosítja, igazolja, alkotja meg önmagát (Braidotti 2007). Vagyis, amikor a domináns kultúra, illetve a hatalommal rendelkező csoport értékei alapján megteremtődik a „normális” kategóriája, akkor a fogyatékoság mindig negatív összehasonlítások tárgya marad. Ebben a vonatkoztatási térben a fogyatékoság szükségképpen mindig a rendszer antiteziseként értelmeződik, ahol a fogyatékosággal élő emberek önmaguk irányításából kiszorulva, a többségi társadalom *bámulásának* és vizsgálódásainak tárgyaként, általa „gyarmatosítva”, önartikulálásra képtelenül, odaát, a „másság” oldalán jelennek meg. Ez az aszimmetrikus viszony nem fordítható meg. Az értékrendszert, s benne a „normalitást” magát szükséges dekonstruálnunk<sup>19</sup>. Mert „ha ennek az értékrendszernek az alapján méred meg magad, akkor mindig alul fogsz maradni az ép testűekkel szemben...nem ezt a mércét kell használnod, ha meg akarod állapítani, te ki vagy, mennyit érsz, mert ez zsákutca, nem vezet sehová” (Cheryl Marie Wade 2009, 217).

Így mind a szubjektivitás mind a fogyatékoság megértésében is továbbhaladási pont lehet, ha párhuzamot vonunk a rassz és a fogyatékoság megközelítései között, ahol az előző esetében az etnikai másság megértéséhez mindenekelőtt a *fehértés* fogalmát kell meghatározni. (Schidrick, 2009,

<sup>19</sup>Ennek egyik korai és igen ígéretes kísérlete Davis 1995 nevéhez fűződik (Davis 1995).

Couser, 2005). Ha a fehérség fogalmát akarjuk meghatározni, akkor a nyugodttá, problémamentessé szelídített, kifeszített, kicövekelt gondolattérkép feszítőcövekéhez nyúlunk. Rákérdezünk valamire, ami eddig nem volt rajta a térképen! Nem is lehetett, hiszen az feszíti ki a térképet magát: a cövek. S ha már ez fölvetődött, akkor vajon a fogyatékoság megértéséhez esetleg nem éppen a „normalitás” fogalmának megkérdőjelezése válik szükségessé – például a „normális” és a „fogyatékos” közötti választóvonal dekonstruálása útján?

Ám tisztázzuk előbb, hogy miként bontakozott ki az ittenihez hasonló felismerés egy másik területen! A 90-es években, afrikai-amerikai feminista teoretikusok (pl. bell hooks 1992) elévülhetetlen érdemeket mutattak föl abban, hogy a „fehérség” kérdése (ekkor fekete–fehér-relációban jelentkezően) a középpontba került. Ők a fehérség kérdését egyrészt a fehér normatív irodalmi kánon dekonstruálásával, vagyis irodalomtörténeti, másrészt, a „nők” egyseges kategóriájának, az egyetemesség kritikájaként vetették fel. Kritikai stratégiaként a különbözőség újraértelmezését, a hatalmi struktúrákat, illetve a nők közötti egyenlőtlenséget kutatva, a női lét sokféleségét hangsúlyozva kezdeményezték önreprezentációjukat. Rámutattak saját, – a feminista mozgalmon belüli – éppen a fehér középosztálybeli nők általi marginalizáltságukra. (Európában a kolonializmus, a náciizmus, a fasizmus elemzése nélkül nem tárgyalható ez a probléma). A fehérség radikális átértelmezésének hangsúlyozásával a kritika a látszólag semleges, az emberi norma funkcióját betöltő, etnikainak nem definiált pozíció társadalmi konstruáltsága felé fordult. A fehérséget a strukturális privilégium helyeként, hatalmi viszonyok hálójában, a másság, az idegenség, a rasszista diszkrimináció és az európai poszt nacionalizmus kérdéseként tárgyalták (Griffin–Braidotti 2002).

Jól sejtettük hát. A fenti analógia alapján a fogyatékoság megértéséhez valószínűleg újra kell fogalmazni az „épség” és a „normalitás”, illetve a „fogyatékos” és a „nem fogyatékos” fogalmakat, s azok kölcsönkapcsolatát! Az épség és a normalitás kategóriáinak dekonstruálásával, illetve kulturális meghatározottságának feltárásával határozott lépést tehetünk annak érdekében, hogy a fogyatékosággal élő emberek hozzáférhető rendszerbe foglaltan, saját terminusaikkal tudják kifejezni és képviselni saját tapasztalataikat, megtestesült létüket<sup>20</sup>. Ezekben az episztemológiai kategóriaként is felfogható tapasztalatokban még fel nem tárt lehetőségek rejlenek, tudományos és emberi erőforrás lakozik, vagyis a tudományos megismerés egyik lényeges forrásának is tekinthető mindez. A posztmodern kritikai elmélet felhagy a tudományos objektivitás illúziójával, s az objektivitás és a racionalitás kitérésével azt állítja, hogy a tudás a társadalmi, a politikai környezet része, az emberi tevékenységben gyökerező, szituációba ágyazott, helyhez kötött, átmeneti, genderfüggő, s történelmileg specifikus (Haraway 1994, Lyotard 1979).

---

<sup>20</sup>Ez tartalmilag ugyanaz az összefüggés, mint amit a tanulmány elején, a szerzők értékaválasztásainak feltárása során „a fogyatékos ember mint ágens” szövegösszefüggésben jelezünk.

A normalitás kategóriájának elemzésekor az említetteken túl további módszertani nehézség is elibénk tolakszik, amely új megvilágításba helyezi a témát. Figyelmet igényelnek a technológiai változások, a gyors technológiai fejlődés messze ható társadalmi következményei és az ezekből is következő egyenlőtlenségek, amelyek szintén új látásmódot tennének szükségessé. A tudomány leginkább megerősített határai a természettudományok és a társadalomtudományok között húzódnak. Éppen e határok áttörését, a diszciplínák keveredését és a találkozások nyomán létrejövő új megközelítést kényszeríti ki a *poszthumán* látásmód. Figyelem! Az ember után vagyunk már. „Az új technológiák protézisként egészítik ki testi funkcióinkat: üzenetögzítők, csipogók, hordozható telefonok sokszorozzák meg aurális és memóriakapacitásunkat; mikrohullámú sütők és mélyhűtők időtlen élelmiszerellátást biztosítanak; a teleszex technológiák gyorsan növekvő új területe segítségével telefonon, modemen és egyéb új módokon is létesíthetünk szexuális kapcsolatokat<sup>21</sup>; elektromos fogkefék és lefagyasztott embriók tágítják testi funkcióinkat; a videó és a hordozható videokamera, az internet és ki tudja hány szimulált kép versenyez az évszázadok gyakorlata során megkövesedett platonai ‚reprezentáció’ fogalmával” (Braidotti, 2000, 5). Vagyis a technológia a posztmodern társadalom alapvető mozgatórugójává vált, s így már nem egykönnyen tudjuk értelmezni a régóta tanult kijelentést, miszerint az ember *nem annak születik, hanem azzá válik, aki*. Braidotti szerint (Braidotti 2007) korunkban újra meg kell határoznunk ennek az állításnak minden egyes elemét, s benne azt is, hogy mi az ember, mi számít anyagnak, mit jelent a genetikai manipuláció, a sejtcsere, mit jelent az összejtudatás idején megszületni, esetleg újra megszületni, mit jelent reprodukálni, mit jelent maga a születés – vagyis minden lépést és fázist újra kell definiálnunk. Márpedig hogy ezt megtegyük, ahhoz a természet- és a társadalomtudományok közötti, a modern korban példa nélkül álló határátlépésre van szükség. Hiszen a társadalomtudományoknak elkülönülve, éppen társadalmi konstruktivizmusuk és konzervativizmusuk miatt nincsen eszközük e kérdések megválaszolására.

Ez az elgondolás – miközben radikálisan átalakítja az emberi létezésről való vélekedésünket – alkalmassá válhat a fogyatékoságtudományon belül újfajta szubjektivitások létrehozására, a fogyatékoság, az épség, a normalitás valóban széles körű, és az eddigieknél átfogóbb újrafogalmazására. Szükségesnek mutatkozik, hogy egyszerre értsük és dekódoljuk a kortárs természettudományt, és a biohatalom fogalmával dolgozva kritizáljuk a humán tudományok technofóbiáját. Így a fogyatékoságnak távlatosan olyan új, holisztikus gondolatterképe válik felrajzolhatóvá, amely alkalmas lehet arra, hogy a személyes és a kollektív tartalmakat és jelentéseket, a posztmodern társadalmat mozgató mechanizmusokat integrálva és választ adva társadalmi

---

<sup>21</sup>Vagy juthatunk talán még orgazmushoz is.

[http://techline.hu/kiprobaltuk/20080318\\_orgazmus\\_szoftver\\_idose\\_ingyenes\\_agyhulla.aspx](http://techline.hu/kiprobaltuk/20080318_orgazmus_szoftver_idose_ingyenes_agyhulla.aspx),  
a letöltés ideje: 2011. 06. 06. 12.14.

létezésünk és részvételünk alapkérdéseire, hozzájáruljon megtestesülésünk megértéséhez.

A fogyatékoság értelmezéséhez felrajzolt térkép nem lenne teljes a napjainkban is alakuló, formálódó gyakorlati tevékenység, mozgalom és diszciplína, a fogyatékoskultúra említése nélkül. A fogyatékoságügyi tudás kiterjesztésének terepe ez, amely megvalósítja az elmélet és a gyakorlat, a tudományos és a mozgalmi attitűd összekapcsolását. A fogyatékoskultúra éppen a fogyatékoság megtapasztalását – s az ebből nyerhető ismeretek – különlegességét és fontosságát emeli ki. Ezért volt alkalmas például a szociális modell kritikai egyoldalúságának kimutatására. Nem lehet ugyanis a fogyatékoságot csupán mint (nem egyéni szintű, hanem pl. makroszintű) társadalmi összefüggést felfogni. Azért nem, mert azzal elveszítjük egyebek mellett a saját tapasztalatait, a saját küzdelmet, s a fájdalmat, amelyek mind-mind konstitutív részei a fogyatékoslétnek. Hiszen a fogyatékoskultúra a fogyatékoság megragadására olyan tereket tár fel, amelyekben a fogyatékosággal élő emberek önmagukat, egyéni és csoporttapasztalataikat artikulálhatják, s a velük kapcsolatos negatív sztereotípiákat és előítéleteket kritizálva, a különbözőség pozitívumának hangsúlyozásával, ellennarratívákat hozhatnak létre. „A legfontosabbnak azt tartom, hogy mi, fogyatékosok, a saját szemléletünkkel és szempontunkból mondjuk el a világnak, kik vagyunk.” (Wade 2009, 211)

#### 4. BEFEJEZÉS

Miközben a fogyatékoságtudomány főfogalmának elemzése során kirajzolódott előttünk a fogyatékosággal élő emberek tapasztalatának, tudásának kiemelkedő fontossága, egyben világossá vált az is, hogy a fogyatékoság jelenségének autentikus megértése nem az érintettek kizárólagos sajátja. Ha a fogyatékoságról való emberi tudást egymást kölcsönösen megalkotó kapcsolatok és találkozások háromdimenziós mátrixaként fogjuk fel, akkor, akárcsak Kennedy elnöknek, nekünk sem kell Berlin városában élnünk ahhoz, hogy berliniekként lépünk fel. Így történhetett, hogy a társadalmilag készen kapott előítéletes, sztereotip, a *fogyatékos/nem fogyatékos* kulturális kánonképzés hagyományait követő, a „mássághoz” ambivalensen viszonyuló keretek a szemünk láttára hullottak szét. Ám eközben az elszigetelt ismeretek helyén felsejlettek a jövőbeli potenciális erőforrások különféle formái: hálózatok, szövetségek, politikai projektek, kölcsönösségi relációkban felépülhető új tudások.

Bár a fogyatékoságról mint a *főfogalomról* írtunk, eközben valójában mégis sokkal inkább a fogyatékosággal élő *emberekről* gondolkodtunk és írtunk. Emiatt és csak emiatt juthattunk arra a következtetésre, hogy a fogyatékoság komplexitása, leginkább a szubjektivitás – azaz: a hatalom, a hatalmi egyenlőtlenségekből fakadó tényezők és a szubjektummá válás folyamatának kölcsönhatása – révén ragadható meg. A posztmodern és posztstrukturalista perspektívában a klasszikus szubjektivitás alapjainak dekonstrukciója lehetőséget teremtett arra, hogy új alternatívák, új szubjektumelméletek szü-

lessenek. A fő kérdés ennek kapcsán az, hogy miként bomlik ki a Foucault-i értelemben vett szubjektum, vagyis a hatalom, a tudás és az ellenállás (*szubverzió*) hogyan hoznak létre új, alternatív szubjektumpozíciókat?

A válasz pedig az alábbiakban foglalt: úgy válunk szubjektummá, hogy közben mások szubjektumként kezelnek bennünket és mi is akként kezelünk másokat. Ha valaminek, vagy valakinek a szubjektumává válunk (alárendeltként), akkor azzal a hatalom negatív, elnyomó értelmét tapasztaljuk meg, míg ha szubjektumként tekintenek ránk, akkor az a hatalom pozitív értelmét mutatja meg. Foucault nyomán mindkét kifejezésre használjuk a hatalom szót<sup>22</sup>. Ahhoz, hogy valakinek a szubjektumává legyünk, az *intézmény* kezébe kell kerülnünk. Az intézmények engedélyezik vagy korlátozzák cselekedeteinket, ellenőriznek, szabályoznak, keretbe szorítanak, elnyomnak bennünket. Ha szubjektumként létezzünk, akkor saját képességeink illetve a hatalomhoz jutásunk szerint működünk. Vagyis a folyamatban a szubjektummá válás, a szubjektivitás elsajátítása társadalmi, anyagi, szimbolikus és ideológiai gyakorlat, ami egyben öntudatraébredés, az önmegerősítés egyik formája is. (Braidotti 2007/a)

Írásunkban a dialektika, az univerzális tudás elutasításával, a sokszoros különbség, s megtestesülésünk hangsúlyozásával posztstrukturalista, posztmodern elméleteket, s a posztthumán narratívát segítségül hívva kíséreltünk meg felvázolni egy új, sokszorosán differenciált, nyitott, másokkal kölcsönkapcsolatban, kölcsönhatásban álló lehetséges szubjektumértelmezést, amely közelebb vitt a fogyatékoság mélyebb és teljesebb megértéséhez. Az olvasóval közös gondolkodásunkban a végtelenül egyszerűtől (morális modell, előítéletek, sztereotípiák), a stagnálótól (medikális modell) a rendkívül bonyolult és a folyamatos változásban lévő („posztok”) felé haladtunk. Eközben értékekből, eszmékből, gondolatokból, kritikai látásmódokból szövőődött új térkép rajzolódott ki a szemünk előtt. Ez csupán egyes foltjaiban mutatkozott azonosnak a korábbi „modellek” szerinti gondolkodással.

A feladat egyik nehézségét az jelentette, hogy szinte meg sem állt már a szemünk előtt, épp úgy, mint kaleidoszkópban látott kép mozgása. Tehát, bár volt rá kísértés, nem fogalmazhattuk meg a fogyatékoság *posztmodellen* belüli fogalmát. Nem tehattünk így, mert *gondolkodásunk, elemzésünk eredményeként szétesett a fogyatékoság megszokott képe*. Ez azonban csupán a lineáris kauzalitásra természetesen oly fogékony mindennapi gondolkodás és a régi, a „posztok” előtti tudományos vizsgálódás számára okoz áthidalhatatlan nehézséget<sup>23</sup>. A szétesett fogyatékoságkép helyén új látás, új kép, új látásmód, új episztemológia van formálódóban. Inhomogén és patchworkszerű lesz ez, miként a mi gondolattérképünk is az volt.

<sup>22</sup>Michel Foucault szubverziófogalma és mikrohatalom-fogalma jól egészíti ki ezeket a tartalmakat. Az elsőre ld. pl. Foucault 1980, 34, 47, 150, 268; a másodikra pl.: Foucault 1984, 181, 218, 274, 278.

<sup>23</sup>A hagyományos, lineáris kauzalitás determinációinak tiszta leírását ld. pl. Bunge 1967.



Kifordult tehát sarkaiból a megszokott, a biztonságot adó gondolati mátrix. Tartalmukat veszítették a régi, biztonságot adó, bevett fogalmak (még akár ezek is: születés, halál, anyag, ember, ill. pl. épség, normalitás). Az új fogyatékoskép egyes elemei mellett már az is világosan látható, hogy bármelyik régi modell, akár a szociális modell kereteinek *megigazítása*, módosíthatása sem vezethet megoldáshoz. Egy-egy régebbi rendszer kereteinek feszegetésével magát a rendszert nem kérdőjelezzük meg, csupán éppen ugyanazoknak a régi kereteknek módosított, esetleg tágabb mását nyerhetjük, holott a munka rövid- vagy középtávon a széthullott korábbi fogalmak újradefiniálásával folytatódik. Ezek bázisán lehet azután majd új gondolati struktúrát felhúzni. (Feltéve, hogy ez egyáltalán szükségessé válik.) Ehhez kínáltunk némi fogódzót.

Végül mégiscsak a szókratészi módon kell zárunk a tanulmányt: van tudásunk – talán nem is kevés. Ám bölcsességünk, ha van egyáltalán, abban áll, hogy képesek vagyunk felmérni, mily keveset tudunk.

## IRODALOM

- Albrecht, G. 1992: *The Disability Business: Rehabilitation in America*. Newbury Park, CA: Sage.
- Albrecht, G. – Seelman, K. D. – Bury, M. 2001: *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks.
- Albrecht, G. et. al. 2005: *Encyclopedia of Disability, I-V*. Sage Publishing, Thousand Oaks, CA.
- Barnes, C. 1991: *Disabled people in Britain and discrimination*. Hurst and Co., London.
- Braidotti, R. 1994: *Nomadic Subject*. Columbia University Press, New York.
- Braidotti, R. 2000: *Between the no longer and the not yet: Nomadic variations on the body*. <http://www.women.it/cyberarchive/files/braidotti.htm> (a letöltés ideje: 2007. 01. 20. 21.22).
- Braidotti, R. 2007: *Egy nomád térképei*. Balassi Kiadó, Budapest.
- Braidotti, R. 2007/a: *Előadás 2007. márc. 12-én*. (A kurzus címe: The Body in Feminist Theory and Practice). Utrecht Egyetem.
- Brunel 2009: *A fogyatékoság definíciói Európában*. Második, javított kiadás. ELTE BGGYK. <http://e-oktatas.barcsi.hu/extra/tudasbazis/digitkonyv/03.pdf> (a letöltés ideje 2011. 07. 17. 23.22).
- Bunge, M. 1967: *Az okság*. Gondolat, Budapest.
- COE 2008: *Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights*. Council of Europe, Strasbourg: [http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/social-charter/digest/DigestSept2008\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/social-charter/digest/DigestSept2008_en.pdf) (a letöltés ideje: 2011. 04. 10. 07.23).
- Corker, M. – Shakespeare, T. 2002: *Mapping the Terrain*. In Corker, M. – T. Shakespeare (szerk.) *Disability/Postmodernity. Embodying disability theory*. Continuum. London, New York.
- Couser, T. 2005: *Disability, Life Narrative and Representation*. PMLA, Vol. 120. No. 2. 602–606.
- Crow, L. 1996: *Including all of our lives. Renewing the social model of disability*. In Morris, J. 1996, (szerk.) *Encounters with Strangers. Feminism and Disability*. *The Women's Press*, London, 206–226.
- Davis, L. 1995: *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness and the Body*. Verso, N.Y.
- Deleuze, Gilles – Parnet, Claire 1987: *Dialogues*. Columbia University Press, New York.
- ENSZ Egészségügyi Világszervezet (2003): *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*. WHO, Bp.
- Finkelstein, V. 2002: *The social model of disability repossessed*. <http://www.gmc.dp.com/Social%20Model02.pdf> (a letöltés ideje: 2009. 04. 10. 09.33).
- Foucault, M. 1980: *Power/Knowledge*. (Colin Gordon szerk.). Pantheon Books, New York.

- Foucault, M. 1984: *The Foucault Reader*. (Paul Rabinow szerk.) Pantheon Books, New York.
- Foucault, M. 2004: *A bolondság története*. Atlantisz, Budapest.
- Griffin, G. – Braidotti, R. 2002: *Whiteness and European Situatedness*. In: Griffin–Braidotti (eds.) *Thinking Differently. A reader in European Women Studies*. Zed Books, London.
- Haraway, D. 1994: *A szituációba ágyazott tudás*. In Hadas M. (szerk.): *Férfiuralom. Írások nőkről, férfiakról, feminizmusról*. Replika Kör. Replika Könyvek. 121–142.
- Hernádi I. 2011: *Problémás testek*. Pécsi Tudományegyetem, Modernitás PhD, Irodalomtudományi Doktori Iskola, Kultúratudományi Doktori Program. Tézisvédésre benyújtott tanulmány, kézirat, Pécs.
- hooks, b. 1992: *Black Looks. Race and Representation*. Turnaround. London.
- Hosking, D. 2008: *Critical Disability Theory. Conference Paper*, Lancaster University, 2008. szept. 2–4.
- Kálmán Zs. – Könczei Gy. 2002: *A Tajgetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris, Budapest.
- Könczei Gy. 2001: *Következő lépés a diszkrimináció kutatásában*. In: Bárdos K. – Kardos P. 2001: *Diszkrimináció és üldöztetés: hatások és következmények*. Kút – Animula, Bp. 11–18.
- Longmore, P. K. 2003: *Why I Burned my Book and Other Essays on Disability*. Temple University Press, Philadelphia.
- Liotard, J. F. 1979: *The Postmodern Condition. A Report on Knowledge*. University Press, Manchester.
- Morris, J. 1991: *Pride Against Prejudice*. Women's Press, London.
- Morris, J. 1996, (szerk.) *Encounters with Strangers. Feminism and Disability*. The Women's Press, London.
- Morrison, T. 1997: *Nobel Lecture*. In Sture Allén (ed.) *Nobel Lectures in Literature, 1991–1995*. World Scientific Publishing Co., Singapore.
- Niedermüller, P. 2005: *Tudás, kultúra és kultúratudomány: perspektívák a későmodern társadalom kutatásában*. ELTE BTK, Budapest.
- Oliver, M. 1996: *Understanding disability: from theory to practice*. Basingstoke: Macmillan.
- Pothier, D. – Devlin, R. 2006 (eds.): *Critical Disability Theory*. University of British Columbia Press.
- Shakespeare, T. – Watson, N. 2001: *The social model of disability: an outdated ideology?* *Research in Social Science and Disability* 2., 9–28.
- Shildrick, M. 2009: *Dangerous Discourses of Disability, Subjectivity and Sexuality*. Palgrave Macmillan, London.
- Showalter, A. 1994: *A feminista irodalomtudomány a vadonban. A pluralizmus és a feminista irodalomtudomány*. Helikon. 1994/3–4., 417–442.
- Snyder, Sharon L. 2005: *Disability Studies*. In: Albrecht at al. 2005, 478–489.
- Thomas, C. 1999: *Female forms: experiencing and understanding disability*. Open University Press, Philadelphia.

- Wade, C. M. 2009: *Body Talk. Testbeszéd. Fogyatékoság és társadalom. I/2.* DVD-melléklet.
- Wendell, Susan 2010: *Az elutasított test. Feminista filozófiai elmélkedés a fogyatékoságról.* ELTE BGGYK–ELTE Eötvös Kiadó. Budapest.
- WHO 1980: *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.* World Health Organization 1980, Geneva, 1985.
- WHO 2001: *A funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása.* ELTE BGGYK, Budapest, 2009. <http://e-oktatas.barcsi.hu/extra/tudasbazis/digitkonyv/20.pdf>\_a letöltés ideje: 2011. 08. 30. 14.11.
- WHO 2002: *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health.* World Health Organization, Geneva. <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>\_a letöltés ideje: 2011. 08. 30. 14.42.
- Young, Iris Marion 2001: *Az elnyomás öt arca. 11–32.* In: *Perspektívák egy tágra zárt társadalomban – kiadvány a konferenciáról.* Társadalomelméleti Kollégium, Bp. [http://tek.bke.hu/files/szovegek/iris\\_marion\\_young\\_az\\_elnyomas\\_ot\\_arca.pdf](http://tek.bke.hu/files/szovegek/iris_marion_young_az_elnyomas_ot_arca.pdf) – a letöltés ideje: 2011. 05. 05. 12.11.

## NAGY ZITA ÉVA – PÁL ZSOLT – OTTUCSÁK MELINDA ANIKÓ

### A KUTATÁSRÓL – BEVEZETŐ HELYETT

A fogyatékoságról szóló tudományos és szakpolitikai gondolkodás területén végbemenő jelentős változások<sup>1</sup>, illetve az azokhoz illeszkedő, a fogyatékos emberek életkörülményeit feltáró átfogó kutatási eredmények hiányosságai egyaránt indokolták azt a vizsgálatot, amelynek első eredményeit ebben a kötetben tesszük közzé. A kutatás részét képező két – egyenként több mint 2000 főt érintő – kérdőíves adatfelvétel a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet szociális szolgáltatások modernizációjához hozzájáruló TÁMOP 5.4.1.-es kiemelt projektjének V., kutatási pillére és a TÁRKI Társadalomkutatási Zrt. együttműködésében készült el<sup>2</sup>.

Kutatásunk három cél köré szerveződött: a különböző fogyatékoságtudományi megközelítésmódok „mérhetővé tétele” mellett az érintettekre vonatkozó alapvető adatokkal kívánt hozzájárulni nemcsak a bizonyítékalapú fejlesztéspolitikai intézkedések kialakításához, hanem e kirekesztett társadalmi csoportok életkörülményei mérésének módszertani megújításához is.

A társadalomtudományi gondolkodás és a kutatások egyik legalapvetőbb lépése annak pontos meghatározása, hogy kikről is szeretnénk adatokkal, információkkal rendelkezni. A fogyatékoságnak pedig nincsen egységes definíciója (hanem többé-kevésbé elfogadott definíciói vannak), és ez a tény a mérésre nézve (is) komoly következményekkel bír: ha fogyatékosággal élő embereket akarunk kutatni, akkor „természetszerűleg, adottan” biztosan nem tudjuk, hogy kikről beszélünk. Körük és számuk (azaz ez a csoport maga) mindig a mérés során alkalmazott definíció függvénye. Az előbbiekből következik, hogy a fogyatékoságtudományi kutatások első lépése gyakorlatilag minden esetben egy olyan munkadefiníció keresése, megalkotása, majd alkalmazása, amely egyértelműen meghatároz egy csoportot.

A kutatás kezdetén azt feltételeztük, hogy a fogyatékoság eltérő definíciói (valamint a más és más szakpolitikai területeken alkalmazott más és más definíciók), amelyek – elvileg – vizsgálatunk célcsoportját elméleti síkon meghatározhatják, eltérő, egymást csak részben átfedő társadalmi csoportokat írnak körül. Abban egyetértettünk, hogy feltételezhetően ezen eltérő csoportok mindegyike társadalmi hátrányokkal, a társadalmi befogadás hiányosságaival küzd, azonban ennek mértékében és területeiben – úgy véltük – közöttük komoly eltérések lehetnek. Ezek az eltérések pedig eltérő fejlesztéspolitikai célokat tehetnek szükségessé.

---

<sup>1</sup>Ezekről kötetünk Könczei György és Hernádi Ilona által írt tanulmánya szól részletesen.

<sup>2</sup>Az NCSSZI részéről közreműködő kutatók: Dr. Krémer Balázs, Bói Krisztina, Kunucz Erika, Koltai Júlia, Mód Péter, Nagy Zita Éva, Ottucsák Melinda Anikó és Pál Zsolt. A TÁRKI Társadalomkutatási Zrt. kutatói: Andrási Zoltán, Bernát Anikó, Dr. Gábos András, Hajdu Gábor és Tátrai Annamária. A tanulmányírást munkájával segítette: Molnár Gabriella.

Elméleti szinten (ha a mérés irányából vizsgáljuk a lehetséges megközelítéseket) a különböző meghatározások, értelmezések, modellek alapvetően három síkon, de eltérően határozzák meg a fogyatékossgot. E három sík értelmezésünkben: a minősítés iránya, a hátrányok meghatározásának szintje, illetve az egyén és a környezet felelőssége az állapot létrejöttében. Vagyis:

- egyrészt a különböző definíciók alapvetően eltérnek a tekintetben, hogy a fogyatékossg meghatározásakor önbesorolásra, vagy az (orvos-) társadalom minősítésére hagyatkoznak-e;
- másrészt a tekintetben, hogy az állapotra, illetve az abból következő funkcionális és/vagy társadalmi hátrányokra helyezik-e a fő hangsúlyt;
- harmadrészt abban, hogy az állapot, illetve az abból következő hátrányok az egyén „magánpechjének” vagy inkább a társadalom felelősségének „köszönhetőek-e”, vagyis azok „kezelése” kinek a feladata.

A fogyatékossgról szóló tudományos (fogyatékossgtudományi) és nemzetközi, emberi jogi gondolkodás az utóbbi években e három dimenzió mentén mindinkább az önmeghatározás, a társadalmi hátrányok kiemelt fontossága és a társadalom felelősségének hangsúlyozása irányába mozdult el, és e tekintetben világviszonylatban is alapvetően konszenzus van<sup>3</sup>. Mindemellett a hazai, de főként a nemzetközi teljeskörű, illetve nagymintás, kérdőíves kutatásokat áttekintve egyértelműen láthatóvá vált számunkra<sup>4</sup>, hogy ez a megközelítés egyre inkább megjelenik a mérések során is. Előzetes feltételezéseink és e folyamatok okán így egyaránt fontosnak láttuk, hogy ez a szemléletmód kutatásunkban is megjelenjen.

A társadalmi köztudatban és jó néhány szakpolitikai rendszerben azonban a hagyományos, „medikális” alapú, egészségügyi állapotra koncentrááló, környezet általi minősítést alkalmazó megközelítésmód az elterjedtebb napjainkban is, ez pedig alapvetően meghatározhatja az érintettek énképét, illetve élet-, valamint társadalmi integrációs lehetőségeit<sup>5</sup>. Úgy véltük, hogy e tekintetben – a terület fontossága és aktualitása okán – külön figyelmet érdemel a munka világa. A munka világában a megváltozott munkaképesség illetve az egészségkárosodás kifejezések (minősítések) alapvetően azt a vizsgálati szempontot rejtik, hogy vajon az egyén állapota miként befolyásolja munkavégző képességét, munkavállalását, foglalkoztathatóságát. E területen a definíciók jellemzően jogszabályban rögzítettek, vagyis a jogszabályok így vagy úgy, de mégis „adminisztratív jellegű” fogalmi keretet jelenthetnek a fogyatékossg ilyen szempontú mérése során.

<sup>3</sup>Ennek szép példája A fogyatékos személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény.

<sup>4</sup>Mindezekről bővebben szólnak az V. kutatási pillér munkatársai által készített kutatás-előkészítő anyagok. Így például: Issue-paper: A társadalmi kirekesztés által különösen veszélyeztetett csoportok (romák, megváltozott munkaképességűek) empirikus kutatása elé. <http://84.206.8.166/index.php?page=dokumentum&pillar=5&dokid=32>. Az anyagok a TÁMOP 5.4.1.-es kiemelt projektjének honlapján elérhetőek.

<sup>5</sup>Lásd: az előbbi lábjegyzetet.

Mérlegeléseink és előzetes feltevéseink eredményeként végül úgy döntöttünk, hogy két kérdőíves kutatást végzünk, egyenként 2000 fő válaszadó részvételével:

- Az ún. C kutatás célcsoportját az akadályozott emberek képezték, vagyis azok, akik önmagukat úgy ítélték meg, hogy van olyan testi vagy pszichés problémájuk, amely hosszú ideje – legalább 6 hónapja – fennáll és akadályozza őket mindennapi tevékenységeik és feladataik ellátásában. E csoport meghatározása – célunknak megfelelően – szorosan illeszkedik A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény<sup>6</sup> szemléletéhez, így az annak 1. cikkében megfogalmazott definícióhoz: „Fogyatékossgal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”.
- A D kutatás célcsoportját az egészségkárosodott / megváltozott munkaképességű emberek alkották, vagyis azok, akik rendelkeznek / rendelkeztek orvosszakértői bizottság által kiadott, munkaképességcsökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal. Tehát ez esetben a külső megítélést (az orvosszakértői minősítést) tekintettük kutatásunk kiindulópontjának.

A válaszadók kiválasztása és felkeresése két külön adatfelvételi folyamatban történt (ennek bővebb leírását adja kötetünk következő, a kutatások adatfelvételének módszertanáról szóló tanulmánya). Mindkét esetben a magánháztartásokban élő, 18–62 éves emberek közül választottuk válaszadóinkat: a C kutatás esetében azonban a lehetséges bekerülők körét a teljes 18–62 éves népesség, míg a D kutatás esetében az orvosszakértői bizottság hivatalos minősítésével rendelkező egészségkárosodott emberek alkották. Mindkét kutatás során ún. többlépcsős rétegzett véletlen mintavételi eljárást alkalmaztunk, így a kutatások eredményeit – a mérés természetéből eredő hibák figyelembevételével – az érintett csoportok egészére vonatkozóan általánosíthatjuk.

A kutatások eredményeinek összehasonlíthatósága érdekében fontosnak tartottuk, hogy a két adatfelvétel – bár egymástól teljesen elkülönült mintán, de mégis – összehangoltan történjen. Ezért megegyeztek a kutatásokban alkalmazott kérdőívek (a bekerülést meghatározó ún. szűrőkérdőív kérdéseitől eltekintve), és az adatfelvételek azonos időben, ámde más-más helyszíneken zajlottak. A mintavételi folyamat során felkeresett háztartásokban a kérdezőbiztosok ún. szűrőkérdőívek segítségével döntötték el, hogy a háztartás valamelyik tagja alkalmas-e a kutatásokban való részvételre, vagyis beletartozik-e az általunk vizsgálni kívánt csoportokba.

---

<sup>6</sup>2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről.

A C kutatás esetében a szűrőkérdések kialakítása során leginkább a kanadai statisztikai hivatal (Statistics Canada) által a PALS 2006 (Participation and Activity Limitation Survey, 2006) adatfelvételében használt technikát vettük alapul. Mindemellett ezek illeszkednek a nagyobb nemzetközi mérésekben (SILC, ESS, stb.) alkalmazott, a fogyatékossgot mérő kérdésekhez is. Így a C kutatás esetében a mintába az a személy került, aki „igen, jelentősen” vagy „igen, valamelyest” választ adott a következőre: „Van-e Önnek olyan testi vagy pszichés problémája, amely akadályozza mindennapi tevékenységeinek, feladatainak ellátásában és legalább 6 hónapja fennáll?”. A szűrőkérdőívben a társadalmi részvételre vonatkozóan is gyűjtöttünk információt: a lehetséges válaszadókat arról kérdeztük, hogy „más emberekkel, intézményekkel való kapcsolattartásában akadályozza-e Önt valamilyen legalább 6 hónapja fennálló testi vagy pszichés problémája?”.

A D kutatás esetében a felkeresett háztartásokban olyan embereket kerestünk, akik rendelkeznek „orvosszakértői bizottság által meghatározott munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal”.

Ilyen módon a C kutatás esetében 19 410 háztartás felkeresése nyomán 2048 kérdőív, a D kutatás esetében 18 419 háztartás felkeresésével 2053 kérdőív készült el.

A fogyatékossgal élő emberekről szóló kutatások tekintetében fontos kérdés, hogy megvalósul-e az emancipatív (néhány szerző esetében: participatív) kutatófelfogás alapvető eszméje, vagyis az, hogy az érintettek – több szinten is – aktív résztvevői-e a kutatási folyamatnak. Ehhez az elvhez ez a kutatás több ponton is illeszkedett: egyrészt eredményei érdemben hozzájárulhatnak az akadályozott, illetve az egészségkárosodott emberek helyzetének jobb megismeréséhez és ezáltal – közvetve – segíthetik életminőségük javulását. Másrészt a szakmai előkészítés során törekedtünk arra, hogy a tudományos és a szakpolitikai területek e témával foglalkozó munkatársainak, valamint az érdekképviseleti szervek képviselőinek véleményét egyaránt beépíthessük munkánkba.

Mindemellett fontosnak tartottuk, hogy az adatfelvétel során – ha mód nyílik rá – közvetlenül az érintettek véleményét kérdezzük meg. Természetesen e tekintetben figyelembe kellett vennünk a vizsgálat és a mérőeszköz természetéből, valamint a kérdezési folyamat szereplőiből egyaránt fakadó korlátokat. A gyakorlatban – azon túl, hogy a kérdezőbiztos kollégákat igyekeztünk arra biztatni, hogy amikor csak lehetséges, akkor a fogyatékos embereket kérdezzék –, a kérdőívben minden esetben jelöltettük, hogy az adott kérdésblokk megválaszolásában ki (a mintába került személy / más háztartástag / nem a háztartásban élő személy) vett-e részt.

A kutatások főbb témaköreit az alapvető – a célcsoportok élethelyzetének, jellemzőinek, igényeinek feltárására irányuló – kérdésvetetésünknek megfelelően alakítottuk ki. Így az adatfelvételek nyomán ismeretekkel rendelkezünk a két célcsoportba tartozó személyek jellemzőiről a következő területeken:



- élettörténet (alapvető demográfiai adatok, a szülők végzettsége és utolsó aktivitása, a válaszadók végzettsége és szakképzettségei, a bentlakásos intézményekben szerzett tapasztalatok, cselekvőképesség, vallásosság, etnikum);
- egészségügyi állapot (az egészségügyi állapot szubjektív megítélése, az egészségkárosodás típusa, mértéke, funkcionális korlátozottság, hátrány, orvosszakértői bizottsági véleménnyel való rendelkezés, segítség, segédeszközök, orvosi ellátás igénybevétele, költségek);
- a „fogytékossággal élő emberrel” kapcsolatos asszociációk és a fogytékosidentitás;
- a munka világa (gazdasági aktivitás és inaktivitás, a munkahely típusa, jellemzői, jövedelem, a munkavállalást segítő tényezők, illetve a korlátok);
- szociális ellátások (pénzbeli és intézményes ellátások igénybevétele és az ezekkel kapcsolatos igények);
- jelenlegi élethelyzet (családi állapot, baráti kapcsolatok, a kapcsolattartás módja, gyakorisága, az internet használata, társadalmi szervezetekben való részvétel, politikai aktivitás, az étellel való elégedettség, kontroll, bizalom, hátrányos megkülönböztetés);
- a háztartás jellemzői (a háztartás összetétele, a háztartástagok alapvető szocio-demográfiai jellemzői, a lakás jellemzői, tartós fogyasztási cikkekkel való rendelkezés, a háztartás bevételei, jövedelmei és azok összetétele, kiadások, tartozások és nehézségek, a jövőre vonatkozó várakozások).

A két adatfelvétel adatai nemcsak az érintett témák tekintetében sokszínűek: véleményünk szerint az elemzési lehetőségek nagyon széles körét rejtik magukban a tekintetben is, hogy melyik (al)csoportokkal kapcsolatosan szeretnénk információkhoz jutni.

Az Olvasó dolgát minden bizonnyal kissé megnehezíti az a tény, hogy – szakmai meggyőződésétől, döntésétől függően – a tanulmányíró kutatók egy része a két adatfelvétel adatait külön-külön kezelte, tehát a C (az akadályozott emberek) és a D (a megváltozott munkaképességű / egészségkárosodott emberek) csoportjairól gondolkodott és írt. Míg a másik részük úgy vélekedett, hogy a két adatbázist egyként kezeli, tehát 4093 fővel dolgozik (hiszen – szerintük – a két megkérdezett csoport elméleti szinten egy csoport – a fogytékossággal élő emberek – két „szegmensének” tekinthető). Úgy véljük, hogy e kérdés háttérében elvi, szemléletbeli megfontolások és módszertani érvek egyaránt megjelennek. Tekintve, hogy a szakmai érvek mindkét oldalon erősek, éppen ezért mindannyian úgy véljük, hogy ennek a kérdésnek az eldöntése személyes kutatói-szakmai meggyőződésünkből kell hogy következzen.

Ennek gyakorlati eredménye azonban az, hogy a kötet tanulmányai között van olyan, amely a C és a D kutatások összehasonlításán, és van olyan, amely a teljes minta (vagyis a 4093 fő) belső csoportjainak elemző bemutatásán

alapul. Ezt minden tanulmány elején a főszövegben vagy lábjegyzetben igyekeztünk jelezni.

Mindezen túl, maguk a mért adatok (mindkét adatfelvételben külön-külön és együtt is) lehetőséget biztosítanak a célcsoport(ok) különböző alcsoportjai jellemzőinek vizsgálatára. Így – a teljesség igénye nélkül, a lehetőségeket inkább csak felvillantva – az elemzőnek módja van például:

- az önmaguk és /vagy az orvosszakértői bizottság megítélése szerint különböző fogyatékoságokkal élő emberek (pl. a mozgássérüléssel élők, a mentális, a pszichés betegek stb.),
- a hivatalos orvosszakértői szakvéleménnyel rendelkező és az azzal nem rendelkező emberek,
- az önmagukat fogyatékosággal élőnek tartó és nem tartó emberek,
- a cselekvőképes és a cselekvőképességükben korlátozott emberek,
- a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élő és a károsodást felnőtt korban megélő emberek,
- a fiatalok és az idősek stb. csoportjainak külön-külön vizsgálatára, illetve összehasonlítására.

Kötetünkben a kutatás által vizsgált témák jelentős részét érintjük: Bernát Anikó és Pál Zsolt tanulmányai az érintett emberek alapvető szocio-demográfiai és egészségügyi jellemzőit, Gábos András tanulmánya a háztartások jövedelmi helyzetét és anyagi deprivációját, Bói Krisztina tanulmánya a gazdaságilag aktív egészségkárosodott emberek, míg Tátrai Annamária tanulmánya a gazdaságilag inaktív emberek munkaerő-piacca kapcsolatos jellemzőit és foglalkoztathatóságát, Hajdu Gábor tanulmánya az érintett emberek jóléti államhoz kötődő attitűdjeit, Bass László tanulmánya az integráció kérdéseit és Nagy Zita Éva tanulmánya az érintettek kapcsolatrendszerének jellemzőit mutatja be.

Ez azonban csak az első lépés: úgy véljük, hogy az érintett témák, és a kutatással többféle struktúrában vizsgálható csoportok jellemzőinek részletes, a jelenleginél is mélyebb elemzése a jövő – és a kutatók mellett, reményeink szerint, az érdeklődő olvasók, szakemberek – feladata.

TÁTRAI ANNAMÁRIA – BERNÁT ANIKÓ – GÁBOS ANDRÁS – HAJDU GÁBOR  
AZ ADATFELVÉTELEK MÓDSZERTANA

## 1. A KUTATÁS CÉLJA ÉS KERETEI

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet jogelődje, a Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet a TÁMOP 5.4.1-08/1-2009-002 sz. kiemelt projekt V. kutatási pillérének keretében az akadályozott/megváltozott munkaképességű népesség körében végzendő két pilot kutatással bízta meg a TÁRKI Társadalomkutatási Intézetet 2010-ben. A kutatások célja a társadalmi kirekesztettség szociológiai vizsgálata volt az akadályozott/megváltozott munkaképességű népesség körében, a bizonyíték alapú szakpolitikák megalapozása érdekében, 2000-2000 fős kérdőíves kutatás keretében.

A két, párhuzamosan folyó kutatás közül az ún. C jelű a saját megítélése alapján akadályozottsággal élő népesség jellemzőit vizsgálta, míg az ún. D kutatás azokat célozta, akik rendelkeznek az egészségkárosodásukat igazoló orvosszakértői véleménnyel. A két célcsoportot olyan szűrőkérdések segítségével választottuk ki a 18–62 éves, magánháztartásban élő emberek közül, amelyek egyértelműen lehatárolják a vizsgálandó csoportot. A C népesség esetében a szűrőkérdés így hangzott: „Van-e Önnek olyan testi vagy pszichés problémája (például látással, hallással kapcsolatos tevékenység, felfogás, megértés, koncentráció, lépcsőzés, hajlógatás, emelés, cipekedés), amely akadályozza mindennapi tevékenységeinek, feladatainak ellátásában és legalább 6 hónapja fennáll?” A D kutatás mintáját pedig a következő szűrőkérdés segítségével alakítottuk ki: „Rendelkezik Ön orvosszakértői bizottság által meghatározott munkaképesség-csökkenést vagy egészségkárosodást megállapító határozattal? (leszázalékolt, rokkantossított)” Az elemzés során a szűrőkérdések segítségével lehatárolt csoportok definíciója alapján a C kutatás népességét jellemzően akadályozottaknak illetve akadályozottsággal élőknek fogjuk nevezni, míg a D kutatás népességét egészségkárosodottaknak, egészségkárosodással élőknek illetve a köznyelv által gyakran használt rokkant kifejezést is használtuk. A kutatás célcsoportjainak ilyenén meghatározása az NCSSZI megrendelésére készült. A kutatás adatfelvételi folyamatát a TÁRKI munkatársai irányították, annak előkészítésében és a menet közben adódó kérdések megoldásában együttműködve az NCSSZI munkatársaival.

Az adatfelvétel során létrejött adatállományok, az azokban foglalt fontosabb területek (a demográfiai jellemzők, az életút, az egészségi állapot, a gazdasági aktivitás, az anyagi helyzet, a jóléti ellátások és szolgáltatások, az állam szerepével kapcsolatos attitűdök, a foglalkoztathatóság, a társadalmi kapcsolatok, a diszkrimináció) áttekintő elemzését a kutatások zárótanulmányai tartalmazzák. Az akadályozottsággal élőket célzó C kutatás zárójelen-

tését Bernát Anikó és Hajdu Gábor, az egészségkárosodott népességgel foglalkozó D kutatását pedig Gábos András és Tátrai Annamária készítette. A kötet egyes tanulmányai ezeken a zárójelentéseken alapulnak.

## 2. AZ ADATFELVÉTELEK FŐ JELLEMZŐI

Mindkét vizsgálat, bár eltérő megközelítéssel, az akadályozott/megváltozott munkaképességű lakosságot célozza. Ezért ahol szükséges és lehetséges volt, ott a két kutatás összehangoltan zajlott. Ennek érdekében a két kutatás megtervezése és adatfelvétele egy időben történt, és amennyire lehetséges volt, azonos módszertant alkalmazott. Ehhez szükség volt arra, hogy a két kutatás kérdőíve – a célcsoportba tartozó válaszadók kiválasztását segítő szűrőkérdőívek kivételével – teljesen megegyezzen, valamint hogy a két adatfelvétel azonos időben történjen, és amennyire lehet, azonos mintavételi, felkeresési elveket kövessen, de – a nagyobb települések kivételével – eltérő települések kerüljenek a mintába. Ennek megfelelően mindkét kutatás adatfelvétele 2010. novemberében és decemberében zajlott, azonos mintavételi módszert alkalmazva, véletlen sétával és szűrőkérdőív segítségével választva ki a válaszadókat. (A D kutatásban a speciális célcsoport körében a mintavételi módszer kis módosítására volt szükség ahhoz, hogy a kívánt számú interjú elkészülhessen. A módosítás eredményeként ajánlásokkal segített véletlen séta módszerét alkalmaztuk, amit pontosabban a 3. pontban mutatunk be.) Mindkét minta esetében adminisztratív forrásokból származó adatok alapján<sup>1</sup>, területi rétegzéssel határoztuk meg az egyes megyékre a kérdőívek számát. Ezek az intézkedések alapvetően szükségesek voltak ahhoz, hogy a kutatás eredeti célkitűzését elérhessük, azaz a két népesség a lehető legteljesebb mértékben összevethető legyen.

A két kutatás összehangolt megtervezésén és kivitelezésén túl az adatok elemzését és az eredmények bemutatását célzó gyorsjelentések, illetve a zárótanulmányok elkészítése is nagymértékben egységes szerkezetet követett. A TÁRKI által készített zárótanulmányok olyan ún. benchmark-adatokat is tartalmaznak, amelyek más kutatások alapján, de ugyanúgy mérnek egy-egy kérdést a teljes aktív korú népességen belül, mint ahogy az a C illetve a D kutatás kérdőívében szerepel. Ugyanis célunk már a kutatás megtervezésekor és a kérdőív összeállításakor az volt, hogy ahol lehet, ott olyan kérdésekkel mérjük az akadályozott, illetve az egészségkárosodott népesség jellemzőit és élethelyzetét, amelyek segítségével összehasonlíthatjuk őket a teljes népesség azonos korú tagjaival. Ebből a célból mutatunk be a teljes népességre vonatkozó adatokat számos kérdésben a TÁRKI 2010. november-decemberi és 2011. januári Omnibusz-kutatásából, a TÁRKI 2010-es Háztartás Monitor vizs-

---

<sup>1</sup>A C kutatás esetében a 18–62 éves teljes népesség területi eloszlásából indultunk ki a KSH 2006. évi adatai alapján, míg a D kutatás területi rétegzéséhez az Országos Nyugdíjfolyósító Intézet 2008. évi adatait használtuk fel. Rétegzéskor a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjban részesülő emberek és a megváltozott munkaképességű személyek számának összegét használtuk.

gálatából, valamint az EU-SILC legfrissebb hozzáférhető, azaz 2008-as adataiból. Összehasonlítási céllal emellett átvettünk adatokat a TÁRKI 2009-es „A gazdasági növekedés társadalmi/kulturális feltételei” című kutatásából és a European Social Survey legfrissebb elérhető 2009-es adatállományából is. Az összehasonlíthatóság érdekében minden külső adatforrás esetében a 18–62 éves korosztályra vonatkozó adatokat mutatjuk be.

### 3. A MINTAVÉTEL ÉS AZ ADATFELVÉTEL FOLYAMATA

A mintavétel többlépcsős, rétegzett valószínűségi minta, amelynek eredményéül végül a C kutatásban 2048, a D-ben 2045 kérdőív készült a 18–62 éves, magánháztartásban lakó népességből a szűrőszempontok szerint kiválasztott válaszadók körében.

Elsőként a kiemelt településekre valamint a megyékre/régiókra és az azon belüli településtípusra jutó elemszámokat számítottuk ki arányosan a magyarországi 18–62 éves teljes népesség megfelelő megoszlásával a KSH 2006-os adatai, illetve a Nyugdíjfolyósító Intézet 2008. évi adatai alapján. Az utóbbi esetében a számítások során a kor alatti rokkantsági nyugdíjban részesülő emberek, valamint a megváltozott munkaképességű személyek számának összegét használtuk.

A budapesti kerületek és a 78 ezer lakosnál népesebb városokat kiemelten kezeltük, ezek a települések mindenképp részei voltak a mintának.

A mintavétel első lépcsőjében választottuk ki a nem kiemelt településeket. Ezeket a településeket településrétegenként (vagyis a régión és a településtípuson belül) PPS (méretarányos valószínűségi mintavételi eljárás) segítségével választottuk ki. A településrétegen (vagyis a régión/megyén és a településtípuson) belüli, az egyes településekre jutó elemszámot az adott rétegre jutó elemszám egyenlő elosztásával számítottuk ki. Így biztosítható, hogy az egyes településeken élők mintába kerülési valószínűsége azonos legyen.

A D kutatás esetében az adatfelvétel megvalósíthatósága és rövid, hathetes időkeretének betartása érdekében ki kellett zárunk a mintavételi mechanizmusból azokat a településeket, ahol a hivatalos 2008. évi adatok szerint nagyon alacsony a mintavételi keretbe tartozók száma vagy aránya, és így rendkívül nehezen lehet megtalálni a szóban forgó személyeket. A megvalósíthatóság érdekében azokat a településeket zártuk ki, ahol kevesebb mint 60, a célcsoportnak megfelelő személy élt, vagy ahol a 18–62 éves népességen belül a célcsoportba tartozók aránya nem érte el az 5%-ot. Kivételt azoknak a településeknek az esetében tettünk, ahol ugyan kevesebb mint 60, a célcsoportba tartozó személy élt, de ők a 18–62 éves népesség több mint 15%-át tették ki. Ezeknek a településeknek megadtuk az esélyt a településmintába kerülésre. A fenti két korrekció következtében a célcsoportba tartozó személyek 7,9%-át veszítettük el.

A mintavétel második lépcsője a településen belül a háztartás és azon belül a személy választása. A mintába kerülő háztartások kiválasztása véletlen sétával történt. A módszer lényege, hogy a kérdező nem neveket, címeket kap, hanem csupán kiindulópontot, bejárando útvonalat, és az útvonalon a mintába bekerülő lakások kiválasztásának algoritmusát határoztuk meg számára.

Azokban a háztartásokban, ahol élt 18–62 éves személy, ott szűrőkérdőív segítségével tudtuk meg, hogy a mintába kerülhetett-e az illető.

A D kutatás esetében az adatfelvétel első részteljesítését követően úgy láttuk, hogy az adatgyűjtés kezdetén meghatározott szabályok megtartása mellett nehezen lehet befejezni az adatfelvételt. Bár a mintát az ellátásban részesülő emberek száma alapján alakítottuk ki, a terepen szinte fellelhetetlenek voltak a célcsoportba tartozó személyek. Ennek több oka volt:

- az ellátásban részesülő emberekről használt ONYF-statisztikát „felhúzták” az intézményi háztartásban élő ellátottak;
- előfordult, hogy egy háztartáson belül több, a célcsoportba tartozó személy is élt, akik közül csak egy volt megkérdezhető, de az ilyen háztartások szintén torzították az ONYF adatbázisát a kutatás mintavétele szempontjából;
- az adatfelvétel idején került napvilágra két, korrupcióval gyanúsított ORSZI-szakértő ügye, ami miatt szükségessé vált a járadékokra való jogosultság felülvizsgálata, s ez néhány körzetben rontotta a válaszadási hajlandóságot.

Úgy láttuk, hogy az adatfelvétel a D kutatás esetében csak akkor megvalósítható, ha minimális beavatkozással változtatunk a megkeresés szabályain. Ezért az eredeti mintavételi módszer kis változtatásával kialakítottuk az ún. ajánlásokkal segített kiválasztási eljárást. A módosított megkeresés továbbra is a véletlen sétás módszerre épült: az így felkeresett háztartásokban – függetlenül attól, hogy a szűrőkérdés alapján a mintába kerülnek vagy sem – a kérdezők megkérdezték, hogy a válaszolók tudnak-e a településen olyan személyről, aki a mintába kerülés feltételeinek tudomásuk szerint megfelel. Az ajánlott, a mintának megfelelő személyeket a kérdezők felkeresték, és a szűrőkérdőív segítségével ellenőrizték, hogy valóban megfelel-e az illető a feltételeknek. Ha igen, akkor elkészítették vele az interjút. Egy-egy véletlen sétával felkeresett háztartás több személyt is ajánlhatott, ám közülük csak egy kerülhetett a mintába. Ha több személyt ajánlott a háztartás, akkor a legközelebb lakó ajánlott személyt keresték fel. Ezáltal biztosítottuk, hogy az ajánlott megkérdezett a legközelebb legyen az eredeti sétaútvonalhoz.

Egy ilyen – ajánlás segítségével szervezett – sikeres interjú után a kérdezők tovább folytatták a véletlen sétát. Tehát a hólabdás mintavétellel összehasonlítva fontos különbség, hogy azok a megkérdezettek, akikhez ajánlás útján jutottunk el, nem ajánlhattak további személyeket.

A két mintavételi módszerrel a mintába bekerült személyek megoszlása nem különbözik a legfontosabb demográfiai változók, így a nem, az iskolai

végzettség, a korcsoport szerint. Az egészségkárosodásuk mértékében sem mutatható ki különbség.

A két kutatás volumenét érzékelteti, hogy a 2049 és 2045 elkészült interjúhoz kilenc-tízszer ennyi felkereséssel jutottunk el, így összesen közel 40 ezer háztartás felkeresése után készült el a 4000 kérdőív. Az adatfelvétel a C és a D kutatás esetében összesen 165 illetve 185 településen, 133 illetve 193 kérdező közreműködésével történt. (1. táblázat)

*1. táblázat. A C és a D kutatás megvalósulásának fontosabb jellemzői*

	<b>Akadályozott emberek (C kutatás)</b>	<b>Egészségkárosodott emberek (D kutatás)</b>
<b>Mintanagyság (fő)</b>	2048	2045 ebből ajánlásokkal segített megkérdezéssel: 551
<b>A felkeresett települések száma (db)</b>	133	193
<b>A felkeresett háztartások száma (db)</b>	19 410	18 419
<b>A kérdezők száma (fő)</b>	165	185





BERNÁT ANIKÓ

## AZ AKADÁLYOZOTTSÁGGAL, ILLETVE EGÉSZSÉGGÁROSODÁSSAL ÉLŐ EMBEREK FŐBB DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

Ebben a tanulmányban a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet megrendelésére készült TÁMOP 5.4.1-08/1-2009-002 sz. kiemelt projekt V. kutatási pillérének keretében az akadályozott illetve megváltozott munkaképességű emberek körében végzett két feltáró célzatú, azaz pilot kutatás által lefedett népesség fő társadalmi-demográfiai jellemzőit mutatjuk be. A kutatás fókuszában álló két csoport – ahogy azt már a bevezető és a módszertani tanulmányok bemutatták – a 18–62 éves, magánháztartásokban élő magyarországi népességből azok, akik saját megítélésük szerint tartósan (legalább 6 hónapja) olyan testi vagy pszichés problémával küzdenek, amely akadályozza őket a mindennapi tevékenységeik során, vagy akik orvosszakértői igazolással rendelkeznek egészségkárosodásuk mértékéről. Az előbbi csoport jellemzőit a C kutatás tárta fel, és a csoportot jellemzően akadályozottaknak vagy akadályozottsággal élőknek nevezzük e kötetben, míg az utóbbi célcsoportot a D kutatás segítségével ismertük meg, és jellemzően egészségkárosodottaknak vagy egészségkárosodással élőknek, illetve alkalmanként megváltozott munkaképességűeknek hívjuk őket az elemzések folyamán.<sup>1</sup> Ez a tanulmány bevezető a következő elemzésekhez; célja, hogy bemutassa e két csoport legfontosabb társadalmi-demográfiai jellemzőit, s mint ilyen, a többi témában születő elemzések háttéréül szolgálhat.

Az itt bemutatott eredmények összehasonlítják a két népesség, azaz az akadályozottak és az egészségkárosodottak helyzetét néhány alapvető indikátor szerint, és arra is lehetőségünk van, hogy a 18–62 éves teljes magyarországi népesség azonos indikátoraival is összehasonlíthassuk az eredményeket a TÁRKI 2010. november-decemberi omnibusz-kutatásainak eredményei alapján. Az összehasonlítást az teszi lehetővé, hogy az akadályozott népesség körében végzett adatfelvétel szintén 2010. november-decemberben zajlott, akárcsak az ezzel egy időben történt országos és „általános jellegű” omnibusz-kutatások, amelyek nem, életkor, iskolázottság és lakóhely szerint reprezentálják a megfelelő korú, azaz a 18–62 éves felnőtt magyar lakosságot.

### 1. TÁRSADALMI-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK

A 18–62 éves akadályozott illetve egészségkárosodott népesség a legfőbb társadalmi és demográfiai jellemzők terén érzékelhető, sőt egyes esetekben igen jelentős mértékben eltér elsősorban a teljes népességtől, de sok esetben egymástól is. A nemet tekintve például a teljes népesség körében a nők kissé

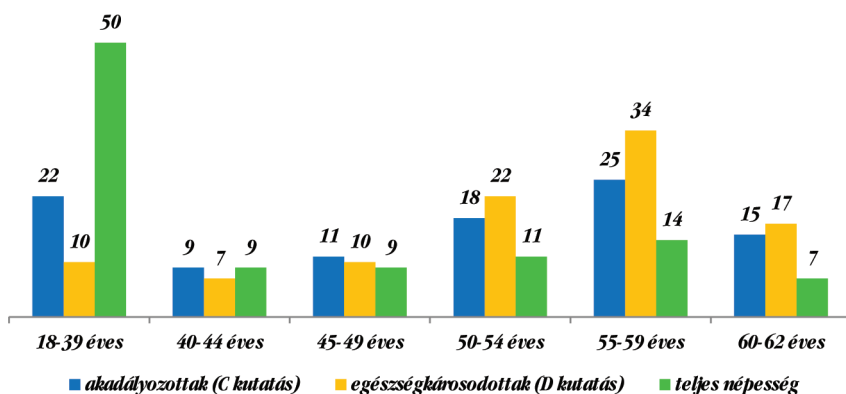
---

<sup>1</sup>A C kutatásban 2049 személy, a D kutatásban 2045 személy válaszolt kérdőívünkre.

többen vannak, ez a többlet erőteljesebb mind az akadályozottak, mind az egészségkárosodottak körében: az előbbieket körében tízből hat nőt találunk (62%), az utóbbiak között pedig közel ugyanennyit (58%), miközben a teljes népesség adott korcsoportján belül kiegyenlítettebb a két nem aránya, bár ott is magasabb a nők részesedése (52% nő, 48% férfi).

Az akadályozottsággal élő aktív korúak korszerkezete még ennél is jobban eltér a teljes népességtől, hiszen jóval idősebb annál, sőt az akadályozott és az egészségkárosodott népesség közti különbség is számottevő, hiszen az utóbbi érzékelhető mértékben idősebb összetételű népesség. Míg a 18–62 éves népesség fele 40 évesnél fiatalabb felnőtt (50%), addig az akadályozott népesség körében csak 22% az arányuk, ugyanakkor a negyvenes korosztályon belül nincs számottevő különbség a teljes és az akadályozott népesség között. Az idősebb kohorszokban azonban már az akadályozottsággal élők találhatók nagyobb arányban: 18%-uk 50–54 éves, 25%-uk 55–59 éves, további 15%-uk pedig 60–62 éves. Tehát míg az akadályozottsággal élő emberek több mint fele (58%-a) kerül ki az 50–62 évesek közül, addig a teljes népességen belül csak az emberek harmada (32%) tartozik ebbe a korcsoportba. (1. ábra)

1. ábra. Az akadályozottsággal illetve egészségkárosodással élő, valamint a teljes 18–62 éves népesség korcsoportok szerint



Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Mindkét népesség körében az egyes korcsoportokba tartozók jelentősen eltérnek egymástól az iskolázottság szerint: az alacsonyabb végzettségűek felülreprezentáltak az idősebb csoportokban, így például a legfeljebb általános iskolai végzettségűek közel fele (akadályozottak: 45%, egészségkárosodottak: 50%) az 55–62 évesek közül kerül ki, de a szakmunkás végzettségűeknek is 40%-a illetve 52%-a ebből a korcsoportból való. A magasabb végzettségűeknél nem egyértelmű az összefüggés: a diplomások a negyvenes éveikben járók és a legidősebbek (55–62 évesek) között vannak a legnagyobb arányban (30% és

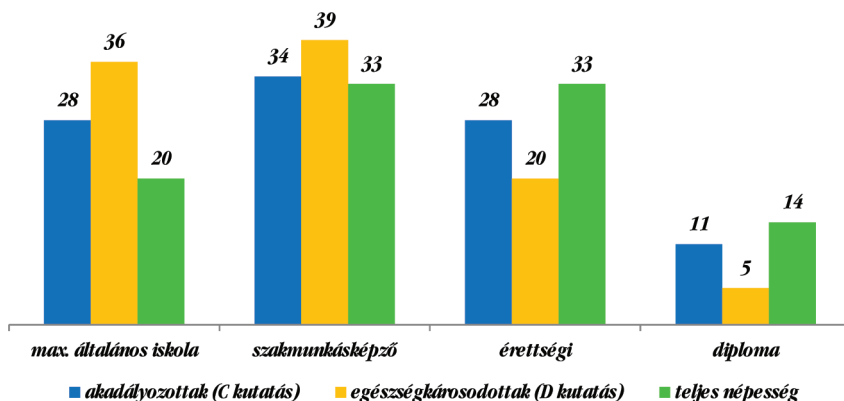
31%) az akadályozottak körében, míg az egészségkárosodottak esetében már egyértelműen a legidősebb korcsoportban a legmagasabb a diplomások aránya (52%). (1. táblázat)

Ami a lakóhely régió szerinti megoszlását illeti, az akadályozottak közül a Közép- és a Nyugat-Dunántúlon élnek a legmagasabb arányban 40 évesnél fiatalabb akadályozott emberek (27-27%), míg e korcsoport aránya közel 10 százalékponttal alacsonyabb a Dél-Dunántúlon (18%). Hasonlóan nagy különbségeket találunk az idősebbek között is: az ötvenes éveik első felében járók aránya a legmagasabb a Dél-Alföldön (27%), míg ugyanez a kohorsz fele ekkora (14%) a Közép-Magyarországon élő akadályozottak körében. Az Észak-magyarországi régióban élő akadályozottak között a legmagasabb a legidősebbek, azaz az 55–62 évesek aránya (43%), míg a Dél-Alföldön a legalacsonyabb a részesedésük (34%). Az egészségkárosodással élő emberek legidősebb korcsoportja, az 55–62 évesek legalacsonyabb arányban a Dél-Alföldön és a Dél-Dunántúlon élnek (47-47%), míg legmagasabb arányban Közép- és Nyugat-Dunántúlon (57-57%). (1. táblázat)

Jelentős különbségeket találunk az akadályozottak korosztályi megoszlásában aszerint, hogy a megkérdezett személynek van-e orvosszakértői igazolása egészségkárosodottságáról vagy nincs, az egészségkárosodottak körében pedig aszerint, hogy mekkora az egészségkárosodás mértéke. Az akadályozottak körében az életkor emelkedésével alapvetően nő az igazolással rendelkezők aránya: míg az orvosszakértői véleménnyel rendelkezőknek csupán nyolcada fiatal, addig már minden második közülük a legidősebb korcsoportba tartozik. A nagy ugrás az igazolással rendelkezők arányában az ötvenes generáción belül van: míg az orvosszakértői igazolással rendelkező akadályozottak közül minden ötödik (20%) 50–54 éves, addig már minden második (50%) a néhány évvel idősebbek, az 55–62 évesek köréből kerül ki. A legfiatalabb és a legidősebb korcsoportban találjuk a legnagyobb eltérést a két csoport között: a hivatalos papírral rendelkezők 12%-a, a papírral nem rendelkezők 30%-a 40 évesnél fiatalabb, míg az előbbiek fele (50%), az utóbbiak 40%-a 55–62 éves. Az egészségkárosodottak korosztályi megoszlásában is jelentős különbségeket találunk aszerint, hogy a megkérdezett személy orvosszakértői igazolása 50%-osnál kisebb vagy annál nagyobb egészségkárosodottságról szól: míg a legfiatalabbak között csak több mint minden tizedik egészségkárosodott (9%) rendelkezik 50%-nál nagyobb egészségkárosodást megállapító orvosszakértői véleménnyel, addig a legidősebb korcsoportban már több mint minden második (55%). A nagy ugrás a súlyosabb állapotot bizonyító igazolással rendelkezők arányában az egészségkárosodottak között is az ötvenes generáción belül van, akárcsak az akadályozottak esetében: míg az előbbiek között az 50–54 évesek körében csak minden ötödik akadályozottnak van ilyen igazolása az állapotáról (21%), addig a néhány évvel idősebbek, az 55–62 évesek körében két és félszer többen (54%) rendelkeznek 50%-osnál nagyobb egészségkárosodást igazoló papírral (1. táblázat)

Az akadályozott és az egészségkárosodott népesség nem csak jóval idősebb, hanem – ettől nem függetlenül – kevésbé iskolázott is, mint az aktív korú teljes népesség. Látványos emellett az is, hogy az akadályozott népesség iskolázottsági szintje valamivel magasabb, mint az egészségi állapotukról orvosszakértői igazolással rendelkező egészségkárosodottaké. Míg ugyanis például a teljes aktív korú lakosság ötöde (20%) végzett legfeljebb általános iskolát, addig az akadályozottsággal élő emberek több mint negyede (28%), az egészségkárosodottaknak pedig bő harmada (36%), azaz körükben 8 százalékponttal magasabb a legalacsonyabb végzettségűek aránya, míg az érettségivel rendelkezők és a diplomások körében 5-5 százalékpontnyi hátrányban vannak a valamilyen akadályozottsággal élők, és kb. 10 százalékpontnyira vannak lemaradva az egészségkárosodottak. (2. ábra)

2. ábra. Az akadályozottsággal illetve egészségkárosodással élő, valamint a teljes 18–62 éves népesség iskolázottság szerint



Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Az akadályozottsággal illetve az egészségkárosodással élők iskolázottsága számos jellemzőjük mentén eltérő. Így például a nők között magasabb a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya (akadályozottak: 31%, egészségkárosodottak: 39%), mint a férfiak között (23% és 31%), de az érettségizettek és a diplomások között is magasabb a nők aránya (érettségizettek: nők 25% és 31%, férfiak 31% és 23%, diplomások: nők 12%, férfiak 8%). Ezzel szemben a férfiak között 20 százalékponttal magasabb a szakmunkás végzettségűek részesedése (47% és 50%), mint a nők körében (26% és 31%). (2. táblázat)

Az életkor szerint eléggé homogén az akadályozottak és az egészségkárosodottak iskolázottsága az érettségi szintjéig, azaz a különböző korcsoportok nem térnek el egymástól számottevő mértékben az iskolázottság szerint. Kiemelendő azonban, hogy a negyvenes korosztályban a legmagasabb a diplomások aránya mind a két csoportban, de az akadályozottak köré-

ben e korosztályban kétszer annyian rendelkeznek felsőfokú végzettséggel (15%), mint az egészségkárosodottak között (8%). (2. táblázat)

A lakóhely településtípusa is jelentősen befolyásolja az iskolai végzettség alakulását: a települési hierarchiában a községtől a főváros felé haladva egyre nő a magasabb végzettségűek és csökken az alacsonyan iskolázottak aránya. Így például míg a budapesti akadályozottak ötöde (20%), az egészségkárosodottaknak pedig a tizede (11%) diplomás, addig a községben élőknek csak legfeljebb huszada (akadályozottak: 5%, egészségkárosodottak: 3%); illetve míg a községben élő akadályozottak több mint harmada (35%), az egészségkárosodottaknak pedig már majdnem fele (45%) végzett csak legfeljebb nyolc osztályt, addig a budapesti akadályozottaknak csak hatoda-hetede (15%), az egészségkárosodottaknak pedig negyede (24%) sorolható ide, azaz mindkét körben a budapestiekhez képest kétszer annyi alacsony végzettségű személyt találunk a községekben élők között. A legalacsonyabb végzettségűek körében lényegében ugyanez a különbség áll fenn a közép-magyarországi (akadályozottak: 19%, egészségkárosodottak: 26%) valamint az észak-alföldiek (38% és 43%) és az észak-magyarországiak (35% és 43%) között, míg a diplomások esetében szintén a legmagasabb arányt felmutató közép-magyarországiak (18% és 8%) és dél- illetve közép-dunántúli akadályozottak (5-6%), valamint a nyugat-dunántúli egészségkárosodottak (3%) között. (2. táblázat)

Az etnikai hovatartozás is jelentősen összefügg az iskolai végzettséggel, az akadályozottsággal és az egészségkárosodással élők esetében egyaránt: míg a romák körülbelül négyötöde (78% és 85%) rendelkezik legfeljebb általános iskolai végzettséggel, addig a nem romáknak csak a negyede-harmada (24% és 33%). Emiatt nem meglepő, hogy a romák minden más iskolázottsági szinten jelentős hátrányban vannak a nem romákkal összevetve az akadályozottakon belül is: így például az akadályozottsággal élő nem roma emberek 30%-ának és az egészségkárosodottak 21%-ának legmagasabb végzettsége az érettségi, további 11%-uknak és 5%-uknak pedig a diploma, addig a roma akadályozottak 2-2%-a rendelkezik közép- illetve felsőfokú végzettséggel, az egészségkárosodottaknak pedig 2%-a érettségivel, és a mintánkban nem volt olyan, akinek lett volna diplomája, azaz hátrányuk legalább 5-szörös, de akár 15-szörös is lehet a magasabb végzettségűek körében. (2. táblázat)

Az akadályozottsággal és az egészségkárosodással élők iskolázottság szerinti megoszlását számos olyan tényező is befolyásolhatja, ami az egészségi állapotukkal, illetve abból fakadó intézményes múltjukkal van összefüggésben. Ilyen tényező lehet az, hogy milyen életkorban szembesült először a megkérdezett személy a jelenlegi akadályozottságát okozó problémájával, hogy van-e egészségkárosodásáról orvosszakértői véleménye, hogy élt-e valaha bentlakásos intézményben, volt-e állami gondozott gyerekkorában, illetve van-e jelenleg gondnoka.

Az akadályozottságot, illetve az egészségkárosodást okozó probléma észlelésének ideje szerint a már születésük óta akadályozottként élők a legalacsonyabb iskolázottságúak: e népesség fele (akadályozottak: 50%,

egészségkárosodottak: 54%) legfeljebb általános iskolát végzett, szemben a teljes akadályozott népesség 28%-os és a teljes egészségkárosodott népesség 36%-os átlagával; körülbelül negyedük (28% és 22%) szakmunkás végzettségű, s ez nem sokkal marad el az akadályozott illetve az egészségkárosodott népesség egészének 34%-os és 39%-os átlagától. Ugyanakkor csak egy szűk csoportnak legmagasabb végzettsége az érettségi (akadályozottak: 15%, egészségkárosodottak: 17%) és a főiskola vagy az egyetem (8% és 7%), ami az akadályozottak között 13 és 3 százalékponttal, az egészségkárosodottak esetében azonban csak 3 és 5 százalékponttal alacsonyabb az átlagos értékeknél. (3. táblázat)

Az akadályozottak esetében az orvosszakértői véleménnyel rendelkezők is jóval alacsonyabb iskolázottságúak, mint azok, akiknek nincs papírjuk az egészségkárosodásukról: előbbiek több mint harmadának (36%) legfeljebb nyolc osztályos végzettsége van, míg az utóbbiak ötöde (21%) tartozik csak ide, viszont fordított a helyzet az érettségizettek között (igazolással rendelkezők: 23%, igazolással nem rendelkezők: 31%), és még nagyobb a különbség a diplomások között (igazolással rendelkezők: 5%, igazolással nem rendelkezők: 15%). Ugyanakkor érdekes, hogy az egészségkárosodottak körében nem mutatható ki érdemi különbség az alacsonyabb (50% -nál kisebb mértékű) vagy magasabb (50%-nál nagyobb mértékű) egészségkárosodással rendelkezők iskolázottsága között. (3. táblázat)

Az állami gondozott háttér viszont az előbbieknél nagyobb befolyással van a megszerzett iskolai végzettségre<sup>2</sup>: az akadályozottak esetében az egykor állami gondozottként nevelkedők fele (52%), az egészségkárosodottak körében pedig kétharmada (66%) legfeljebb nyolc osztályt végzett, s ez kétszerese a nem állami gondozottak arányának (akadályozottak: 28%, egészségkárosodottak: 35%). A középfokú végzettségűek között is kétszeres a különbség a két csoport között, immár az állami gondozottak hátrányára (az akadályozottak között 16% és 28%, az egészségkárosodottak esetében pedig 16% és 39%), diplomás pedig nincs is a valaha állami gondozott, akadályozott illetve egészségkárosodott válaszadók között. Körülbelül ekkora vagy kissé gyengébb az iskolázottságbeli különbség a két csoport esetében aszerint, hogy a megkérdezett személy élt-e valaha bentlakásos intézményben: kicsit magasabb ugyan körükben is a legfeljebb alacsony iskolázottak aránya (36% vs. 28%) valamint a legfeljebb érettségi szerzők részesedése (18% vs. 28% az akadályozottak és 42% vs. 36% az egészségkárosodottak körében), de nem olyan nagyok az eltérések, mint az előbbi kérdésekben. Végül, a gondnokság alá rendelt emberek iskolázottsági hátránya is látványos: felüknek-kétharmaduknak legfeljebb nyolc osztálya van (akadályozottak: 64%, egészségkárosodottak: 55%), s ez jóval magasabb arány, mint a gondnokság alá nem rendelték között (27% és 34%), így tehát az ennél magasabb végzettségűek között arányuk

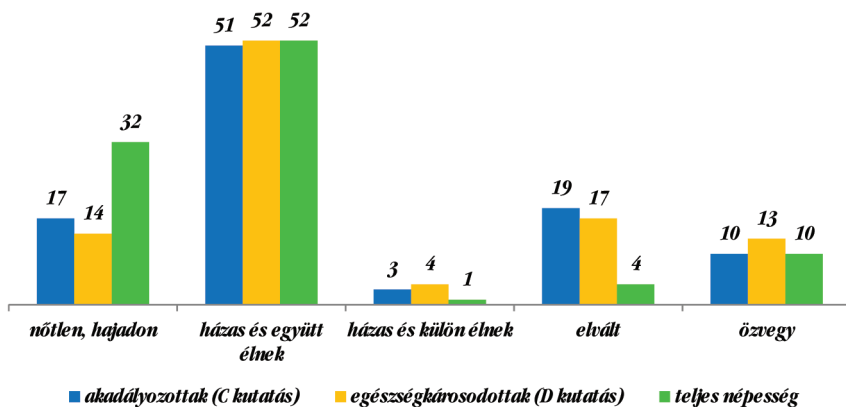
<sup>2</sup>Az itt közölt eredmények óvatosan értelmezendők az állami gondozottak mintabeli alacsony aránya (2%) miatt.

jelentősen elmarad a gondnokság alá nem rendelt akadályozottakhoz viszonyítva. (3. táblázat)

A válaszadó személy lakóhelyének településtípusa és regionális illetve megye szerinti elhelyezkedése a kutatás mintájának elkészítésekor rétegtípusú szempont volt az akadályozottak körében végzett C kutatás esetében, így ennek megoszlása követi a teljes 18–62 éves népesség településtípus szerinti elhelyezkedésének arányait. Ennek megfelelően minden harmadik megkérdezett személy (33%) községben, további minden harmadik (34%) pedig vidéki városban él, míg minden hatodik (17%) megyeszékhelyen és szintén minden hatodik (17%) a fővárosban lakik. Az egészségkárosodottak esetében azonban a mintavétel alapját nem a teljes népesség, hanem a kor alatti nyugdíjban részesültek megoszlása adta, így érdemes az eltéréseket megfigyelni. A megváltozott munkaképességű, azaz az egészségkárosodott népesség a 18–62 éves teljes népességhez képest nagyobb arányban él megyeszékhelyeken és falvakban. A területi megoszlást figyelve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében valamint Baranya és Tolna megyében figyelhető meg sűrűsödés, de Békés és Csongrád megyében is nagyobb a munkaképes korú rokkantak aránya. A főváros és Pest megye képezi e tekintetben az ellenpontot, itt jelentősen alacsonyabb arányokat tapasztalhatunk.

A korszerkezeti jellemzőkből is adódhat az akadályozott népesség családi állapot szerinti eltérése a teljes népességhez viszonyítva (az érintettek kapcsolathálózatáról lásd. Nagy Zita Éva tanulmányát). Mivel az akadályozottak és az egészségkárosodottak összességében egyaránt idősebbek, ez is magyarázhatja más tényezők mellett azt, hogy körükben alacsonyabb a nőtlenek, a hajadonok aránya (akadályozottak: 17%, egészségkárosodottak: 14%), és magasabb az elváltaké (19% és 17%), mint a teljes népességben (nőtlenek, hajadonok: 32%, elváltak: 4%). Ugyanakkor mindkét, egészségi helyzetét tekintve hátrányos helyzetű csoportban a párkapcsolat a legjellemzőbb, csakúgy mint az aktív korú teljes népességben: minden második aktív korú magyar él párkapcsolatban (házasságban vagy élettársi kapcsolatban), akár akadályozottsággal, akár egészségkárosodással, akár ezek valamelyike nélkül él. (3. ábra)

3. ábra. Az akadályozottsággal illetve egészségkárosodással élő, valamint a teljes 18–62 éves népesség családi állapot szerint



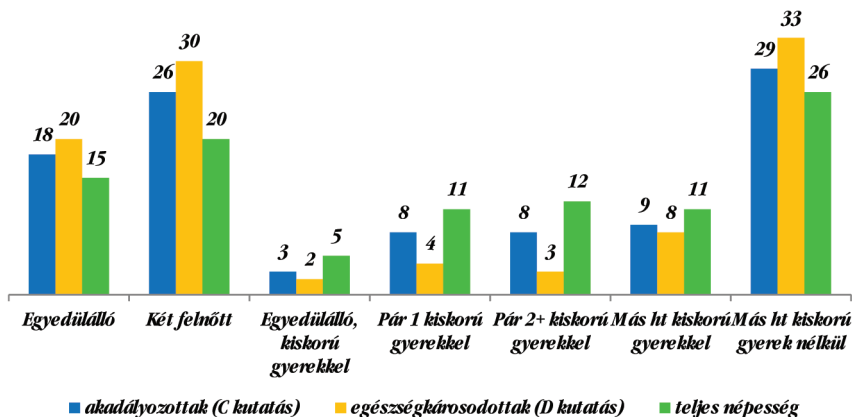
Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Talán még ennél is informatívabb a háztartásszerkezet szempontjából megvizsgálni az akadályozottsággal élők helyzetét, és annak különbözőségeit a teljes népességhez képest. Eszerint az akadályozottak 18%-a, az egészségkárosodottaknak pedig 20%-a él egyedül, míg a teljes népességen belül alig alacsonyabb, 15% ez az arány. Valamelyest nagyobb, de nem számottevő az eltérés a két csoport között a két felnőttből álló háztartások gyakoriságában, ami jellemzőbb az akadályozottsággal élőkre (26%) és az egészségkárosodottakra (30%), mint a teljes népességen belül (20%), s ez minden bizonnyal azzal is összefüggésben van, hogy ez a két csoport összességében idősebb a teljes népességnél. A többi olyan háztartástípus esetében, amely valamilyen kiskorú gyerekes háztartást jelent, legfeljebb 3-4 százalékpontos, azaz elenyésző különbség van az akadályozottsággal élők és a teljes népesség között, míg 3-9 százalékpontos differenciát találunk az egészségkárosodottak és az aktív korú magyarországi lakosság között, de az eltérés iránya jellemző. A valamilyen gyerekes háztartások aránya a teljes népességen belül kissé gyakoribb, mint az akadályozott népességen belül, ha viszont minden kiskorú gyerekes háztartástípust együtt kezelünk, akkor már jelentékenyebb eltérést találunk: a 18–62 éves teljes népességen belül 37%-nyian élnek olyan háztartásban, amelyben kiskorú gyerek is él, míg az akadályozottak körében 10 százalékponttal alacsonyabb, 27% ezek aránya, az egészségkárosodottak körében pedig már 20 százalékponttal alacsonyabb, csupán 17% e csoport részese-dése. Igen jellemző még mindhárom csoportban a gyerek nélküli, de nem párkapcsolatban vagy egyedül élő más háztartás előfordulása, ami több felnőtt generáció (nagy szülő, szülő, gyerek) együttélését mutatja, vagy



egymással tágabb rokoni illetve nem rokoni kapcsolatban álló felnőttekből álló háztartást jelent. A legmagasabb az ilyen háztartásban élők aránya az egészségkárosodottak között, és egyben ez a legjellemzőbb háztartástípus e körön belül, hiszen a megváltozott munkaképességűek harmada él ilyen háztartásban. (4. ábra)

4. ábra. Az akadályozottsággal illetve egészségkárosodással élő, valamint a teljes 18–62 éves népesség háztartástípus szerint – a háztartásban élő felnőttek és kiskorú gyerekek száma alapján



Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

A kutatás során az etnikai szempontra is kitértünk két kérdés erejéig, amelyek a megkérdezett személy etnikai identitására kérdeztek rá kétszer is, így adva lehetőséget a többes identitásúak önbesorolására. Az akadályozottsággal élők 7%-a, az egészségkárosodottaknak pedig 8%-a nevezte magát cigánynak, míg a 18–62 éves teljes népesség körében 8% a romák aránya a kérdezőbiztosok besorolása alapján. Bár a két adat között fontos a különbség abból a szempontból, hogy kitől származik az identifikáció (önbesorolás vagy külső személy besorolása), az arányok lényegében hasonlóak.

## 2. AZ ÉLETTÖRTÉNETEK LEGFŐBB JELLEMZŐI

A következőkben néhány jellemző élettörténeti momentummal ragadjuk meg az akadályozottsággal élők élettörténetéből az egészségi állapotukkal kapcsolatos esetleges intézményes múltjukat, azaz hogy jártak-e egészségi állapotuk miatt speciális vagy eltérő tantervű iskolába, osztályba, illetve laktak-e speciális bentlakásos intézetben. Arra is rákérdeztünk, hogy éltek-e nevelőotthonban, illetve voltak-e állami gondozásban. Fontos azonban kiemelnünk, hogy ez a vizsgálat a magánháztartásokban élő népességet vizsgálta. Nem vizsgáltuk az

akadályozottsággal, valamint az egészségkárosodással élő embereknek azokat a csoportjait, amelyek jelenleg intézményekben élnek.<sup>3</sup>

A felnőttként akadályozottsággal, illetőleg egészségkárosodással élőkre összességében nem jellemző a fenti szempontok alapján történő gyermekkori elkülönítés, hiszen elsősorban otthon, integráltan, kollégiumban vagy albérletben laktak iskolai pályafutásuk során, és mindössze 1-2%-uk lakott legalább tanulmányai egy része alatt speciális bentlakásos intézményben. Ennek számos más ok között az egyik legjellemzőbb magyarázata az lehet, hogy a kutatásban már felnőttként részt vevő akadályozottak jelentős része csak felnőttként került olyan, tartós egészségi állapotba, amely korlátozza hétköznapi tevékenységeiben. Az intézményi ellátás egy másik formájában, állami gondozásban is csak hasonlóan alacsony arányban részesültek a megkérdezettek.

A lakhatás mellett a tanulás sem speciális körülmények között, hanem általános tantervű iskolákban történt. A megkérdezetteknek csak 2 illetve 1%-a tanult általános iskolai és/vagy szakiskolai, szakmunkásképzős tanulmányai alatt eltérő tantervű, kiegészítő vagy egészségügyi okból speciális tantervű iskolában. A születésük óta akadályozottak körében ez az arány 13%, illetve 11%.

A nevelőotthonban felnőtt és a bentlakásos intézményben élő emberek aránya szintén meglehetősen alacsony az akadályozottak körében. Csupán 2%-uk élt legalább egy évig állami gondozásban. Hasonló arányban, csupán 1%-nyian éltek tartósan bentlakásos egészségügyi, fogyatékos- vagy pszichiátriai intézményben életük során bármikor. A születésük óta akadályozottak körében ez az arány 2%, illetve 7%.

Az életút egészének felvázolását is megkíséreltük a kutatás során, annak ellenére, hogy ez igen összetett és a sok átfedés miatt nem is annyira lineáris történet, mint amennyire átlagokra építő aggregált módszertannal ez leírható. E nehézségek ellenére a következőkben röviden bemutatjuk azt, hogy az akadályozottsággal, valamint az egészségkárosodással élők 15 éves koruktól kezdve összességében átlagosan hány évig jártak iskolába, hány évet dolgoztak (eddig), hány évet töltöttek munkanélküliként, rokkantnyugdíjasként (vagy rokkantjáradékosként), szülési/gyermekgondozási szabadságon illetve gyesein, valamint egyéb inaktívként.

A 15 éves koruk óta eltelt időben az akadályozottsággal élők átlagosan 3 évet tanultak még, majd a legtöbb időt fizetett munkával töltötték: átlagosan közel 22-22 évet foglalkoztak ezzel, és ebben nincsen eltérés az orvosszakértői véleménnyel rendelkező és azzal nem rendelkező akadályozottak, sem pedig az egészségkárosodottak között. Inaktívként csak kevés évet töltöttek: munkanélküliként átlagosan 1-1 évet, gyermekszüléssel vagy gyermekneveléssel kapcsolatban 2-2 évet, egyéb inaktívként pedig 1-1 évet. Ezek közül egyedül a rokkantnyugdíjasként eltöltött évek számában van különbség, mégpedig

<sup>3</sup>Ennek kapcsán fontos kiemelni, hogy a mai magyarországi gyakorlat alapján aki egyszer bentlakásos intézménybe került egészségi állapota, fogyatékosága miatt, az – kevés kivételtől eltekintve – lényegében nem kerül ki többé onnan magánháztartásba.

jelentős eltérés az orvosszakértői igazolással való rendelkezés szerint az akadályozottak, illetve az egészségkárosodással élők körében: az akadályozottak közül akiknek van ilyen igazolásuk, azok 15 éves koruk óta átlagosan 8 évet töltöttek eddig rokkantnyugdíjasként vagy rokkantjáradékosként, míg az igazolással nem rendelkezők között értelemszerűen lényegében nincs ilyen tétel, így az akadályozottak összességében átlagosan 4 évet töltöttek rokkantnyugdíjasként vagy –járadékosként, ugyanakkor az egészségkárosodott népesség esetében ez már átlagosan 9 év. Mindez persze nem meglepő, hiszen a rokkantellátás e formái részben ORSZI-igazoláshoz kötöttek. (4. táblázat)

Ha az egyes státuszokban eltöltött átlagos évek számát a megkérdezett személy lakóhelye szerinti bontásban vizsgáljuk, akkor feltűnő, hogy mindkét csoportban a fővárosiak a máshol lakóknál átlagosan 1-2 évvel többet töltöttek tanulással (az akadályozottak esetében a megyeszékhelyeken élők kivételével), ezen kívül az akadályozottsággal élők átlagosan másfél évvel többet dolgoztak, ugyanakkor mind az akadályozottak, mind pedig az egészségkárosodottak több mint egy évvel kevesebbet töltöttek rokkantnyugdíjasként vagy rokkantjáradékosként. Ez utóbbi a leghosszabban az észak-alföldiek körében jellemző: az itt élők átlagosan közel 5 éve rokkantnyugdíjasok az akadályozottak és 10 éve az egészségkárosodottak körében, de a többi régióban élők se maradnak el ettől számottevő mértékben.

Az etnikai hovatartozás is befolyásolja, hogy ki hány évet töltött átlagosan tanulással, munkával vagy különféle inaktív státuszokban. A romák ugyanis 15 éves koruk után átlagosan 1-2 évvel rövidebb ideig tanultak, 6-8 évvel kevesebbet dolgoztak, 2-3 évvel tovább voltak munkanélküliek, 1-2 évvel hosszabb ideje rokkantnyugdíjasok- vagy -járadékosok, szintén 1-2 évvel hosszabb időt töltöttek gyerekekkel kapcsolatosan inaktívként, és közel 2 évvel hosszabb ideig voltak egyéb inaktív státuszban mind az akadályozottak, mind pedig az egészségkárosodottak között. (5. táblázat)

## MELLÉKLETEK

*M1. táblázat. Az akadályozottsággal illetve az egészségkárosodással élők korosztályi megoszlása a főbb demográfiai, lakóhelyi jellemzőik és az orvosszakértői igazolás megléte szerint (%)*

	Akadályozottak (C kutatás) (életkori csoportok, év)					Egészségkárosodottak (D kutatás)				
	18–39	40–49	50–54	55–62	Össze- sen	18–39	40–49	50–54	55–62	Össze- -sen
<b>Neme</b>										
Férfi	21,9	20,1	16,9	41,2	100,0	12,0	16,8	22,6	48,7	100,0
Nő	21,5	21,3	18,3	38,9	100,0	8,0	16,4	22,2	53,4	100,0
<b>Összesen</b>	<b>21,6</b>	<b>20,8</b>	<b>17,8</b>	<b>39,7</b>	<b>100,0</b>	<b>9,6</b>	<b>16,6</b>	<b>22,4</b>	<b>51,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Iskolázottság</b>										
Legfeljebb 8 általános	21,3	16,3	17,2	45,2	100,0	11,8	15,2	22,9	50,1	100,0
Szaktunoképzés	19,6	21,1	19,2	40,1	100,0	8,2	16,5	23,3	52,0	100,0
Érettségi	23,9	21,4	17,2	37,5	100,0	8,9	17,1	21,7	52,3	100,0
Felsőfok	23,3	30,2	15,8	30,7	100,0	8,8	25,5	13,7	52,0	100,0
<b>Összesen</b>	<b>21,6</b>	<b>20,8</b>	<b>17,7</b>	<b>39,8</b>	<b>100,0</b>	<b>9,7</b>	<b>16,6</b>	<b>22,3</b>	<b>51,4</b>	<b>100,0</b>
<b>A település típusa</b>										
Budapest	21,6	22,8	14,0	41,5	100,0	9,7	15,1	22,0	53,2	100,0
Megyeszékhely	21,4	20,3	18,0	40,3	100,0	8,2	18,5	25,6	47,6	100,0
Város	21,6	21,5	19,0	37,9	100,0	10,7	19,2	18,8	51,3	100,0
Község	21,8	19,5	18,3	40,5	100,0	9,2	13,8	24,3	52,7	100,0
<b>Összesen</b>	<b>21,6</b>	<b>20,8</b>	<b>17,8</b>	<b>39,7</b>	<b>100,0</b>	<b>9,6</b>	<b>16,6</b>	<b>22,4</b>	<b>51,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Régió</b>										
Közép-Magyarország	21,5	24,5	13,6	40,4	100,0	10,0	16,7	20,3	52,9	100,0
Közép-Dunántúl	26,6	17,5	15,3	40,6	100,0	9,0	14,6	19,1	57,3	100,0
Nyugat-Dunántúl	26,6	17,9	17,9	37,7	100,0	8,5	12,0	22,5	57,0	100,0
Dél-Dunántúl	17,7	21,7	19,2	41,4	100,0	10,8	20,8	21,5	46,9	100,0
Észak-Magyarország	19,1	19,9	17,9	43,0	100,0	10,7	14,8	22,0	52,6	100,0
Észak-Alföld	21,0	19,4	18,7	41,0	100,0	8,3	16,1	24,0	51,6	100,0
Dél-Alföld	19,9	19,9	26,7	33,5	100,0	10,1	18,3	25,0	46,6	100,0
<b>Összesen</b>	<b>21,6</b>	<b>20,8</b>	<b>17,8</b>	<b>39,7</b>	<b>100,0</b>	<b>9,6</b>	<b>16,6</b>	<b>22,4</b>	<b>51,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Van-e orvosszakértői igazolása?</b>										
Nincs	29,6	23,6	15,9	30,9	100,0	12,5	22,4	27,0	38,1	100,0
Van	12,1	17,9	20,1	49,9	100,0	8,9	15,3	21,4	54,4	100,0
<b>Összesen</b>	<b>21,6</b>	<b>21,0</b>	<b>17,8</b>	<b>39,7</b>	<b>100,0</b>	<b>9,5</b>	<b>16,5</b>	<b>22,4</b>	<b>51,6</b>	<b>100,0</b>

*Forrás: C és D kutatás.*

*M2. táblázat. Az akadályozottsággal illetve az egészségkárosodással élők iskolai végzettség szerinti megoszlása a főbb demográfiai jellemzők szerint (%)*

	Akadályozottak (C kutatás)					Egészségkárosodottak (D kutatás)				
	Legfeljebb általános	Szakképzés	Érettség	Felsőfok	Összesen	Legfeljebb általános	Szakképzés	Érettség	Felsőfok	Összesen
<b>Neme</b>										
Férfi	22,5	46,5	22,9	8,1	100,0	31,4	49,8	14,0	4,8	100,0
Nő	31,3	25,9	30,7	12,1	100,0	39,0	30,9	25,0	5,1	100,0
Összesen	27,9	33,8	27,7	10,6	100,0	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Életkor</b>										
18–39	27,4	30,6	30,6	11,3	100,0	43,7	33,0	18,8	4,6	100,0
40–49	21,9	34,2	28,5	15,3	100,0	32,8	38,5	21,0	7,7	100,0
50–54	27,1	36,6	26,9	9,4	100,0	36,7	40,4	19,8	3,1	100,0
55–62	31,7	34,0	26,1	8,1	100,0	34,9	39,3	20,7	5,1	100,0
Összesen	27,9	33,8	27,7	10,6	100,0	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>A település típusa</b>										
Budapest	15,3	27,1	37,4	20,3	100,0	24,2	34,4	30,1	11,3	100,0
Megyeszékhely	22,1	29,8	36,1	12,0	100,0	25,9	36,5	29,1	8,5	100,0
Város	30,0	35,5	24,4	10,1	100,0	33,4	41,0	21,4	4,2	100,0
Község	35,4	37,6	21,8	5,2	100,0	44,8	38,9	13,6	2,7	100,0
Összesen	27,9	33,8	27,7	10,6	100,0	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Régió</b>										
Közép-Magyarország	18,8	30,7	33,0	17,5	100,0	25,7	39,4	26,8	8,1	100,0
Közép-Dunántúl	29,4	33,3	31,1	6,1	100,0	33,7	47,8	14,6	3,9	100,0
Nyugat-Dunántúl	22,2	34,3	32,4	11,1	100,0	35,9	37,3	23,9	2,8	100,0
Dél-Dunántúl	31,3	45,5	18,2	5,1	100,0	32,2	38,8	21,2	7,8	100,0
Észak-Magyarország	35,1	26,7	30,7	7,6	100,0	43,0	36,4	16,8	3,8	100,0
Észak-Alföld	38,2	33,7	20,4	7,8	100,0	43,1	36,3	16,6	3,9	100,0
Dél-Alföld	30,0	38,8	22,3	8,8	100,0	34,4	39,4	22,5	3,7	100,0
Összesen	27,9	33,8	27,7	10,6	100,0	35,8	38,8	20,4	5,0	100,0
<b>Etnikai hovatartozás</b>										
Nem roma	24,2	35,0	29,6	11,2	100,0	32,7	40,5	21,4	5,3	100,0
Roma	78,4	17,3	2,2	2,2	100,0	85,3	12,9	1,7		100,0
Összesen	27,9	33,8	27,7	10,6	100,0	35,7	38,9	20,3	5,0	100,0

*Forrás: C és D kutatás.*

*M3. táblázat. Az akadályozottsággal illetve az egészségkárosodással élők iskolai végzettség szerinti megoszlása a főbb egészségi állapotbeli illetve az ezzel összefüggő intézményi háttér szerint (%)*

	Akadályozottak (C kutatás)					Egészségkárosodottak (D kutatás)				
	Legfeljebb 8 általános	Szakmunkás-képző	Érettségi	Felső-fok	Összesen	Legfeljebb 8 általános	Szakmunkás-képző	Érettségi	Felső-fok	Összesen
<b>Mikor szembesült a problémájával?</b>										
Születése óta fennáll	49,6	27,8	14,8	7,8	100,0	53,5	22,2	17,2	7,1	100,0
1–20 évesen	29,2	27,0	30,2	13,5	100,0	46,2	31,0	16,8	6,1	100,0
21–40 évesen	24,7	35,7	28,9	10,7	100,0	34,2	40,1	21,8	4,0	100,0
41–50 évesen	30,9	33,6	27,3	8,2	100,0	32,8	42,7	19,6	5,0	100,0
51–60 évesen	19,2	38,9	28,0	13,8	100,0	32,0	36,6	23,3	8,1	100,0
<i>Összesen</i>	<i>27,7</i>	<i>33,9</i>	<i>27,8</i>	<i>10,7</i>	<i>100,0</i>	<i>35,7</i>	<i>38,8</i>	<i>20,5</i>	<i>5,0</i>	<i>100,0</i>
<b>Van-e orvosszakértői igazolása?</b>										
Nincs	21,4	32,1	31,4	15,2	100,0	34,0	43,3	17,4	5,2	100,0
Van	35,6	35,8	23,4	5,3	100,0	36,1	38,0	21,1	4,8	100,0
<i>Összesen</i>	<i>27,7</i>	<i>33,9</i>	<i>27,8</i>	<i>10,7</i>	<i>100,0</i>	<i>35,8</i>	<i>38,9</i>	<i>20,5</i>	<i>4,9</i>	<i>100,0</i>
<b>Volt-e állami gondozásban?</b>										
Nem	27,5	33,8	28,0	10,8	100,0	35,3	39,2	20,4	5,1	100,0
Igen	51,6	32,3	16,1		100,0	65,6	15,6	18,8	0,0	100,0
<i>Összesen</i>	<i>27,9</i>	<i>33,8</i>	<i>27,8</i>	<i>10,6</i>	<i>100,0</i>	<i>35,8</i>	<i>38,8</i>	<i>20,4</i>	<i>5,0</i>	<i>100,0</i>
<b>Élt-e bentlakásos intézményben?</b>										
Nem	27,8	33,7	28,0	10,5	100,0	35,5	39,0	20,6	4,9	100,0
Igen	36,4	30,3	18,2	15,2	100,0	41,5	36,6	12,2	9,8	100,0
<i>Összesen</i>	<i>27,9</i>	<i>33,7</i>	<i>27,8</i>	<i>10,6</i>	<i>100,0</i>	<i>35,6</i>	<i>39,0</i>	<i>20,4</i>	<i>5,0</i>	<i>100,0</i>
<b>Van-e gondnoka?</b>										
Nincs	26,7	34,3	28,2	10,8	100,0	34,4	39,5	20,8	5,3	100,0
Van	64,3	15,7	17,1	2,9	100,0	55,2	30,2	13,8	0,9	100,0
<i>Összesen</i>	<i>28,0</i>	<i>33,7</i>	<i>27,8</i>	<i>10,6</i>	<i>100,0</i>	<i>35,6</i>	<i>39,0</i>	<i>20,4</i>	<i>5,0</i>	<i>100,0</i>

*Forrás: C és D kutatás.*

M4. táblázat. Az akadályozottsággal illetve az egészségkárosodással élők életútja: 15 éves koruk óta hány évet töltöttek a különböző státuszokban?

	Akadályozottak (C kutatás)						Egységkárosodottak (D kutatás)					
	Összesen		Orvossalakérői véleménynel				Összesen		Az egészségkárosodás mértéke			
			rendelkezők		nem rendelkezők				50% alatt		50% felett	
	N	évek átlaga	N	évek átlaga	N	évek átlaga	N	évek átlaga	N	évek átlaga	N	évek átlaga
Tanulással	2026	2,9	1091	3,3	924	2,4	1988	2,2	337	2,1	1613	2,2
Fizetett munkával	2027	22,0	1091	22,4	925	21,6	1993	21,7	334	20,9	1623	21,9
Munkanélküliként	2011	1,3	1083	1,5	917	1,1	1936	1,2	327	1,6	1573	1,1
Rokkantnyugdíjasként, rokkantjáradékosként	2014	3,9	1082	0,2	921	8,1	1992	9,3	333	7,3	1621	9,8
Szülési/gyermekgondozási szabadságon	2018	2,3	1087	2,6	920	1,8	1919	2,1	326	2,5	1558	2,0
Egyéb inaktívként	2015	1,3	1088	1,1	916	1,4	1889	1,0	316	1,0	1538	1,1

Forrás: C és D kutatás.

M5. táblázat. Az akadályozottsággal és egészségkárosodással élők életútja: 15 éves koruk óta hány évet töltöttek a különböző státuszokban? (Az évek átlagos száma a kérdezett lakóhelye és etnikai hovatartozása szerint)

	Akadályozottak (C kutatás)						Egységkárosodottak (D kutatás)					
	Tanulással	Fizetett munkával	Munkanélkülként	Rokkantnyugdíjasként, járadékosként	Szülési/gyermek gondozási szabadságon	Egyéb inaktívként	Tanulással	Fizetett munkával	Munkanélkülként	Rokkantnyugdíjasként, járadékosként	Szülési/gyermek gondozási szabadságon	Egyéb inaktívként
<b>A település típusa</b>												
Budapest	3,62	23,06	1,13	2,91	2,11	0,87	2,8	22,9	0,7	8,3	1,9	1,0
Megyeszékhely	3,51	21,84	1,17	4,28	2,24	0,89	3,1	21,3	1,0	9,3	2,2	0,6
Város	2,68	21,91	1,28	3,77	2,37	1,39	2,2	21,8	1,3	8,9	2,0	1,0
Község	2,39	21,74	1,53	4,25	2,21	1,56	1,7	21,5	1,4	9,9	2,2	1,2
Összesen	2,89	22,04	1,31	3,87	2,25	1,27	2,2	21,7	1,2	9,3	2,1	1,0
<b>Régió</b>												
Közép-Magyarország	3,38	23,18	1,00	2,90	1,97	1,12	2,7	22,7	0,9	8,7	1,7	0,9
Közép-Dunántúl	2,78	22,66	1,12	3,57	1,68	1,09	2,3	22,6	1,0	9,1	2,2	0,5
Nyugat-Dunántúl	3,31	22,12	0,89	3,14	2,09	1,08	1,9	24,5	0,8	8,8	2,1	0,3
Dél-Dunántúl	2,23	22,81	1,59	4,32	2,12	1,34	2,6	21,3	1,4	8,5	2,0	1,2
Észak-Magyarország	2,63	21,36	2,24	4,54	2,55	1,26	1,9	21,9	1,5	9,1	2,1	1,2
Észak-Alföld	2,50	20,57	1,64	4,93	2,92	1,42	1,9	20,3	1,5	10,5	2,5	1,3
Dél-Alföld	2,73	20,67	1,05	4,64	2,57	1,71	2,2	21,0	1,2	9,3	2,1	1,2
Összesen	2,89	22,04	1,31	3,87	2,25	1,27	2,2	21,7	1,2	9,3	2,1	1,0
<b>Etnikai hovatartozás</b>												
Nem roma	3,02	22,62	1,12	3,77	2,17	1,13	2,3	22,1	1,1	9,2	2,1	0,9
Roma	1,12	14,19	3,96	5,28	3,37	2,96	0,9	15,7	3,4	10,1	2,4	2,7

Forrás: C és D kutatás.



PÁL ZSOLT

## ÁZ AKADÁLYOZOTT ÉS EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK TÁRSADALMI–DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

A következő tanulmányban néhány alapvető társadalmi, demográfiai, illetve célcsoport-specifikus adatot szeretnénk bemutatni a kutatásainkban érintett csoportokról, eltekintve azoknak a mélyebb összefüggéseknek a feltárásától, amelyek a kötet további tanulmányaiban lesznek olvashatók. Az elemzésekkor a két kutatás mintáját többnyire egyben kezeltük, és az orvosszakértői minősítés (a szakvélemény) létének vagy hiányának dimenziója mentén vizsgáltuk az érintett csoportot, amire így a teljes minta (4093 fő) kifejezéssel hivatkoztunk. A C kutatás orvosszakértői véleménnyel rendelkező válaszadóit, valamint a D kutatásban szereplő sokaságot együtt az egészségkárosodott/ rokkant emberek kifejezésekkel említjük tanulmányunkban (ők összesen 2825-en vannak). A fennmaradó csoportra, azokra, akik nem rendelkeznek orvosszakértői minősítéssel, de van olyan testi vagy pszichés problémájuk, ami legalább 6 hónapja fennáll, és akadályozza őket mindennapi tevékenységeikben (vagyis a C kutatás érintett válaszadóira, ők 1268-an vannak), az akadályozott emberek elnevezést használjuk.

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a kutatásunkkal érintett csoportok meglehetősen heterogén összetételűek: állapotuk, annak súlyossága, valamint állapotuknak az életminőségükre gyakorolt hatásai személyenként eltérőek. Ha azonban az alapvető szocio-demográfiai adatokat tekintjük, felfedezhetünk néhány olyan jellemzőt, amelyeknek az akadályozottság állapotán túl is fontos magyarázó értékük van. Ez a néhány alapvető adat a csoportokról, a válaszadókról, illetve a csoportok belső tagozódásáról némiképp árnyalja további következtetéseinket.<sup>1</sup>

### 1. A VÁLASZADÓK ALAPVETŐ SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

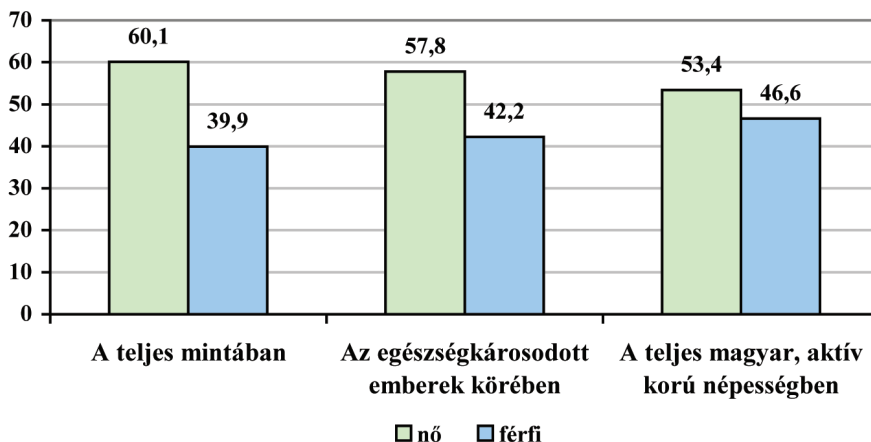
A nemek arányát a két kutatásban együtt vizsgálva látható, hogy a nők arányukat tekintve lényegesen többen vannak a férfiaknál (a nők a teljes minta 60,1%-át teszik ki), vagyis a női többlet az érintett emberek körében még erőteljesebb, mint a teljes aktív korú népességben (1. ábra). Az orvosszakértői minősítéssel rendelkezők között a két nem arányai kissé kiegyenlítettebbek,

---

<sup>1</sup>Ebben a tanulmányban nem, vagy csak érintőlegesen foglalkozunk a válaszadók egyes alapvető jellemzőivel, például a családszerkezettel, a kapcsolatrendszerrel (lásd bővebben: Nagy Zita Éva tanulmánya), az integráció területeivel – beleértve a válaszadók alapvető anyagi, gazdasági jellemzőit (lásd bővebben: Bass László tanulmánya), vagy a munkaerő-piaci jellemzőket (lásd bővebben: Bói Krisztina tanulmánya).

inkább a teljes népesség adataihoz közelítenek (a nők aránya az egészségkárosodottak körében 57,8, míg a teljes aktív korú népességben 53,4%).

1. ábra. A nemek aránya a kutatásokban (%)



Forrás: Saját számítás ebből a kutatásból, illetve TÁRKI Omnibusz 2010/11–12.

A nők lényegesen magasabb aránya kapcsolatban áll az érintett emberek átlagnépességétől érdemben eltérő korösszetételével is. Az életkor tekintetében az figyelhető meg, hogy a vizsgált népesség az idősebb korcsoportokban felülreprezentált. A megkérdezett 4093 fő körében a válaszadók átlagéletkora 51,4 év, míg a teljes magyar aktív korú népességben 46,7 év. Ha a szakértői minősítés szerint tekintjük a vizsgált népesség átlagéletkorát, akkor a minősítéssel nem rendelkezők fiatalabbak, mint a minősítéssel rendelkezők (47,7 év, valamint 53,1 év). Vagyis az orvosszakértői papírral rendelkezők átlagosan mind a teljes, aktív korú, mind a papírral nem rendelkezők csoportjainál érdemben idősebbek.

Az életkori átlagok magasabb mértéke az akadályozottságot és az egészségkárosodást kiváltó probléma jellemzően idősebb életkorokban történő megjelenésére, és az időről-időre annak háttérében álló szociális és gazdasági tényezőkre (Scharle, 2008) vezethető vissza. E kutatásunk adatai szerint (is) az akadályozott, illetve az egészségkárosodott emberek iskolai végzettsége érdemben eltér a teljes, aktív korú népesség iskolai végzettségétől: attól lényegesen kedvezőtlenebb (1. táblázat). Meglehetősen nagy arányuknak, közel minden harmadik embernek (31,8%) van legfeljebb általános iskolai végzettsége, míg a teljes, aktív korú népességben ez az arány 22,5%, vagyis minden ötödik emberre jellemző. Ezzel párhuzamosan az érettségizettek és a diplomások aránya a kutatásunk válaszadói körében a teljes népességnél lényegesen alacsonyabb. A diplomások hányada a mintában (6,5%) például éppen fele a teljes, aktív korú népességben tapasztalható aránynak (12,2%).

A teljes mintánk és a teljes aktív korú népesség közötti eltéréseket láthatóan az orvosszakértői minősítéssel rendelkező egészségkárosodott emberek kedvezőtlen helyzete eredményezi: az előbbieken leírt különbségek az ő esetükben még inkább hangsúlyosak. A papírral nem rendelkezők jellemzői – kisebb eltérésektől eltekintve – alapján a teljes népességhez hasonlítanak.

1. táblázat. A 18–62 évesek legmagasabb (befejezett) iskolai végzettsége (%)

	Orvosszakértői minősítéssel		A teljes mintában (N=4093)	A teljes 18–62 éves népesség
	nem rendelkezik	rendelkezik		
<b>Kevesebb, mint 8 általános</b>	2,7	5,3	4,5	3,5
<b>8 általános</b>	20,9	30,3		
<b>Szaktanácsképző, szakképzés érettségi nélkül</b>	32,5	38,0	27,3	19
<b>Szakközépiskolai érettségi, szakképzést követő érettségi</b>	11,5	9,3	36,3	34,9
<b>Gimnáziumi érettségi</b>	13,2	8,0	10	14,1
<b>Érettségit követő, felsőfokra nem akkreditált szakképzés</b>	5,4	4,0	9,6	12,1
<b>Akkreditált felsőfokú szakképzés; felsőfokú technikum</b>	1,4	1,1	4,4	2,9
<b>Főiskola</b>	9,9	3,0	1,2	1,4
<b>Egyetem (illetve doktori képzés)</b>	2,5	1	5,1	7,4

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Ha nemek szerint vizsgáljuk az iskolai végzettséget a teljes mintán, akkor elmondható, hogy akár rendelkezik a válaszadó szakértői minősítéssel, akár nem, a férfiak és a nők iskolai végzettsége érdemben eltérő. Az adatokat tekintve látható, hogy a mintában érintett férfiaknak legnagyobb arányban szakmunkás vagy szakiskolai végzettségük van (ez 48,2%-ukra jellemző). A nők esetében ugyanennek a végzettségnek a hányada 28,3%, azonban minden harmadik nőre igaz, hogy legfeljebb 8 általános végzettséggel rendelkezik.

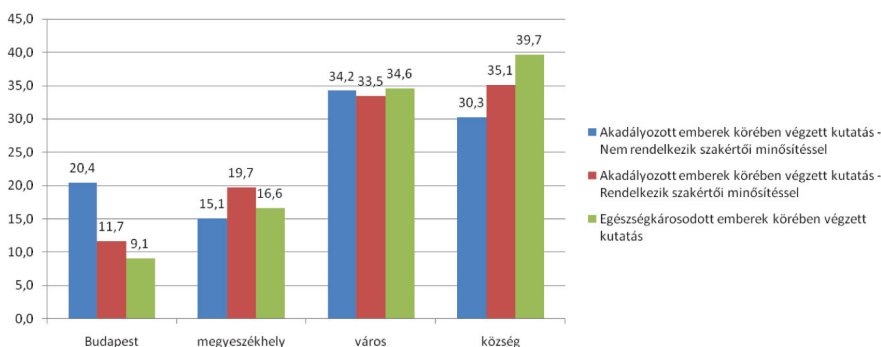
Ha a teljes mintában regionális szinten<sup>2</sup> tekintjük az iskolai végzettségeket, akkor a Közép-magyarországi régió esetében a legfeljebb 8 osztályt végzettek

<sup>2</sup>A kutatásban a népesség regionális eloszlása rétegtképző tényező volt.

aránya 25,2%, Budapest esetében ez az arány 18,4%, míg a Dél-alföldi régióban vagy az Észak-magyarországi régióban jóval nagyobb ez a hányad (32,5%–39,2%). Legrosszabb helyzet az Észak-alföldi régióban van, ahol a legfeljebb 8 általánost végzettek aránya 41,1%. A diplomások tekintetében a különbségek hasonlóan nagyok: arányuk Budapesten a legmagasabb (14,3%), míg az Észak-alföldi régióban és a Közép-dunántúli régióban a legalacsonyabb (4,4%).

A települések típusai szerint tekintve a teljes minta adatait az látható, hogy az érintett válaszadók 70,3%-a él alacsonyabb státuszú településeken (városban, községben), míg a megyeszékhelyeken 16,9%-uk, Budapesten pedig 12,9%-uk él. Ha kutatásonként, illetve szakértői minősítés szerinti bontásban vizsgáljuk az adatokat, akkor azt mondhatjuk, hogy az egészségkárosodott népesség közel háromnegyede községekben él. A városok esetében némiképp kiegyenlített a helyzet, míg a többi esetben a minősítéssel nem rendelkezők vannak többségben.

2. ábra. A teljes minta megoszlása a település típusa szerint kutatásonkénti, illetve orvosszakértői minősítéssel való rendelkezés szerint (%)



*Forrás: C és D kutatás.*

Az egyes csoportok átlagéletkorához képest meglehetősen alacsony az érintettek munkával töltött éveinek száma.<sup>3</sup> Ehhez hozzáadva a munkával töltött átlagos időt, látható, hogy a válaszadók átlagosan a 40. életév környékén hagytak fel a munkával, és átlagosan 9-10 éve vannak rokkantsági ellátásban.

<sup>3</sup>Az érintettek munkaerő-piaci jellemzőiről bővebben Bói Krisztina és Tátrai Annamária írtak tanulmányaikban.

2. táblázat. Bizonyos státuszokban eltöltött átlagos idő (átlagos év)

15 éves kora óta mennyi időt töltött az alábbi státuszokban	Nincs szakértői minősítése	Van szakértői minősítése
Tanulás	3,2	2,3
Fizetett munka	22,50	21,60
Munkánélküli	1,6	1,1
Rokkantsági nyugdíj / járadék	-	9,2
Szülési, gyermekgondozási szabadság	2,60	2,00
Egyéb inaktivitás	1,2	1,1

Forrás: C és D kutatás

Ha ezt az utóbbi adatot összevetjük az arra a kérdésre adott válasszal, hogy mikor szembesült először az akadályozottságot, illetve egészségkárosodást kiváltó problémájával, akkor elmondhatjuk, hogy az egészségügyi probléma a szakvélemény megszerzése előtt átlagosan 10 évvel jelenik meg, amit „tűrés időnek” is nevezhetünk.

Az adatokat területi bontásban vizsgálva két szélsőérték mutatkozik meg: az egyiket a budapesti, a másikat az észak-alföldi válaszadóknál tapasztaltuk. Mindkét csoportot tekintve az látható, hogy a budapestiek némileg több időt töltenek munkával (az átlagnál kb. 1,2 évvel többet, összesen átlagosan 23 évet), ugyanakkor kevesebbet töltenek rokkantellátásban is (Budapesten ez az adat átlagosan 4,8 év).<sup>4</sup> Az észak-alföldiek viszont jelentősen több időt töltenek a rokkantellátásban: a szakértői minősítéssel rendelkező emberek között átlagosan 10,4 évet, míg munkával átlagosan 20,5 évet.

Amikor a fogyatékos állapotokról beszélünk, akkor nem szabad eltekin-tenünk a gondnokság kérdéskörétől sem. Ennek nemcsak igazságügyi szempontból van jelentősége, hanem a fogyatékosügy társadalmi-emberjogi megközelítésében is, azon túl is, hogy az érintettek egyik alapelve a „Semmit rólunk nélkülünk!”, melyet a fogyatékos emberek jogairól szóló ENSZ egyezmény (CRPD, 2006) is deklarál.

Kutatásunkban foglalkoztunk ezzel a kérdéssel is, és azt találtuk, hogy a teljes minta 4,5%-a korlátozott cselekvőképességében (cselekvőképtelen:

<sup>4</sup>A rokkantellátás csak azoknak a válaszadóknak az esetében értelmezhető – a teljes minta tekintetében –, akiknek van orvosszakértői minősítésük.

1,8%, korlátozottan cselekvőképes: 2,7%). Ha tovább bontjuk az adatokat és kutatásonként vizsgáljuk meg őket, akkor az akadályozott emberek körében végzett vizsgálatban az arányuk 3,4%, míg az egészségkárosodottak körében végzett vizsgálatban 5,7%. Ha a szakértői minősítés szerint tekintjük az adatokat, akkor a minősítéssel nem rendelkezők csupán 1%-a, míg a minősítéssel rendelkezők 6,2%-a él a cselekvőképességet részben vagy teljesen kizáró korlátozás alatt.

Röviden összegezve a fenti adatokat és megállapításokat elmondható, hogy az alapvető társadalmi-demográfiai jellemzőket tekintve jelen kutatás adatai is megerősítik azt a képet, amely az érintett emberekről az elmúlt évtized – viszonylag csekély számú – méréséből tudható. Az érintettek átlagosan idősebb korösszetételűek, iskolai végzettségük, munkaerő-piaci részvételük, lakóhelyük fejlettsége jellemzően a teljes népességben tapasztalhatótól érdemben kedvezőtlenebb. Az adatok azonban felhívják a figyelmet arra, hogy e tényezők tekintetében is jelentős különbség van az egészségkárosodásukról orvosi minősítéssel rendelkező és nem rendelkező válaszadók között: a papírral nem rendelkezők jellemzői inkább a teljes népességhez állnak közelebb.

A területi (földrajzi) dimenziókat tekintve az adatok egyértelműen azt mutatják, hogy a gazdaságilag jobb helyzetű területeken élő emberek (Budapest, a közép-magyarországi régió és a nyugat-dunántúli) más karaktert adnak – a főbb demográfiai mutatók mentén, még akkor is, ha súlyos egészségkárosodással élnek. Ugyanakkor a fogyatékos emberek jellemzően a gazdaságilag elmaradottabb régiókban (észak-alföldi, az észak-magyarországi, valamint a dél-dunántúli régiók) élnek, és ez alátámasztja a Világbank tanulmányában foglaltakat, amely szerint a szegénység és a fogyatékoság egymást kölcsönösen erősítő tényezők (Elwan, 1999), melyek mind a két állapot kialakulása, mind a már meglévő állapotok súlyosbodása kapcsán fontos szerepet játszanak.

## 2. A VÁLASZADÓK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Az érintett csoportok kapcsán fontos kérdés, hogy valójában mi jellemzi egészségügyi állapotukat: milyen problémákkal küzdenek, mit éreznek a leginkább korlátozónak, hogyan ítélik meg saját helyzetüket.

Ha a válaszadókat legsúlyosabb fogyatékoságuk típusa szerint vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy – a 2001-es népszámlálás adataihoz hasonlóan – legnagyobb arányban a mozgásproblémával élő emberek vannak (a jelen kutatás válaszadóinak 42%-ára jellemző ez, míg a Népszámlálásban arányuk 43% volt). Ugyancsak jelentős csoportot alkotnak a krónikus betegek és a mentális / pszichés problémával élők. A legsúlyosabb problémájukat tekintve látás-sérültekhez sorolható emberek aránya a teljes mintában 11%, az értelmileg akadályozottaké 7%.

3 táblázat. Az akadályozottság típusa szerinti megoszlás  
2001-ben és 2010-ben (%)

Jelen kutatás 2010.	mozgás	látás	értelmi	hallás	egyéb	együtt
18-25 év	2	1	7	1	4	3
26-35 év	5	6	12	14	11	8
36-45 év	13	11	16	11	19	15
46-55 év	35	36	34	33	34	35
55 év felett	45	46	31	40	32	39
összesen	100	100	100	100	100	100
	42	11	7	3	37	100

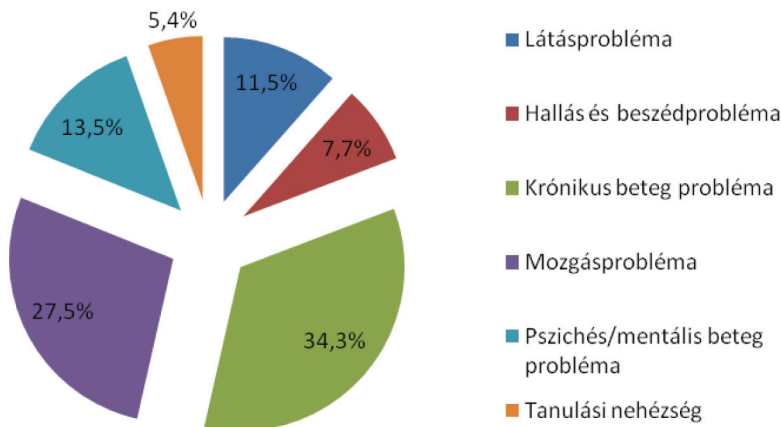
KSH 2001.	mozgás	látás	értelmi	hallás	egyéb	együtt
18-25 év	2	8	15	7	3	5
26-35 év	6	13	28	14	8	11
36-45 év	14	16	22	17	16	16
46-55 év	37	30	21	29	41	35
55 év felett	40	33	14	34	31	33
összesen	100	100	100	100	100	100
	43	12	11	8	27	100

*Forrás: KSH Népszámlálás 2003. Bass László számítása alapján*

Mindemellett, ha nem a legsúlyosabb fogyatékossgot, hanem valamennyi – a válaszadók által említett – problémát tekintjük, úgy a mintában olyan emberek vannak a legnagyobb arányban, akik krónikus betegséggel (is) küzdenek (34,3%). Őket a problémák gyakoriságát tekintve a mozgásprobléma (27,6%), majd a pszichés, mentális probléma (13,5%), a látásprobléma (11,5%), a hallás- és beszédprobléma (7,7%), illetve a tanulási nehézség követi (5,4%).<sup>5</sup>

<sup>5</sup>A válaszadók több kategóriába is sorolhatták magukat, így tekintjük az összes választ.

3. ábra. Az akadályozottság típusainak előfordulása az összes válasz (N=9780) arányában (%)



Forrás: C és D kutatás

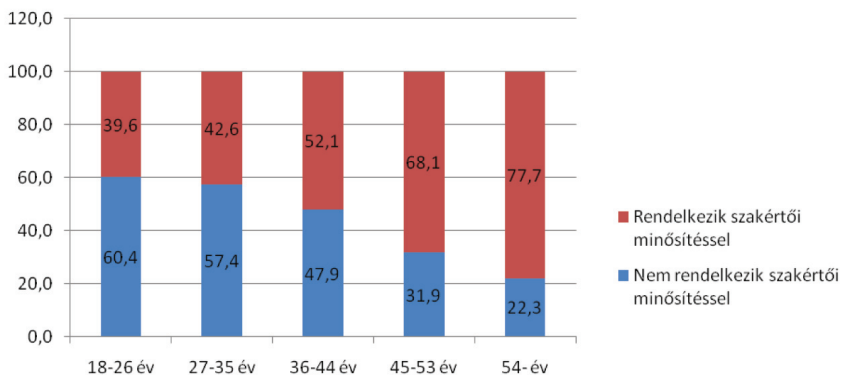
Az összes válaszadó 68,6%-ának van orvosszakértői minősítése. Ez az arány a férfiak körében az átlagnál magasabb 72,5%, a nők körében alacsonyabb 66%.

A minősítéssel rendelkezők helyzetét tovább vizsgálva azt találjuk, hogy 5-ből 4-en (82%) voltak felülvizsgálaton az utóbbi 10 évben, és közülük 6%-uknak javult az állapota. A többiek 47%-ánál állapotromlást, a másik 47%-nál pedig az állapot változatlanóságát állapították meg a bizottságok.

Forrás: C és D kutatás

Az orvosszakértői minősítés szerinti arányokat korcsoportonként vizsgálva látható, hogy az életkor előrehaladtával egyre inkább előtérbe kerül a hivatalos szakértői minősítés, és e tekintetben a 40-es éveik középpén járó generációt tekinthetjük fordulópontnak: míg a legfiatalabbak közül minden negyedik

4. ábra. A teljes mintában (N=4000) szereplők arányos korcsoportos megoszlása aszerint, hogy az illetőnek van-e orvosszakértői minősítése (%)



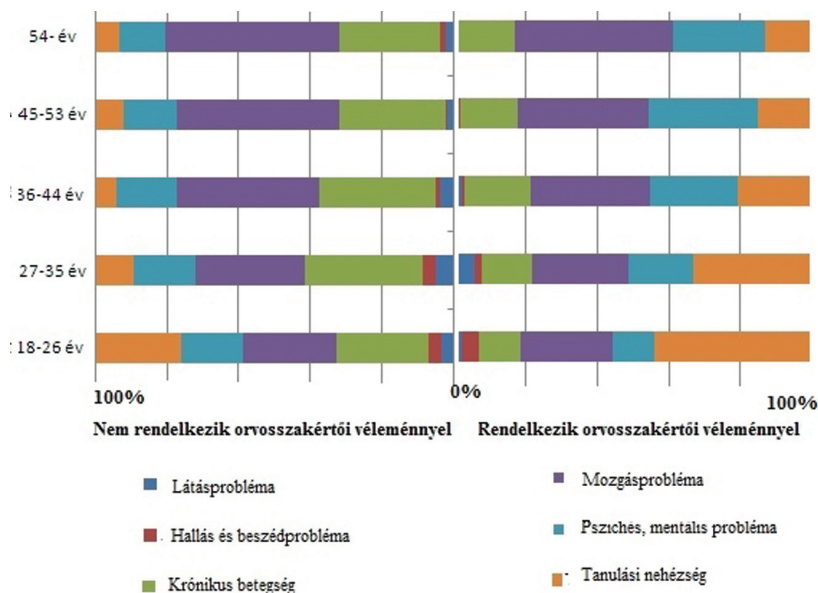
Forrás: C és D kutatás



embernek, és a 36–44 évesek közül minden második érintettnek van az egészségkárosodásáról szóló orvosi szakvéleménye, addig arányuk a legidősebbek között 77,7%-ot ér el.

Az, hogy az érintettek milyen típusú problémákkal rendelkeznek, az 5. ábrán arányos korcsoportos, illetve az orvosszakértői minősítés szerinti bontásban látható. Az adatok szerint jelentős eltérés van a minősítéssel rendelkezők és az azzal nem rendelkezők csoportjai között abban a tekintetben, hogy az egyes állapotok milyen arányban jellemzik az érintett válaszadókat. A minősítéssel rendelkezők között érdemben magasabb arányban vannak a mozgásproblémával (is) élő emberek (28%), illetve a pszichés / mentális problémával (is) küzdők (18,1%) a hivatalos papírt nem birtoklókhoz képest. Ez utóbbiak körében a mozgásproblémával (is) élő emberek aránya 13,1%, a pszichés, illetve mentális problémával (is) élő emberek aránya pedig 4,6%. A minősítéssel nem rendelkezőknél a krónikus betegségek inkább jellemzőek. Ennek oka az lehet, hogy a krónikus betegségek sok esetben nem, vagy csak idősebb korban érik el azt az életminőség-romlási küszöböt, ahol a munkavállalási esélyek jelentősen romlanak. A meglévő munkaviszonyt fenn tudják tartani, és kevésbé szorulnak szociális jellegű juttatásokra, mint akik fiatalabb koruk óta küzdenek valamilyen betegséggel. A krónikus betegséggel (is) rendelkező fiatalabb korcsoportokban inkább a minősítés nélkül élők vannak nagyobb arányban.

5. ábra. A fogyatékoságtípusok megoszlása arányos korcsoportos bontásban, illetve aszerint, hogy van-e az illetőnek orvosszakértői minősítése



Forrás: C és D kutatás

Az adatokat vizsgálva két jellemző trendet lehet látni. Az egyikbe a krónikus betegségekkel, a mozgásproblémákkal, illetve a pszichés és mentális problémákkal is élő emberek tartoznak., a másik trendbe a látásproblémával, a hallás és beszédproblémával, illetve a tanulási nehézséggel is élő emberek. Mindkét esetben a szakértői minősítés mentén látható egy-egy trend: az első esetben a trend ellentétes irányú a korcsoportok között, míg a másik esetben a trend iránya megegyezik, akár rendelkezik szakértői minősítéssel az érintett személy, akár nem. A mozgásproblémákkal, krónikus betegségekkel, illetve pszichés, vagy mentális problémákkal is élők körében megfigyelhető, hogy a fiatalabb korcsoportokban inkább a minősítés nélkül élők vannak nagyobb arányban. A szakértői minősítéssel rendelkezők esetében viszont egyértelmű a növekedés az idősebb korosztályok felé haladva. Feltételezzük, hogy szerepet játszik az életminőség erőteljes romlása, ami mögött az életkor, az egészségi állapot (szervezet fizikai igénybevétele, civilizációs betegségek, stb.) is állhatnak. A másik csoport esetében a trendbeli különbség abban mutatkozik, hogy az életkor előrehaladtával arányuk csökken mindkét esetben (rendelkezik/ nem rendelkezik minősítéssel), illetve kiegyenlítődik a magasabb életkorok felé haladva. A tanulási nehézségekkel élők körében megfigyelhető, hogy (ide értve az értelmi sérültek, az autizmussal élők, illetve a tanulási problémákkal (diszlexia, stb.) is élőket) a fiatalabb generációkban nagyobb az arányuk, csökken az idősebb korcsoportokban, illetve inkább rendelkeznek szakértői minősítéssel minden korcsoportban, mint nem. Az akadályozottság egyik fontos tényezője a funkcionális problémák kérdése. A fogyatékoságtudomány irodalma is szorosan összekapcsolja a testi és a pszichés állapot, valamint a funkcionális kérdéskörét, ezért kutatásunkban mi is kitértünk ennek vizsgálatára. (WHO–FNO 2002; Maschke 2007).

Az 4. táblázat a válaszadók funkcionális problémáinak mért kategóriáit mutatja, és azt, hogy azokon belül a válaszok milyen arányban oszlanak el. Meg kell jegyezni, hogy több válasz is adható volt erre a kérdésre (hiszen egy válaszadó több funkcionális problémával is küzdhet).

4. táblázat. A kérdezett funkciók megoszlása az összes válaszok tekintetében

A funkciók	A válaszok	
	száma (db)	aránya az összes problémát tekintve (%)
A látás (szemüveg viselése mellett is) okoz-e nehézséget?	714	5,22
A hallás (hallókészülék viselése mellett is) okoz-e nehézséget?	287	2,10
A járás, a lépcsőjárás okoz-e nehézséget?	2138	15,62
A folyamatos ülés, állás okoz-e nehézséget?	1680	12,26
A visszaemlékezés, a koncentráció okoz-e nehézséget?	536	3,92
A kommunikáció (mások megértése, illetve önmaga másokkal való megértetése) okoz-e nehézséget?	313	2,29
Tárgyak megfogása, továbbítása okoz-e nehézséget?	948	6,92
Az emelés, a cipekedés okoz-e nehézséget?	2918	21,31
A hajolgatás okoz-e nehézséget?	2261	16,52
Hirtelen mozdulatok (valami elkapása, megmarkolása, fordulás stb.) okoznak-e nehézséget?	1895	13,84
<b>Összesen</b>	<b>13690</b>	<b>100,00</b>

*Forrás: C és D kutatás*

Azonnal szembetűnik, hogy a mozgással kapcsolatos funkcionális problémák jelennek meg legnagyobb arányban. Az érintettek körében jelentős csoportot képező krónikus betegséggel is küzdők akadályozottságát az egyes funkcionális problémák tekintetében vizsgálva azt találjuk, hogy szintén a mozgáshoz köthető korlátozottságok – az emelés, a cipekedés (21,8%), a hajolgatás (16,5%), illetve a járás, a lépcsőjárás (14,8%) – okozzák számukra a legnagyobb problémát.

A fogyatékoság kapcsán, annak harmadik dimenziójaként, kérdeztünk a társadalmi részvételhez kapcsolódó egyes tevékenységek problémáiról is. Ez a kérdésfelvetés kapcsolódik az FNO<sup>6</sup> által használt megközelítéshez, de egyes aspektusai azonosságot mutatnak a társadalmi részvétel általánosan megfogalmazott dimenzióival is. A következő tényezőket vizsgáltuk az egyén esetében: önmaga ellátását, az otthoni tevékenységeket, a közlekedést – a tömegközlekedéssel együtt –, az ügyintézés – ide értve a hivatalos dokumentumok értelmezését, kitöltését, illetve az ügyben való eljárást is –, a vásárlást, a kommunikációt, a döntési lehetőségeket, a pénzkezelés jellemzőit, a társas

<sup>6</sup>FNO: A fogyatékoság, funkcióképesség, egészség nemzetközi osztályozása, WHO 2002.

kapcsolatokat, a tájékozódást a világ dolgaiban, a sportolást, az utazást és a nyaralást.

Az eredmények azt tükrözik, hogy a válaszadók jellemzően kevésbé szorulnak segítségre ezekben a tevékenységekben: közülük is legnagyobb arányban a világ dolgairól tudnak tájékozódni segítség nélkül, míg támogatásra leginkább a vásárlás (10,9%) során, valamint az ügyintézés (9,6%) során szorulnak segítségre.

A válaszadók 24%-a jelezte, hogy van legalább egy olyan felsorolt tevékenység, amelyet sem önállóan, sem segítséggel nem tud ellátni (illetve részt venni benne). E tevékenységek közül a leggyakrabban a sportolást, illetve a tanulást/munkavégzést említették. Az akadályozottság-típusokat tekintve legnagyobb arányban a krónikus betegséggel élők, illetve a mozgásproblémával élők jelezték, hogy segítségre van szükségük a felsorolt tevékenységek esetében.

Az orvosszakértői minősítéssel élő személyekre mindemellett inkább jellemző, hogy segítségre van szükségük: közülük 59,4%-uk valamelyik tevékenység esetén jelezte, hogy segítségre van szüksége, ugyanakkor a minősítéssel nem rendelkezők esetében több mint háromnegyedük semmilyen tevékenység esetében nem szorul segítségre.

A válaszok tanulsága szerint jellemzően a megkérdezett személlyel együtt élő családtagok (81%-nyi a megkérdezettek esetében), illetve a nem az érintettel együtt élő családtagok és rokonok (11%-nyi a megkérdezettek esetében) segítenek. Más válaszok csak kis mértékben fordulnak elő (barátok, ismerősök, illetve hivatásos segítők 2-3%), ami azt mutatja, hogy a megkérdezett személyek erősen támaszkodnak legszűkebb családi kapcsolataikra, rokonságukra. Ha megvizsgáljuk, hogy milyen fokú a károsodása azoknak az érintetteknek, akik a velük együtt élő családtagjaiktól kapnak segítséget, akkor az mondható el, hogy leginkább az 50–79%-os egészségkárosodással élők támaszkodnak erre. A fogyatékoságtípusokon belül – a teljes mintában – legnagyobb arányban (41,1%-nyian), a mozgásproblémákkal élő emberek jelezték, hogy segítséget kapnak a fenti lehetőségek formájában. Őket a pszichés, illetve mentális problémákkal élő emberek (22,7%-nyian) és a krónikus problémával élő személyek (20,5%-nyian) követik.

A válaszadók egészségi állapotát többféle tekintetben lehet és érdemes vizsgálni: az objektív (orvos szakértői) jellemzők mellett érdemes megnézni, hogy miként vélekedtek – szubjektívan – a válaszadók a saját egészségi állapotukról.

Az adatok jelzik: az érintett népesség saját egészségi állapotát a teljes népességénél jóval kedvezőtlenebbnek ítéli: míg az egészségkárosodott válaszadók körében 61%, az akadályozott emberek között 38%, addig a teljes népességben mindössze 11% azoknak az aránya, akik szerint saját egészségi állapotuk rossz vagy nagyon rossz. A negatív válaszok magas aránya egyértelműen arra enged következtetni, hogy az egészségi állapotban bekövetkező, komoly életminőség-romlást előidéző változás nyilvánvalóan hat az egyén egész életére.

5. táblázat. A teljes minta (N=4093) és a teljes 18-62 éves népesség szubjektív egészségi állapota, a szakértői minősítéssel való rendelkezés szerint, %-ban

A megkérdezett személy véleménye saját egészségi állapotáról	Nincs szakértői minősítése	Van szakértői minősítése	A teljes népesség (18-62 évesek)
Nagyon rossz	3,6	13,0	2
Rossz	19,9	48,5	9
Kielégítő	56,7	34,3	26
Jó	18,5	4,0	43
Nagyon jó	1,3	0,2	20
Összesen	100,0	100,0	100,0

Forrás: Saját számítás ebből a kutatásból, illetve TÁRKI Omnibusz 2010/11–12.

Ha azt vizsgáljuk, hogy a szubjektív egészségi állapotot milyen tényezők befolyásolhatják, akkor egy regressziós modell segítségével azt találjuk, hogy az általunk bevont változók<sup>7</sup> közül, (sorrendben) az egészségkárosodás mértéke, az iskolai végzettség, valamint az életkor befolyásolja leginkább a kérdésre adott választ (a modell magyarázó mértéke 19,4%). Kibontva ez azt jelenti, hogy a nagyobb mértékű egészségkárosodás átlagosan rosszabb szubjektív egészségi állapottal jár, ahogy a magasabb életkor is. A magasabb iskolai végzettség esetében fordított a helyzet és inkább jobb szubjektív egészségi állapottal társul. Ha ezt a modellt kibővítjük a különféle fogyatékoságtípusokkal, akkor a magyarázó érték 26,1%-ra emelkedik. Ebben a modellben az előbbiekhöz képest az is megfigyelhető, hogy a fogyatékoságtípusok közül a krónikus betegség és a pszichés, illetve mentális problémák mutatnak erősebb kapcsolatot a szubjektív állapottal a többi fogyatékosági típushoz képest. Az akadályozottság jellegének súlyossága és a szubjektív egészségi állapot megítélése mindkét esetben azonos irányba mutat, tehát ahogy növekszik a károsodás mértéke, úgy romlik az állapot megítélése is.

A fogyatékosággal kapcsolatosan gyakran előkerül az a kérdés, hogy a személy miként gondol önmagára, fogyatékosággal élő embernek tekinti-e magát (Parsons 1954). Kutatásunkban ezt két kérdéssel mértük: azzal, hogy a megkérdezett személy fogyatékos embernek tekinti-e magát, illetve azzal, hogy mi jut eszébe a fogyatékos ember kifejezésről.

Az elemzésekből kapott adatok érdekes képet mutatnak: jelzik, hogy a mintába került válaszadók nem túl nagy aránya gondolja magáról, hogy fo-

<sup>7</sup>A modellbe bevont változók: a kérdezett neme, életkora, a település típusa, a lakóhely régiója, a megkérdezett személy legmagasabb iskolai végzettsége, egészségkárosodásának mértéke, hány éve szembesült először a megkérdezett személy a problémájával.

gyatékos ember, holott így-vagy úgy akadályozva érzik önmagukat. Különösen meglepő, hogy az orvosszakértői minősítéssel nem rendelkezők véleménye gyakorlatilag alig tér el a teljes népességben megfigyelhető vélekedésektől (fogyatékos embernek az előbbi csoportban 8%, az utóbbiban 4% tekinti magát). Az orvosszakértői minősítéssel rendelkezők között az önmagukat fogyatékossgal élő embernek tartó válaszadók aránya 38%.

*6. táblázat. Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek, valamint a 18–62 éves népesség aránya aszerint, hogy fogyatékos embernek tartja-e önmagát (%)*

A megkérdezett személy fogyatékos embernek tartja-e önmagát?	A válaszolónak nincs szakértői minősítése	A válaszolónak van szakértői minősítése	A teljes népesség (18–62 évesek)
Igen	8	38	4
Nem	91	61	95
Nem tudja	1	1	1
<b>Összesen</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Forrás: C kutatás, D kutatás, TÁRKI Omnibusz 2010/11–12.*

Ezek az adatok sok mindent jelezhetnek: a fogyatékossg fogalmához kapcsolódó jellemzően negatív asszociációkat (s emiatt azt, hogy nem szívesen használják a fogyatékos kifejezést önmagukra a megkérdezettek), de ugyanígy az orvosszakértői minősítéssel rendelkezők általában (szubjektíven) rosszabb egészségi állapotát is tükrözhetik.

### 3. ÖSSZEZÉS

Összegezve azt mondhatjuk, hogy a csoportok jelentős heterogenitása mellett van jó néhány olyan jellemző, amely általában és/vagy a teljes népességre vonatkozóan sokkal inkább jellemzi az akadályozott, illetve az egészségkárosodott embereket. Meghatározó jellemző az átlagosan alacsonyabb iskolázottság és az életkor eltolódása az 50 évesnél idősebb csoportok felé, ahogy az is, hogy ezek az érintett emberek az átlagosnál nagyobb arányban olyan régiókban élnek, ahol a gazdasági és a társadalmi mutatók rosszabbak az egész országot jellemzőnél.

A különféle fogyatékossgtípusok megoszlását tekintve az érintettek körében a mozgásproblémával és a krónikus betegséggel (is) élő emberek vannak a legtöbben (függetlenül attól, hogy van-e orvosszakértői minősítésük). A mozgásproblémák valamint a krónikus betegségek láthatólag az életkor előrehaladtával válnak számottevővé. Ehhez kapcsolható az a megállapítás is, amely szerint a legjellemzőbb funkcionális problémák a mozgásproblémák

közé sorolhatóak: így a járás, a lépcsőjárás, a cipekedés jelenik meg leginkább az erre a kérdésre vonatkozó válaszokban.

A társadalmi hátrány tekintetében az látható, hogy ha a megkérdezett személyek segítségre szorulnak, akkor leginkább a velük együtt élő családtag segít nekik. Alig jellemző, hogy hivatásos segítő támogatja őket mindennapi tevékenységeikben.

Az érintettek állapotának szubjektív megítélése a teljes népességhez képest érdemben kedvezőtlenebb: az adatok tanulsága szerint azok esetében a legrosszabb, akiknek van orvosszakértői minősítésük. Az önmagukat fogyatékkal élő embernek tartók hányada is közöttük a legmagasabb: az ő esetükben tízből négyen gondolkodnak így önmagukról, míg a minősítéssel nem rendelkezők között és a teljes népességben is jóval kisebb ez az arány.

## IRODALOM

Elwan, A. (1999): *Poverty and Disability: A Survey of the Literature*, World Bank.

Maschke, M. (2007): *Behindertenpolitik in der E. U. Weimar*, WS Verlag für Sozialwissenschaft.

Parsons, T. (1951): *The Social System*. Glencoe, Illinois: The Free Press.

Scharle Á. 2008: *Korai nyugdíjba vonulás*. In.: Nagy Gyula (szerk.): *Jóléti ellátások, szakképzés és munkakínálat*. 81–103. Budapest, MTA Közgazdaságtudományi Intézet (KTI Könyvek 10.) [http://www.econ.core.hu/file/download/ktik10/ktik10\\_4\\_nyugdij.pdf](http://www.econ.core.hu/file/download/ktik10/ktik10_4_nyugdij.pdf)

WHO 2002: *A fogyatékoság, funkcióképesség és egészség nemzetközi osztályozása* (FNO).





BÓI KRISZTINA

## AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK FŐBB MUNKAERŐ-PIACI JELLEMZŐI

Ennek a tanulmánynak a célja az egészségkárosodottságukról orvosszakértői véleménnyel rendelkező emberek főbb egészségügyi jellemzőinek, munkaerő-piaci helyzetének bemutatása, továbbá annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy mi befolyásolja leginkább elhelyezkedésüket a munkaerőpiacon. A tanulmányunkban az akadályozott emberek (C) és az egészségkárosodott emberek (D) mintáját együttesen használtuk, mégpedig úgy, hogy mindkét adatbázisból leválogattuk az orvosszakértői véleménnyel rendelkező válaszadókat. Ezen kívül az elemzés során az adatok összehasonlításához a KSH 2002-es és 2008. IV. negyedéves munkaerő-felmérésének, valamint a KSH 2009-es ELEF-adatfelvételének eredményeit használtuk fel.

### 1. AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREKRE HATÓ MUNKAERŐ-PIACI FOLYAMATOK A RENDSZERVÁLTÁS UTÁN

Magyarországon a rendszerváltást követően a tulajdonviszonyok átalakulása mellett jelentősen megváltozott a foglalkoztatás szerkezete is. A munkavállalók aránya az 1982-ben mért 63,2%-ról 2009-re 42,3%-ra csökkent (Kolosi–Keller 2010, 108). Az átalakulás után, 1991-ben mért 1,9%-os munkanélküliségi ráta 1993-ra 7,8%-ra emelkedett, majd 1993–1994-ben elérte a 13%-os csúcspontot (Kolosi 2000, 83). Ezt követően a munkanélküliek aránya 5-7% körül mozgott, egészen 2009-ig amikor is a gazdasági válság hatására ismét megemelkedett és elérte a 10%-ot. (Kolosi–Keller 2010, 109). A munkaerőpiac zsugorodásának következtében az állástalan emberek számának növekedésével párhuzamosan megnőtt a karkedvezményes nyugdíjba, valamint a rokkantnyugdíjba vonuló emberek száma. Az öregségnyugdíj-korhatárnál fiatalabb rokkantnyugdíjasok aránya az 1990. évi 233 ezerről 1996-ig a másfélszeresére nőtt, majd 2003-ra megduplázódott (Scharle 2007, 91). A rendszerváltást követően a rokkantsági nyugdíjasok közel 70-80 százaléka a rehabilitálható III. rokkantsági csoportba tartozott, de közülük csak kevesen kerülhettek vissza a munkaerőpiacra, mivel Magyarországon az 1990-es évek közepéig nem születtek lényeges döntések e csoport munkaerő-piaci helyzetének javítása érdekében (Gere 2001, 223.). Tényleges előrelépés 1996-ban történt, amikor a Munkaerő-piaci Alap részeként létrejött a Rehabilitációs Alap. Ezzel megteremtődtek a megváltozott munkaképességű munkavállalók integrált szolgáltatásainak feltételei (Gere–Szellő 2007, 35). Még ugyanabban az évben a munkanélküli emberek ellátásáról szóló törvény módosítását követően a foglalkozási rehabilitáció koordinálását az Állami Foglalkoztatási Szolgálat kapta meg (Szellő 2009, 5). E döntés hatására új munkaerő-piaci programok, szolgáltatási rendszerek

nyertek teret. Ezzel párhuzamosan a 1997–1998-ban lezajlott nyugdíjreform során szigorították a rokkantnyugdíjazás feltételeit, továbbá megszüntették a rokkantsági ellátásra való végleges jogosultságot, és az átmeneti jogosultság megtartásához gyakoribb orvosi vizsgálatot írtak elő (Scharle 2007, 94). A megváltozott munkaképességű emberek foglalkoztatási rendszerét 2005-ben újra átalakították. A korábbi, normatív támogatási rendszert ellenőrzöttebb, részben normatív, részben pályázati támogatási rendszer váltotta fel. A megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci helyzetére további hatással volt a rehabilitációs járadék 2008-ban történő bevezetése<sup>1</sup>. Ezzel a lépéssel az volt a cél, hogy a rehabilitálható megváltozott munkaképességű emberek visszatérjenek a munkaerőpiacra, és csak azok kényszerüljenek rokkantnyugdíjba, akik nem rehabilitálhatóak. Összefoglalóan elmondható, hogy a rendszer célja – a hozzá kapcsolódó jogszabályokban kinyilvánítottak szerint legalább is – a megváltozott munkaképességű emberek egészségi állapotának és képzettségének megfelelő munkavégzéshez szükséges feltételek biztosítása. A korábban kitűzött célok azonban csak részben valósultak meg, mivel az utóbbi évtizedekben nem emelkedett jelentős mértékben az e csoporthoz tartozók foglalkoztatási szintje. Többségük inaktív és nem keres munkát. A rehabilitációs támogatási rendszer közel 30–40 ezer érintett számára tud védett vagy támogatott foglalkoztatást biztosítani, miközben hozzávetőlegesen 140 ezren szeretnének munkát vállalni (Scharle 2011, 13).

## 2. AZ ORVOSSZAKÉRTŐI MINŐSÍTÉSSEL RENDELKEZŐ EGÉSZSÉG-KÁROSODOTTAK FŐBB JELLEMZŐI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A FOGLALKOZTATOTT VÁLASZADÓKRA

A két kutatás során megkérdezett férfiak 42 százaléka, a nők 58 százaléka válaszolta azt, hogy rendelkezik az OOSZI vagy az ORSZI által kiállított érvényes szakvéleménnyel. Ez összességében 2809 főt jelent a 4093 megkérdezett közül. Döntő többségük 54 évesnél idősebb (61,5%), 23,2%-uk 45–53 éves életkorú, 9,8%-uk 36–44 éves és mindössze 5,5% -uk fiatalabb 36 évesnél.

Az orvosszakértői minősítéssel rendelkező foglalkoztatott<sup>2</sup> válaszadók átlagéletkora 50 év. Az 1. táblázat adatai szerint a foglalkoztatott megkérdezettek 15 éves koruk óta átlagosan 3,8 évet töltöttek tanulással, többségüknek középfokú végzettsége van. A többi csoporthoz képest meglehetősen alacsony, 21,3 év a fizetett munkával eltöltött éveik átlaga. Ha ehhez a számhoz még hozzáadjuk a munkanélküli státuszban (0,9 év), a

<sup>1</sup>Rehabilitációs járadékra azok az 50–79 százalékos egészségkárosodással élő emberek a jogosultak, akik rehabilitáció nélkül nem alkalmasak munkavégzésre, nem folytathatnak kereső tevékenységet, egyéb ellátásban nem részesülhetnek, rehabilitálhatóak és rendelkeznek a rokkantnyugdíjhoz szükséges szolgálati idővel.

<sup>2</sup>Foglalkoztatott válaszadónak azt a válaszadót tekintettük, aki a következő kérdésre igennel válaszolt: Dolgozik-e Ön jelenleg (beleértve az alkalmi munkát és a vállalkozói tevékenységet is)?

szülési, gyermekgondozási szabadsággal (1,9 év), valamint az egyéb inaktív státuszban eltöltött (0,4 év) időt, akkor kijelenthetjük azt, hogy a csoport tagjai átlagosan 25,5 évet töltöttek a munkaerőpiacon. Ezek szerint átlagosan és legjellemzőbben 44-45 éves korukban mentek nyugdíjba, és közel 7 éve részesülnek rokkantsági ellátásban.

*1. táblázat. Az orvosszakértői véleménnyel rendelkező foglalkoztatott egészségkárosodott emberek főbb jellemzői (15 éves koruk óta az egyes státuszokban eltöltött éveik száma)*

Tanulás (N=414)	Fizetett munka (N=416)	Munkanélküliség (N=402)	Rokkantsági nyugdíj, rokkantsági járadék (N=412)	Szülési, gyermekgondozási szabadság (N=401)	Egyéb inaktív idő (N=389)
3,8	21,3	0,9	6,8	1,9	0,4

*Forrás: C és D adatbázis az orvosszakértői véleménnyel rendelkező foglalkoztatott egészségkárosodott emberekről.*

Állapotuk súlyossága szerint az egészségkárosodott válaszadók 33%-a enyhe rokkantsági csoportba, 51%-a III-as rokkantsági csoportba, míg 16 %-a a I/II. rokkantsági csoportba sorolható. A nők 4 százalékponttal többen vannak a III. csoportban és 7 százalékponttal kevesebben vannak az I-II. csoportban, mint a férfiak. A munkavállalók között közel fele-fele arányban találunk olyanokat, akik enyhe fokú, illetve III-as fokozatú minősítéssel rendelkeznek (44%; 45%) miközben 11%-ra tehető a legsúlyosabb, az I/II. rokkantsági csoportba tartozók hányada.

*2. táblázat. Az egészségkárosodott emberek állapotának súlyossága (%)*

	Egészségkárosodott emberek (N=2809)	Férfiak (N=1186)	Nők (N=1623)	Foglalkoztatottak (N=422)
<b>-49%, -66%-ig enyhe fokú</b>	33%	31%	34%	44%
<b>50-79%, 67%, III. csop. rokkant</b>	51%	49%	53%	45%
<b>80%-, 68%- I/II. csop. rokkant</b>	16%	20%	13%	11%

*Forrás: C és D adatbázis - orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodottak*

A kérdőívben szerepelt egy kérdés, amelyből azon túl, hogy megtudtuk, ki milyen problémával lett leszázalékolva, képet kaptunk a megkérdezett embereknek a saját egészségi állapotukra vonatkozó szubjektív véleményéről is. A válaszadókat arra kértük, hogy négyfokú skálán fejezzék ki, mennyire

jellemző rájuk a táblázatban felsorolt állapotok valamelyike: a 0 azt jelentette, hogy egyáltalán nem, míg a hármas azt, hogy nagyon jellemző. A 3. táblázatban azoknak a válaszait tüntettük fel, akiket kissé, illetve nagyon jellemez egy adott probléma (erről lásd bővebben Pál Zsolt tanulmányát). A válaszadók túlnyomó többsége krónikus betegséggel (86%), mozgás problémával (71%), vagy mentális, pszichés problémával (38%) is rendelkezik. Az arányokat tekintve őket követik a látás- (31%), a hallás- (22%) és értelmi problémával is élő emberek. Az egyes állapotok súlyosságát alapul véve úgy tűnik, az értelmi probléma (9%) érinti őket a legkevésbé, míg a krónikus betegség probléma (59%) a leginkább.

*3. táblázat. Az orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberek fogyatékoság szerinti bontásban (önbesorolás %)<sup>3</sup>*

	Hallás- (N=2789)	Látás- (N=2801)	Mozgás- (N=2785)	Értelmi- (N=2756)	Krónikus betegség (N=2796)	Pszichés, mentális betegség (N=2803)
<b>Nincs neki</b>	78	69	29	85	14	62
<b>Enyhe, közepes</b>	18	25	32	9	27	23
<b>Súlyos</b>	4	6	39	6	59	15
<b>Összesen</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>71</b>	<b>15</b>	<b>86</b>	<b>38</b>

*Forrás: C és D adatbázis az orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberekről.*

A megváltozott munkaképességű emberek többsége az alapbetegségből kifolyólag számos olyan korlátozottsággal (pl.: értelmi, érzékszervi, testi stb.) él, amelyek nehézséget okoznak a mindennapi tevékenységek ellátása, elvégzése során. Az adatok szerint az emelés a cipekedés, a járás, a lépcsőjárás valamint a hajolgatás okozza a legtöbb nehézséget. A foglalkoztatottak körében alacsonyabb azoknak a hányada, akiknek a járás, a lépcsőjárás, a visszaemlékezés, a koncentráció, a kommunikáció, a tárgyak megfogása, továbbítása, az emelés, a cipekedés valamint a hajolgatás gondot okoz. Ezek a tényezők nagy valószínűséggel megkönnyítik e csoport elhelyezkedését. A két nem válaszai között ebben sem találtunk érdemi különbséget.

<sup>3</sup>A válaszadók több kategóriába is besorolhatták magukat.

## 4. táblázat. Az egészségkárosodott embereket jellemző korlátozottságok (%)

A korlátozottság fajtája	Egészségkárosodott emberek (N=2809)	Férfiak (N=1186)	Nők (N=1623)	Foglalkoztatottak (N=422)
Látás (szemüveggel is)	19	18	20	18
Hallás (hallókészülékkel is)	8	10	7	6
Járás, lépcsőjárás	61	61	62	56
Ülés, állás (folyamatosan)	47	43	50	46
A visszaemlékezésben, a koncentrációban	16	14	17	10
A kommunikációban	9	10	8	5
Tárgyak megfogásában, továbbításában	28	27	28	23
Emeléskor, cipekedéskor	78	76	79	73
Hajlogatáskor	61	59	63	54
Hirtelen mozdulatok esetén (valami elkapásakor, megmarkolásakor, forduláskor)	52	52	52	51

Forrás: C és D adatbázis orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberekről.

Az egészségkárosodás előfordulásának valószínűsége a kor előrehaladtával egyre gyakoribb. A férfiak 32%-a, a nők 34%-a 36–45 éves kora között szembesült problémáival. 46 évesnél idősebb életkorban a férfiak 27%-ának, a nők 24%-ának károsodott az egészsége.

## 5. táblázat. Szembesülés az egészségkárosodás okával (%)

Mely életkorban következett be az egészségkárosodás?	Férfiak (N=1186)	Nők (N=1623)	Foglalkoztatottak (N=422)
Születésétől fogva fennáll	6	6	6
1–17	8	8	9
18–25	9	8	12
26–35	18	20	24
36–45	32	34	31
46–54	24	23	17
55–64	3	1	1

Forrás: C és D adatbázis az orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberekről.

A legnagyobb esélye a munkavállalásra azoknak van, akik 18–35 éves koruk között szembesültek betegségeikkel: a dolgozók aránya ebben a csoportban 19 százalék. Minél idősebb korban szembesül valaki az akadályozottságával, annál kisebb a valószínűsége annak, hogy munkába tud állni (36–45 éves életkorban a munkavállalók aránya 14%, a 45–54 éves korosztályban 11%). Akik 55–62 éves koruk között váltak megváltozott munkaképességű emberré, azok közül csupán 4 százaléknyan vállaltak munkát.

A kérdőívben fontosnak tartottuk annak megkérdezését is, hogy a kérdezettek miképpen vélekednek saját egészségi állapotukról. A válaszokból legfőképpen az egészség fogalmának<sup>4</sup> lelki és szociális vetületére következtethetünk, valamint közvetve az érintettek életminőségéről, munkaképességéről is képet kaphatunk.

A KSH által 2009-ben végzett ELEF-felmérés adatai szerint a magyarországi lakosság 16,8%-a nagyon jónak, 37,4% jónak, míg 31,2% kielégítőnek, 10,9%-a rossznak, 3,7%-a nagyon rossznak ítéli saját egészségi állapotát. (Havasi–Horváth 2011, 5). Ehhez képest a vizsgált mintában az egészségkárosodással élő emberek döntő többsége, 61,5 százaléka gondolja rossznak, illetve nagyon rossznak az egészségi állapotát. Ez messze elmarad e csoportot tekintve az Európai Unió tagállamaiban (EU27) 2008-ban mért 9,5 százalékos, a Magyarországon mért 19,2 százalékos értéktől (Havasi–Horváth 2011, 17). Ebből a WHO-definíció tükrében akár arra is következtethetünk, hogy a potenciális munkavállalók azok közül kerülhetnek ki, akik kielégítőnek (34,3%), jónak (4%) vagy nagyon jónak (0,2%) ítélik az egészségüket. A férfiak és a nők között nem találtunk számottevő különbséget, viszont a foglalkoztatottak, és a nem foglalkoztatottak körében mutatkozik némi eltérés. A foglalkoztatott emberek 9,7%-a vélekedik úgy, hogy jó illetve nagyon jó az egészségi állapota, miközben a nem foglalkoztatottak körében ez az arány csupán 3,2%.

Területi bontásban vizsgálva az orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberek arányát azt találjuk, hogy enyhe fokú egészségkárosodottságot megállapító orvosszakértői minősítésű egészségkárosodott embereket minden régióban közel azonos arányban találunk: a legtöbben az Észak-Alföld (39%), míg a legkevesebben (30%) a Közép-Dunántúl térségében élnek. Mindegyik régióban a III. kategóriába tartozók a legnagyobb csoport. Közülük a legtöbben (58%) a Dél-Alföldön, közel ugyanennyien (55%) a Dél-Dunántúlon, míg legkisebb arányban (45%) Közép-Magyarország területén élnek. Az ország többi régiójában kiegyenlített az arányuk. A legsúlyosabb fokú egészségkárosodottsággal élő emberek több mint fele (51%) a Dunántúlon él. Ebben a térségben a Dél-Dunántúlon élnek közülük a legkevesebben, mindössze 13 százaléknyan. Kelet-Magyarország területén nagyobb különbségeket találunk az egyes régiók között: míg az Észak-Alföldön és a

---

<sup>4</sup>A WHO definíciója szerint az egészség nem csupán a betegség és a fogyatékoság hiánya, hanem a teljes testi, mentális és szociális jóllét állapota.

Dél-Alföldön közel azonos arányban (11%, illetve 12%-nyian), addig az Észak-Magyarország régióban többen, 17 százaléknyan kerültek be a mintába. Az I/II. csoportba tartozó válaszadók többsége (20%) a Közép-Magyarország régióban él.

A még szűkebb, településtípus szerinti bontásból az rajzolódik ki, hogy a célcsoport döntő többsége, 38,4%-a községekben, 34,2%-a városokban, 17,2%-a pedig megyeszékhelyeken él. Budapesten csupán a célcsoport 9,7%-a lakik.

6. táblázat. Az egészségkárosodással élő emberek aránya területi bontásban az állapot súlyosságának függvényében (%)

	-49%, -66%-ig, enyhe fokú	50-79%, 67%, III. csop. rokkant	80%-68%-, I/II. csop. rokkant
<b>Közép-Magyarország</b>	35	45	20
<b>Közép-Dunántúl</b>	30	51	19
<b>Nyugat-Dunántúl</b>	31	50	19
<b>Dél-Dunántúl</b>	32	55	13
<b>Észak-Magyarország</b>	33	50	17
<b>Észak-Alföld</b>	39	50	11
<b>Dél-Alföld</b>	30	58	12

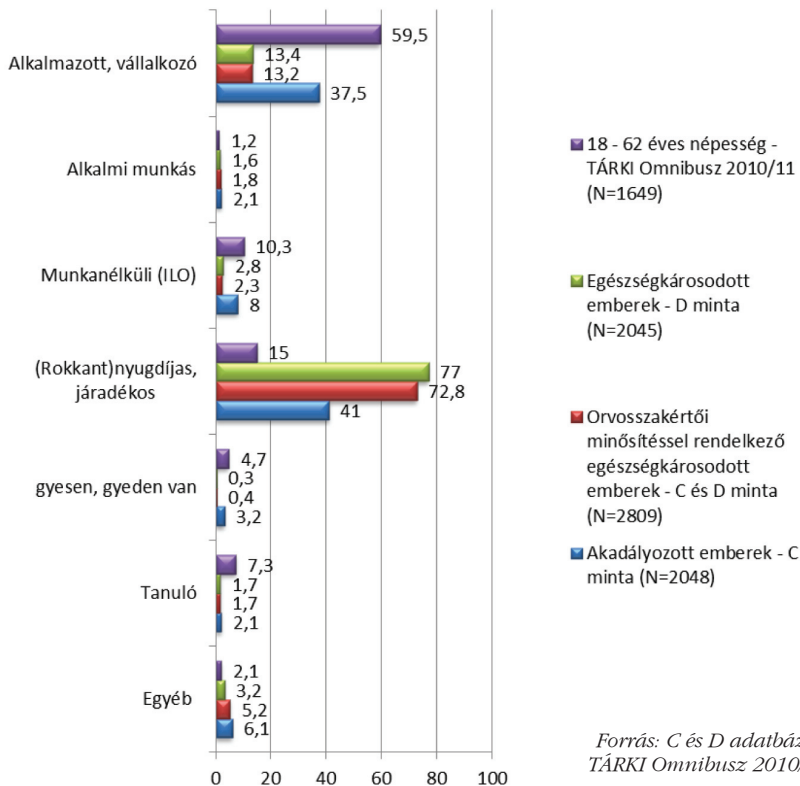
*Forrás: C és D adatbázis az orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberekről.*

### 3. AZ ORVOSSZAKÉRTŐI MINŐSÍTÉSSEL RENDELKEZŐ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT, FOGLALKOZTATOTT EMBEREK FŐBB MUNKAERŐ-PIACI JELLEMZŐI

A fogyatékossgal élő és a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci helyzetéről meglehetősen kevés információk van. A KSH által 2002-ben a 15-64 éves népesség körében végzett munkaerő-felmérés adatai szerint e csoporton belül a foglalkoztatottak aránya 11,5 százalékot, a munkanélküli emberek aránya 10,3 százalékot tett ki. A 2008. IV. negyedévében elvégzett adatfelvétel eredményeinek tükrében jól látszik az, hogy a (két felmérés között eltelt) hat év alatt bizonyos tekintetben javult, bizonyos tekintetben pedig romlott a vizsgált (cél)csoport helyzete. A foglalkoztatott megváltozott munkaképességű emberek aránya megduplázódott (23%) ugyan, de a teljes népességen belüli foglalkoztatottak részesedéséhez (67,3%) képest jóval kevesebben voltak jelen a munkaerőpiacon. Mindeközben a munkanélküliségi rátájuk 16,3 százalékra emelkedett, ami a teljes népességen belül mért aránynak (7,4%) több mint kétszerese.

A 2010-es adatok tükrében az látszik, hogy az akadályozottsággal élő emberek jobb helyzetben vannak ugyan a munkaerő-piacon, mint a 2002-es valamint a 2008-as kutatások célcsoportjai, ugyanakkor a hasonló korú teljes népességhez képest kedvezőtlenebb a helyzetük<sup>5</sup>. Az akadályozott emberek 37%-a tekinthető foglalkoztatottnak, míg az egészségkárosodással élő emberek esetében ez az arány csupán 13,4%. Mindkét adat jóval alatta marad a teljes népesség körében mért 59,5 százaléknak. Míg a 18–62 éves lakosság 10,3 százaléka tekinthető munkanélkülinek, addig az akadályozott emberek között 8 százalék ez az arány, az egészségkárosodott emberek körében 2,8%, az orvosszakértői minősítéssel rendelkező egészségkárosodott emberek csoportjában pedig 2,3%. Ez az utóbbi adat nagy valószínűséggel a rokkantnyugdíjas emberek magas hányadával (77%; 72,8%) magyarázható. Az akadályozottsággal élők között a teljes népesség átlagához képest több mint duplája (41%) azoknak a részesedése, akik nyugdíjból, járadékból élnek.

1. ábra. Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek munkaerő-piaci helyzete (%)



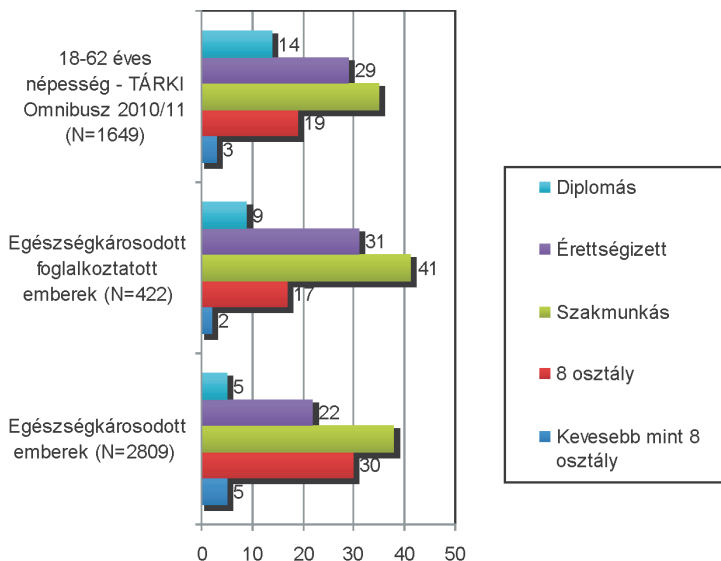
<sup>5</sup>Az adatok összehasonlíthatóságát némileg nehezíti, hogy a MEF és a jelen kutatás esetében a célcsoportok beazonosítása és mérése nem teljesen egyezett meg. Mindettől függetlenül úgy véljük, hogy a számokban megnyilvánuló tendenciák érvényesek.



A rokkantnyugdíjasok körében az akadályozott emberek mintájában (C) 3,1 százalékot, míg az egészségkárosodott emberek mintájában (D) 5,6% százalékot tesz ki azoknak az aránya, akik az ILO definíció értelmében munkanélkülieknek tekinthetők: tehát jelenleg nem dolgoznak, de állást keresnek és amennyiben lehetőségük nyílna rá, két héten belül munkába tudnának állni. Mindhárom vizsgált célcsoportban a teljes népességhez képest elenyésző a gyeseen, a gyeden lévők, illetve a tanulók aránya.

Fontos kérdés, hogy milyen tényezők, az érintettek mely jellemzői miként befolyásolják az elsődleges vagy a másodlagos munkaerőpiacon történő sikeres elhelyezkedést. Az iskolai végzettségnek döntő szerepe van a munkavállalásban. Minél magasabban iskolázott valaki, annál nagyobb esélye van a munkaerőpiacon való elhelyezkedésre. A foglalkoztatott, egészség-károsodással élő emberek körében mind az egészségkárosodott személyekhez, mind a teljes népességhez viszonyítva alacsonyabb azoknak a részesedése (17%), akik nyolc osztályt vagy annál kevesebbet végeztek (ebben az utóbbi csoportban ez az arány 2%) (A válaszadókat jellemző társadalmi-demográfiai tényezőkről lásd bővebben Bernát Anikó tanulmányát). Ugyanakkor mindkét referenciacsoporthoz képest magasabb (41%) a szakmával, valamint az érettségivel rendelkezők aránya (31%). A diplomások részesedése körükben 5 százalékponttal marad el a teljes népességen belül mért aránytól, és 4 százalékponttal haladja meg az egészségkárosodottak körében mért szintet.

2. ábra. Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek iskolai végzettsége (%)

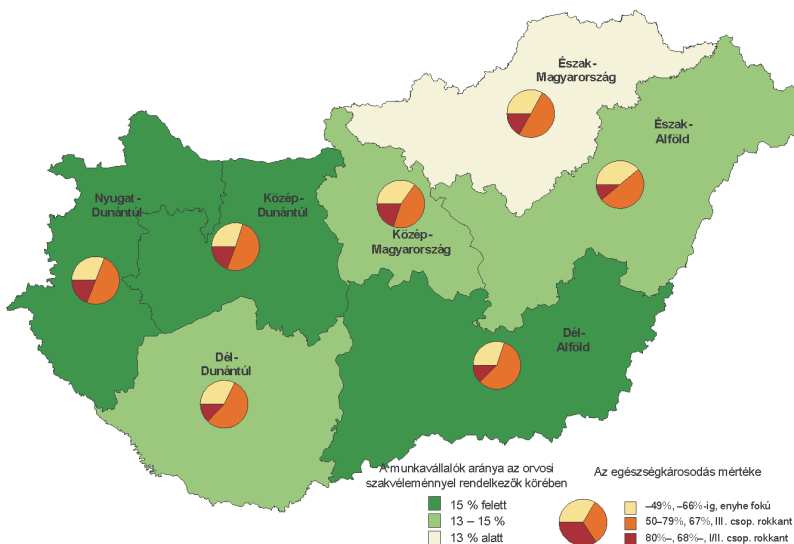


Forrás: C és D adatbázis és TÁRKI Omnibusz 2010/11.

A térképen a zöld szín erőssége jelzi azt, hogy az egyes térségekben a mintába bekerült, orvosszakértői minősítéssel rendelkező emberek közül mekkora a foglalkoztatottak aránya. A jobb áttekinthetőség kedvéért kördiagramon ábráztuk azokat az adatokat, amelyek a régióban élő egészségkárosodott emberek arányát mutatják az orvosszakértői minősítés szerint (Forrásként a 6. táblázat adatai szolgáltak). A Közép-Dunántúlon van a legtöbb foglalkoztatott (20%), a Nyugat-Dunántúlon az ott élő válaszadók 18 százaléka munkavállaló. A harmadik helyen Dél-Alföld áll 16,5 százaléknyi foglalkoztatott egészségkárosodott emberrel. A legkevesebben az Észak-Magyarország régióban találtak állást (12,2%). Közép-Magyarországon, az Észak-Alföldön, valamint a Dél-Dunántúlon közel azonos arányban vállalnak munkát a célcsoport tagjai (13,9%, 13,7%, 13,9%).

A települési hierarchia mentén vizsgálva az elhelyezkedés kérdését azt találtuk, hogy az egészségkárosodottságukról orvosszakértői minősítést kapott foglalkoztatott emberek többsége, 36,7%-a városokban, míg 29,1%-a községekben él. Megyeszékhelyen 25,6%-uk lakik, a fővárosban pedig 8,5%. Ebből a bontásból az is kirajzolódik, hogy az alacsony iskolai végzettségű és a szakmával rendelkező emberek leginkább községekben és városokban élnek, míg az érettségizettek és a felsőfokú végzettségűek a megyeszékhelyeken valamint Budapesten.

1. térkép. A foglalkoztatottak aránya az egészségkárosodott emberek körében



Forrás: C és D adatbázis.

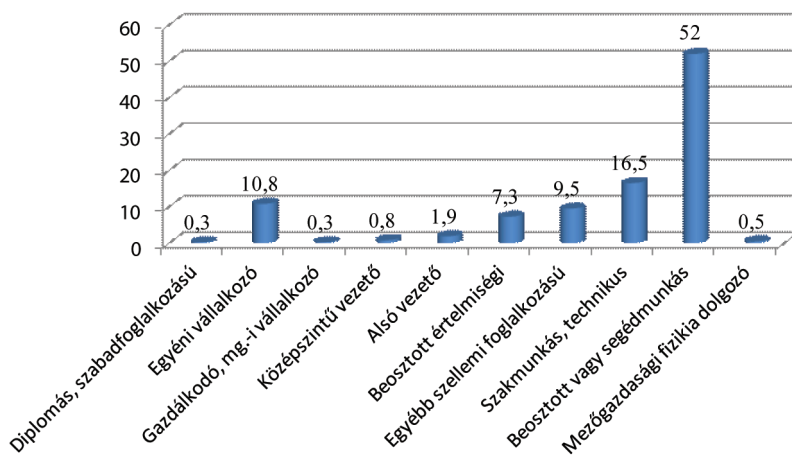
A fentiekben ismertetett adatok társadalmi háttéréről a kutatás jelenlegi szakaszában csak feltételezéseink vannak. A jelenségek mögött nagy valószínűséggel az országszerte tapasztalható, területi fejlettségikülönbségekből

adódó (jórészt strukturális) helyi munkaerő-piaci különbségek állnak. Úgy véljük, mindezek mellett az egészségkárosodás és/vagy a fogyatékoság megítélése, az egészségkárosodással élő emberekhez, a fogyatékosággal élő személyekhez fűződő viszony térségenként döntően hatással lehet a célcsoport elhelyezkedésére. A településtípusok közötti különbségek is érzékeltethetik hatásukat. Míg a kistépelüléseken leggyakrabban az a gond, hogy nincs munkalehetőség, illetve a nem megfelelő színvonalú közösségi közlekedés következtében az érintettek nem jutnak el a nagyobb településeken található potenciális munkahelyekre, addig Budapesten a legfőbb gondot az okozhatja, hogy végzettségét, szakképzettségét tekintve összességében is kedvezőbb a munkaerő-kínálat, és más a kereslet struktúrája is, miközben a vizsgált népesség iskolázottsága jóval elmarad a teljes népesség körében mért szinttől.

A foglalkoztatás terén országsszerte tapasztalható egyenlőtlenségek a hátrányos helyzetű csoportok esetében jobban éreztetik hatásukat. Nagy valószínűséggel azok válnak egészségkárosodottságukból kifolyólag munkanélkülivé, leszázalékolttá, akik lakóhelyük, képzettségük miatt alacsonyabb státuszú pozíciókat tudnának betölteni, gyakran elégtelen (munka)körülmények között. Ennek hatására egészségi állapotuk gyorsan leromlik, aminek következtében még nagyobb valószínűséggel válnak munkanélkülivé (Tardos 1993 Id: Tolerancia Erősítő Innovatív Szövetség tanulmánya 2011, 22). Ha ez bekövetkezik, akkor és azt követően még nehezebb vagy szinte lehetetlen visszatérniük a munkaerőpiacra, s ez hosszabb távon egészségi állapotuk további romlásához vezet. Az orvosi szakvéleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberek egészségi állapota is tovább romlik az idő előrehaladtával, ami megkérdőjelezi rehabilitálhatóságukat. Mindkét esetben a munkaerőpiacról történő tényleges kiszorulás fenyegeti ezeket az embereket. (Tardos 1995, 81-81).

A válaszadók foglalkozására, beosztására vonatkozó kérdésekre adott válaszok is alátámasztják a fentebb leírtakat.

3. ábra. A foglalkoztatott egészségkárosodott emberek foglalkozása, beosztása



Forrás: C és D adatbázis orvosszakértői véleménnyel rendelkező foglalkoztatott egészségkárosodott emberekről.

A célcsoport tagjai az alacsony iskolai végzettséggel betölthető státuszokba helyezkednek el. A legtöbben betanított munkásként vagy segédmunkásként (52%) dolgoznak. Ez az adat egyrészt magyarázható azzal, hogy a többség szakma nélküli munkavállaló, de persze az sem zárható ki, hogy magasabb iskolai végzettségük van, s egészségi állapotuk nem teszi lehetővé azt, hogy annak megfelelően helyezkedjenek el. Erre a felvetésre a mélyebb elemzést követően kaphatunk csak választ. 16,5 százalékot tesz ki azoknak a hányada, akik szakmunkásként dolgoznak, és kicsivel többen vannak azok, akik szellemi foglalkozásúként vannak jelen a munkaerőpiacon (17,1%). Említést érdemel továbbá az, hogy a válaszadók több mint 10 százaléka egyéni vállalkozóként dolgozik (10,8%).

A kutatás során az egyik legfontosabb kérdésünk az volt, hogy a foglalkoztatott egészségkárosodott emberek integrált vagy szegregált körülmények között végzik-e a munkájukat. Ezt az aspektust azokkal a kérdésekkel vizsgáltuk, amelyek arra vonatkoznak, hogy a megkérdezett személy munkahelyén a cég munkavállalói, illetve a közvetlen munkatársak megváltozott munkaképességű emberek-e vagy sem.<sup>6</sup> Az összevont változó elkészítését követően az elemzés során az derült ki, hogy a foglalkoztatottak döntő többsége (63,7%) integrált körülmények között dolgozik. Ebből a szempontból a legjobb helyzetben az enyhe minősítéssel (71,3%) valamint a legsúlyosabb fokozatú I/II. csoportba tartozók (61,5%) vannak. A három csoport közül a III. csoportba sorolt foglalkoztatott egészségkárosodott munkavállalók dolgoznak a legnagyobb arányban szegregált körülmények között.

*7. táblázat. Az egészségkárosodással élő foglalkoztatott emberek aránya munkahely típusa szerinti bontásban (%)*

	Szegregált munkahelyen dolgozik	Integrált munkahelyen dolgozik
<b>-49%, -66%-ig enyhe fokú (N=164)</b>	28,7%	71,3%
<b>50-79%, 67%, III. csop. rokkant (N=161)</b>	43,5%	56,5%
<b>80%- , 68%- I/II. csop. Rokkant (N=39)</b>	38,5%	61,5%

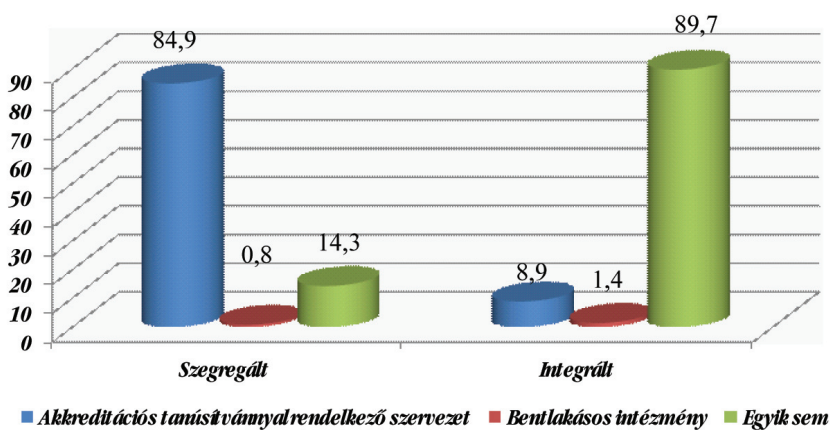
*Forrás: TÁRKI C és D adatbázis orvosszakértői véleménnyel rendelkező foglalkoztatott egészségkárosodott emberekről.*

<sup>6</sup>Az összevont változót az alábbi kérdések itemeinek felhasználásával hoztuk létre: *M50- A munkahelyén a cég munkavállalói* 1. mind megváltozott munkaképességű emberek, 2. nagyobb részben megváltozott munkaképességű emberek, 3. kis részben megváltozott munkaképességű emberek, 4. senki sem megváltozott munkaképességű, 9. nem tudja; *M51- A munkahelyén közvetlen munkatársai* 1. mind megváltozott munkaképességű emberek, 2. nagyobb részben megváltozott munkaképességű emberek, 3. kis részben megváltozott munkaképességű emberek, 4. senki sem megváltozott munkaképességű, 9. nem tudja.

A nők közül közel 7 százalékponttal dolgoznak többen szegregált munkahelyen, mint a férfiak. Ennek megfelelően a nők 61 százaléka mondhatja magáról azt, hogy integrált körülmények között foglalkoztatják. A férfiak körében ez az arány 68 százalék.

Az egészségkárosodással élő emberek között a szegregált körülmények között dolgozó munkavállalók 84,9 százaléka akkreditációs tanúsítvánnyal rendelkező szervezetnél dolgozik, míg 14,3 százaléka egyéb helyen. A bentlakásos intézményben dolgozók aránya mindkét csoportban meglehetősen alacsony, ami annak tudható be, hogy a foglalkoztatás feltétele az intézményi jogviszony, a mintába bekerült válaszadók pedig magánháztartásokból kerültek ki. Az akkreditált szervezetek közül az alaptanúsítvánnyal rendelkezők integrált foglalkoztatónak tekinthetők, ezért nem meglepő, hogy az integrált munkahelyek között 8,9%-os arányban fordulnak elő. Integrált körülmények között dolgozik a bentlakásos intézményben foglalkoztatott emberek 1,4 százaléka is.

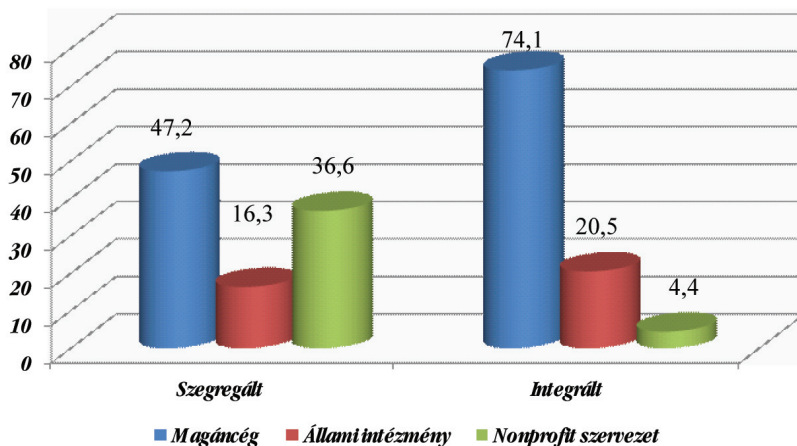
4. ábra. A munkahelyek típusai



Forrás: TÁRKI C és D adatbázis orvosszakértői véleménnyel rendelkező foglalkoztatott egészségkárosodott emberekről.

Az 5. ábráról jól leolvasható az, hogy a szegregált munkahelyek többsége nonprofit szervezet (36,6%). Ebben a tekintetben meglehetősen magas a magáncégek részesedése is (47,2%). Az állami intézmények 16,3 százalékában dolgoznak szegregáltan a munkavállalók. Az integrált munkahelyek közül többségben vannak a magáncégek (74,1%), miközben meglehetősen alulreprezentáltak (4,4%) a civil szervezetek.

5. ábra. A szegregált és az integrált munkahelyek típusainak eloszlása (%)



Forrás: TÁRKI C és D adatbázis orvosszakértői véleménnyel rendelkező foglalkoztatott egészségkárosodott emberekről.

A kutatás során azt is vizsgáltuk, hogy a foglalkoztatott egészségkárosodott emberek mennyire érzik stabilnak a munkahelyüket, mennyire bíznak abban, ha elveszítenék az állásukat, akkor találnának legalább olyan jót vagy jobbat. Miután az összevont változót<sup>7</sup> bevontuk az elemzésbe, azt találtuk, hogy a többség meglehetősen pesszimistán tekint a jövőbe. A leginkább elkeseredettek a III. csoportba tartozó rokkantnak minősített emberek. Közülük csupán 21% véli úgy, hogy ura tudna lenni életének egy kellemetlen helyzetet követően.

8. táblázat. Az egészségkárosodással élő foglalkoztatott emberek aránya a munkahely típusa szerinti bontásban (%)

	Optimista	Pesszimista
-49%, -66%-ig enyhe fokú (N=164)	27,1%	72,9%
50-79%, 67%, III. csop. rokkant (N=161)	20,6%	79,4%
80%- , 68%- I/II. csop. rokkant (N=39)	23,1%	67,9%

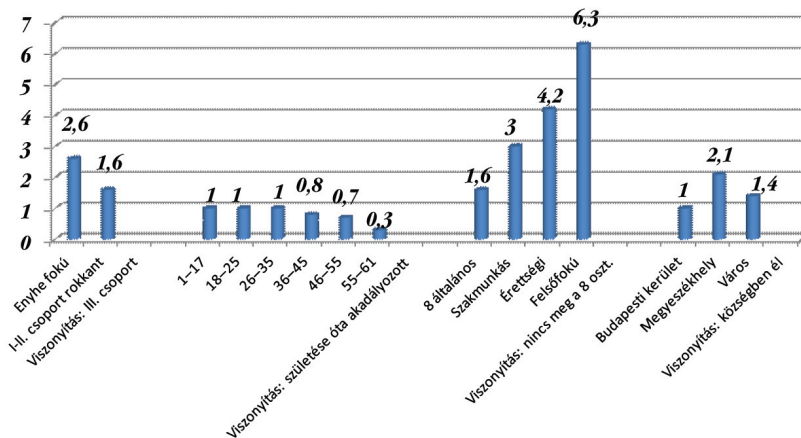
Forrás: TÁRKI C és D adatbázis orvosszakértői véleménnyel rendelkező foglalkoztatott egészségkárosodott emberekről.

<sup>7</sup>Az összevont változót az alábbi kérdések itemeiből hoztuk létre: M60 Kérjük képzelje el azt a nagyon kellemetlen helyzetet, hogy holnap elveszíti munkáját. Mennyire biztos abban, hogy képes új munkát találni? 3. biztos, hogy találna, 2. talán találna, vagy 1. biztosan nem találna, 9. nem tudja. M61 És mit gondol, milyen munkát találna? 3. a jelenleginél jobbat találna, 2. a jelenlegihez hasonló munkát találna, 1. a jelenlegihez képest rosszabb munkát találna, 9. nem tudja

#### 4. AZ ORVOSSZAKÉRTŐI MINŐSÍTÉSSEL RENDELKEZŐ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK MUNKAVÁLLALÁSÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A tanulmánynak ebben a részében azokat a tényezőket vesszük sorra, amelyek hatást gyakorolnak az egészségkárosodással élő emberek munkavállalására. Magyarázó változóként a nemet, a rokkantsági fokozatot, az egészségkárosodás kialakulását (az életkort), az iskolai végzettséget, a településtípust (ahol a kérdezett él), valamint az egészségkárosodás típusait (látás-, hallás-, mozgás-, értelmi-, pszichés, mentális-, krónikus betegség) változóit vontuk be<sup>8</sup>. A magyarázott hányadokból egyértelműen látszik, hogy az egészségkárosodott emberek esetében az iskolai végzettség határozza meg leginkább a munkavállalást, míg a rokkantsági fokozat a legkevésbé. Az alábbiakban az egyes tényezőket külön-külön is vizsgáljuk, mivel így megtudhatjuk, mely esetekben fejtik ki erősebben vagy gyengébben hatásukat.

6. ábra Az egészségkárosodott népesség esélyei a munkavállalásra különböző dimenziók mentén I. (esélyek)



Forrás: TÁRKI C és D adatbázis orvossalakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberekről.

A modell adatai szerint ugyanannyi esélyük van az elhelyezkedésre azoknak, akik születésük óta egészségkárosodott emberek és azoknak, akik 17 és 35 éves életkoruk között szembesültek egészségüket érintő problémájukkal. Ugyanakkor kijelenthető, hogy minél idősebb korban szembesül valaki az egészségére ható problémával annál kisebb eséllyel jut munkához.

<sup>8</sup>Az elemzéshez bináris logisztikus regressziós eljárást használtunk, ami a vizsgált változón kívül a többi változó hatását kontroll alatt tartva képes megmutatni az egyes tényezők valós hatásait a függő változó értékére.

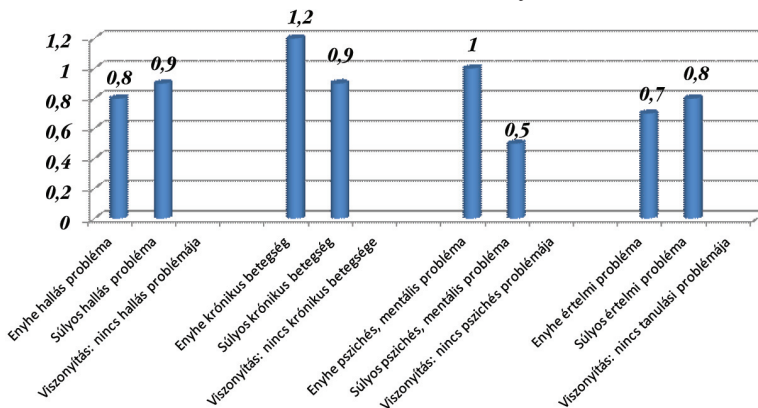
A rokkantsági fokozat szignifikánsan hat a munkavégzésre. A III. csoportba tartozókhöz képest az I/II. csoportba tartozóknak 1,6-szor, míg az enyhe fokú egészségkárosodottságról szóló minősítésű embereknek 2,6-szor nagyobb esélyük van arra, hogy munkát találjanak.

Az iskolai végzettségnek van a legnagyobb hatása a munkavállalásra. A végzettség növekedésével tendenciózusan nő a munkavállalás lehetőségének esélye azokéhoz képest, akik nem járták ki a 8 osztályt. 1,6-szor nagyobb esélyük van az elhelyezkedésre azoknak a válaszadóknak, akik befejezték általános iskolai tanulmányaikat. Nagyobb változást jelent az, ha szakiskolában vagy OKJ-s képzés során, felnőttképzésben szereztek végzettséget. E csoport tagjai háromszoros eséllyel jutnak munkához. Az érettségizett embereknek 4,2-szer jobbak a lehetőségeik a végzettséggel nem rendelkezőkéihez képest. A munkaerőpiacra történő belépésre a legnagyobb, 6,3-szoros esélyük a diplomás egészségkárosodott embereknek van.

A településtípus változó szempontjából vizsgálva a munkavállalás kérdését érdekes az, hogy a községben élőkhez képest a Budapesten lakóknak ugyanakkora lehetőségük van arra, hogy munkát vállaljanak, mint azoknak, akik falvakban élnek. Ennek az adatnak az okairól, háttéréről a kutatásnak ebben a szakaszában csak feltételezéseink vannak. A jelenség mögött nagy valószínűséggel a tanulmány korábbi részében ismertetett, országszerte tapasztalható munkaerő-piaci anomáliák állnak. A városban lakóknak 1,4-szer, míg, a megyeszékhelyen élőknek 2,1-szer nagyobb az esélyük az elhelyezkedésre.

Az alábbi ábrán látható problémátípusokat ugyanabba a bináris logisztikus regressziós modellbe vontuk be, mint a fentiekben elemzett tényezőket, de az eredményeket a könnyebb átláthatóság érdekében külön diagramon tüntetjük fel.

7. ábra Az egészségkárosodott népesség esélyei a munkavállalásra különböző dimenziók mentén II. (esélyek)



Forrás: TÁRKI C és D adatbázis orvosszakértői véleménnyel rendelkező egészségkárosodott emberekről.



Azoknak a válaszadóknak, akiknek van valamilyen enyhe krónikus betegségük, 1,2-szer több esélyük van bármilyen munkavégzési lehetőség elérésére, mint azoknak, akiknek nincs krónikus betegségük. Érdekes, hogy az elhelyezkedésre ugyanakkora lehetősége van annak, akinek nincs pszichés, mentális betegsége, mint annak, aki enyhe pszichés, mentális betegséggel él (esélyhányados:1). Ugyanakkor hozzájuk képest fele akkora esélyük van a súlyos pszichés, mentális problémával élő embereknek (esélyhányados: 0,5) arra, hogy megélhetésüket munkával biztosítsák. A hallásfogyatékosággal valamint az értelmi problémával élő embereknek van a legkevesebb esélyük arra, hogy belépjenek a munkaerőpiacra. E két élethelyzet esetében nem találtunk lényegi különbséget a különböző (az enyhe, a súlyos) fokozatok között.

Egyik ábrán sem tüntettük fel, de a modellbe bekerült az életkor változó is, ami szintén szignifikáns kapcsolatban áll a munkavállalással. A kapott 0,9-es esélyhányados arra enged következtetni, hogy a kor előrehaladtával a célcsoport tagjainak egyre nehezebb elhelyezkedniük a munkaerőpiacon. Összességében tehát kijelenthető az, hogy a mintába bekerült, egészségkárosodással élő emberek közül a munkavállalás szempontjából a legkedvezőbb helyzetben az enyhe fokú orvosszakértői minősítéssel rendelkező, enyhe krónikus betegséggel együtt élő, felsőfokú végzettségű, megyeszékhelyen élő fiatal van, míg a legkedvezőtlenebb helyzetben az idős, III-as csoportba sorolt, súlyos mentális betegséggel élő rokkantnak minősített személy van, aki községben él és nincs alapfokú iskolai végzettsége sem.

## ÖSSZEGZÉS

Ennek a tanulmánynak a célja az egészségkárosodottságukról orvosszakértői véleménnyel rendelkező emberek főbb egészségügyi jellemzőinek, munkaerőpiaci helyzetének bemutatása, továbbá annak a kérdésnek a megválaszolása volt, hogy mely tényezők befolyásolják leginkább az ebbe a csoportba tartozó emberek elhelyezkedését.

- Az adatok tükrében az látszik, hogy az orvosi szakvéleménnyel rendelkezők döntő többsége az idősebb korcsoportokból kerül ki.
- Az egészségkárosodással élő emberek döntő hányada nagyon rossznak tartja egészségi állapotát. Az így vélekedők aránya jóval meghaladja az Európai Unióban (EU27), illetve a Magyarországon korábban mért szintet.
- A teljes népességhez viszonyítva az orvosi minősítéssel rendelkező, foglalkoztatott egészségkárosodott emberek alacsonyabb iskolai végzettségűek. A legfeljebb nyolc általánost végzettek és a szakmunkások jellemzően falvakban és kisvárosokban élnek, míg az érettségizettek valamint a diplomások inkább a megyeszékhelyeken vagy Budapesten.
- A mintába bekerült, orvosi minősítéssel rendelkező egészségkárosodott emberek töredéke (15%) helyezkedett el a munkaerőpiacon.

- A legtöbben a dolgozók közül betanított munkásként vagy segédmunkásként (52%) helyezkedtek el, 16,5 százalékot tesz ki azoknak a hányada, akik szakmunkásként dolgoznak, és kicsivel többen vannak azok, akik szellemi foglalkozásúként dolgoznak (17,1%). Említést érdemel továbbá az, hogy a válaszadók 10,8 százaléka vállalkozóként dolgozik.
- Az orvosszakértői minősítésű foglalkoztatott egészségkárosodott emberek 64 százaléka dolgozik integráltan, 36 százaléka szegregáltan. Az érintettek többsége bizonytalannak tartja helyzetét, és úgy véli, ha elveszítené az állását, akkor nem találna jobb lehetőséget, sőt el sem tudna helyezkedni.
- A tanulmányban igyekeztünk meghatározni azokat a tényezőket amelyek – az adatok tanulsága szerint legalább is – leginkább hatással vannak a célcsoport munkavállalására. Sorrendben ezek a következők: az iskolai végzettség, a településtípus, az egészségkárosodás mértéke, az egészségkárosodással történő szembesülés időpontja, az életkor.
- Összességében kijelenthető az, hogy a fogyatékos emberek integrációjának meghatározó területe a foglalkoztatás. A munkához jutás esélyeit lehetne növelni rehabilitációs programok segítségével, mivel a munkaerőpiacról kieső foglalkoztatott valamint a nem foglalkoztatott emberek helyzete pénzübeli juttatásokkal nem megoldható.

## IRODALOM

- Tardos K. (1995): *A tartós munkanélküliek kiszorulása a munkaerőpiacról*. In: Esély 1995. 2. szám 71–81. Forrás: [http://www.esely.org/kiadvanyok/1995\\_2/tartos\\_betegpek.pdf](http://www.esely.org/kiadvanyok/1995_2/tartos_betegpek.pdf) Letöltve: 2011. 09. 30. 15:00 h
- Kolosi T. (2000): *A terhes babapiskóta*. Budapest, Osiris Kiadó.
- Gere I. (2001): *A megváltozott munkaképességű emberek bekapcsolása a munka világába* In.: Frey M. (szerk.): *EU-konform foglalkoztatáspolitikai. A hazai foglalkoztatáspolitikai átalakítása a közösségi gyakorlatnak megfelelően*. Budapest, OFA, 2001, 221–245.
- Könczei Gy. – Komáromi R. – Keszi R. – Vicsek L. (2003): *A fogyatékos és megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásáról a TOP 200 adatbázis alapján* Forrás: [http://mukutir.telco-system.hu/kutato.plt?ko\\_no=93](http://mukutir.telco-system.hu/kutato.plt?ko_no=93) Letöltve: 2011. 07. 20. 20:30 h
- Krolify Vélemény- és Szervezetkezelő Intézet (2004): *A célszervezetek körében készült kérdőíves felmérés eredményei*. Forrás: [http://www.ofa.hu/index.php?WG\\_NODE=WebPageReader&WG\\_OID=PAGfa9959790d415b838](http://www.ofa.hu/index.php?WG_NODE=WebPageReader&WG_OID=PAGfa9959790d415b838) Letöltve: 2011. 07. 20. 14:20 h
- Frey M. (2005): *Foglalkoztatottság, munkanélküliség, inaktivitás Magyarországon*. In: Landau E. – Vince P. – Schweitzer I. (szerk.): *Munkanélküliség, inaktivitás, munkahelyteremtés, foglalkoztatáspolitikai*. Budapest, Kopint-Datorg Konjunktúra Kutatási Alapítvány Külgazdaság szerkesztősége 2005, 6–27.
- Fogyatékos munkavállalók – Magyarország „State of play” Forrás: [http://osha.europa.eu/hu/campaigns/hwi/topic\\_integration\\_disabilities/hungary/index\\_html/state\\_of\\_play.pdf/view](http://osha.europa.eu/hu/campaigns/hwi/topic_integration_disabilities/hungary/index_html/state_of_play.pdf/view) Letöltve 2011. 08. 10. 10:00 h
- Gere I. (2006): *Foglalkoztatási stratégia a tartósan akadályozott emberek integrációja érdekében*. In: Kapocs V. évfolyam 5. Szám. Forrás: [http://www.ncsszi.hu/kapocs-folyoirat-1\\_12/kapocs-2006-2\\_25/kapocs-v.-evf.-5.-szam-%2826%29-4\\_124](http://www.ncsszi.hu/kapocs-folyoirat-1_12/kapocs-2006-2_25/kapocs-v.-evf.-5.-szam-%2826%29-4_124) Letöltve: 2011. 08. 15. 18:20 h
- Pulay (2008): *A fogyatékos emberek integrált foglalkoztatása ösztönzésének koncepciója*. Forrás: [http://www.asz.hu/tanulmányok/2008/a-fogyatekos-emberek-integralt-foglalkoztatasa-osztonzesenek\\_koncepcioja/t275.pdf](http://www.asz.hu/tanulmányok/2008/a-fogyatekos-emberek-integralt-foglalkoztatasa-osztonzesenek_koncepcioja/t275.pdf) Letöltve: 2011. 08. 29. 17:10 h
- Scharle Á. (2007): *A rokkantnyugdíjazás növekedésének munkapiaci okai* In: Cseres G. – Scharle Á. (szerk.): *Közelkép. Jóléti ellátások és munkakínálat*. Forrás: <http://econ.core.hu/file/download/MT07kozol.pdf> 91-102. 91-102. Letöltve: 2011. 07. 20. 12:35 h
- Gere I. – Szellő J. (szerk.) (2007): *Foglalkoztatási rehabilitáció*. Jegyzet. Budapest, Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, 2007. Forrás: [http://www.fszk.hu/rpi/szakmai\\_anyagok/Foglalkozasi-rehabilitacio-jegyzet.pdf](http://www.fszk.hu/rpi/szakmai_anyagok/Foglalkozasi-rehabilitacio-jegyzet.pdf) Letöltve: 2011. 08. 10. 18:45 h
- Szellő János (2009): *A foglalkoztatási rehabilitáció elmélete és gyakorlata*.

- Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Forrás: <http://mek.oszk.hu/09900/09920/09920.pdf> Letöltve: 2011. 08. 10. 16:15 h
- Kolosi T. – Keller T. (2010): *Kikristályosodó társadalomszerkezet* In: Kolosi–Tóth (szerk.): *Társadalmi Riport 2010*. Budapest, TÁRKI 105–135.
- Havasi É – Horváth G. (2011): *„Kincs ami nincs” – a hazai szegények egészségi állapota*. Prezentáció. Forrás: [http://www.ncsszi.hu/rendezvenyek-1\\_3/%E2%80%9Ekerdes-es\\_valaszok%E2%80%9D,-avagy\\_szegenyseg-es\\_egeszseg-i---emlekezteto-n\\_5](http://www.ncsszi.hu/rendezvenyek-1_3/%E2%80%9Ekerdes-es_valaszok%E2%80%9D,-avagy_szegenyseg-es_egeszseg-i---emlekezteto-n_5) Letöltve: 2011. 09. 10. 15:45 h
- Scharle Á. (2011): *Foglalkoztatási rehabilitációs jó gyakorlatok Magyarországon*. Budapest, Szakpolitikai Elemző Intézet. Forrás: [http://www.budapestinstitute.eu/uploads/rehab\\_jelentes\\_110410.pdf](http://www.budapestinstitute.eu/uploads/rehab_jelentes_110410.pdf) Letöltve: 2011. 08. 10. 8:45 h
- ToleranciaErősítőInnovatívSzövetség(2011): *Ahátrányoshelyzetűcélcsoportok bemutatása és a velük szemben tapasztalható diszkrimináció felszámolása a munka világában*. Forrás: [equal.nfu.hu/download.php?docID=706](http://equal.nfu.hu/download.php?docID=706) Letöltve: 2011. 09. 30. 10:00
- 6/1996. (VII. 16.) *MűM rendelet a foglalkoztatást elősegítő támogatásokról, valamint a Munkaerő-piaci Alapból foglalkoztatási válsághelyzetek kezelésére nyújtható támogatásról* Forrás: [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99600006.MUM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99600006.MUM) Letöltve: 2011. 10. 11. 18:17

TÁTRAI ANNAMÁRIA

## SZÁNDÉK ÉS KÉPESSÉGEK. AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT NÉPESSÉG (ÚJRA)FOGLALKOZTATHATÓSÁGÁRÓL

Napjainkban a társadalompolitika egyik legfontosabb célja a foglalkoztatottság növelése. E cél elérésének érdekében az inaktív csoportok – így közöttük az egészségkárosodással élő emberek – foglalkoztathatósága kiemelt figyelmet kap. Ez a fejezet azt a kérdéskört járja körül, hogy mennyiben növelhető e népesség munkaerő-piaci részvétele.

Ahogy azt a kötet egyéb fejezetei már részletesen bemutatták, az egészségkárosodással élő emberek 12%-a dolgozik alkalmazottként (felük, azaz 6%-nyian részmunkaidőben), 1%-uk vállalkozó, további 2%-uk alkalmi munkából él. A vizsgált népesség 85%-a tehát inaktív. (1. táblázat)

1. táblázat. Az egészségkárosodott népesség jelenlegi foglalkoztatottsága

	Egészségkárosodással élő népesség %
<b>Alkalmazott, teljes munkaidőben</b>	6
<b>Alkalmazott, részmunkaidőben</b>	6
<b>Vállalkozó</b>	1
<b>Alkalmi munkából él</b>	2
<b>Inaktív</b>	85
<b>Összesen</b>	100

*Forrás: D kutatás.*

Ha egyéni szinten vizsgáljuk a munkaerőpiacra való visszatérés feltételeit, akkor nyilvánvaló, hogy sok körülmény együtt szükséges a munkaerőpiacra való belépéshez, ezek közül négyet emelnénk ki:

- Széles értelemben vett munkaképesség – vagyis olyan testi és lelki egészségi állapot, ami lehetővé teszi a munkavégzést.
- A munkavállaló elhelyezkedési szándéka.
- A munkavállaló piacképes tudása, tapasztalata – értékes-e a munkaerőpiac számára.
- A gazdaság munkaerő-kereslete.

A kutatás során gyűjtött információkra alapozva e négy feltétel közül csak az első három témakört tudjuk tárgyalni. A fejezet első részében az első két feltételt együtt mutatjuk be. Így kiemelten a vizsgált népesség munkavállalási hajlandóságát, illetve annak meghatározóit járjuk körül. Ezt követően pedig

olyan adatokat szeretnénk bemutatni, amelyek néhány kiválasztott – munkavállaláshoz gyakran szükséges – kompetencia meglétét, illetve hiányát mutatják be.

## 1. MUNKAKÉPESSÉG ÉS SZEMÉLYES SZÁNDÉK

### 1.1. MUNKAKÉPESSÉG

Mivel adataink önbevalláson alapuló felmérésből származnak, igen korlátozottak a lehetőségeink arra, hogy objektíven meghatározzuk, az egyes mintába került személyek testi-lelki állapota mennyiben teszi lehetővé a munkavállalásukat. Ennél azonban fontosabb az, hogy néhány begyűjtött, számszerűsíthető, illetve kategorizálható információ alapján nem is szívesen mondanánk ítéletet egyéni szinten.

A munkaképesség kérdésében ezért mi most a válaszadók saját magukról alkotott véleményére hagyatkozunk. Az adatfelvétel idején inaktív válaszadóinktól megkérdeztük ugyanis: miként látják, testi vagy pszichés problémájuk teljes mértékben korlátozza-e őket a munkavállalásban. Erre a kérdésre a megkérdezettek 77%-a igennel válaszolt. Vagyis az egészségkárosodással élő, jelenleg inaktív népesség kb. egynegyede (23%-a) gondolja úgy, hogy jelenlegi állapotában alkalmas lenne valamilyen típusú munkavállalásra.

Logisztikus regresszió segítségével vizsgáltuk meg, hogy ezt a fajta önbesorolást milyen egyéb egyéni és háztartási jellemzők határozzák meg. A modellbe építettük a megkérdezett személy nemét, korcsoportját, iskolai végzettségét, lakóhelyének településtípusát, etnikai identitását, a hivatalosan elismert egészségkárosodásának mértékét, azt, hogy milyen életkorban szembesült akadályozottságával, hogy 15 éves kora óta eltelt életévei hány százalékát töltötte fizetett munkával, a szubjektív egészségi állapotot, illetve a háztartási jellemzők közül az anyagi deprivációt és a háztartásban élő akadályozott személyek számát.

Ahogy azt a Melléklet 1. táblázata is bemutatja, a sok feltételezett magyarázó tényező közül a többváltozós modellben kevés bizonyult valóban jól magyarázó ismérvnek. A szakértői bizottságok által elismert nagyarányú egészségkárosodás/munkaképesség-csökkenés mértéke együtt jár azzal, hogy az érintett személy is kevésbé tartja magát képesnek a munkára. A legjobban magyarázó változónak a szubjektív egészségi állapot bizonyult, s a kapcsolat iránya sem meglepő: azok, akik jobbnak ítélik egészségi állapotukat, sokkal inkább alkalmasnak érzik magukat a munkavállalásra. A második, hasonlóan erős magyarázó tényezőnek a munkával töltött évek aránya mutatkozott: minél nagyobb részt tesz ki a személy életéből a fizetett munka, annál inkább alkalmasnak tartja magát jelenleg is a munkavállalásra. A harmadik magyarázó tényezőnek a háztartásban élő akadályozott személyek száma bizonyult. Azok a személyek, akik más akadályozott családtagokkal élnek együtt, sokkal kevésbé gondolják magukról, hogy képesek lennének fizetett munkát végezni.

Érdeemes azonban néhány szót arról is szólni, hogy mely tényezők nem voltak szignifikáns magyarázói ennek a kérdésnek. Elsőként az életkort és a nemet kell kiemelnünk<sup>1</sup>. Vagyis, ha a fenti változókat kontroll alatt tartjuk, akkor látható, hogy a nők között (a férfiakhoz viszonyítva) nem kisebb azok aránya, akik képesnek tartják magukat a fizetett munkára, és ugyanez igaz az idősebb generáció tagjaira is, ha a fiatalabbakhoz viszonyítunk. A roma és a nem roma emberek között sem volt különbség ebben a tekintetben.

## 1. 2. A MUNKAVÁLLALÁSI SZÁNDÉK

Ha a munkaerőpiac felé tehető egyéni lépéseket soravesszük, akkor jól megfigyelhető azok számának szűkülése, akik készek a munkaerőpiacra való (újbóli) belépésre (2. táblázat). Az inaktív emberek egyharmada (33%) tud elképzelni olyan munkakörülményeket vagy munkavégzési formát, amik esetén hajlandó lenne dolgozni. Ahogy ezt már bemutattuk, 23%-uk tartja magát képesnek a munkavégzésre. Az inaktív emberek kevesebb mint egyharmada (27%) szeretne jelenleg munkát vállalni. Az utóbbi két évben 18%-uk kísérelt meg munkát szerezni, jelenleg 12%-uk keres állást. A munkaügyi központok nyilvántartásában jelenleg 9%-uk szerepel.

2. táblázat. Foglalkoztatottsági hajlandóság (%)

Az inaktív emberek között	Igen	Nem
El tud-e képzelni olyan munkakörülményeket, munkavégzési formát, amely mellett hajlandó lenne dolgozni?	33	67
Testi vagy pszichés problémája teljes mértékben korlátozza Önt a munkavállalásban?	77	23
Szeretne Ön munkát vállalni, elhelyezkedni?	27	73
Az elmúlt két évben keresett munkát?	18	82
Jelenleg keres munkát?	12	88
Szerepel a munkaügyi központok nyilvántartásában?	9	91

Forrás: D kutatás.

Mindezek alapján a jelenleg inaktív embereket négy csoportba sorolhatjuk: tízből hat személy (60%) egyáltalán nem tartja magát alkalmasnak a munkavállalásra és nem is szeretne dolgozni, 13% képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni, 15%-uk szeretne dolgozni, de jelenleg nem keres munkát, míg 12% tekinthető aktív álláskeresőnek (3. táblázat).

Ebben a tekintetben jelentős különbségek mutatkoznak a különböző korú,

<sup>1</sup>Az életkornak sem folytonos, sem pedig kategoriális változóként nem volt szignifikáns magyarázó ereje.

iskolázottságú, lakóhelyű, élettörténetű személyek között, valamint természetesen az is szerepet játszik, hogy mekkora a megkérdezett személy hivatalosan is igazolt egészségkárosodása.

3. táblázat. Munkakeresési hajlandóság (%)

	Egészségkárosodással élő inaktív népesség
<b>Aktív álláskereső</b>	12
<b>Szeretne dolgozni, de nem keres munkát</b>	15
<b>Képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni</b>	13
<b>Nem tartja magát képesnek magát a munkára, nem akar dolgozni</b>	60
<b>Összesen</b>	100

Forrás: D kutatás.

Ha a keresési hajlandóság kapcsolatát vizsgáljuk a legfontosabb egyéni jellemzőkkel, akkor legmarkánsabb hatása az életkornak és az egészségkárosodás mértéknek van. Az 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodást szenvedők 24%-a aktív álláskereső, további 20%-uk szeretne dolgozni. A 80%-nál nagyobb egészségkárosodással élők között ezek az arányok 3, illetve 15%. Vagyis a teljes vizsgált népességben tapasztalt 27%-os aránnyal szemben 18%-uk szeretne dolgozni.

Az életkor tekintetében azt tapasztaltuk, hogy az 50 évesnél fiatalabb korosztály hajlandósága jelentősen eltér az idősebb generációkétól. A legfiatalabb (18–39 éves) generáció a leginkább motivált: 22%-uk aktív álláskereső, további 24% pedig szeretne dolgozni. Kismértékben marad csak el ettől a 40–49 évesek hajlandósága: 18%-uk aktív álláskereső, további 25% szeretne dolgozni. Mindkét korcsoportban 45% alatti azok aránya, akik nem tartják magukat képesnek a munkára. Ez a mutató az 50–54 évesek között már 54%, az 55 évesnél idősebbek között pedig kiugróan magas: 70%-os. Ez a korcsoport saját megítélése szerint nemigen mobilizálható: 18%-uk szeretne elhelyezkedni.

Az iskolai végzettség mentén az alacsonyabb végzettségű csoportok felé haladva növekszik a magukat munkaképtelennek ítézők aránya: a felsőfokú végzettségűek között ez az arány 55%, az érettségizetteknél ezzel gyakorlatilag megegyezik: 54%, a szakmunkás végzettségűek között már 58%, a maximum általános iskolát végzettek között pedig 65%.

Férfiak és nők között nem mutatkozott különbség ebben a tekintetben.

A régiók közötti vizsgálódás eredményei közül a következőket emelnénk ki: Észak-Magyarországon és a Dél-Alföldön az országos aránynál nagyobb hajlandóságot mutattak a munkaerőpiacra való visszatérésre az inaktív kérdezettek: 32, illetve 35%-uk szeretne dolgozni. Fontos azonban megjegyezni,



hogy e személyek többsége nem aktív álláskereső. Közép-Magyarországon kiemelkedő, csaknem egynegyedes (24%) azok aránya, akik képesnek tartják magukat a munkára, de nem szeretnének dolgozni. Budapesten ez az arány 19%. Közép- és Nyugat-Dunántúlon pedig jóval átlag feletti azok aránya, akik nem tartják képesnek magukat semmilyen fizetett munkára (73, ill. 72%).

4. táblázat. Munkakeresési hajlandóság (%)

	Aktív álláskereső	Szeretne dolgozni, de nem keres munkát	Képesnek tartja magát a munkára, de nem szeretne dolgozni	Nem tartja képesnek magát a munkára, nem akar dolgozni	Összesen
<b>Összes inaktív személy</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
18–39 éves	22	24	10	44	100
40–49 éves	18	25	15	42	100
50–54 éves	16	18	12	54	100
55–62 éves	8	10	13	70	100
Legfeljebb 8 általános	12	13	10	65	100
Szaktanulmányok végző	12	16	15	58	100
Érettségi	13	19	14	54	100
Felsőfok	17	11	17	55	100
Budapest	8	11	19	61	100
Megyeszékhely	16	19	10	55	100
Város	13	15	13	59	100
Község	11	15	11	62	100
Közép-Magyarország	7	13	24	55	100
Közép-Dunántúl	6	13	9	73	100
Nyugat-Dunántúl	11	11	6	72	100
Dél-Dunántúl	14	14	9	62	100
Észak-Magyarország	13	19	10	58	100
Észak-Alföld	15	14	14	57	100
Dél-Alföld	15	20	9	56	100
Állapota a születése óta fennáll	10	20	15	55	100
1–20 éves életkora között alakult ki	11	22	9	58	100
21–40 éves életkora között alakult ki	17	16	13	54	100
41–50 éves életkora között alakult ki	9	12	13	66	100
51–60 éves életkora között alakult ki	7	13	11	69	100
A károsodottság <50%	24	20	14	42	100
50–79%	12	14	12	62	100
80+%	3	15	15	67	100

Forrás: D kutatás.

A munkavállalási szándékra összpontosítva logisztikus regresszió segítségével is vizsgálódtunk. Ebben a modellben a fenti tipológia nem minden elemét különítettük el, kizárólag a munkavállalási szándékra koncentráltunk (lásd a Melléklet M2. táblázatát). Ily módon azokat a személyeket tekintettük munkavállalási szempontból motiváltaknak, akik az imént bemutatott tipológia első vagy második kategóriájába tartoznak.<sup>2</sup> (Vagyis vagy aktív álláskeresők, vagy nem keresnek ugyan aktívan munkát, de szeretnének munkát vállalni). A feltételezett magyarázó tényezők között szerepeltek a munkaképesség megítélését vizsgáló modell változói mellett a háztartás munkaintenzitása, valamint hogy az érintett személy alkalmasnak ítéli-e magát a munkavállalásra. Természetesen legmarkánsabb magyarázó tényezőnek a munkaképesség megítélése mutatkozott. A kapcsolat iránya sem meglepő: azok, akik alkalmasnak ítélik magukat a munkára, jóval nagyobb arányban szeretnének munkát vállalni. Emellett fontos kiemelni, hogy minden más feltétel azonossága mellett az egyéb városokban élők motivációja jóval nagyobb a budapestiekénél, valamint azt, hogy az 50. életév után csökken igazán markánsan a munkavállalási hajlandóság, a leginkább motivált csoport pedig a 40–49 éveseké. Az egyéb változók hatását kiszűrve is igazolható, hogy az anyagilag deprivált háztartások tagjai inkább szeretnének munkát vállalni. A jónak ítélt egészségi állapot természetesen szintén növeli a hajlandóságot. Előzetes hipotéziseink egy része azonban nem bizonyult igaznak: nem találtunk kapcsolatot a háztartás munkaintenzitásával, a munkával töltött évek arányával, az akadályozottságban töltött évek arányával. Vagyis a munkavállalási szándék esetében nem bír önálló magyarázó erővel az, hogy az egyén élettörténetében mekkora arányt tesznek ki a fizetett munkával töltött évek, illetve hogy a háztartás tagjai mekkora arányban vannak jelen a munkaerőpiacon.

Az eddigiekre visszatérve érdemes összehasonlítani a munkaképesség megítélése kapcsán látottakat a munkavállalási szándék elemzésekor felszínre került összefüggésekkel.<sup>3</sup> Az egyik legfontosabb különbség, hogy (a modellben szereplő egyéb változók hatásának kontroll alatt tartása mellett) az anyagi depriváció a munkaképesség megítélésére negatívan, ám a munkavállalási szándékra pozitívan hat. Vagyis a deprivált háztartásokban élők a nem deprivált népességhez viszonyítva kevésbé tartják magukat képesnek a munkára, ám inkább szeretnének munkát vállalni, mint a nem deprivált háztartásokban élők. A szubjektív egészségi állapot mindkét esetben jól magyarázó tényezőnek mutatkozott: a (saját megítélésük szerint) jobb egészségi állapotnak örvendőink inkább tartják magukat képesnek a munkára, és inkább szeretnének munkát vállalni, a hivatalosan is elismert egészségkárosodás esetében azonban más a helyzet. A szakértői bizottságok által elismert egészségkárosodás mértéke csak a munkaképesség magyarázatában mutatott szignifikáns magyarázó erőt, a munkavállalási szándék tekintetében nem mutatható ki hasonló összefüggés.

<sup>2</sup>A logisztikus regressziós modellben e személyek kaptak 1-es értéket.

<sup>3</sup>Mindkét téma esetében a logisztikus regresszió eredményeire támaszkodunk.

## 2. A MUNKAKERESÉS AKADÁLYAI

Ahhoz, hogy jobban megértsük a vizsgált népesség munkavállaláshoz kapcsolódó viszonyát, érdemes a pusztá szándéknál mélyebben keresni az okokat. Éppen ezért az interjúk során több olyan lehetséges indokot is felsoroltunk, amelyek miatt valaki nem keres munkát.

Kimagasló (csaknem 50%-os) volt azok aránya, akik szerint egyáltalán nincsenek munkalehetőségek azon a környéken, ahol ők élnek (48%), illetve azoké, akik nem ismernek a szükségleteiknek megfelelő munkalehetőségeket (45%), 17% a közlekedési lehetőségek hiányára hivatkozik. (5. táblázat)

Az inaktív egészségkárosodott népességen belül 20-30% azok aránya, akiknél az a szempont is szerepet játszik, hogy ha munkába állnának, akkor elveszítenék jelenlegi jövedelmük vagy támogatásaik egy részét.

Minden ötödik személy (19%) úgy érzi, hogy nincs megfelelő képzettsége ahhoz, hogy munkába álljon.

Jelentős, szintén egyötöd körüli azok aránya, akik azt állítják: családjuk és barátaik lebeszélik őket arról, hogy munkába álljanak. 10% azok aránya, akik esetleges munkába állásuk esetén diszkriminációtól tartanak. Minden tizedik személy (8%) családi kötelezettségeire hivatkozik.

5. táblázat. Az inaktivitás indoklása (%)

	Igen	Nem	Nem tudja	Összesen
Ha munkába állna, elveszítené a jelenlegi jövedelme egy részét vagy a teljes jövedelmét	28	66	6	100
Ha munkába állna, elveszítené a jelenlegi támogatásai egy részét vagy minden támogatását, amit jelenleg kap	21	73	6	100
A családja vagy barátai nem támogatják vagy lebeszélik Önt arról, hogy munkába álljon	21	77	2	100
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg	8	90	1	100
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket	45	54	1	100
Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék/elkülönítenék Önt	10	88	2	100
Diszkrimináció áldozata volt	6	93	2	100
Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő	19	79	1	100
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség	17	82	1	100
Egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken	48	50	2	100

Forrás: D kutatás.

### 3. MUNKÁBA ÁLLÁST SEGÍTŐ PROGRAM EGY LEHETSÉGES CÉLCSOPORTJA

Egy esetleges, jövőben induló foglalkoztatási program számára kiemelt célcsoport lehet azoké, akik szeretnének dolgozni, de jelenleg nem keresnek munkát. Azért is gondoljuk így, mert a már aktív álláskeresők számára „csak” megfelelő munkahelyet kell biztosítani. Azokat viszont minden bizonnyal más eszközökkel is kell megszólítani, akik nyitottak a munkavállalásra, de nem tesznek érte. Ahhoz, hogy ennek a csoportnak a munkavállalási hajlandóságát növeljék, hasznos lehet, ha mélyrehatóbb ismeretekkel rendelkeznek róluk.

Ebből a megfontolásból találtuk hasznosnak, ha erre a célcsoportra vonatkozóan néhány további – az eddigiekkel ellentétes logikájú – megoszlást is bemutatunk.

Azoknak, akik szívesen dolgoznának, de nem keresnek állást, kb. 65%-a 50–79%-os egészségkárosodással él, 20%-uk egészségkárosodottságának minősítése 50%-osnál kisebb mértékű, 14%-uké pedig a 80%-ot is meghaladja. Csak 13%-uk 40 évesnél fiatalabb, a derékhad (52%) 40–54 éves. Iskolai végzettségük megoszlása a teljes egészségkárosodott népességéhez hasonló: 33%-uk legfeljebb 8 általánost végzett, 40% a szakmunkások aránya, az érettségizetteké 24%, míg a diplomásoké 3%.

Ez a csoport 2-3 fontos ponton más struktúrájú érvekkel indokolta, hogy miért nem dolgozik. Az összes inaktív személy válaszaihoz viszonyítva még inkább kiemelkedő, 60% körüli azok aránya, akik az álláslehetőségek hiányára hivatkoznak, a legmarkánsabb különbség azonban az, hogy többségük (60%-uk) úgy érzi, iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő a munkavállaláshoz. Ez az arány az összes inaktív között mindössze 19% volt.

### 4. KÉPESSÉGEK ÉS MUNKATAPASZTALAT

Ahogy azt a bevezetőben ígértük, zárásként néhány, az inaktív csoport foglalkoztathatóságát jellemző változó megoszlását közöljük. Igyekeztünk – a rendelkezésre álló adatok közül – olyan kérdéseket kiválasztani, amelyek a mai munkaerőpiacon jelentősen növelik az elhelyezkedési esélyeket. Ebből a célból az iskolázottság, a munkatapasztalat, az idegennyelv-ismeret, a jogosítvány és az internethasználat hatását tekintjük át.

Ahogy azt már korábbi fejezetekben bemutattuk, a munkaképes korú megváltozott munkaképességű népesség jóval idősebb, és iskolázottsága lényegesen alacsonyabb, mint a megfelelő korú többségé. A rokkantak között igen jelentős a legfeljebb általános iskolát végzettek aránya: a megfelelő korú népességben egyötödöt kitevő aránnyal szemben több mint egyharmad. Körükben mindössze 20% az érettségizettek és 5% a diplomások aránya.

Az egészségkárosodással élő népesség (részben életkorából adódóan) komoly munkatapasztalattal rendelkezik. A 87%-a legalább tíz évet fizetett

munkával töltött, átlagosan csaknem 22 év munkatapasztalattal rendelkeznek. Mindössze 4% azok aránya, akik sohasem dolgoztak.

Az egészségkárosodással élő népesség 30%-ának van érvényes jogosítványa, a teljes népességben ugyanez az arány 56%. Életkoruk és társadalmi helyzetük ismeretében nem meglepő, hogy mindössze 9%-uk beszél valamilyen idegen nyelven. 2005-ös adatok szerint a 18–62 éves népesség 41%-ára igaz ez. (TÁRKI Omnibusz 2005/01)

Az egészségkárosodott emberek mindössze 39%-ának van internetkapcsolata, ám csak 27%-uk használja azt. Az internetet nem használók 45%-a úgy véli, nincs szüksége az internetre, és ezzel közel azonos arányban hivatkoznak arra, hogy nincs pénzük számítógépre, internetre.

## MELLÉKLET

*M1. táblázat. Logisztikus regressziós modell a munkaképesség megítélésére – esélyhányadosok*

	Esélyhányados
Nem (referenciacsoport: férfiak)	1,168
Az akadályozott emberek száma a háztartásban	,729**
Etnikai hovatartozás (referenciacsoport: nem roma)	1,288
Legfeljebb 8 általános végzettség (referenciacsoport: diplomások)	1,069
Szakma (referenciacsoport: diplomások)	,927
Érettségi (referenciacsoport: diplomások)	1,070
Megyeszékhely (referenciacsoport: Budapest)	1,144
Egyéb város (referenciacsoport: Budapest)	,702
Község (referenciacsoport: Budapest)	,708
Az egészségkárosodás mértéke	,985***
1–20 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől fogva akadályozott személy)	,890*
21–40 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől fogva akadályozott személy)	1,103
41–50 évesen szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől fogva akadályozott személy)	,822
50 év felett szembesült akadályozottságával (referenciacsoport: születésétől)	,648
40–49 éves (referencia: 18–39 éves)	,629
50–54 éves (referencia: 18–39 éves)	,802
55 évesnél idősebb (referencia: 18–39 éves)	,998
Anyagi depriváció (referencia: nem deprivált)	,828***
Szubjektív egészségi állapot	2,163**
A 15 éves kora óta eltelt idő hány százalékát töltötte munkával?	2,114***
Log pseudo-likelihood	1621
Wald $\chi^2$ -statisztika	441
Pseudo R2	0,082
Súlyozatlan esetek száma	1653

*Forrás: D kutatás.*

A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, melyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikancia szinten különbözik nullától.

*M2. táblázat. Logisztikus regressziós modell a munkavállalási szándékról – esélyhányadosok*

	Esélyhányados
Nem (referenciacsoport: férfiak)	,836
Az akadályozott személyek száma a háztartásban	,995
Etnikai hovatartozás (referenciacsoport: nem roma)	1,165
Legfeljebb 8 általános végzettség (referenciacsoport: diplomások)	,893
Szakma (referenciacsoport: diplomások)	1,060
Érettségi (referenciacsoport: diplomások)	1,306
Megyeszékhely (referenciacsoport: Budapest)	1,996***
Egyéb város (referenciacsoport: Budapest)	1,455
Község (referenciacsoport: Budapest)	1,431
Az egészségkárosodás mértéke	,998
40–49 éves (referencia: 18–39 éves)	1,038**
50–54 éves (referencia: 18–39 éves)	,579***
55 évesnél idősebb felett (referencia: 18–39 éves)	,228
Anyagi depriváció (referencia: nem deprivált)	1,278*
Szubjektív egészségi állapot	1,180*
A 15 éves kora óta eltelt idő hány százalékát töltötte munkával?	1,206
A 15 éves kora óta eltelt idő hány százalékát töltötte akadályozottként?	,767
Alkalmasnak ítéli-e magát a munkavállalásra?	3,529***
A háztartás munkaintenzitása	1,107
Log pseudo-likelihood	1687
Wald X2-statisztika	441
Pseudo R2	0,196
Súlyozatlan esetek száma	1624

*Forrás: D kutatás.*

A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, amelyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikanciaszinten különbözik nullától.





GÁBOS ANDRÁS

## AZ AKADÁLYOZOTT ÉS AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉGÉNEK ANYAGI VETÜLETEI

A társadalmi kirekesztettség leginkább egyértelmű, egyszerűen és objektíven mérhető vetülete az egyén és háztartásának anyagi helyzete, illetve ehhez szorosan kapcsolódóan a munkaerő-piaci pozíció. Ebben a tanulmányban azokat a dimenziókat vesszük sorra, amelyek az egyén helyzetét a háztartás egészére jellemző indikátorokkal írják le. Azt is megvizsgáljuk, hogy ezek mentén miként írható le a ma Magyarországon magánháztartásokban élő, aktív korú egészségkárosodott emberek helyzete. Tárgyaljuk az egészségkárosodott személyek háztartásának munkaerő-piaci kapcsolódását, jövedelmi helyzetét, szegénységi kockázatát és anyagi deprivációját is.

Elemzésünk középpontjában az adminisztratív minősítéssel élő egészségkárosodott emberek, tehát a D kutatás által lefedett népesség áll, de az ő helyzetüket összehasonlítjuk a saját megítélésük szerint a mindennapi tevékenységükben egészségi okokból akadályozott emberek helyzetével (C kutatás).<sup>1</sup> Néhány esetben ennél tovább megyünk, és a két mintát tovább szegmentáljuk. A C kutatás mintája esetében elkülönítjük egymástól az akadályozott emberek és az adminisztratív minősítéssel élő emberek részmintáját, az egészségkárosodott emberek esetében pedig – mind a C, mind a D kutatás esetében – különválasztjuk a súlyosabban és a kevésbé súlyosan károsodott emberekről szóló adatokat. Ez az elemzési szerkezet egyben ahhoz a módszertani kérdéshez is adalékokat szolgáltat, hogy vajon a kétféle kérdéssel megtalált egészségkárosodott népesség mennyiben tekinthető különbözőnek vagy nagyon hasonlónak, ám ez nem helyettesíti a C kutatás egészségkárosodott emberekből álló részmintájának és a D kutatás mintájának szisztematikus összehasonlítását.

A kutatás során létrejött adatállományok eredményeinek az aktív korú népességről szólóval való összehasonlításához külső adatforrásként a TÁRKI Háztartás Monitor 2009. évi hullámát, valamint a TÁRKI Omnibusz vizsgálatának 2010. novemberi és decemberi összevont adatállományát használtuk. A magyarországi teljes népesség helyzetének e tanulmányban használt fontosabb indikátorok szerinti leírása megtalálható Gábos és Szívós (2010) írásában.<sup>2</sup>

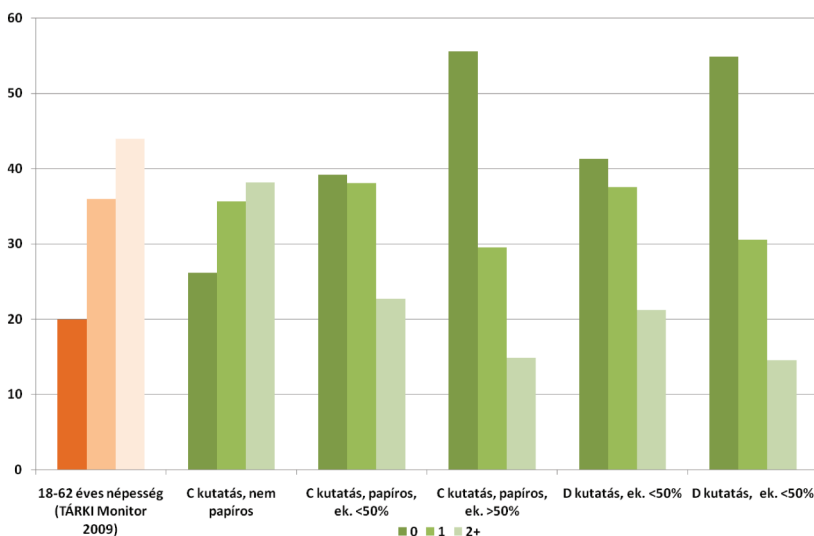
<sup>1</sup>A tanulmány során a C kutatásba bevont (a saját egészségi állapotáról szubjektíven nyilatkozó) népességet akadályozott embereknek, illetve akadályozottsággal élő embereknek, a D kutatás válaszadóit (azaz az egészségi állapotukról orvoszakértői igazolással rendelkező személyeket) pedig egészségkárosodott embereknek vagy egészségkárosodással élő embereknek, illetve megváltozott munkaképességű embereknek nevezzük.

<sup>2</sup>Gábos A. és Szívós P. (2010): Jövedelmi szegénység és anyagi depriváció Magyarországon. In: Kolosi T. és Tóth I. Gy. (szerk): Társadalmi Ríport 2010, Budapest, TÁRKI, 58–81.

## 1. AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK HÁZTARTÁSAINAK MUNKAERŐ-PIACI KAPCSOLÓDÁSA

Az egészségkárosodott emberek, döntően megváltozott munkaképességük miatt, gazdaságilag sokkal kevésbé aktívak, mint az aktív korú népesség többi része.<sup>3</sup> Teljesebb képet kaphatunk azonban az egészségkárosodott népesség társadalmi integrációjáról akkor, ha megvizsgáljuk annak a háztartásnak a munkaerő-piaci kapcsolódását is, amelyben élnek. Összességében 100-ból 52 egészségkárosodott ember háztartásában egyáltalán nem él foglalkoztatott személy, míg ugyanez az arány egy átlagos 18–62 éves felnőtt esetében 20%. Nagyjából azonos a két népességben azok aránya, akik egy foglalkoztatott háztartástaggal élnek együtt, esetleg éppen maguk dolgoznak csupán a családban. Ezzel szemben a kétkeresős családban élő megváltozott munkaképességű emberek aránya mindössze 12%, szemben a 18–62 éves népesség esetében becstült 34%-kal. Legalább háromkeresős háztartásban csupán minden huszonötödik egészségkárosodott személy, ám minden tizedik aktív korú felnőtt él. Az 1. ábra azt mutatja, miként oszlanak meg az akadályozott emberek és az egészségkárosodott személyek a háztartásukban élő foglalkoztatottak száma szerint.

1. ábra. Az akadályozott emberek, az egészségkárosodott személyek és a teljes 18–62 éves népesség a háztartásaik gazdasági aktivitása szerint (%)



Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

<sup>3</sup>Erről lásd Boi Krisztina tanulmányát ebben a kötetben.

Láthatjuk, hogy az adminisztratív minősítéssel nem rendelkező akadályozott emberek megoszlása ebben a tekintetben hasonló a teljes aktív korú népességben megfigyelthez, míg az egészségkárosodott emberek ennél lényegesen rosszabb helyzetben vannak: háztartásuk munkaerő-piaci kapcsolódása meglehetősen gyenge. Ha csak az egészségkárosodott embereket vesszük figyelembe, akkor láthatjuk, hogy a háztartás gazdasági aktivitása és a mintába került emberek egészségkárosodása között negatív kapcsolat van, tehát minél súlyosabb a megkérdezett személy egészségkárosodása, annál kevesebb a vele élő gazdaságilag aktív háztartástagok száma. Ez az összefüggés igaz mind a C kutatás megfelelő részmintájára, mind pedig a D kutatás teljes mintájára.

A munkavállaló nélküli háztartásban élő egészségkárosodott emberek aránya szoros összefüggést mutat a mintába került személyek egészségkárosodottságának mértékével. A 50%-nál nagyobb károsodottságot megállapító határozattal rendelkező emberek körében a gazdaságilag aktív háztartástag nélküli háztartásban élő személyek aránya 55%, az 50%-osnál kisebb fokú egészségkárosodással élő emberek körében viszont csupán 41%. Ha a C kutatás mintájából becsléssel arányokkal hasonlítjuk ezt össze, akkor láthatjuk, hogy a C (38%) és a D (52%) átlaga közötti eltérés nem az egészségkárosodottságot megállapító határozattal rendelkező emberek, hanem a magukat szubjektíve akadályozottnak besoroló személyek háztartásainak munkaerő-piaci kapcsolódásából adódik. A C minta egészségkárosodottságot megállapító határozattal nem rendelkező emberekből álló almintájából becsléssel arány 26%, vagyis az egészségkárosodottságot megállapító határozatot kapott emberek közül minden negyedik személy él olyan háztartásban, amelynek egyetlen felnőtt tagja sem dolgozik.

A foglalkoztatott személy nélküli háztartásban élő egészségkárosodott emberek az átlagosnál (52%) magasabb arányban fordulnak elő az egyedülálló (88%) és a roma személyek (66%) körében, valamint azokban a háztartásokban, ahol a háztartástagok legmagasabb iskolai végzettsége legfeljebb általános iskolai (62%), illetve érettségi (70%), továbbá az Észak-Magyarországon élők (60%) között (lásd a Melléklet M1. táblázatát). Ugyancsak meghaladja az átlagot ez az arány (62%) a gazdaságilag aktív háztartástagok nélküli háztartásban élő emberek körében, ha olyan háztartásban élnek, ahol legalább ketten fogyatékossgal élő személyek<sup>4</sup>. Ezzel szemben az átlagosnál alacsonyabb (44%) a munkavállaló nélküli háztartásban élő személyek aránya a párban, illetve (34%) a 18 év alatti gyermekkel élők körében, valamint az

---

<sup>4</sup>A kérdéses során a megkérdezett személlyel vagy a háztartás ügyeiben leginkább tájékozott személlyel (háztartásgazda) többek között ún. háztartástáblát töltöttünk ki, amely információkat tartalmaz a háztartás minden tagjáról. Ebben a táblázatban arról is gyűjtöttünk adatot, hogy a háztartás valamelyik másik tagjára a kérdőív kitöltőjének minősítése szerint jellemző-e valamilyen, egészségkárosodásra, fogyatékossgal, testi vagy pszichés akadályozottságra jellemző állapot. A háztartás fogyatékossgal élő tagjainak számát tartalmazó változót ennek az információnak az alapján képeztük.

olyan háztartásokban (35%), ahol van diplomás háztartástag, valamint a Közép-Magyarországon (47%) és a Közép-Dunántúlon (43%), s ezek mellett az 50%-nál csekélyebb mértékű egészségkárosodottsággal élő emberek (41%) körében.

1. táblázat. Az egészségkárosodott emberek háztartásainak munkaerő-piaci helyzete (%)

	Munkavállaló nélküli háztartásban él-e?		
	Nem	Igen	N=
<b>C kutatás összesen</b>	<b>62,1</b>	<b>37,9</b>	<b>1999</b>
C kutatás, egészségkárosodottságot megállapító határozat nélküliek	73,9	26,1	1102
C kutatás, 50%-nál kisebb fokú egészségkárosodottságot megállapító határozatot kapott emberek	60,8	39,2	176
C kutatás 50%-nál nagyobb fokú egészségkárosodottságot megállapító határozatot kapott emberek	44,4	55,6	721
<b>D kutatás összesen</b>	<b>47,6</b>	<b>52,4</b>	<b>2005</b>
D kutatás 50%-nál kisebb fokú egészségkárosodottságot megállapító határozatot kapott emberek	58,7	41,3	344
D kutatás 50%-nál nagyobb fokú egészségkárosodottságot megállapító határozatot kapott emberek	45,1	54,9	1661
<b>Összesen</b>	<b>54,7</b>	<b>45,3</b>	<b>4004</b>
<b>18–62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)</b>	<b>79,4</b>	<b>20,6</b>	<b>3049</b>

*Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.*

Az egyéni gazdasági aktivitáshoz hasonlóan az egészségkárosodott személyek munkaerő-piaci kapcsolódásával összefüggésben is megvizsgáltuk a legfontosabb háztartási és egyéni jellemzők önálló szerepét is, egy regresszió-elemzés keretében. A logisztikus regresszió eredményeit a Melléklet M2. táblázatában mutatjuk be. A modell függő változója 1 értéket vesz fel, ha a mintában szereplő egészségkárosodott személy háztartásában egyetlen háztartástag sem dolgozik. A magyarázó változók között háztartási szintű jellemző a háztartás típusa, a háztartástagok legmagasabb iskolai végzettsége, a település típusa és a fogyatékossgal élő személyek száma a háztartásban. Az egyéni szintű jellemzők közül csupán kettőt tartottunk meg: az akadályozott, illetve egészségkárosodott személy etnikai hovatartozását és az egészségkárosodottságnak a mintavételi eljárással kombinált változóját, a korábban leírtak szerint. Mindkét jellemzőt fontosnak tartottuk az elemzés szempontjából, de a háztartástagok közül csak a megkérdezett személyről rendelkezünk ezekkel az információkkal.

A becsült regressziós modellre jellemző Nagelkerke R-négyzet értéke 0,26.

Az egyik legfontosabb meghatározónak ezúttal is az iskolázottság bizonyult: minél alacsonyabb a háztartásra jellemző iskolai végzettség, annál nagyobb eséllyel van munka nélkül a háztartás minden aktív korú tagja. Így például ha a háztartásban a legmagasabb iskolai végzettség legfeljebb az általános iskolai, akkor háromszor nagyobb az esélye annak, hogy a háztartásban nincs foglalkoztatott, mint ott, ahol a legmagasabb végzettség a főiskolai vagy az egyetemi diploma. Még ennél is egyértelműbb az összefüggés a háztartás összetétele és annak munkaerő-piaci kapcsolódása között. Ha az egészségkárosodott személy egyedül él, akkor kilenc-tízszeres valószínűséggel van munka nélkül mint háztartás, szemben azzal, ha más aktív korú háztartástag is él vele együtt. Az utóbbiak között azonban nincs lényeges különbség aszerint, hogy gyermekkel vagy gyermek nélkül, párban, esetleg harmadik felnőttel élnek közös háztartásban. A fogyatékossgal élő személyek száma is meghatározó a háztartásban: ha legalább ketten fogyatékossgal élő személyek a háztartásban, akkor közel háromszor nagyobb valószínűséggel él a megváltozott munkaképességű személy olyan háztartásban, ahol mindenki munkanélküli. Hasonló nagyságrendet becstünk az etnikai származás önálló hatására is. A magukat szubjektíve akadályozottnak minősítő emberekkel szemben az orvosszakértői határozattal rendelkező egészségkárosodott személyek nagyobb valószínűséggel élnek foglalkoztatott ember nélküli háztartásban. A becst esélyhányadosok másfél-háromszorosak, a minta és az egészségkárosodottság mértékének függvényében. A D mintába került, kis (50%-nal csekélyebb) mértékű egészségkárosodással élő emberek azonban nem mutatnak eltérést e tekintetben a C minta egészségkárosodottságot megállapító határozattal nem rendelkező tagjaihoz képest.

A háztartás munkaerő-piaci kapcsolódásának alternatív, az európai uniós elemzési gyakorlatban egyre elterjedtebb mérőszáma a háztartás munkaintenzitása. Az EUROSTAT munkaintenzitás indikátora azt méri, hogy a munkaképes korú (18–64 éves) háztartástagok az elméletileg lehetséges egyéves időkeretből mennyit (hány hónapot) töltöttek foglalkoztatottként (teljes, illetve részmunkaidőben). A mutató 0 (egyetlen háztartástag sem dolgozott az adatfelvételt megelőző 12 hónapban) és 1 (minden aktív korú háztartástag teljes munkaidőben foglalkoztatott személy volt az adatfelvételt megelőző 12 hónap mindegyikében) közötti értékeket vehet fel. A munkaintenzitás mutatója a laekeni indikátorrendszer része.<sup>5</sup> A 2. ábra az egészségkárosodottak megoszlását mutatja a háztartás munkaintenzitása szerint. A referencianépeség ez esetben is a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 vizsgálat 18–62 éves emberekből álló részmintája.

Az adatok azt mutatják, hogy a megváltozott munkaképességű népesség

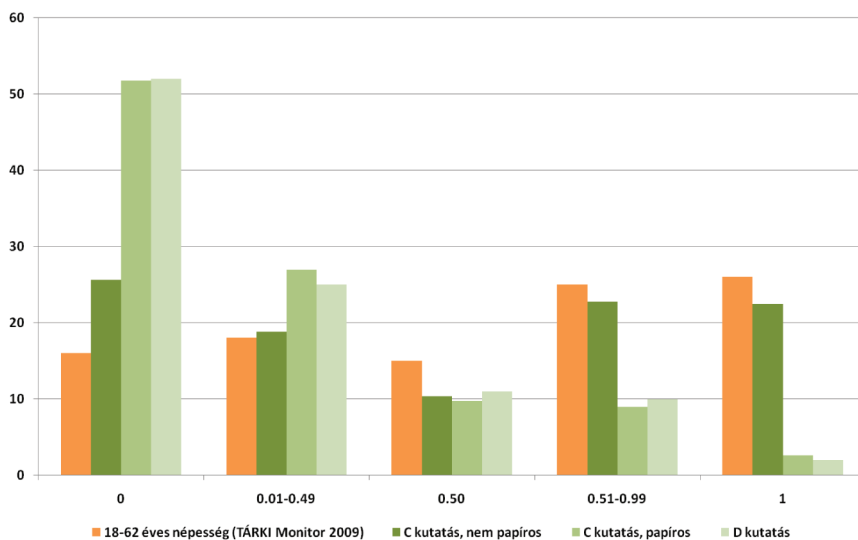
---

<sup>5</sup>Kutatásunkban a munkaintenzitás mérését a TÁRKI Háztartás Monitor 2010 vizsgálatához igazítottuk, amely némileg eltér az EUROSTAT által alkalmazott sztenderdtől. Bővebben lásd az EU-SILC-adatállomány dokumentációját és TÁRKI (2010) eredményeit. Az ötkategóriás közlés sem EUROSTAT-sztenderd, használatát a szegénység kiterjedtsége és a háztartás munkaintenzitása közötti kapcsolat természete indokolja.

fele nemcsak hogy olyan háztartásban él, ahol a vizsgálat időpontjában nem volt foglalkoztatott családtag, de a teljes inaktivitás a referenciaév egészében megfigyelhető volt. Ezzel szemben a 18–62 éves népesség körében a nulla munkaintenzitású háztartásban élők aránya (16%), valamelyest alacsonyabb mint azoké, akik a vizsgálat időpontjában teljes mértékben munkaerő-piaci kapcsolódás nélküli háztartásokban éltek (20%). Az egészségkárosodott emberek további egynegyede él alacsony munkaintenzitású (MI=0,01-0,49) háztartásokban, vagyis olyan családban, ahol vagy nincs teljes állású foglalkoztatott, vagy ha van, akkor rá legalább két inaktív háztartástag jut. Míg tehát az egészségkárosodott népesség háromnegyede él nulla vagy alacsony munkaintenzitású háztartásokban, addig ez az arány a referencianépességben egyharmados.

A különféle egyéni és háztartási szintű szocio-demográfiai jellemzőjű egészségkárosodott emberek eloszlását a háztartás munkaintenzitása szerint a Melléklet M3. táblázata tartalmazza.

2. ábra. Az akadályozott emberek, az egészségkárosodott személyek és a 18–62 éves teljes népesség a háztartásaik munkaintenzitása szerint



Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

## 2. JÖVEDELMI HELYZET ÉS SZEGÉNYSÉG

Az egészségkárosodott emberek jövedelmi helyzetét vizsgálhatjuk egyéni és háztartási szinten is. Az egyének rendelkeznek saját jövedelemmel, ám legtöbbször másokkal élnek közös háztartásban, bevételeiket és kiadásait megosztják egymással. Az alábbiakban először röviden áttekintjük az egyéni jövedelmeket, majd bővebben is foglalkozunk a háztartás teljes jövedelmével.

A D kutatás adatai szerint az egészségkárosodott emberek mintegy 2%-a nem jut egyéni jövedelemhez. A jövedelemhez jutók körében a jövedelmek átlaga 63 ezer forint, mediánja pedig 59 ezer forint. Ha ezt az átlagos egyéni jövedelmet a 18–62 éves teljes népességével összehasonlítjuk, akkor az látszik, hogy az egészségkárosodott emberek átlagos egyéni jövedelme az utóbbinak a háromnegyedét sem éri el (2. táblázat).<sup>6</sup>

Az egészségkárosodott népesség számos, az egyéni jövedelemmel összefüggő jellemző (életkor, iskolázottság, lakóhely, munkaerő-piaci státus stb.) alapján eltér a teljes népesség azonos korú részétől. Ezért fontos megvizsgálni azt, hogy a jövedelmek közötti különbségek milyen mértékben tulajdoníthatók az összetételi hatásnak, és mennyiben magának az egészségkárosodottságnak. Ennek megállapításához olyan OLS regressziós modellt futtattunk a TÁRKI Omnibusz 2010. november-decemberi összevont mintájából, valamint a C és a D kutatások mintájából összerakott adatállományra vonatkozóan, amelyben a függő változó az egyéni jövedelem logaritmus volt, a magyarázó változók között pedig a legfontosabb egyéni szocio-demográfiai változók, illetve az egyes mintákhoz tartozást jelölő bináris változók szerepeltek. Az eredmények (lásd a Melléklet M4. táblázatát) azt mutatják, hogy az említett szocio-demográfiai jellemzők megmagyarázzák a jövedelmek különbségének nagy részét, és mindezekre kontrollálva is szignifikáns negatív hatást találtunk az egészségkárosodott emberek közé tartozás esetében, akár a D minta egészét, akár a C mintának azt a részét nézzük, amelynek tagjainak van az egészségkárosodottságot megállapító adminisztratív minősítésük.

Az egészségkárosodott emberek háztartásjövedelmének vizsgálatára áttérve elmondható, hogy havi nettó összjövedelmük a megkérdezés időpontját közvetlenül megelőzően egynegyedével volt kisebb, a 18–62 éves népesség háztartásaira jellemző adatnál. Akár az egy főre jutó, akár az ún. ekvivalens háztartásjövedelmet<sup>7</sup> tekintjük, ez a lemaradás valamelyest alacsonyabb, 13-18% körül alakul (2. táblázat).

<sup>6</sup>A referenciaadat forrása a TÁRKI 2010. november-decemberi Omnibusz kutatása.

<sup>7</sup>Egy főre jutó jövedelem alatt egy fogyasztási egységre jutó ekvivalens jövedelmet értünk, amelyet ún. ekvivalenciaskálák használatával számítunk ki. A nemzetközi statisztikai összehasonlítások az egy főre jutó jövedelmek kategóriái mellett gyakran használnak más definíciókat is a háztartások jövedelmeinek jellemzésére. Emögött az a megfontolás áll, hogy a különböző méretű háztartások megélhetéséhez szükséges költségek a háztartás méretével nem azonos arányban növekszenek, ennél fogva a pótlólagos háztartásokat bizonyos, egynél kisebb együtthatóval korrigált fogyasztási súly segítségével veszik tekintetbe.

2. táblázat. Az egészségkárosodott emberek háztartásjövedelmének fő statisztikai jellemzői (Ft)

	C kutatás (1)	D kutatás (2)	Teljes nép. (3)	(1)/(3)	(2)/(3)
<b>Az egyéni jövedelmek mediánja (Ft)</b>	72 000	59 000	86 097	0,84	0,69
<b>Az egyéni jövedelmek átlaga (Ft)</b>	78 852	63 122	86 221	0,91	0,73
<b>A háztartás havi nettó jövedelme</b>	161 072	140 688	186 741	0,86	0,75
<b>Átlagos, egy főre jutó háztartásjövedelem (Ft)</b>	68 643	62 780	72 449	0,95	0,87
<b>Az ekvivalens háztartásjövedelem mediánja (Ft)</b>	84 819	80 000	90 713	0,94	0,88
<b>Az ekvivalens háztartásjövedelem átlaga (Ft)</b>	93 599	83 509	101 505	0,92	0,82

Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Omnibusz vizsgálat, 2010. november-december.

Az egy főre jutó háztartásjövedelemnek a 18–62 éves teljes népességéhez viszonyított arányát összevetve az egyéni jövedelmek átlagának hasonló mutatójával, láthatjuk, hogy az egészségkárosodott emberek relatív jövedelmi helyzete kedvezőbb akkor, ha a háztartás teljes jövedelmével számolunk. Emögött elsősorban az a tény húzódik meg, hogy az egészségkárosodott emberek a teljes népességhez képest idősebbek, nagyobb arányban élnek egyszemélyes és pár típusú háztartásokban, s így a háztartásuk átlagos létszáma is alacsonyabb a teljes népességben megfigyelténél.

A D kutatásbeli megváltozott munkaképességű emberek háztartásai jellemzően havonta közel 140 ezer forintból gazdálkodnak, ami 63 ezer forintos egy főre jutó és – OECD2-skálával számítva – 84 ezer forintos ekvivalens-jövedelem-átlagot jelent. Mindezt a megfelelő korú népesség 186 ezer forintos háztartási szintű összjövedelmével, 72 ezer forintos átlagos háztartásjövedelmével, illetve mintegy 102 ezer forintos ekvivalens jövedelmével érdemes szembeállítani. A D kutatás esetében becslült jövedelmek minden számítás szerint alacsonyabbak nemcsak a teljes népességben megfigyelténél, hanem a C kutatás esetében becslült összegeknél is.

A társadalmi kirekesztettség anyagi vetületének legfontosabb, legtöbbet idézett indikátora a jövedelmi szegénység, tehát az, hogy a vizsgált csoport, esetünkben az egészségkárosodott emberek hány százaléka él a szegénységi küszöb alatt. Ennek megállapításához a referenciakutatás jövedelemeloszlásából indultunk ki, amelyen belül az ekvivalens jövedelem mediánjának 60%-ánál húztuk meg a szegénységi küszöböt<sup>8</sup>. Ezt figyelembe véve az egészségkárosodott emberek 23%-a tekinthető jövedelmi szempontból szegénynek.

<sup>8</sup>Ez havi nettó 54,4 ezer Ft-ot jelent.



Ez az érték lényegesen magasabb, mint a referencianépeségben tapasztalt eredmény: a 18–62 évesek 15%-a él e szegénységi küszöb alatt (3. táblázat). Megállapítható tehát, hogy az átlagosnál magasabb szegénységi kockázatú csoportról van szó, és a megváltozott munkaképességű háztartás tag mintegy egyharmadával növeli a szegénységi kockázatot.

Az egészségkárosodott emberek körében a szegénységi kockázat az átlagosnál magasabb (32%) az egyedülálló körében, a gyermekes családokban élőkre vonatkozóan (34%), a legfeljebb általános iskolát végzettek csoportjában (31%), az Észak-Magyarországon élők esetében (29%) és a Dél-Alföldön élőkre vonatkozóan (28%) valamint a roma emberek körében (56%) (lásd a Melléklet M5. táblázatát). Az átlagosnál alacsonyabb szegénységi ráta (12%) jellemzi a „más háztartás gyermek nélkül” típusú háztartásban élőket, továbbá a diplomásokat (az ő csoportjukban a mutató 9%), a fővárosiakat (rájuk vonatkozóan az arány 10%), a Közép-Magyarországon élőket (körükben ez az adat 12%), a Közép-Dunántúlon lakókat (esetükben a szegénységi ráta 11%) és a Nyugat-Dunántúlon élőket (körükben ez az adat 14%), valamint – némiképp érdekes módon – azokat is, akiknek a háztartásában további olyan tagja is van, aki fogyatékossgal élő személy (az ő csoportjukban a szegénységi ráta 18%).

Ha a megváltozott munkaképességű emberek szegénységi kockázatát az egészségkárosodás mértéke szerint vizsgáljuk, akkor megfigyelhetjük, hogy a szegénység kockázata mind a C, mind a D kutatás esetében csökken az egészségkárosodottság mértékével.<sup>9</sup> Eszerint a D kutatásban, az 50%-osnál csekélyebb mértékű egészségkárosodottsággal élő emberek körében valamivel több mint minden negyedik személy (28%), míg az 50%-nál nagyobb károsodottsággal élő személyek körében csak minden ötödik ember (20%) él alacsony jövedelmű háztartásban. Hasonló mintát és hasonló arányokat figyelhetünk meg a C kutatás esetében is. Az utóbbi mintában az 50%-nál alacsonyabb mértékű egészségkárosodottsággal élő emberek körében a becsült szegénységi ráta 31%, míg az 50%-nál súlyosabban károsodott személyek körében 21%. Ezzel szemben a magukat szubjektív módon akadályozott embernek besorolók körében a szegénységi kockázat alacsonyabb (17%) mint a teljes C minta átlaga (20%).

---

<sup>9</sup>A negatív kapcsolat okai részben a háztartásszerkezetben mutatkozó eltérések: a súlyosabban egészségkárosodott emberek körében több az egyedülálló és kevesebb a gyermekes háztartásban élő személy. A másik, és feltehetőleg fontosabb magyarázó tényező a két résznépeség jövedelmében döntő jelentőségű szociális ellátások nagyságának különbsége. A súlyosan egészségkárosodott emberek rokkantsági nyugdíjának összege számottevően magasabb, mint a kisebb mértékű munkaképesség-csökkenéssel élő személyek járadék típusú ellátásainak összege. Többek között e két tényező okozhatja az egészségkárosodottság mértéke és a szegénység kockázata között megfigyelt negatív kapcsolatot, de az összefüggések teljesebb körű feltárása további elemzést igényel.

3. táblázat. Az egészségkárosodott emberek szegénységi kockázata (%)

	Nem szegény	Szegény	N=
<b>C kutatás összesen</b>	<b>80,3</b>	<b>19,7</b>	<b>1999</b>
C kutatás, egészségkárosodottságot megállapító határozat nélküli személyek	82,7	17,3	1102
C kutatás, 50%-osnál kisebb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal élő emberek	69,2	30,8	176
C kutatás, 50%-osnál nagyobb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal élő emberek	79,4	20,6	721
<b>D kutatás összesen</b>	<b>78,6</b>	<b>21,4</b>	<b>2005</b>
D kutatás, 50%-osnál kisebb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal élő emberek	71,8	28,2	344
D kutatás, 50%-osnál nagyobb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal élő emberek	79,8	20,2	1661
<b>Összesen</b>	<b>79,4</b>	<b>20,6</b>	<b>4004</b>
<b>18–62 évesek (TÁRKI Omnibusz 2010. nov.-dec.)</b>	<b>85,3</b>	<b>14,7</b>	<b>1336</b>
<b>18–62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)</b>	<b>84,9</b>	<b>15,1</b>	<b>2826</b>

*Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Omnibusz 2010. november-december, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.*

Akárcsak a teljes háztartás munkaerő-piaci kapcsolódása esetében, a jövedelmi szegénység vizsgálatok is lefuttattuk a korábban már ismertetett, elsősorban a háztartás egészét jellemző változókra épülő logisztikus regressziós modellt. A regressziós modell magyarázó ereje itt alacsonyabb, mint a háztartás munkaerő-piaci kapcsolódása esetében volt (Nagelkerke R-négyzet értéke 0,2). A legerősebb hatást az iskolázottság, a háztartás összetétele és a megkérdezett személy etnikai származása esetében becstültük (lásd a Melléklet M2. táblázatát). A háztartásra jellemző legmagasabb iskolázottság szerepe nagyobb, mint amit a háztartás munkanélküliségének magyarázatakor tapasztaltunk, a háztartástípusé viszont egyértelműen kisebb. A roma származás önálló becstült hatása négy és félszeres. Ugyancsak kisebb szerepe van az egészségkárosodottság és a mintavételi eljárás kombinált változójának. Becslésünk szerint a C és a D mintába tartozó, 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodottsággal élő emberek szignifikánsan nagyobb valószínűséggel lesznek szegények statisztikailag, mint a C kutatás orvoszakértői határozattal nem rendelkező embereket tartalmazó almintájába tartozóké. Ezzel szemben az 50%-nál magasabb mértékű egészségkárosodással élő emberek szegénysége nem különbözik szignifikánsan egyik mintában sem.

### 3. ANYAGI DEPRIVÁCIÓ

Az előző fejezetben az egészségkárosodott népesség jövedelmi helyzetével, szegénységi kockázatával foglalkoztunk. A társadalmi kirekesztettségnek azonban vannak más megjelenési formái is. Ezek közé tartozik például az anyagi depriváció, vagy a lakhatáshoz kapcsolódó hátrányos helyzet is. Ebben a részben, az EUROSTAT módszertanát követve, az anyagi depriváció indikátorait használva bemutatjuk a fő indikátorok számításához használt egyedi tételek szerinti eredményeket is.

Az Európai Unió gyakorlatában ezen a területen az anyagi depriváció elsődleges és másodlagos indikátora (a társadalmi befogadásnak a tagországok által közösen kialakított indikátorai, Guio 2009), valamint a súlyos anyagi depriváció (EU2020 szegénységi cél) szerepelnek.

Elsődleges indikátor: Anyagilag depriváltak tekinthető valaki akkor, ha az alábbi – a háztartás pénzügyi nehézségeinek percepcióját és tartós fogyasztási cikkekkel való ellátottságát felölelő – kilenc tétel közül legalább három esetében depriváltaként azonosítható be.

1. A háztartás nem képes arra, hogy váratlan, nagyobb összegű kiadást saját forrásból fedezzen.
2. A háztartás az utóbbi egy évben legalább egyszer nem tudta befizetni a lakbért, a lakástörlesztést, a közös költséget, a közüzemi díjat, a pénzkölcsön törlesztőrészletét.

A háztartásban élők anyagi okokból nem engedhetik meg, hogy...

3. évente legalább egy hétre elmenjenek nyaralni;
4. legalább minden második nap húst egyenek;
5. lakásukat megfelelően fűtsék;
6. automata mosógépük legyen;
7. színes televíziójuk legyen;
8. (vezetékes vagy mobil)telefonjuk legyen;
9. személyautójuk legyen.

Az elsődleges indikátor célja, hogy az anyagi depriváltság kiterjedtségét mutassa.

Másodlagos indikátor: Az elsődleges index szerint depriváltak körében mutatja meg a depriváltságot mutató tételek átlagos számát. Célja, hogy az anyagi depriváltság súlyosságát mutassa.

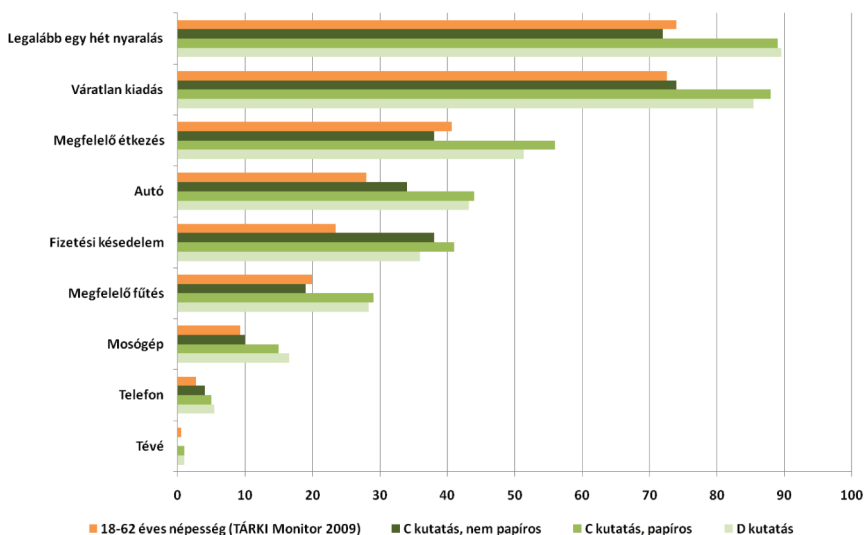
Az anyagi depriváció az EU2020 stratégia célkitűzései között megjelenő ún. szegénységi célt meghatározó indikátorok között is szerepel. Szemben azonban a fent bemutatott elsődleges indikátorral, e konkrét cél definiálásához az ún. súlyos anyagi depriváció indikátorát használják. Ez utóbbi szerint valaki akkor tekinthető anyagilag depriváltaként, ha a kilenc elemi indikátorból legalább négy esetében depriváltaként azonosítható. Tanulmányunkban az anyagi depriváció elsődleges indikátorával és a súlyos anyagi deprivációval foglalkozunk.

Magyarországon, tíz 18–62 éves egészségkárosodott ember közül kilenc olyan háztartásban él, amelynek tagjai egyáltalán nem engedhetik meg

maguknak, hogy legalább egy hétig nyaraljanak, még belföldön sem (3. ábra). Hasonlóan magas (85%) azoknak az aránya, akik a váratlan hó végi kiadást nem lennének képesek fedezni. A TÁRKI Háztartás Monitor 2010 alapján készült becslések szerint e két jelzőszám a 18–62 éves teljes népesség körében is nagyon magas: az aktív korú felnőttek háromnegyedét jellemzi ez a helyzet. Más indikátorok mentén az egészségkárosodott emberek relatív helyzete hasonlóan rossz: 51%-uk olyan háztartás tagja, ahol problémát jelent a megfelelő étkezés (a 18–62 éves népesség esetében: 41%), 43%-uk pedig olyanban, amely nem engedheti meg személyautó vásárlását (a 18–62 évesek körében ugyanez a mutató: 28%). Ugyancsak magas, 36% azok aránya, akik olyan háztartásban élnek, amely valamilyen fizetési késedelemben van (a 18–62 évesek körében: 23%), 28% pedig olyanban, ahol nem engedhetik meg maguknak a lakás megfelelő fűtését (a 18–62 évesek körében az a mutató: 20%). Továbbá minden ötödik megváltozott munkaképességű ember él olyan háztartásban, amelyben azért nincs mosógép, mert anyagi helyzete nem teszi azt lehetővé (a 18–62 évesek körében: 9%). Ezzel szemben a színes televízióval és a telefonnal nem rendelkező megváltozott munkaképességű személyek aránya alacsony (1 illetve 5%).

Az egészségkárosodott emberek elemi szintű anyagi deprivációjának főbb társadalmi-demográfiai jellemzők szerinti vizsgálata a kirekesztettség más anyagi vetületeinek elemzésekor tapasztalt mintákat mutatja (lásd a Melléklet M6. táblázatát).

3. ábra. Az anyagi depriváció elemi indikátorai (azaz a megkérdezettek hány százaléka nem engedheti meg magának az alábbiakat)

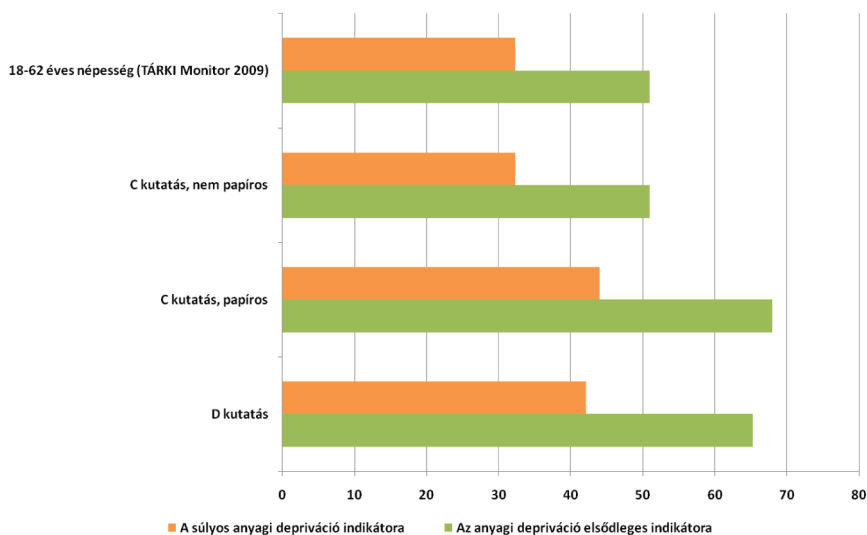


Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Ha az egészségkárosodott emberek anyagi javaktól való megfosztottságát, pénzügyi nehézségeit nemcsak a teljes aktív korú népességéhez, hanem a magukat mindennapi tevékenységükben tartósan akadályozott személynek tartókéhoz hasonlítjuk, akkor megállapíthatjuk, hogy az egészségkárosodott emberek minden tétel esetében lényegesen depriváltabbak, mint akár a népesség átlaga, akár az egészségkárosodottságot dokumentáló adminisztratív minősítéssel nem rendelkezők. Ugyancsak megfigyelhetjük, hogy az utóbbiak helyzete különösen a fizetési késedelem és valamelyest az autó hiánya tekintetében is inkább az egészségkárosodott emberekéhez hasonló.

Az anyagi depriváció fentebb bemutatott elemi indikátorokból képzett összetett jelzőszámai közül az elsődleges anyagi depriváció az egészségkárosodott népesség kétharmadát érinti (4. ábra). Ennyien élnek tehát az egészségkárosodott emberek közül olyan háztartásokban, amelyek legalább három dimenzióban depriváltak. Ez az arány lényegesen magasabb, mint a TÁRKI Háztartás Monitor 2010 adataiból a 18–62 éves népességre becsült adat (51%). Hasonló különbség mutatható ki az egészségkárosodott személyek és a referencianépesség között akkor is, ha a súlyos anyagi depriváció indikátorát használjuk. Eszerint az egészségkárosodott emberek kétötöde él anyagiilag deprivált háztartásban, míg a 18–62 éves teljes népességben ugyanez az arány egyharmados.

4. ábra. Az anyagi depriváció összetett indikátorai (a válaszadók százalékában)



Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.

Az egészségkárosodott népesség súlyos anyagi depriváltsága nem mutat számottevő eltérést az egészségkárosodottság szintje szerint. Ez az összefüggés nemcsak a D kutatás, hanem a C minta orvosi szakvéleménnyel rendelkező embereket tartalmazó részmintája esetében is fennáll. Ismét megfigyelhető viszont, hogy a saját bevallásuk szerint akadályozott emberek körében a súlyos anyagi depriváltság elterjedtsége lényegesen kisebb, mint az egészségkárosodott személyek körében, és megközelítőleg akkora, mint a 18–62 éves teljes népesség esetében (4. táblázat).

4. táblázat Az egészségkárosodott emberek súlyos anyagi depriváltsága (%)

	Nem deprivált	Deprivált	N=
<b>C kutatás összesen</b>	<b>64,1</b>	<b>35,9</b>	<b>1999</b>
C kutatás, határozat nélkül	70,9	29,1	1102
C kutatás, 50%-osnál kisebb mértékű egészségkárosodást megállapító határozattal élő emberek	55,1	44,9	176
C kutatás 50%-osnál nagyobb mértékű egészségkárosodást megállapító határozattal élő emberek	56,2	43,8	721
<b>D kutatás összesen</b>	<b>57,9</b>	<b>42,1</b>	<b>2005</b>
D kutatás, 50%-osnál kisebb mértékű egészségkárosodást megállapító határozattal élő emberek	57,0	43,0	344
D kutatás, 50%-osnál nagyobb mértékű egészségkárosodást megállapító határozattal élő emberek	58,3	41,7	1661
<b>Összesen</b>	<b>61,1</b>	<b>38,9</b>	<b>4004</b>
<b>18-62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)</b>	<b>67,7</b>	<b>32,3</b>	<b>2829</b>

*Forrás: D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.*

Az egészségkárosodott emberek körében a főbb egyéni és háztartásszintű szocio-demográfiai jellemzők valamint a súlyos anyagi depriváció előfordulásának kapcsolatát vizsgálva megállapíthatjuk, hogy az utóbbi az átlagosnál (42%) magasabb (59%), azok körében, akik egyedülállók a háztartásban, továbbá azok körében, akinek a legmagasabb iskolai végzettsége legfeljebb általános iskolai (körükben az adat 54%), az Észak-Magyarországon élők csoportjában (ebben a csoportban az adat 53%), vagy romákra vonatkozóan (74%) (lásd a Melléklet M5. táblázatát). Ezzel szemben alacsonyabb (34%) a súlyos anyagi depriváció előfordulása a „Más háztartás gyermek nélkül” típusú háztartásban élők körében, azok esetében (18%), akiknél a háztartásban van legalább egy diplomás, illetve a Nyugat-Dunántúlon élők körében (ebben a csoportban az adat 34%).

Akárcsak a teljes háztartás munkaerő-piaci kapcsolódása és a jövedelmi szegénység esetében, a súlyos anyagi depriváció előfordulása mögötti önálló jellemzők elkülönítésére is lefuttattuk a korábban már ismertetett, elsősorban a háztartás egészét jellemző változókra épülő logisztikus regressziós modellt. A regressziós modell magyarázó ereje – a függő változó összetettségével összefüggésben – valamelyest alacsonyabb, mint az előzőké (a Nagelkerke R-négyzet értéke 0,18). Az iskolázottság, a háztartás összetétele, a megkérdezett személy etnikai származása ebben a modellben is jelentős hatásról árulkodik (lásd a Melléklet M2. táblázatát). Az iskolázottság szerepe a korábbiakhoz képest valamelyest nagyobb, a háztartástípusé valamivel kisebbnek tűnik. A roma származás önálló becslési hatása több mint háromszoros. Egyértelműen kisebb szerepe van viszont az egészségkárosodottság és a mintaveteli eljárás kombinált változójának. Becslésünk szerint a D mintába tartozó egészségkárosodott emberek súlyos anyagi depriváltsága statisztikailag nem nagyobb, mint a C kutatás orvosszakértői határozattal nem rendelkező almintájába tartozóké.

#### 4. AZ EU2020 SZEGÉNYSÉGI CÉL ELEMZÉSE AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK KÖRÉBEN

Az előzők során bemutattuk a magyarországi egészségkárosodott emberek anyagi helyzetét, ezen belül foglalkoztunk gazdasági inaktivitásukkal, jövedelmi helyzetükkel és szegénységi kockázatukkal, valamint anyagi és lakásdeprivációjukkal. Az alábbiakban röviden megvizsgáljuk, hogy szegénységük és társadalmi kirekesztettségük más dimenziói miként járnak együtt, milyen mértékben erősítik egymást és eredményeznek többszörösen deprivált élethelyzeteket. Ehhez az Európai Unió által az Európa 2020 stratégia keretében meghatározott szegénységi cél számításához használt eljárást alkalmazzuk<sup>10</sup>. Ez az uniós szegénységi cél azt tartalmazza, hogy a szegénységi kockázattal élő – a tagországok összességében – mintegy 120 millió ember közül 2020-ig legalább 20 millió kerüljön ki ebből a kirekesztett társadalmi helyzetből. A szegénységi cél szempontjából érintett csoportot három indikátor segítségével határozták körül. Eszerint a szegénységi kockázattal élő emberek körébe azok sorolhatók, akik (i) jövedelmi szegények, (ii) anyagilag súlyosan depriváltak, vagy (iii) alacsony munkaintenzitású (MI<0,2) háztartásban élnek. A továbbiakban mi magunk is ezt a három, részben már bemutatott indikátort használjuk az elemzéshez.

A 18–62 éves, tehát aktív korú felnőtt népesség mintegy kétötödét érinti az Európai Unió által megfogalmazott szegénységi cél – a TÁRKI Háztartás Monitor 2009 adatfelvétele szerint (6. táblázat).

<sup>10</sup>European Council (2010) Conclusions on Europe 2020, the new strategy for jobs and smart, sustainable and inclusive growth, Brussels, 17 June 2010. [http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/council\\_conclusion\\_17\\_june\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/council_conclusion_17_june_en.pdf)

6. táblázat Az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett népesség nagysága (%)

	Nem érintett	Érintett	N=
<b>C kutatás összesen</b>	<b>41,1</b>	<b>58,9</b>	<b>1790</b>
C kutatás, határozat nélkül	54,1	45,9	963
C kutatás, 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal rendelkező emberek	32,1	67,9	156
C kutatás, 50%-nál nagyobb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal rendelkező emberek	24,9	75,1	671
<b>D kutatás összesen</b>	<b>28,2</b>	<b>71,8</b>	<b>1840</b>
D kutatás, 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal rendelkező emberek	35,5	64,5	301
D kutatás, 50%-nál nagyobb mértékű egészségkárosodottságot megállapító határozattal rendelkező emberek	26,8	73,2	1539
<b>Összesen</b>	<b>34,6</b>	<b>65,4</b>	<b>3630</b>
<b>18–62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)</b>	<b>57,9</b>	<b>42,1</b>	<b>2750</b>

*Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.*

Ezzel szemben a D kutatás által érintett egészségkárosodott emberek lényegesen nagyobb hányada, több mint 70%-a él ezzel a kockázattal, vagyis jövedelmi szegény, anyagilag deprivált vagy alacsony munkaintenzitású háztartás tagja. Megfigyelhetjük, hogy összességében az 50%-nál nagyobb mértékű egészségkárosodással élő emberek körében ez az arány közel 10 százalékponttal magasabb, mint a kevésbé súlyos egészségkárosodottsággal élő személyek között. A C kutatásban levő, egészségkárosodottságukról adminisztratív minősítéssel rendelkező emberek helyzete ebben a vonatkozásban is hasonlít a D kutatásban résztvevőkéhez, annál még valamelyest rosszabb is, különösen az 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodással élő emberek körében. A C kutatásba került, egészségkárosodottságukról adminisztratív minősítéssel nem rendelkező emberek almintájából becslült ráta (46%) hasonló a 18–62 éves népességre a TÁRKI Háztartás Monitor adatfelvételéből becslült értékhez (42%).

Az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett egészségkárosodott népesség legnagyobb részét elsősorban az anyagilag deprivált emberek és különösen a nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élő személyek teszik ki (7. táblázat). A csak anyagilag depriváltak aránya 15%, azoké pedig, akik nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élnek, de nem jövedelmi szegények és anyagilag sem depriváltak, ennek kétszerese, 32%. Az érintett



résznépesség közel egynegyede azokból tevődik össze, akik egyszerre anyagilag depriváltak és nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élnek. További majdnem egyötödöt tesz ki azok aránya, akik mindhárom indikátor mentén érintettek a társadalmi kirekesztettség anyagi dimenziójában. A C kutatással összehasonlítva, az adminisztratív úton egészségkárosodottnak minősített és az Európa 2020 szegénységi célban érintett népességben értelemszerűen magasabb a munkanélküliség, az alacsony munkaintenzitás által érintettek aránya, és valamelyest alacsonyabb az anyagilag depriváltaké.

7. táblázat Az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett népesség belső megoszlása az egészségkárosodott emberek körében

	C kutatás		D kutatás		18–62 évesek (TÁRKI Háztartás Monitor 2009)	
	N=	%	N=	%	N=	%
<b>Csak szegény</b>	42	4	33	2	74	6
<b>Csak deprivált</b>	221	21	198	15	500	40
<b>Csak alacsony munkaintenzitású háztartásban él</b>	286	27	429	32	207	17
<b>Szegény és deprivált</b>	46	4	43	3	114	9
<b>Szegény és alacsony munkaintenzitású háztartásban él</b>	67	6	85	6	41	3
<b>Deprivált és alacsony munkaintenzitású háztartásban él</b>	210	19	316	24	119	10
<b>Szegény, deprivált és alacsony munkaintenzitású háztartásban él</b>	205	19	240	18	193	15
<b>Összesen</b>	<b>1077</b>	<b>100</b>	<b>1344</b>	<b>100</b>	<b>1248</b>	<b>100</b>

*Forrás: C és D kutatás, TÁRKI Háztartás Monitor 2009.*

Az aktív korúak körében az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintett csoport belső megoszlását vizsgálva megfigyelhetjük, hogy körükben a legnagyobb csoport az anyagilag deprivált embereké. Az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintettek kétötöde csupán anyagilag deprivált, tehát nem jövedelmi szegény és nem is olyan háztartásban él, amelynek tagjai gazdaságilag nem aktív emberek. Nyilvánvaló, hogy – bár a nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élők aránya Magyarországon a legmagasabbak között van az Európai Unióban – a gazdaságilag aktív tagokat nem számláló háztartásban élők aránya az aktív korú felnőttek körében lényegesen kisebb az egészségkárosodott emberek adatához képest.

Amint azt a Melléklet M7. táblázata is mutatja, a egészségkárosodott embereket illetően az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintettek az átlagosnál nagyobb (94%) arányban található meg az egyedülállók körében, azokban a háztartásokban élők között, ahol a legmagasabb iskolai végzettség legfeljebb az általános iskola ( ebben a csoportban ez az adat 82%) vagy az érettségi (körükben ez az adat 83%), az észak-magyarországi csoportjában (esetükben ez az adat 80%) és a romák között (rájuk vonatkozóan ez az adat 90%), valamint a más, egészségkárosodott személlyel együtt élő emberek körében is (ebben a csoportban az adat 80%). Ezzel szemben az átlagosnál lényegesen alacsonyabb (63%) az Európa 2020 stratégia szegénységi célja által érintettek részaránya a gyermekes háztartásban élők között, azok körében, akiknek háztartásában van legalább egy diplomás (körükben ez az adat 49%), továbbá a Közép-Magyarországon élők között (rájuk vonatkozóan ez az adat 63%), Közép-Dunántúlon lakók csoportjában (ebben a csoportban ez az adat 65%), Nyugat-Dunántúlon élőkre vonatkozóan (ebben a csoportban ez az adat 65%) között, illetve az 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodással élő emberek körében (ebben a csoportban ez az adat 64%).

Az anyagi kirekesztettség egyes dimenzióihoz (a munkanélküliséghez, a szegénységhez, az anyagi deprivációhoz) hasonlóan az ezekre építkező, Európa 2020 szegénységi cél által érintett népesség esetében is megvizsgáltuk, hogy mely háztartási és mely egyéni jellemzők járulnak hozzá legnagyobb mértékben az érintettséghez. A regressziós modell magyarázó ereje (a Nagelkerke R-négyzet értéke 0,3) és az egyes jellemzők becsült hatása is értelemszerűen köztes értékeket mutat a három elemi indikátor esetében becsült modell idevonatkozó értékeihez képest (lásd a Melléklet M2. táblázatát). A legerősebb hatást ez esetben is az iskolázottság, a háztartás összetétele és a megkérdezett személy etnikai származása esetében becsültük. Az EU2020 szegénységi célban érintettség többváltozós vizsgálata szerint a C kutatás 50%-osnál alacsonyabb mértékű egészségkárosodással élő tagjai, illetve a D kutatás 50%-osnál súlyosabb egészségkárosodással élő tagjai ceteris paribus kisebb eséllyel tartoznak a kockázati csoportba, mint a C mintában azok, akiknek nincsen az egészségkárosodottságról szóló adminisztratív minősítésük.

## 5. ÖSSZEGZÉS

Tanulmányunkban az akadályozottsággal és egészségkárosodással élő, 18–62 éves népesség 2010. évi helyzetét tekintettük át a társadalmi kirekesztettség anyagi indikátorai mentén, nem elsősorban az egyén, hanem annak a háztartásnak a jellemzői szerint, amelyben a megkérdezett személy él. A két népesség, illetve a – külső adatforrásokból becsült mutatókkal leírt – aktív korú teljes népesség összehasonlító vizsgálatának eredményeit az alábbiak szerint összegeztük.

- 100-ból 26 akadályozott és 52 egészségkárosodott ember háztartásában egyáltalán nem él foglalkoztatott személy, míg ugyanez a mutató az átlagos 18–62 éves felnőtt esetében 20%. Az egészségkárosodottságról szóló adminisztratív minősítés nélküli akadályozott emberek megoszlása ebben a tekintetben hasonló a teljes aktív korú népességben megfigyelthez, míg az egészségkárosodott személyek ennél lényegesen rosszabb helyzetben vannak, háztartásuk munkaerő-piaci kapcsolódása meglehetősen gyenge. Minél nagyobb az egészségkárosodás mértéke, annál alacsonyabb a megkérdezett személlyel egy háztartásban élő gazdaságilag aktív emberek száma.
- Az akadályozott emberek egyéni jövedelme 10, az egészségkárosodott személyek egyéni jövedelme 25%-kal marad el az átlagos 18–62 évesekétől. Az egy főre jutó háztartásjövedelem és az ekvivalens jövedelem alapján ezek az elmaradások kisebbek, különösen az egészségkárosodott embereknél.
- Az akadályozott emberek szegénységi kockázata közel 20%-kal, az egészségkárosodott személyeké 40%-kal magasabb, mint a 18–62 évesek átlagos kockázata. Az egészségkárosodott emberek körében a szegénység kockázata az egészségkárosodottság mértékével csökken, a mintától függetlenül; ezt az eredményt a regressziós vizsgálat is megerősíti. Magas szegénységi kockázatú csoportok az egyedülállók, a gyermekes családokban élők, a legfeljebb általános iskolát végzettek, az Észak-Magyarországon és a Dél-Alföldön lakók, valamint a roma emberek. Az önálló hatások elkülönítésekor megfigyelhetjük, hogy az iskolázottság önálló hatása nagyon erős, a háztartás-összetételé ugyanakkor viszonylag gyenge.
- Az egészségkárosodott emberek az anyagi depriváció elemi mutatóinak mindegyike mentén lényegesen rosszabb helyzetben vannak, mint a 18–62 évesek, vagy a magukat mindennapi tevékenységükben egészségi okokból tartósnak tekintő, de adminisztratív minősítéssel nem rendelkező emberek. Az utóbbiak helyzete azonban az egészségkárosodott személyekéhez hasonló, különösen abban a tekintetben, hogy fizetési késedelembe esnek, és valamelyest az autótulajdon hiánya tekintetében is. A főbb szocio-demográfiai háttérváltozók szerinti deprivációs kockázatok mintázata hasonló a szegénység esetében megfigyelttel.
- Összességében elmondható, hogy a C és a D mintába került, egészségkárosodottságukról adminisztratív minősítéssel rendelkező emberek helyzete nagyon hasonló az anyagi indikátorok alapján végzett elemzések szerint. Az önmagát akadályozott embernek tartó, de adminisztratív minősítéssel nem rendelkező résznépesség tagjai a társadalmi kirekesztettség anyagi dimenzióiban inkább a 18–62 éves népességhez állnak közelebb, nem pedig az egészségkárosodással élő személyekhez.

## MELLÉKLET

*M1. táblázat. Az egészségkárosodott emberek háztartásainak munkaerő-piaci kapcsolódása főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)*

	Nincs aktív háztartástag	1 aktív háztartástag van	2+ aktív háztartástag van
<b>A háztartás típusa</b>			
Egyszemélyes	88	12	-
Párban élő két emberé	44	47	8
Gyermekes	34	44	22
Más háztartás gyermek nélkül	47	23	30
Összesen	52	32	16
<b>A legmagasabb iskolai végzettség a háztartásban</b>			
Legfeljebb 8 ált.	62	28	10
Szaktunokás képző	47	34	18
Érettségi	70	26	4
Diploma	35	37	28
Összesen	52	32	16
<b>A településtípus</b>			
Budapest	47	33	20
Megyeszékhely	52	31	16
Város	51	34	16
Község	55	30	15
Összesen	52	32	16
<b>A régió</b>			
Közép-Magyarország	47	34	19
Közép-Dunántúl	43	31	26
Nyugat-Dunántúl	49	31	20
Dél-Dunántúl	52	33	15
Észak-Magyarország	60	31	9
Észak-Alföld	55	29	17
Dél-Alföld	55	34	11
Összesen	52	32	16
<b>A fogyatékossggal élő személyek száma a háztartásban</b>			
Egy	49	34	17
Kettő vagy több	62	26	12
Összesen	52	32	16
<b>A megkérdezett személy etnikai hovatartozása</b>			
Nem roma	51	32	16
Roma	66	23	11
Összesen	52	32	16
<b>A megkérdezett személy egészségkárosodottságának mértéke</b>			
1–50 %	41	38	21
51–79%	55	31	14
80– %	57	28	15
Összesen	53	32	16

*Forrás: D kutatás.*

*M2. táblázat. Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek szegénysége, anyagi depriváltsága, súlyos anyagi depriváltsága, valamint érintettsége az Európa 2020 szegénységi célban: logisztikus regressziós becslés esélyhányadosai*

	Szegény-e?	Anyagilag deprivált-e?	Anyagilag súlyosan deprivált-e?	Érintett-e az EU 2020 szegénységi célban?
<b>Háztartástípus (ref.: egyedülálló)</b>				
Párban élőké	0,102***	0,433***	0,387***	0,125***
Gyermekes	0,07***	0,893	0,391***	0,108***
Más háztartás gyermek nélkül	0,11***	0,31***	0,335***	0,142***
<b>A háztartástagok legmagasabb iskolázottsága (ref.: diploma)</b>				
Legfeljebb 8 általános	2,977***	4,346***	4,621***	4,543***
Szakkunaképző	1,6***	2,145***	2,833***	2,199***
Érettségi	1,57**	1,391	1,762***	1,747***
<b>Településtípus (ref.: Budapest)</b>				
Megyeszékhely	0,714***	0,417***	0,657***	0,632***
Város	0,78**	0,969	1,101	0,963
Község	0,756***	0,794**	0,744***	0,744***
A fogyatékossgal élő személyek száma a háztartásban	2,711***	0,912	1,359***	2,523***
A háztartásban élő emberek etnikai hovatartozása (ref.: nem roma)	2,802***	4,609***	3,391***	4,302***
<b>Csoport (ref.: C kutatás, egészségkárosodottságról szóló határozattal nem rendelkező)</b>				
C kutatás, 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodottságról szóló határozattal rendelkező személy	0,318***	0,883	0,687***	0,347***
C kutatás 50%-nál nagyobb mértékű egészségkárosodottságról szóló határozattal rendelkező személy	0,558***	1,783***	1,17	0,826
D kutatás, 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodottságról szóló határozattal rendelkező személy	1,033	1,021	1,069	1,097
D kutatás, 50%-nál nagyobb mértékű egészségkárosodottságról szóló határozattal rendelkező személy	0,616***	1,556***	1,128	0,651***
Log pseudo-likelihood	4289	3090	4632	3683
Wald $\chi^2$ -statisztika	1052	484	540	851
Pseudo R <sup>2</sup>	0,318	0,201	0,176	0,297
A súlyozatlan esetek száma	3875	3519	3875	3519

*Forrás: C és D kutatás.*

Megjegyzés. A függő változó 1 értékei sorra: az adott küszöb mellett szegény; anyagilag deprivált; anyagilag súlyosan deprivált; érintett az EU2020 szegénységi célban. A táblázatban a változók után a referenciakategóriákat zárójelben tüntettük fel. Az esélyhányadosok ebben az esetben ehhez a kategóriához képest értelmezendők. Az esélyhányadosok közül azokat tekintettük szignifikánsnak, amelyek esetében a regressziós együttható \*\*\*0,01-es, \*\*0,05-ös vagy \*0,1-es szignifikancia szinten különbözik nullától. A szegénységi ráta esetében a küszöb az OECD2-es skálával számított ekvivalens háztartásjövedelem 60%-a.

M3. táblázat. Az egészségkárosodott emberek háztartásának munkaintenzitása főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)

	MI=0	MI=0.01-0,49	MI=0,5	MI=0,51-0,99	MI=1
<b>Háztartástípus</b>					
Egyszemélyes	88	1	4	1	5
Párban élők	42	29	22	5	2
Gyermekek	34	43	10	11	2
Más háztartás gyermek nélkül	48	25	6	20	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>A legmagasabb iskolai végzettség a háztartásban</b>					
Legfeljebb 8 általános	61	22	10	6	1
Szakmunkásképző	47	27	12	12	3
Érettségi	72	9	13	4	2
Diploma	35	31	13	17	5
Összesen	52	25	11	10	2
<b>A településtípus</b>					
Budapest	45	14	24	14	4
Megyeszékhely	51	26	9	9	4
Város	50	25	12	10	2
Község	55	26	8	9	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>A régió</b>					
Közép-Magyarország	46	18	18	14	4
Közép-Dunántúl	42	21	16	15	6
Nyugat-Dunántúl	49	25	13	13	1
Dél-Dunántúl	51	28	9	9	3
Észak-Magyarország	60	24	8	6	1
Észak-Alföld	54	25	10	10	2
Dél-Alföld	55	30	7	6	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>A fogyatékossgal élő személyek száma a háztartásban</b>					
Egy	48	24	13	12	3
Kettő vagy több	62	25	7	5	1
Összesen	52	25	11	10	2
<b>A megkérdezett személy etnikai hovatartozása</b>					
Nem roma	51	25	11	10	3
Roma	64	25	7	5	
Összesen	52	25	11	10	2
<b>A megkérdezett személy egészségkárosodottságának mértéke</b>					
1–50 %	40	28	14	14	4
51–79%	54	24	11	9	2
80– %	56	24	10	10	0
Összesen	52	24	11	10	2

Forrás: D kutatás.

*M4. táblázat. Az egyéni jövedelmek szintjének magyarázata a teljes, az akadályozott, illetve az egészségkárosodott népesség körében – pooled OLS regressziós elemzés*

	Regressziós becslés	
	Egyűtható	A becslés sztenderd hibája
<b>Minta (ref. kat.: nem akadályozott vagy egészségkárosodott személy)</b>		
Akadályozott személy: nincs érvényes szakvéleménye	-0.105***	0.026
Akadályozott személy: van érvényes szakvéleménye	-0.295***	0.032
Egészségkárosodott személy	-0.256***	0.024
Életkor	0.006***	0.001
Nem (ref. kat.: nő)	0.118***	0.018
<b>Településtípus (ref. kat.: Budapest)</b>		
Város	-0.096***	0.026
Község	-0.151***	0.028
<b>Iskolai végzettség (ref. kat.: legfeljebb 8 általános)</b>		
Szakma	0.151***	0.024
Érettségi	0.231***	0.026
Diploma	0.505***	0.033
<b>Munkaerő-piaci státus (ref. kat.: alkalmazott)</b>		
Vállalkozó	-0.028	0.050
Alkalmi munkából, megbízásokból él	-0.600***	0.104
Munkanélküli	-0.748***	0.044
Nyugdíjas	-0.375***	0.025
Gyerekeveléshez kapcsolódó juttatást kap	-0.496***	0.056
Tanuló	-0.816***	0.096
Egyéb	-0.978***	0.062
Cigány származású	-0.081**	0.037
Konstans	11.114***	0.050
N	4041	
Korrigált R <sup>2</sup>	0.360	

*Forrás: A C és a D kutatás, valamint a TÁRKI 2010. november-decemberi Omnibusz vizsgálata.*

Megjegyzés. A függő változó az egyéni jövedelem logaritmus. \*  $p < 0.10$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$ . Az egyéni jövedelemmel nem rendelkezők kimaradtak a modellből.

M5. táblázat. Az egészségkárosodott emberek szegénységi rátája és súlyos anyagi depriváltsága főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)

	Szegény-e?		Anyagiilag deprivált-e?		Súlyosan deprivált-e anyagiilag?	
	Nem	Igen	Nem	Igen	Nem	Igen
<b>Háztartástípus</b>						
Egyszemélyes	68	32	22	78	41	59
Párban élők	82	18	36	64	61	39
Gyermekek	66	34	31	69	56	44
Más háztartás gyermek nélkül	88	12	44	56	66	34
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>A legmagasabb iskolai végzettség a háztartásban</b>						
Legfeljebb 8 általános	69	31	25	75	46	54
Szakmunkásképző	83	17	36	64	59	41
Érettségi	82	18	41	59	62	38
Diploma	91	9	55	45	82	18
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>A településtípus</b>						
Budapest	90	10	34	66	65	35
Megyeszékhely	75	25	32	68	54	46
Város	81	19	42	58	63	37
Község	76	24	30	70	53	47
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>A régió</b>						
Közép-Magyarország	88	12	37	63	62	38
Közép-Dunántúl	89	11	35	65	59	41
Nyugat-Dunántúl	86	14	39	61	66	34
Dél-Dunántúl	80	20	34	66	58	42
Észak-Magyarország	71	29	24	76	47	53
Észak-Alföld	74	26	37	63	57	43
Dél-Alföld	72	28	37	63	59	41
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>A fogyatékossgal élő személyek száma a háztartásban</b>						
Egy	78	22	35	65	58	42
Kettő vagy több	82	18	35	65	58	42
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>A megkérdezett személy etnikai hovatartozása</b>						
Nem roma	81	19	36	64	60	40
Roma	44	56	14	86	26	74
Összesen	79	21	35	65	58	42
<b>A megkérdezett személy egészségkárosodottságának mértéke</b>						
1–50 %	72	28	32	68	57	43
51–79%	79	21	35	65	58	42
80–%	83	17	36	64	62	38
Összesen	79	21	35	65	58	42

Forrás: D kutatás.



M6. táblázat. Az egészségkárosodott emberek anyagi depriváltságának elemi indikátorai főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)

	Váratlan kiadást nem képes fedezni	Egy hét nyaralást sem engedhet meg magának	Fizetési késedelembe esett	Megfelelő táplálkozást nem tud biztosítani	A lakást nem tudja megfelelően fűteni
<b>Háztartástípus</b>					
Egyszemélyes	92	95	39	62	42
Párban élőké	85	89	32	51	26
Gyermekes	89	89	56	55	28
Más háztartás gyermek nélkül	80	87	27	43	21
Összesen	85	90	36	51	28
<b>A legmagasabb iskolai végzettség a háztartásban</b>					
Legfeljebb 8 általános	91	96	39	59	34
Szaktunskáképző	84	90	39	51	27
Érettségi	86	87	23	47	26
Diploma	74	72	28	33	17
Összesen	85	90	36	51	28
<b>A településtípus</b>					
Budapest	82	83	33	39	19
Megyeszékhely	86	85	43	57	30
Város	83	90	34	46	24
Község	88	93	28	56	34
Összesen	85	90	36	51	28
<b>A régió</b>					
Közép-Magyarország	83	85	28	44	25
Közép-Dunántúl	84	88	24	57	22
Nyugat-Dunántúl	88	91	27	63	18
Dél-Dunántúl	85	85	36	57	27
Észak-Magyarország	89	92	43	56	37
Észak-Alföld	86	93	42	47	28
Dél-Alföld	84	91	44	48	33
Összesen	85	90	36	51	28
<b>A fogyatékos személyek száma a ht.-ban</b>					
Egy	86	89	36	51	28
Kettő vagy több	84	91	39	52	27
Összesen	85	89	37	51	28
<b>A z érintett etnikai hovatartozása</b>					
Nem roma	85	89	34	50	27
Roma	90	98	53	68	55
Összesen	85	90	36	51	28
<b>Az érintett egészségkárosodottságának mértéke</b>					
1–50 %	86	90	38	56	26
51–79%	85	90	34	51	29
80– %	85	86	36	47	26
Összesen	85	90	35	51	28

Forrás: D kutatás.

M7. táblázat Az egészségkárosodottak érintettsége az Európa 2020 szegénységi célban, főbb szocio-demográfiai változók szerint (%)

	Nem érintett	Érintett
<b>Háztartástípus</b>		
Egyszemélyes	6	94
Párban élők	36	64
Gyermekek	37	63
Más háztartás gyermek nélkül	31	69
Összesen	28	72
<b>A legmagasabb iskolai végzettség a háztartásban</b>		
Legfeljebb 8 általános	18	82
Szakkunaképző	32	68
Érettségi	17	83
Diploma	51	49
Összesen	28	72
<b>A településtípus</b>		
Budapest	39	61
Megyeszékhely	27	73
Város	31	69
Község	24	76
Összesen	28	72
<b>A régió</b>		
Közép-Magyarország	37	63
Közép-Dunántúl	35	65
Nyugat-Dunántúl	35	65
Dél-Dunántúl	28	72
Észak-Magyarország	20	80
Észak-Alföld	26	74
Dél-Alföld	25	75
Összesen	28	72
<b>A fogyatékossgal élő személyek száma a háztartásban</b>		
Egy	32	68
Kettő vagy több	20	80
Összesen	28	72
<b>A megkérdezett személy etnikai hovatartozása</b>		
Nem roma	29	71
Roma	10	90
Összesen	28	72
<b>A megkérdezett személy egészségkárosodásának mértéke</b>		
1–50 %	36	64
51–79%	26	74
80– %	29	71
Összesen	28	72

Forrás: D kutatás.

HAJDU GÁBOR

## A JÓLÉTI ELLÁTÁSOK SZEREPE ÉS AZ ÁLLAMMAL KAPCSOLATOS ATTITÚDOK

Ebben a tanulmányban áttekintjük az akadályozott emberek (C kutatás) és az egészségkárosodott személyek (D kutatás) jóléti államhoz fűződő viszonyának néhány aspektusát. Először röviden megnézzük, hogy az egészségkárosodáshoz kapcsolódó pénzbeli ellátások milyen szerepet játszanak az érintettek egyéni jövedelmében. Ezt követően foglalkozunk az egyéb, egyéni jogosultságú pénzbeli ellátások előfordulásával az egészségkárosodott emberek körében. A fejezet második része a vizsgált népesség jóléti állammal kapcsolatos attitűdjeiről ad áttekintést.

### 1. AZ EGÉSZSÉGHÁROSODOTTSÁGGAL KAPCSOLATOS PÉNZBELI ELLÁTÁSOK SZEREPE AZ EGYÉNI JÖVEDELMEKBEN

A kérdőívekben számos pénzbeli ellátás igénybevételére és összegére rákérdeztünk. Az alábbiakban azt vizsgáljuk, hogy az egyes ellátások milyen mértékben járulnak hozzá az akadályozott és az egészségkárosodott emberek egyéni jövedelméhez. Ehhez figyelembe vesszük a nyugdíjak (az öregségi és az özvegyik nyugdíj, valamint az árvaellátás) és a rokkantsági/baleseti ellátások összegét, együttesen és külön-külön is. Az utóbbiakon belül kiemelt figyelmet fordítunk a rokkantsági nyugdíjra és a rokkantsági járadékra. A nyugdíjak és a rokkantsági ellátások összegét az egyéni jövedelem arányában fejezzük ki. Az 1. táblázat összegzi az eredményeket.

Saját bevallásuk szerint<sup>1</sup> a nyugdíjak és a rokkantsági ellátások együttes összege az egészségkárosodott emberek egyéni jövedelmének döntő részét, átlagosan 87%-át, az akadályozott személyek egyéni jövedelmének átlagosan 50%-át teszi ki.<sup>2</sup> Ez az arány értelemszerűen a legmagasabb a legnagyobb egészségkárosodottsággal együtt élők körében (93% az egészségkárosodottak, ill. 90% az akadályozottak körében), és csökken az egészségkárosodás mértékével. A közepes, 50–79%-os egészségkárosodású emberek körében 89%, ill. 84%, míg 50%-nál kisebb fokú egészségkárosodásról szóló igazolással rendelkezők esetében 77%, ill. 68% az egészségkárosodottak, illetve az akadályozottak körében, míg az akadályozottak esetében az adminisztratív

<sup>1</sup>Mivel a kutatás a megkérdezett emberek önbevallásán alapult, ezért több esetben előfordulhatott, hogy a megkérdezettek nem tudták pontosan, hogy milyen juttatást kapnak, és tévesen neveztek meg azt.

<sup>2</sup>Az akadályozott emberek körében végzett vizsgálatban a megkérdezettek 42%-ának van orvosszakértői minősítése, 58%-uknak nincs. A pénzbeli rokkantsági ellátások – a rokkantsági nyugdíj, a rokkantsági járadék, a rehabilitációs járadék stb. – orvosszakértői szakvéleményhez kötött juttatások. Így az akadályozott emberek körében számított értékeket ennek megfelelően kell értelmezni.

minősítéssel nem rendelkezők között 21% e jövedelmek részesedése a teljes jövedelemből.

Ha az ellátások köréből elkülönítjük az öregségi és az özvegyi nyugdíjat valamint az árvaellátást, akkor azt találjuk, hogy ezek a nyugdíjellátások együttesen csak az egészségkárosodott emberek egyéni jövedelmének 5%-át, az akadályozottak egyéni jövedelmének 12%-át teszik ki. Az egészségkárosodott emberek esetében az egyéni jövedelmet tehát döntően a rokkantsági ellátások teszik ki, összességében az egészségkárosodott személyek saját jövedelmének több mint négyötödét (82%). Az akadályozott emberek esetében ez az arány az előzőnek kevesebb mint a fele, 38%. Ez utóbbiak között megtalálhatóak az adminisztratív minősítéssel nem rendelkező akadályozottak is, ezért érdemes az egészségkárosodás mértéke szerint is megvizsgálni az adatokat.

Az egészségkárosodottak körében az 50%-nál kisebb mértékű egészségkárosodással élők körében a teljes egyéni jövedelmük háromnegyedét (74%) teszik ki a rokkantsági/baleseti ellátások, míg a legsúlyosabb állapotúak, azaz a 80%-nál nagyobb mértékű egészségkárosodottsággal élő emberek között ez a mutató már 90%. Az akadályozottak körében a rokkantsági/baleseti ellátások részesedése az egyéni jövedelem egészéből ennél néhány százalékkal alacsonyabb. Az akadályozottsággal élők azonos alcsoportjaiban tehát az öregségi és az özvegyi nyugdíj, valamint az árvaellátás szerepe nagyobb az egyéni jövedelmeken belül, mint az egészségkárosodottak esetében, és ennek megfelelően a rokkantsági ellátások átlagos súlya is valamivel kisebb a körükben.

Ha külön elemezzük a rokkantsági nyugdíj szerepét az egészségkárosodottak jövedelmén belül, akkor megfigyelhetjük, hogy ez az ellátás a vizsgált népesség egyéni jövedelmének nagyobbik részét, átlagosan valamivel több mint háromötödét (62%) teszi ki. Az akadályozott emberek azonos alcsoportjain belül becsült arányok egyrészt alacsonyabbak, másrészt valamelyest más összefüggést mutatnak az egészségkárosodottság mértékével.

A rokkantsági nyugdíj az 50–79%-os egészségkárosodással élők körében az egyéni jövedelem 54%-át teszi ki, míg a 80%-nál magasabb mértékű egészségkárosodás esetében ez az arány 55%.

A két külön népesség párhuzamosan zajló kutatásának keretében rákérdeztünk az egyéni jogosultságon alapuló egyéb pénzügyi ellátásokra is, de azoknak csak az igénybevételére, az összegére viszont nem. Az adatok azt mutatják, hogy az akadályozottak és az egészségkárosodottak közel háromötöde a rokkantsági ellátásokon és a különféle nyugdíjakon kívül nem kap másfajta jóléti transzfert. Nem meglepő, hogy a megváltozott munkaképességű emberek körében messze leggyakoribb nem nyugdíjszerű támogatási forma az alanyi jogosultságú közgyógyellátás (10%, ill. 19%). Relatíve jelentős gyakoriságot regisztráltunk még a lakhatási támogatás (5%, ill. 8%), a rendszeres szociális segély (5%, ill. 5%), valamint az egészségkárosodottak körében a méltányossági alapú közgyógyellátás (7%) és a ter-

mészetbeni önkormányzati segély (5%) esetében. Ezek gyakorisága valamelyest változik az egészségkárosodottság mértékével. Így például az egészségkárosodottakon belül az 50%-nál kisebb egészségkárosodással élők körében a közgyógyellátásban részesülők aránya 18%, míg a 80%-osnál nagyobb károsultsággal élők körében csak majdnem fele ekkora, 48%. A más készpénzes ellátásban nem részesülők aránya is eltéréseket mutat e jellemző szerint. Az 50–79%-os egészségkárosodással élők körében ezek aránya kétharmados, a legsúlyosabban károsodottak körében azonban csupán egyharmados. (2. táblázat)

1. táblázat. A nyugdíjak és az egészségkárosodottsághoz kapcsolódó ellátások aránya az egyéni jövedelmekben (%)

	Akadályozottsággal élő emberek				Egészségkárosodással élő emberek				
	Össze- sen	Az egészségkárosodottság mértéke			Össze- sen	Az egészségkárosodottság mértéke			
		Nincs	<50%	50–79%		> 80%	<50%	50–79%	> 80%
<b>A nyugdíjak és a rokkantellátások együttes aránya a havi jövedelemben</b>	50	21	68	84	90	87	77	89	93
<b>Az öregségi és az özvegyi nyugdíj együttes aránya a havi jövedelemben</b>	12	16	4	8	8	5	4	6	4
<b>A rokkantsági/baleseti ellátások együttes aránya a havi jövedelemben</b>	38	-	64	77	82	82	74	84	90
<b>A rokkantsági nyugdíj aránya a havi jövedelemben</b>	24	-	-	54	55	62	-	64	73
<b>A rokkantsági járadék aránya a havi jövedelemben*</b>	6	-	-	-	15	12	-	-	8
<b>N=</b>	2048	1102	172	593	127	2045	344	1384	277

Forrás: C és D kutatás.

\*Rokkantsági járadékot csak az I. vagy a II. csoportba tartozó, 100%-os munkaképesség-csökkenést elszenvedett, vagy 80%-nál nagyobb mértékű egészségkárosodással élő orvosszakértői minősítéssel rendelkező személy kaphatott.

2. táblázat. Egyéb pénzbeli ellátások igénybevétele az akadályozott és az egészségkárosodott emberek körében (%)

	Akadályozottsággal élő emberek			Egységkárosodással élő emberek		
	Összesen	Az egészségkárosodottság mértéke		Összesen	Az egészségkárosodottság mértéke	
		Nincs	<50%		50–79%	>80%
TGYÁS	0,5	0,9		0,1	0,3	0,1
Anyasági támogatás	0,9	1,5		0,1	0,3	0,1
Gyed	1,1	1,7	0,6	0,2	0,6	0,1
Gyes	2,6	4,4	1,1	0,5	0,9	0,4
Gyet	0,4	0,8		0,0		
Rendszeres szociális segély	4,6	4,6	7,4	4,7	6,2	4,4
Rendelkezésre állási támogatás	1,3	1,9	1,7	0,7	1,5	0,5
Közgyógyellátás alanyi jogon	9,5	2,8	17,0	18,6	18,2	12,8
Közgyógyellátás méltányossági alapon	3,7	1,4	6,8	6,5	6,5	6,2
Önkormányzati segély – természetbeni	4,2	3,4	5,1	4,6	5,6	4,3
Önkormányzati segély – pénzbenei	3,1	2,8	2,9	2,7	3,8	2,4
Lakhatási támogatás	5,3	3,2	9,1	8,2	10,9	8,0
Álláskeresési járadék	3,3	5,1	2,8	0,8	1,5	0,6
Keresetpótló juttatás	0,3	0,5		0,0		
Álláskeresési segély	0,9	1,1	1,1	0,4	0,6	0,3
Más, munkanélk. kapcsolódó ellátás	1,3	2,2	0,6	0,5	0,9	0,4
Vállalkozói járadék	0,2	0,3		0,0		
Tanulm. ösztöndíj, fogyatékosági ösztöndíj	0,4	0,7		0,1		0,1
Szociális ösztöndíj	0,1	0,2		0,1	0,3	0,1
Oktatáshoz kapcs. étkezési hozzájárulás	0,6	1,0		0,4	0,6	0,5
Oktatáshoz kapcs. lakhatási támogatás	0,2	0,3		0,0		
Egyéb ösztöndíj	0,2	0,3		0,1	0,3	0,1
<b>Egyik sem</b>	<b>55,9</b>	<b>59,3</b>	<b>50,6</b>	<b>58,3</b>	<b>53,4</b>	<b>64,5</b>

Forrás: C és D kutatás.

## 2. AZ ÁLLAM SZEREPÉVEL KAPCSOLATOS ATTITŰDÖK

Az előző fejezetben láthattuk, hogy az egészségkárosodott emberek jövedelme nagymértékben függ a jóléti rendszertől kapott készpénzes ellátásoktól, ezen belül is elsősorban a rokkantsági támogatásoktól. Ebben az alfejezetben azt vizsgáljuk meg, hogy az állam szerepével kapcsolatos attitűdök miként alakulnak az akadályozottak és az egészségkárosodottak körében, és hogy vajon a teljes népességhez képest miként ítélik meg az egyéni, illetve az állami felelősségvállalást.

A kérdőívben összesen négy állításról, állítaspárról kellett megmondaniuk a válaszadóknak, hogy mennyire értenek egyet velük, az ellentétes állítások közül melyikkel értenek inkább egyet. Az első ilyen kérdés arra vonatkozott, hogy „az embereknek maguknak kell felelősséget vállalniuk a sorsuk alakulásáért, vagy pedig az állam felelőssége-e az emberekről való gondoskodás”. A két népesség véleménye között csak nagyon kis különbség figyelhető meg, hiszen az érvényes választ adó egészségkárosodott emberek 46%-a, az akadályozottak 50%-a ért egyet az első állítással. (3. táblázat) Az 1-től 4-ig terjedő skálán az átlagos pontszám az egészségkárosodottak esetében 2,6, az akadályozottak esetében 2,5 volt.<sup>3</sup> Ez az átlag a 18–62 éves teljes népességben 2,3<sup>4</sup>, azaz az egészségkárosodottak az átlagosnál valamivel jobban pártolják az állami gondoskodást.

3. táblázat. Az állam szerepével kapcsolatos attitűdkérdésekkel egyetértők aránya (%)

		Akadályozott emberek (%)	Egészségkárosodottak (%)
<b>Az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorsuk alakulásáért</b>	<b>Teljesen egyetért</b>	21	17
	<b>Inkább egyetért</b>	29	29
<b>Az államnak nagyobb felelősséget kell vállalnia az emberekről való gondoskodásban</b>	<b>Inkább egyetért</b>	27	30
	<b>Teljesen egyetért</b>	24	25

*Forrás: C és D kutatás.*

<sup>3</sup>1-es értéket kapott, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Az embereknek saját maguknak kell vállalniuk a felelősséget sorsuk alakulásáért”, 4-es értéket pedig az, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Az államnak nagyobb felelősséget kell vállalnia az emberekről való gondoskodásban”.

<sup>4</sup>A teljes népességre vonatkozó adatok forrása: A piaccgazdaság normatív keretei, 2009, TÁRKI. A kutatás során a két állítással való egyetértést egy 1-től 10-ig terjedő skálán kellett kifejezni, ezért az adatokat az ebben a kérdőívben használt 4 kategóriára (1-4) skáláztuk át.



A következő állításpár az öngondoskodásra vonatkozott. Az akadályozott emberek 88%-a, az egészségkárosodottak 85%-a inkább azzal az állítással értett egyet, hogy „Az embernek segítenie kell nehéz helyzetű embertársainak”, míg mindössze 12, ill. 15%-uk értett egyet inkább vagy teljesen azzal a kijelentéssel, hogy „Mindenki gondoskodjon magáról, ahogy tud”. (4. táblázat) Vélményük a négyfokú skálán az akadályozott emberek esetében 1,7-es, az egészségkárosodottak esetében 1,8-as átlagnak<sup>5</sup> felel meg, ami alacsonyabb, mint a megfelelő korú magyarországi lakosság körében mért 2,1-es átlag<sup>6</sup>, tehát a megváltozott munkaképességű népesség nagyobb mértékben tartja szükségesnek a rászorulóknak segítségét.

4. táblázat. Az állam szerepével kapcsolatos attitűdkérdésekkel egyetértők aránya (%)

		Akadályozott emberek (%)	Egészségkárosodottak (%)
<b>Az embernek segítenie kell a nehéz helyzetű embertársainak</b>	<b>Teljesen egyetért</b>	43	41
	<b>Inkább egyetért</b>	45	44
<b>Mindenki gondoskodjon magáról, úgy, ahogy tud</b>	<b>Inkább egyetért</b>	9	12
	<b>Teljesen egyetért</b>	3	3

Harmadsorban azt mértük fel, hogy kire számíthatnak a megkérdezettek, ha bajba kerülnek. Az egészségkárosodott emberek mindössze 22%-a, az akadályozottak negyede (26%) értett egyet részben vagy teljesen azzal, hogy „baj esetén csak saját magára számíthat”, míg közel négyötödük inkább azzal a kijelentéssel azonosult, hogy „baj esetén mindig számíthat a barátaira, családtagjaira”. Kiemelendő, hogy mindkét népesség körében majdnem minden második válaszadó teljesen egyetértett az utóbbi kijelentéssel, ami arra utalhat, hogy a valóságban is erős támogatásban részesülnek a hozzájuk közel állóktól (de ahogy a kapcsolatrendszer vizsgálatokkor láttuk: leginkább csak tőlük) (5. táblázat). Különösen annak fényében lehet igaz ez, hogy az akadályozott emberek négyfokú skála szerinti átlagosan 3,1-es, valamint az egészség-

<sup>5</sup>1-es értéket kapott, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Az embernek segítenie kell a nehéz helyzetű embertársainak”, 4-es értéket pedig az, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Mindenki gondoskodjon magáról, úgy, ahogy tud.”

<sup>6</sup>A teljes népességre vonatkozó adatok forrása: A piacgazdaság normatív keretei, 2009, TÁRKI. A kutatás során a két állítással való egyetértést 1-től 10-ig terjedő skálán kellett kifejezni, ezért az adatokat az ebben a kérdőívben használt 4 kategóriára (1-4) skáláztuk át.

ségkárosodottak 3,2-es pontszáma<sup>7</sup> a 18–62 éves népesség 2,7-es átlagával<sup>8</sup> áll szemben.

5. táblázat. Az állam szerepével kapcsolatos attitűdkérdésekkel egyetértők aránya (%)

		Akadályozott emberek (%)	Egészségkárosodottak (%)
<b>Baj esetén csak saját magamra számíthatok</b>	<b>Teljesen egyetért</b>	11	8
	<b>Inkább egyetért</b>	15	14
<b>Baj esetén családtagjaimra, barátaimra mindig számíthatok</b>	<b>Inkább egyetért</b>	26	32
	<b>Teljesen egyetért</b>	48	46

Forrás: C és D kutatás.

Végül pedig arra kérdeztünk rá, hogy az adók csökkentése és a szociális kiadások növelése közül melyiket támogatná inkább a válaszadó. A tízfokú skálán az 1-es az adók csökkentésének támogatását, a 10-es a szociális kiadások növelésének támogatását jelentette. Az egészségkárosodott emberek átlagosan 6,0, az akadályozottak átlagosan 5,3 pontot adtak a kérdésre, tehát inkább a szociális támogatások növelését, mint az adók csökkentését támogatják. Különösen nyilvánvaló ez a megfelelő korú teljes népesség válaszaival összehasonlítva: körükben a kérdésre adott pontszámok átlaga 4,5 pont.<sup>9</sup>

Ahogy a fentiekben láttuk, az akadályozott és az egészségkárosodott emberek minden esetben inkább az erősebb, gondoskodóbb államot, a társas támogatást preferáló attitűdökkel rendelkeznek. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy ez mennyiben fakad abból, hogy a csoportok szocio-demográfiai

<sup>7</sup>1-es értéket kapott, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Baj esetén csak saját magamra számíthatok”, 4-es értéket pedig, aki teljesen egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Baj esetén családtagjaimra, barátaimra mindig számíthatok”.

<sup>8</sup>A teljes népességre vonatkozó adatok forrása: A piacgazdaság normatív keretei, 2009, TÁRKI. A kutatás során a két állítással való egyetértést 1-től 10-ig terjedő skálán kellett kifejezni, ezért az adatokat az ebben a kérdőívben használt 4 kategóriára (1-4) skáláztuk át.

<sup>9</sup>A teljes népességre vonatkozó adatok forrása: A piacgazdaság normatív keretei, 2009, TÁRKI. A kutatás során a két állítással való egyetértést egy 0-tól 10-ig terjedő skálán kellett kifejezni, ezért az adatokat az ebben a kérdőívben használt 10 kategóriára (1-10) skáláztuk át. A skála két végpontjának jelentése nem volt teljesen azonos az akadályozott embereknek feltett kérdésben szereplővel. Ebben a kutatásban az adók csökkentésével szemben a jóléti kiadások növelése állt. Mivel a két fogalom meglehetősen hasonló egymáshoz, és a kérdés így is az állam szerepére utal, ezért az eltérések figyelembe vétele mellett lehetségesnek tartjuk a két kutatás eredményének összevetését.

jellemzői eltérnek a teljes népesség jellemzőitől, illetve mennyiben fakadnak abból a helyzetből, amiben az akadályozottságból és az egészségkárosodottságból fakadóan élnek. A kérdés tehát úgy is feltehető, hogy az imént megfigyelt, a gondoskodó állam iránti igényeket okozhatja-e az a tény, hogy az akadályozott emberek (elsősorban az orvosszakértői véleménnyt kapott emberek) és az egészségkárosodott személyek jövedelme jelentős részben állami forrásokból származik, nem pedig munkajövedelemből, illetve abból, hogy élethelyzetüknél fogva gyakran jobban rá vannak utalva a külső segítségre.

Ennek érdekében az adatbázisokon ún. pooled OLS regressziós modellt futtattunk. A függő változó az adócsökkentés vagy a szociális kiadások növelésének tízfokú skálán mért támogatása volt, ahol a kis értékek az adócsökkentés támogatását jelentették. Kontrollváltozóként a megkérdezett személy életkorát, nemét, lakóhelyét (településtípus és régió), iskolai végzettségét, családi állapotát, munkaerő-piaci státusát, etnikumát, életszínvonalával való elégedettségét, valamint a háztartás ekvivalens jövedelmét (OECD 2 skála)<sup>10</sup> és a háztartásában élő 18 évesnél fiatalabb személyek számát vontuk be. Szerepeltettük továbbá a modellben, hogy a megkérdezett személy melyik minta tagja volt: akadályozott személy-e, és ha igen, akkor rendelkezik-e orvosszakértői véleménnyel (a C-minta tagja-e), vagy egészségkárosodott személy-e (a D-minta tagja-e). Ez utóbbiak esetében azt vártuk, hogy ha helyes az a feltételezés, hogy az akadályozottak és az egészségkárosodottak pusztán helyzetükből fakadóan inkább támogatják a szociális kiadások növelését, akkor pozitív és szignifikáns becslést együtthatókat kapunk.

Az eredményeket a M1. táblázat tartalmazza. A kontrollváltozók hatása megfelelt a várakozásunknak. Feltételezve, hogy az egyének önérdekkövetőek, a szegényebbek esetében inkább a szociális, a jóléti kiadások növelésének támogatása várható. Ennek megfelelően mind az ekvivalens jövedelem, mind az életszínvonallal való elégedettség becslést együtthatója negatív és szignifikáns (-0,201 és -0,130), azaz minél magasabb valakinek a háztartásában az ekvivalens jövedelem, annál inkább az adócsökkentést támogatja, és hasonlóan, minél elégedettebb valaki az életszínvonalával, annál inkább a kisebb adók híve. A magasabb iskolai végzettségűek inkább az adócsökkentést támogatják, ami megfelel annak az elméletnek, ami a jövőben várható mobilitással magyarázza a redisztribúció iránti igényt (Alesina – La Ferrara, 2005; Rainer – Siedler, 2008). Aki a társadalmi ranglétrán való felemelkedésre számít, az kevésbé támogatja az állami redisztribúciót, e kérdés esetében pedig hihető feltételezés, hogy kevésbé támogatja a szociális kiadások növelését.

---

<sup>10</sup>A nemzetközi statisztikai összehasonlítások az egy főre jutó jövedelmek kategóriái mellett gyakran használnak más definíciókat is a háztartástagok jövedelmeinek jellemzésére. Emögött az a megfontolás áll, hogy a különböző méretű háztartások megélhetéséhez szükséges költségek a háztartás méretével nem azonos arányban növekszenek, ennél fogva a pótlólagos háztartástagokat egy bizonyos, egynél kisebb együtthatóval korrigált fogyasztási súly segítségével veszik tekintetbe. Így az ekvivalens jövedelem a háztartás egy fogyasztási egységre jutó jövedelme.

A vállalkozók inkább az adócsökkentés mellett vannak (-0,529), míg a nyugdíjasok a szociális kiadások növelését támogatják (0,458). Mindkét eredmény megfelel az önérdekkövetés feltételezésének, az utóbbi pedig annak az elméletnek is, hogy a különféle szerencsétlenséget megélt emberek kockázatkerülőbb attitűdökkel rendelkeznek, így kívánatosabbnak tartják az állam szerepének növelését (Alesina – Giuliano, 2009).

A minket érdeklő kérdésre a válasz az, hogy az akadályozott és az egészségkárosodott emberek *ceteris paribus* inkább támogatják a szociális kiadások növelését, mint az adócsökkentést. Az egészségkárosodottakhoz tartozó becült együttható 1,015, ami azt jelenti, hogy azonos jövedelem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely, családi állapot, etnikum, szubjektív jövedelmi helyzet mellett is 1 ponttal magasabb értéket jelöltek, 1 ponttal „közelebb vannak” a szociális kiadások növelésének támogatásához, mint a nem akadályozottak vagy egészségkárosodottak. A C minta azon tagjai esetében, akik munkaképesség-csökkenésükről szakvéleménnyel rendelkeznek, 0,957 a becült együttható, tehát nem különböznek érdemben a D kutatás egészségkárosodott válaszadóitól. De még azok az akadályozott emberek is, akik nem rendelkeznek szakvéleménnyel, 0,267 ponttal „jobban” támogatják a szociális kiadások növelését az adócsökkentéssel szemben, mint a teljes, nem akadályozott népesség.

## IRODALOM

- Alesina, A. – Giuliano, P. 2009: *Preferences for Redistribution*. National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No. 14825.
- Alesina, A. – La Ferrara, E. 2005: *Preferences for redistribution in the land of opportunities*. Journal of Public Economics 89 (5-6), 897–931.
- Rainer, H. – Siedler, T. 2008: *Subjective income and employment expectations and preferences for redistribution*. Economics Letters 99 (3), 449–453.

## MELLÉKLET

*M1. táblázat. Az adócsökkentéssel szemben a szociális/jóléti kiadások támogatását meghatározó tényezők*

Minta (ref. kat.: Nem akadémizált vagy egészségkárosodott)	
Akadémizált: Nincs érvényes szakvéleménye	0.267** (0.120)
Akadémizált: Van érvényes szakvéleménye	0.957*** (0.148)
Egészségkárosodott személy	1.015*** (0.130)
Életkor	0.006 (0.005)
Nem (ref. kat.: Nő)	0.037 (0.083)
Településtípus (ref. kat.: Budapest)	
Város	-0.158 (0.113)
Község	-0.095 (0.125)
Iskolai végzettség (ref. kat.: Legfeljebb 8 általános)	
Szakma	-0.250** (0.101)
Érettségi	-0.219** (0.111)
Diploma	-0.382** (0.154)
Családi állapot (ref. kat.: Nőtlen, hajadon)	
Házass	-0.475*** (0.128)
Elvált	-0.354** (0.147)
Özvegy	-0.332* (0.177)
18 év alatti háztartástagok száma (ref. kat.: 0)	
1	-0.037 (0.139)
2	-0.139 (0.181)
3 vagy több	0.744** (0.355)
Munkaerő-piaci státus (ref. kat.: Alkalmazott)	
Vállalkozó	-0.529** (0.222)
Alkalmi munkából, megbízásokból él	0.586* (0.310)
Munkanélküli	0.411** (0.209)
Nyugdíjas	0.458*** (0.118)
Gyerekeveléshez kapcsolódó juttatást kap	0.557* (0.288)
Tanuló	-0.153 (0.258)
Egyéb	0.707*** (0.184)
Cigány származású	0.169*** (0.065)
LN (ekvivalens jövedelem)	-0.201** (0.102)
Életszínvonallal való elégedettség	-0.130*** (0.020)
Konstans	7.642*** (1.180)
N	4083
Korrígtált R <sup>2</sup>	0.108

*Forrás: C és D kutatás és a TÁRKI A piacgazdaság normatív keretei, 2009 kutatása.*

Megjegyzések. Független változó: Az adókat csökkentené vagy a szociális/jóléti kiadásokat növelné, 1–10 skála. Becslési eljárás: OLS. \* p < 0.10, \*\* p < 0.05, \*\*\* p < 0.01. A becslött együtthatók alatt zárójelben a robusztus standard hiba található.



BASS LÁSZLÓ

## A FOGYATÉKOS EMBEREK INTEGRÁCIÓJA

### 1. BEVEZETŐ

Az utóbbi évek társadalompolitikai erőfeszítéseinek középpontjában álló kérdések között a szegregáció, a társadalmi kirekesztés, a diszkrimináció elleni küzdelem egyre nagyobb hangsúlyt kapott. Ezek a problémák nem csupán a fogyatékos emberek helyzetét jellemzik: a szegénység, az etnikai különbségek, mindenfajta másság és kisebbségi lét következménye a társadalmon kívüli helyzetbe sodródás.

A másság kezelésének hagyományos megoldásai a problematikus (esetünkben a fogyatékos) emberek társadalmi mozgástérből való kizárására, elkülönítésére irányulnak. Ezek a törekvések általában valamilyen hasznosságelvű érvrendszerrel operálnak, aminek következtében például a súlyosan fogyatékos („képezhetetlen”) gyermekeket kirekesztették az oktatási intézményekből (Márkus 2000, Bass 2004), de ilyen jelenség a „munkaképtelen” emberek foglalkoztatásának ellehetetlenítése is. A kirekesztés leglátványosabb formái az intézeti lét – legalábbis a hagyományos mamut intézetek totális rendszereiben (Kozma 2008, Verdes 2009) –, vagy a cselekvőképesség korlátozásának anomáliái (Verdes 2010). A 20. század első felének törekvései elsősorban olyan speciális intézményrendszer kialakítására irányultak, ahol a fogyatékos emberek sajátos szükségletei optimálisan kielégíthetők, így mind az oktatás mind a foglalkoztatás területén létrejött a szegregált gyógypedagógiai iskolák, illetve a különféle típusú védett munkahelyek rendszere. A század második felére nyilvánvalóvá vált, hogy a szegregáció nem vezet el a társadalmi befogadáshoz. A normalizációs elv – amely szerint a fogyatékos emberek életkörülményeit a kultúra átlagos, elfogadott normáihoz kell közelíteni – Magyarországon már viszonylag korán, a 70-es évek közepén megjelent a szakmai gondolkodásban (Lányiné 1976, Hatos, 1987). Ebben a tanulmányban nincs módunk az integrációval kapcsolatos hazai történések áttekintésére, de azt állíthatjuk, hogy az integráció – elsősorban az oktatás területén – az utóbbi húsz év központi kérdésévé vált a magyarországi fogyatékosügyben (Bánfalvy 2009, Sujbert–Vajda 2006).

Ebben az írásban egy nagyszabású magyarországi kutatás 4093 fogyatékos ember integrációjával kapcsolatos adatait elemezzük majd. A tanulmányban áttekintjük az integráció egyes területeit, majd egy integrációs index kialakításával az társadalmi befogadás háttértényezőit elemezzük.

## 2. AZ INTEGRÁCIÓ TERÜLETEI

A társadalmi befogadás vizsgálatának nincs standard módszertana, a kirekesztés mérése ezért meglehetősen problematikus (Ferge 2003). Ebben a tanulmányban az iskoláztatás, a munka, az interperszonális kapcsolatok dimenzióiban ragadjuk meg az integráció jellemzőit. Az elemzést kiegészítjük a szegregáció és a kirekesztés további formáival, például az intézeti elhelyezéssel és a korlátozott cselekvőképességgel. Minden dimenzióban igyekeztünk definiálni a kirekesztődés, a szegregáció és az integráció formáit.

### 2.1. ISKOLAI INTEGRÁCIÓ

Az integráció intézményes területei között az iskolarendszerben történtek a legjelentősebb változások a rendszerváltás óta. Az oktatási statisztikák adatai szerint a fogyatékos gyermekek hozzáférése az óvodai neveléshez jelentősen javult: ők a 70-es években még nem kerülhettek óvodába, a rendszerváltást követően a gyógypedagógiai óvodai férőhelyek száma ugrásszerűen megnőtt,

1. tábla. Óvodás gyermekek és tanulók a gyógypedagógiai oktatásban, nappali tagozat (fő)

	Óvoda	Általános iskola	Középfokú iskola	Együtt
1960/1961	..	16 275		16 275
1970/1971	..	28 077		28 077
1980/1981	592	35 574		36 166
1990/1991	821	35 420	3 152	39 393
1995/1996	2 337	36 074	5 367	43 778
2000/2001	3 171	45 596	5 200	53 967
2005/2006	5 327	60 651	12 716	78 694
2009/2010	5 027	52 572	19 641	77 240
<b>Közülük integrált formában tanuló gyermekek aránya (%)</b>				
1995/1996	49	0	0	3
2000/2001	79	15	0	17
2005/2006	73	49	26	47
2009/2010	76	60	48	58

Forrás: Oktatásstatisztikai évkönyv 2009/2010



és ezek döntő többségében (76%-ban) a gyermekek nevelése integrált formában történik. Hozzá kell tennünk, hogy ma az összes óvodás gyermeknek csupán 1,5%-a részesül gyógypedagógiai ellátásban, miközben a fogyatékos gyermekek aránya a népességben 3-5% lehet, azaz a kirekesztés mértéke még mindig magas (2. tábla).

Az általános iskolás gyermekek között már csaknem 7% a gyógypedagógiai oktatásban részesülők aránya, s ezzel az integráció mértéke (60%) valamivel alacsonyabb az óvodában tapasztaltnál. Az általános iskolai oktatás adatainál feltűnő, hogy 40 év alatt megduplázódott a fogyatékos illetve a sajátos nevelési igényű gyermekek száma. Ennek oktatáspolitikai hátterét már számos tanulmány elemezte (Bass 2008b, Bánfalvy 2009).

A fogyatékos fiatalok megjelenése a középfokú oktatásban már erőteljes csökkenést mutat (a szakiskolákban, a szakközépiskolákban és a gimnáziumokban tanulók 2,9%-a kap gyógypedagógiai nevelést), és az integráció mértéke itt a legalacsonyabb (48%). Az ennél magasabb végzettség megszerzésére – ennek a felmérésnek az adatai szerint is – egyre csökken a fogyatékos emberek esélye.

2. tábla. Fogyatékos személyek iskolai integrációja korcsoport szerint (%)

	Nem járt*	Szegregált formában tanult	Integrált formában tanult	Összesen	N =
18-25 évesek	7	14	79	100	112
26-35 évesek	5	7	88	100	316
36-45 évesek	4	4	92	100	625
46-55 évesek	4	1	95	100	1432
56-65 évesek	4	1	95	100	1608
<b>Együtt</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>4093</b>

\* Nem járt iskolába, illetve magántanuló volt

*Forrás: C és D kutatás.*

Az iskolai integráció anomáliái ellenére nem tagadhatjuk, hogy az utóbbi húsz évben a fogyatékos gyermekek szegregált oktatása egyre inkább visszaszorult. Ez a változás azonban a fogyatékos népesség egészére vonatkozóan még nem érzékelhető. Az NCSSZI és a TÁRKI 2010-es adatfelvétele ezzel ellentétes tendenciákra, az iskolai szegregáció növekedésére mutat (2. tábla).

Adataink értelmezéséhez figyelembe kell vennünk, hogy a fiatalabb korosztályokban az intellektuális fogyatékossgal élő valamint a súlyosabb fogyatékossgal élő személyek aránya magasabb, esetükben nagyobb a szegregált oktatás valószínűsége. Ugyanígy torzító hatása van a sérülés időpontjának is, hiszen a mintába tartozó személyek jelentős része iskolai befejezése után vált akadályozottá (így esetükben szóba sem került, hogy esetleg szegregált iskolába kerüljenek).

## 2.2. MUNKAHELYI INTEGRÁCIÓ

A társadalmi befogadás másik fontos terepe a fogyatékos emberek foglalkoztatottsága, munkahelyük jellege. Magyarországon a 15-64 éves, megváltozott munkaképességű emberek túlnyomó része nem dolgozik: foglalkoztatottságuk mértéke jelentősen elmarad az Európai Unió országaiban jellemző mértéktől. Ez a mutató 2002-ben nálunk volt a legalacsonyabb – 12 százalék – miközben az Európai Unióban a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási rátája 40 százalék körül mozgott. A 2008-as adatok jelentős javulást mutatnak ugyan (a foglalkoztatottság mértéke 23 százalékra nőtt), de „az aktivitás bővülése mögött (...) jelentős részben az álláskeresés megélénkülése (és kevésbé a munkavállalási hajlandóság növekedése) áll.” (Scharle 2011, 5)

3. tábla. A megváltozott munkaképességű és a teljes népesség munkapiaci státusza 2008 végén és 2010-ben, (%)

	2008. KSH munkaerőfelvétel*		2010. NCSSZI és TÁRKI
	Teljes népesség	Megváltozott munkaképességűek	Megváltozott munkaképességűek
Inaktív	38	72	75
Munkát keres	5	5	10
Aktív kereső	57	23	15
Összesen (%)	100	100	100
Összesen (ezer fő)	5852	938	

\* Forrás: A KSH 2008. IV. negyedévi munkaerő-felvétele alapján, Scharle 2011.

A foglalkoztatottsággal kapcsolatos saját adataink 2010-ben már valamivel alacsonyabbak a 2008-ban mérteknél. Adatfelvételünkben a foglalkoztatottsági ráta 15%, a munkakeresők aránya pedig 10% volt a megváltozott munkaképességű emberek mintájában<sup>1</sup>.

A munkaerőpiacról való kiszorulás mellett a társadalmi kirekesztés szempontjából fontos az is, hogy a foglalkoztatottak munkakörülményeire mennyire jellemző az integráció. Az integráció mértékét a megváltozott munkaképességű dolgozók ép emberekkel való munkakapcsolatának gyakoriságával szokás mérni. Egy 2010-ben készült kutatás eredményei szerint „az integráltan dolgozók aránya kicsi, a védett szervezetek és a bértámogatásban részesülő munkáltatók között ebben a tekintetben nincs jelentős különbség” (Scharle 2011, 31).

4. tábla. *Fogyatékos személyek munkahelyi integrációja korcsoport szerint (%)*

	Nem dolgozik	Szegregáltan dolgozik	Integráltan dolgozik	Összesen
<b>18-35 évesek</b>	60	6	34	100
<b>36-55 évesek</b>	66	5	29	100
<b>56-65 évesek</b>	85	3	12	100
<b>Együtt</b>	72	5	23	100
<b>N=</b>	427	2057	1605	4089

*Forrás: C és D kutatás*

Saját adataink korcsoport szerinti vizsgálata arra utal, hogy a foglalkoztatás – és ezen belül az integrált munkahelyekhez való hozzáférés is – az életkor előrehaladtával jelentősen csökken<sup>2</sup>. Hogy a fogyatékos emberek mintájában a férfiak és a nők foglalkoztatottsági adatai nem különböznek egymástól (miközben a teljes népességben a nők jelentős hátránya mindig kimutatható), annak elsősorban az lehet az oka, hogy a fogyatékos emberek családjában a gyermekvállalás jóval kisebb mértékű, mint a teljes népességben.

### 2.3. INTERPERSZONÁLIS INTEGRÁCIÓ – KAPCSOLATRENDSZER (CSALÁD, BARÁTOK, SZOMSZÉDSÁG)

Az integráció nem csupán a tágabb társadalmi mezőben, hanem a családdal, a szomszédssággal a barátokkal fenntartott kapcsolatrendszer kiterjedtségében,

<sup>1</sup>Ebben a kötetben a foglalkoztatottság elemzésével külön Bói Krisztina tanulmánya foglalkozik, mi csupán az integráció szempontjából érintjük ezt a területet.

<sup>2</sup>Ezzel együtt a legfiatalabb – a 25 évesnél fiatalabb – korosztály foglalkoztatottsági viszonyai a fogyatékos emberek között is (a teljes népességhez hasonlóan) a legrosszabbak.

szerkezetében is megnyilvánul. A kirekesztés a kapcsolatrendszer beszűkült vagy egyoldalú (a csak sorstársakkal fenntartott kapcsolatokkal jellemezhető) jellegében is megnyilvánul.

A fogyatékos emberek háztartásainak összetétele eltér a teljes népességre jellemző szerkezettől. Az egyszemélyes háztartások aránya a fogyatékos személyek mintájában jóval alacsonyabb, míg a gyermektelen háztartások aránya magasabb a teljes népességre jellemző arányoknál. A fogyatékos személyek esetében az önellátás nehézsége kevésbé teszi lehetővé az önálló életet, a fiatalok ezért tovább maradnak szüleikkel, az idősebbek pedig nagyobb eséllyel laknak együtt rokonaikkal.

A családszerkezet szempontjából vizsgálva a fogyatékos emberek kirekesztése nem annyira a család mint inkább a gyermekvállalás feltételeinek a hiányát jelenti. A családi integráció mutatójának kialakításakor figyelembe vettük a tágabb rokonság támogató jelenlétét is. A megkérdezettek mintegy 8%-a úgy ítélte meg, hogy nincs olyan rokona, akinek a segítségére számíthatna. Az egyedül élő és/vagy a rokonai segítségére nem számító személyeket tekintettük a továbbiakban a család szempontjából depriváltaknak (nincs családja). Ahogyan a két korábbi dimenzióban (iskola és munka) tettük, a családi kapcsolatrendszer vizsgálatánál is létrehoztunk egy szegregációs mutatót – ha a kérdezett személy családtagjainak, rokonainak többsége szintén fogyatékos ember, akkor az ő családi kapcsolatrendszerét szegregáltak tekintettük.

5. tábla. A teljes népesség és a fogyatékos személyek háztartás-összetétele (%)

A háztartás összetétele	A teljes népesség*			Fogyatékos személyek		
	18-35 évesek	36-55 évesek	56-65 évesek	18-35 évesek	36-55 évesek	56-65 évesek
Egyszemélyes	26	17	40	7	15	27
Pár gyermek nélkül	12	12	32	11	22	40
Egyedüli szülő gyermekkel	6	8	4	7	9	7
Pár gyermekkel	46	51	8	27	34	12
Más háztartás gyermek nélkül	4	4	9	41	11	5
Más háztartás gyermekkel	6	8	7	7	9	9
<b>Összesen</b>	100	100	100	100	100	100
N =	428	2057	1608	308	615	971

\* Forrás: TÁRKI Monitor 2009.

A barátok esetében nem áll rendelkezésünkre olyan adat, amely a teljes népességgel való összehasonlítást lehetővé tenné. Az integrációs mutatót itt a családi kapcsolatrendszerhez hasonlóan hoztuk létre, azaz depriválnak tekintettük azokat, akiknek nincs baráti kapcsolatuk, a szegregált típusba pedig azokat soroltuk, akiknek barátaik többségükben szintén fogyatékos emberek.

6. tábla. Fogyatékos személyek kapcsolatrendszerének integráltsága korcsoport szerint (%)

	Integráció: család				Integráció: barátok			
	Nincs családja	Szegregált a családjában	Integrált	Össz	Nincs barátja	Szegregált a baráti köre	Integrált	Össz
18-35 évesek	4	4	92	100	17	3	80	100
36-55 évesek	7	4	89	100	18	3	79	100
56-65 évesek	10	4	86	100	19	3	78	100
Együtt	8	4	88	100	17	3	78	100

Forrás: C és D kutatás

Az egyre idősebb korcsoportokban érzékelhető a családi kapcsolatok beszűkülése és szegregálódása, ezzel együtt a családi kapcsolatrendszerben erősebb integráció tapasztalható, mint a barátok esetében. A kapcsolatrendszer integrációjának vizsgálatakor a fentiek mellett figyelembe vettük a lakóhelyi közösségbe való befogadás jellegzetességeit is: ami – bár csupán felületes kapcsolatokat jelent – meglehetősen széles körű a fogyatékos emberek esetében (a minta mintegy 90%-a heti rendszerességgel kapcsolatot tart szomszédaival).

#### 2.4. A KIREKESZTÉS INTÉZMÉNYES FORMÁI: AZ INTÉZET ÉS A KORLÁTOZOTT CSELEKVŐKÉPESSÉG

A társadalmi kirekesztés legszélsőségesebb formáját a fogyatékos ember intézeti elhelyezése jelenti. A vizsgálati mintába olyan személyek nem kerülhettek, akik jelenleg intézetben élnek, de a kérdezettek 4%-a élete során hosszabb rövidebb ideig tartózkodott intézetben. A cselekvőképesség korlátozása a társadalmi integráció lehetőségét csak bizonyos területeken hagyja érintetlenül. Ez a forma – amelynek tartalmát itt nem mutatjuk be részletesen – szükségszerűen szegregált életfeltételeket kínál a fogyatékos ember számára. Az intézeti elhelyezéshez hasonlóan a cselekvőképesség korlátozása is csupán a vizsgált személyek töredékénél (4,5%) fordul elő.

7. tábla. Az intézeti elhelyezés és a cselekvőképesség korlátozása az akadályozottság megjelenésének életkora szerint (%)

Az állapot mióta áll fenn	Korlátozottan cselekvőképes személy	Élt intézetben
Születésétől	24	17
0-6 éves korától	16	17
7-14 éves korától	7	10
15-19 éves korától	9	5
20-29 éves korától	2	4
30-39 éves korától	3	3
40-49 éves korától	2	2
50 éves életkora utántól	3	1

Forrás: C és D kutatás

Az intézeti elhelyezés és a korlátozott cselekvőképesség szoros kapcsolatban áll azzal, hogy a fogyatékos személy akadályozottsága melyik életkorban kezdődött: A korai életkortól fennálló állapotok esetében mindkét intézkedés gyakorisága megnő: azoknak mintegy 20%-át érinti, akiknek jelenlegi állapota a születésüktől fogva fennáll.

### 3. AZ INTEGRÁCIÓ MÉRŐSZÁMA

A korábbiakban bemutattuk, hogy a fogyatékos, egészségkárosodott emberek integrációja a társadalmi mozgástér legelemibb területein (az iskolában, a munkában, a kapcsolatrendszerben és az önrendelkezésben) elmarad a társadalom többségére jellemző szinttől. A továbbiakban a társadalmi befogadás magyarázó tényezőit már csak mintánkon belül tudjuk vizsgálni, így eredményeink a fogyatékos emberekre jellemző átlagos integrációs szinthez képest tudják csak bemutatni az egyes csoportok előnyeit és hátrányait.

Az integráció fenti négy dimenziójából faktoranalízis segítségével generáltunk egy összegzett integrációs mutatót. Az integrációs index értéke 0, ha az illető integrációja a fogyatékos emberek átlagos integrációs szintjével azonos, az index negatív értékei annál kisebbek, minél kirekesztettebb a vizsgált személy, a pozitív értékek pedig az integráció mértékével arányosan nőnek.

## 3. 1. BIOLÓGIAI KORLÁTOZOTTSÁG ÉS INTEGRÁCIÓ

Ahogy az várható volt, adataink szerint is az akadályozottság súlyosságával arányosan romlanak az integráció esélyei. A képességstruktúra minden elemében (a látásban, a hallásban, a beszédben, az értelmi állapotban, a mozgásállapotban) és a rokkantsági fokozat összegző besorolásában is szignifikáns összefüggést találunk a képességromlás mértéke és az integráció között. Az akadályozottság súlyossága mellett az is lényeges szerepet játszik a társadalmi befogadás alakulásában, hogy az illető mely életkorában jött létre az akadályozottság. A képességek mellett a biológiai státus másik tényezője, az egészségi állapot is hatással van az integrációra. Összességében megállapíthatjuk, hogy a korábban keletkezett és/vagy súlyosabb fogyatékoságok, valamint a rossz egészségi állapot jelentősen megnehezíti az egyén társadalmi integrációját.

8. tábla. Az integráció mértékének magyarázata a biológiai állapot mutatóival (lépésenkénti regresszió)

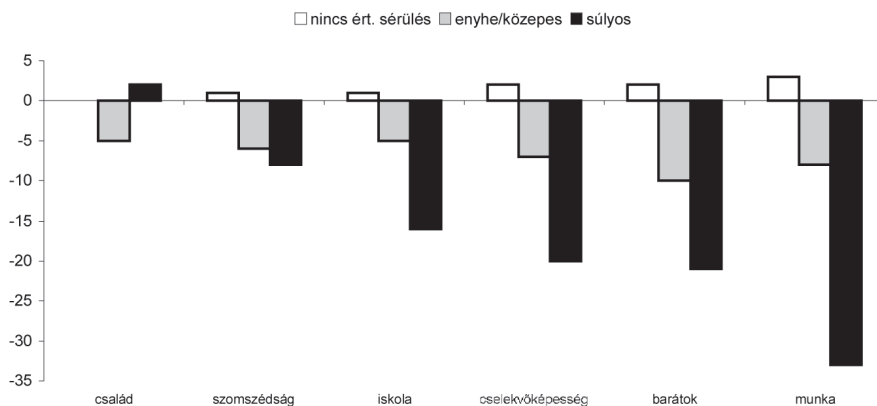
	$\beta$	t	p	R <sup>2</sup> (%)
Értelmi állapot	-0,185	-11,3	0,000	9,3
Rokkantsági fokozat	-0,192	-13,0	0,000	5,8
A sérülés kialakulása (életkor)	0,175	11,9	0,000	2,7
Egészségi állapot	0,144	9,2	0,000	2,0
Hallás- és beszédprobléma	-0,116	-7,8	0,000	1,2
Krónikus betegség	<b>0,062</b>	<b>4,1</b>	<b>0,000</b>	<b>0,3</b>
Pszichés probléma	-0,056	-3,5	0,001	0,2
<b>Együtt</b>				<b>21,6</b>

*Forrás: C és D kutatás*

A fenti tényezők együttes elemzése arra utal, hogy a biológiai állapot mutatói az integráció varianciájának több mint ötödét (21,6%-át) magyarázzák. Az összes bevont tényező közül a legerősebben a személy értelmi állapota határozza meg az integráció esélyeit.

Az intellektuális fogyatékosággal élő emberek esetében főleg az elhelyezkedés okoz nehézséget, akadályokba ütközik baráti kapcsolataik szélesítése, őket érinti elsősorban a cselekvőképesség korlátozása, de emellett az értelmi sérülés jelenti a legnagyobb akadályt az integrált iskoláztatás területén is (1. ábra). E kutatás adatai összhangban vannak az intellektuális fogyatékosággal élő emberek helyzetéről készült korábbi beszámolókkal (Bass 2008a).

1. ábra. Az integrált területek előfordulása a teljes minta átlagához (0) képest az értelmi sérülés súlyossága szerint (%)



Forrás: C és D kutatás

A biológiai korlátok a társadalom keretei között értelmeződnek – a képességek eltérései akkor akadályozzák meg a társadalmi befogadást, ha a közösség nem biztosít olyan szolgáltatásokat, lehetőségeket stb., amelyek lehetővé teszik a fogyatékos emberek számára az integrációt.

Elemzésünk következő fejezeteiben ezért azokat a társadalmi helyzetből, regionális eltérésekből fakadó hatásokat vizsgáljuk meg, amelyek befolyásolják a munkavállalás, az iskoláztatás és a speciális szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségeit.

### 3. 2. TERÜLETI KÜLÖNBΣÉGEK – A HOZZÁFÉRÉS NEHÉZSÉGEI

A megváltozott munkaképességű illetve a fogyatékos emberek gyakorisága jelentősen eltér a magyarországi régiókban. A regionális különbségek több tényezővel magyarázhatóak: egyrészt a sérülések valószínűsége kapcsolatban van az életmód vagy a munkakörülmények eltéréseivel, másrészt a munkalehetőségek hiánya, vagy az iskolai szelekció eltérései a hátrányos helyzetű régiókban növelik a fogyatékosná válás, a fogyatékosná minősítés valószínűségét.

A hátrányos helyzetű régiókban a járadékokból élő egészségkárosodott emberek aránya az aktív korú népességben kétszerese a fejlettebb régiókban tapasztalhatónál (az országos arányok szerint oszlik meg adatfelvételünk mintája is). A regionális különbségek összekapcsolódnak a lakóhely településtípusának eltéréseivel: Budapesten a fogyatékos emberek 48%-a, a községekben 65%-uk részesült valamilyen, egészségromlással kapcsolatos járadékban.



9. tábla. Járadékból részesülő egészségkárosodott személyek száma és aránya régióként<sup>3</sup> (fő)

A régió	Az ellátottak száma 2011*	A 15-64 évesek létszáma 2011	Az ellátottak aránya az aktív korúak között (%)
Közép-Magyarország	97 589	2 041 769	5
Közép-Dunántúl	48 834	761 147	6
Nyugat-Dunántúl	42 381	691 588	6
Dél-Dunántúl	71 165	647 143	11
Észak-Magyarország	76 864	804 551	10
Észak-Alföld	115 553	1 017 361	11
Dél-Alföld	98 869	893 818	11
<b>Együtt</b>	<b>551 255</b>	<b>6 857 377</b>	<b>8</b>

\* Forrás: C és D kutatás, illetve KSH, Tájékoztatói adatbázis.

Adataink szerint a járadékokból élő fogyatékos emberek integrációja szignifikánsan rosszabb, mint az ellátatlan embereké. A foglalkoztatottság esetében ez természetesen tautológia (a járadékból élő embereknek 10%-a végez valamilyen munkát), de a különbség kimutatható az integráció többi területén is.

10. tábla. Integrációt segítő szolgáltatások és lehetőségek hozzáférhetősége lakóhely szerint (%-ban. 100% = az adott településtípusban élő fogyatékos emberek száma)

	Lakóhely, településtípus		
	Budapest	Város	Község
<b>Támogató szolgáltatást igénybe vett</b>	10	3	3
<b>Orvosi ellátásra lett volna szüksége, de nem vette igénybe</b>	14	17	18
<b>Nincsenek munkalehetőségek a környéken</b>	34	46	51

Forrás: C és D kutatás

<sup>3</sup>Rokkantsági járadék, korhatár előtti rokkantsági nyugdíj, rehabilitációs járadék, átmeneti járadék, rendszeres szociális járadék, egészségkárosodási járadék.

A szolgáltatások, a szakemberek és az intézmények hozzáférhetősége nagyon eltérő attól függően, hogy a fogyatékos ember az ország melyik településén él (11. tábla). Az eltérések elsősorban a település nagyságából erednek, hiszen a legtöbb szolgáltatás működtetésének kötelezettsége lakosságszámhoz kötött, és a szolgáltatások hozzáférhetőségében is jelentős regionális különbségek tapasztalhatók. „A 10 ezer fő feletti településeken élők azok, akik számára van kiépült intézményi struktúra, az ennél kisebb lélekszámú településen élők nagyobb valószínűséggel találkoznak valamilyen intézményhiánnyal. A legrosszabb helyzetben a 2000 fő alatti lakosságszámú települések vannak, ahol csak az alapellátások a jellemzőek, ráadásul ezek gyakran egyszemélyes szolgáltatások, és a megbízott szakember több települést lát el, több szerepkörben.” (Pataki 2007)

### 3. 3. FOGYATÉKOSSÁG ÉS TÁRSADALMI KIREKESZTÉS

A fogyatékos emberek integrációját illetve kirekesztését nem érthetjük meg, ha helyzetüket speciális biológiai hátrány jól vagy rosszul kompenzált következményének tekintjük. Nem arról van pusztán szó, hogy a fogyatékos ember nehezen mozog, rosszul kommunikál vagy nem lát, hanem arról, hogy társadalmi helyzete és biológiai korlátozottságai dinamikus egységben működnek. Ha az egyénnek vannak mobilizálható erőforrásai (magas szintű végzettsége, széles társadalmi kapcsolatrendszere, jó anyagi helyzete és érdekérvényesítő képessége), akkor a sérülés önmagában nem vagy csak kevéssé veszélyezteti az illető integrációját. Ugyanez a sérülés más erőforrások gyengesége mellett a munkaerőpiacról való kiszoruláshoz, a kapcsolatrendszer beszűküléséhez, az anyagi helyzet szélsőséges romlásához, sőt teljes kiilleszkedéshez is vezethet (és fordítva – az alacsony iskolázottság, a rossz munkakörülmények vagy a tartós munkanélküliség jelentősen növelik az egészségkárosodás valószínűségét, a biológiai erőforrások gyengülését).

A kutatásunkban vizsgált fogyatékos népesség iskolázottsága jelentősen rosszabb a teljes (megfelelő korú) népesség adatainál. A fogyatékos emberek – éppen az iskolai kirekesztés vagy szegregáció következtében is – nehezebben szereznek magas képzettséget. Az általános iskolánál magasabb iskolai végzettség megszerzésében mutatkozó hátrányok elsősorban a 18 éves koruk előtt fogyatékosá vált – és különösen az intellektuális fogyatékosossággal élő – embereket érinti.

11. tábla. A társadalmi státusz néhány jellemzője a teljes népességben és a fogyatékos emberek mintájában (%)

	Fogyatékos emberek	Teljes népesség (18-62 évesek)
<b>Iskolai végzettség</b>		
0-7 osztály	5	2
8 általános	27	18
Szakma	36	32
Érettségi	24	32
Diploma	8	15
<b>Anyagi helyzet</b>		
Szegény	18	15
Nem szegény	82	85
<b>Kisebbségi hovatartozás</b>		
Roma	6	7
Nem roma	94	93

Forrás: C és D kutatás

Az erőforrások között a fogyatékos emberek családjainak anyagi helyzete lényeges szerepet játszik. Korábbi kutatásokban már kimutattuk, hogy az értelmi fogyatékos gyermeket nevelő családok elszegényedése szinte törvényszerű (Bass 2004, Bass 2008a), és az sem meglepő, hogy a rendszeres munkajövedelemhez nem jutó, segélyből, járadékból élő emberek nagy része szintén rossz anyagi helyzetbe kerül<sup>4</sup>. A jelenlegi kutatás adatai szerint a fogyatékos emberek 18%-a a hivatalos szegénységi küszöb<sup>5</sup> alatti, 50%-uk a létminimum alatti<sup>6</sup> jövedelemből él (erről bővebben lásd: Gábos András tanulmányát).

Végezetül a társadalmi státusz jellemzői között vizsgáljuk a megkérdezettek kisebbségi hovatartozását is. Elemzésünkkel nem kívánjuk a szegénység problémáját etnicizálni, de ma Magyarországon a romák többsége súlyos tár-

<sup>4</sup>Kutatásunkban a járadékban részesülő fogyatékos emberek családjainak az egy főre jutó jövedelem 87 ezer Ft, míg akik nem részesültek járadékban ott 109 ezer Ft volt havonta.

<sup>5</sup>Az egy fogyasztási egységre (OECD2) jutó jövedelem mediánjának 60%-ánál kevesebb jövedelem.

<sup>6</sup>A KSH 2010-es létminimum-számítása alapján (KSH, 2011).

sadalmi hátrányokkal küzd, emellett a megalapozatlanul fogyatékosá minősítés esélye esetükben – elsősorban az intellektuális fogyatékosággal élő gyermekek iskolai szelekciója során – különösen nagy mértékű (Kaltenbach 1999). Kutatási adataink azt bizonyítják, hogy a fogyatékos emberek között a romák aránya nem magasabb, mint a magyarországi teljes népességben (6%). Eltérés egyedül az intellektuális fogyatékosággal élő emberek között van (itt arányuk 12%), ami elsősorban a korábban említett szelekciós mechanizmus következménye. Ugyancsak adataink igazolják, hogy az egészségkárosodással kapcsolatos járadékokhoz való hozzájutás sem kapcsolódik össze a kisebbségi hovatartozással (a roma és a nem roma megkérdezettek között egyaránt 60-60% a járadékosok aránya).

E három kiragadott társadalmi hátrány mindegyike szoros kapcsolatot mutat az integráció mértékével: az iskolázatlan és/vagy szegény és/vagy roma származású fogyatékos emberek társadalmi befogadása messze elmarad az iskolázott, nem szegény illetve nem roma társaikétól.

12. tábla. A fogyatékos emberek integrációja a társadalmi státusz jellemzői szerint (%)

	Deprivált	Rossz integráció	Gyenge integráció	Átlagos integráció	Jó integráció	Összesen
<b>Iskolai végzettség</b>						
0-7 osztály	20	10	20	45	5	100
8 általános	5	6	11	69	9	100
Szakma	2	4	9	62	23	100
Érettségi	1	4	8	54	33	100
Diploma	1	3	4	43	50	100
<b>Anyagi helyzet</b>						
Szegény	5	6	14	67	8	100
Nem szegény	3	5	9	58	25	100
<b>Kisebbségi hovatartozás</b>						
Roma	10	7	14	60	9	100
Nem roma	3	5	9	59	24	100
<b>Együtt</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>60</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Forrás: C és D kutatás

## 3. 4. DISZKRIMINÁCIÓ

A társadalmi befogadás sikerének alakulásában a fentiekben elemzett tényezőkhöz kívül jelentős szerepe van a társadalmi közeg ellenállásának is. A fogyatékos emberekkel szemben számos előítélet él a köztudatban, s ez komoly gátja lehet a sikeres integrációnak.

Vizsgálatunkban a megkérdezettek nyilatkoztak arról, érte, éri-e őket diszkrimináció különféle helyzetekben (munkavállaláskor, a közlekedésben, az egészségügyi ellátásban, az oktatásban, szórakozáskor stb.). A fogyatékos emberek kétharmada a megkérdezett tizenegy terület egyikén sem tapasztalt hátrányos megkülönböztetést. Diszkriminációról leggyakrabban a munkavállalás kapcsán (24%), közlekedés során (14%) illetve az egészségügyi ellátás alkalmával (13%) számoltak be a megkérdezettek.

A megkülönböztetés nagyobb mértékben sújtja a korai életkorban szerzett, súlyosabb fogyatékosással élőket – különösképpen az intellektuális fogyatékosással élő embereket. Nagyobb mértékű diszkriminációról számolnak be a nagyobb településeken élő és a roma származású emberek.

Az elszenvedett diszkrimináció mértéke szoros összefüggést mutat a fogyatékos ember társadalmi integrációjának szintjével: a jól integrálódott emberek nem szenvednek hátrányos megkülönböztetéstől, és fordítva, azokat jóval kevésbé fogadja be a szűkebb és tágabb társadalmi közeg, akiknek sok területen kell szembenéznük diszkriminációval.

13. tábla. A fogyatékos emberek integrációja az őket ért diszkrimináció mértéke szerint (%)

	Deprivált	Rossz integráció	Gyenge integráció	Átlagos integráció	Jó integráció	Összesen
Nem érte diszkrimináció	2	4	8	61	25	100
1-2 területen érte diszkrimináció	5	6	10	59	20	100
3-5 területen érte diszkrimináció	6	6	16	53	19	100
Ennél több területen érte diszkrimináció	10	11	15	48	16	100 100
Együtt	3	5	10	60	23	100

Forrás: C és D kutatás

#### 4. AZ INTEGRÁCIÓ SIKERÉNEK HÁTTERTÉNYEZŐI

Az eddigiekben sorra vettük azokat a tényezőket, amelyek hatására nőhet vagy csökkenhet a fogyatékos emberek társadalmi befogadása. Vizsgáltunk biológiai jellegű hátrányokat (a fogyatékoság súlyosságát, jellegét, kialakulásának időpontját), a lakóhely regionális különbségeit (településnagyság, településtípus, régió), amelyek többek között a szolgáltatásokhoz való hozzáférés közvetítésével magyarázhatják az integrálódás lehetőségeit, a társadalmi státusz (az anyagi helyzet, az iskolázottság, a kisebbségi hovatartozás) eltéréseit, valamint a befogadó közeg ellenállását jellemző diszkrimináció mértékét.

Az integráció szintjének mérésére az iskoláztatás, a munka, a társas kapcsolatok és a cselekvőképesség korlátozásának dimenzióiban faktoranalízis segítségével létrehoztunk egy összevont mutatószámot.

Elemzésünk végén arra a kérdésre keressük a választ, hogy a társadalmi befogadás mértéke mennyiben magyarázható a fenti háttértényezőkkel. Ehhez lépésenkénti regresszióanalízist végeztünk, ahol az integráció-faktor magyarázatára a fent felsorolt független változókat használtuk. A magyarázó modell összeállítását megzavarhatja, hogy az integráció problémája egészen más kérdéseket vet fel a súlyosan fogyatékos és az enyhén akadályozott ember esetében, ezért a magyarázó modellt – a rokkantsági fokot jelző hivatalos besorolás szerint – a három különböző súlyosságú csoportban külön-külön alkottuk meg.

14. tábla. Az integráció mértékének magyarázata a sérülés súlyossága szerint (lépésenkénti regresszió)

	Enyhe fokú (2152 fő)		III. csop. rokkant (1477 fő)		II. csop. rokkant (459 fő)	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
<b>Egészségi állapot</b>	-0,233	0,000	-0,188	0,000	-0,236	0,000
<b>Társadalmi státusz</b>	0,172	0,000	0,163	0,000	0,188	0,000
<b>Diszkrimináció</b>	-0,092	0,000	-0,104	0,000		
<b>Regionális státusz</b>	0,077	0,001				

*Forrás: C és D kutatás*

A regresszióanalízisek alapján megállapíthatjuk, hogy a korábbiakban elemzett tényezőcsoportok mindegyike fontos, szignifikáns szerepet játszik a társadalmi befogadás alakulásában. A háttértényezők közül minden közelítésben a legfontosabb a biológiai állapot: a fogyatékos ember integrációját tehát elsősorban egészségi állapota, sérülésének súlyossága határozza meg.

Fel kell figyelnünk arra is, hogy a társadalmi státusz hatása az integrációra alig marad el az egyén fogyatékoságának jellemzőitől. Az iskolázottság, az anyagi helyzet – a sérülés mértékének súlyosságától függetlenül is – jelentős szerepet játszik a társadalmi befogadás mértékének alakulásában.

E két tényező mellett a társas közeg ellenállása (a diszkrimináció) és a regionális különbségek hatása jelentősen kisebb, és inkább az enyhébb sérülések esetében mutatható ki önálló hatásuk.

## 5. ÖSSZEGZÉS

Az empirikus adatok elemzése alapján megállapíthatjuk, hogy a fogyatékos emberek társadalmi integrációja minden vizsgált területen érezhetően elmarad a nem fogyatékos csoportokra jellemző mértéktől.

A kirekesztés legerőteljesebb a munkaerőpiacon jelentkezik. Az elhelyezkedés esélyei az utóbbi években romlottak. Az aktív korú fogyatékos emberek 15%-a dolgozik, míg a munkakeresők aránya 10%. A foglalkoztatási ráta valamint az integrált munkahelyek aránya az idősebbek között jelentősen csökken.

A fogyatékos emberek iskolai végzettsége alacsonyabb a megfelelő korú népesség adatainál: 50%-uk a létminimum alatti jövedelemből él. A roma emberek aránya mintánkban megegyezik a magyarországi népességben mért arányokkal (6%), és ez – a közhiedelemmel ellentétben – a járadékból élő emberek között is ugyanekkora. A járadékokból élők integrációja minden területen rosszabb, mint az ellátatlan embereké.

A megkérdezettek 8%-ának nincs olyan rokona, akinek a segítségére számíthatna. Az idősebbek körében egyre gyakoribb a családi és a baráti kapcsolatok beszűkülése. Azt sem tekintjük természetesnek, hogy a fogyatékos emberek kevesebb gyermeket vállalnak nem fogyatékos kortársaiknál.

A hátrányos megkülönböztetés is elsősorban a munkavállalás területén éri a fogyatékos embereket (24%-uk számolt be ilyen tapasztalatról). A diszkrimináció nagyobb mértékben sújtja a súlyosabb fogyatékosággal élő embereket, a városiakat és a romákat.

Az integráció legkevésbé az intellektuális fogyatékosággal élő emberek esetében valósul meg, és általában véve a súlyosabb fogyatékosággal élő emberek kirekesztése mindig erőteljesebb, de a megkérdezett társadalmi státuszának hatása alig marad el ettől.

A fogyatékos emberek integrációjának kulcskérdése foglalkoztatásuk megoldatlansága. Az elhelyezkedni nem tudó emberek helyzetét nem oldja meg a segélyezés, és anyagi biztonságukat is csak igen alacsony szinten teremti meg – miközben társadalmi kirekesztődésük esélyeit növeli. Erre a problémára nem tekinthető válasznak a segélyekhez, a járadékokhoz való hozzáférés szigorítása. Ha a munkához jutás esélyei nem változnak, ha csak elenyésző számban működnek rehabilitációs programok, akkor a járadékok megvonása a fogyatékos emberek létét veszélyezteti.

## IRODALOM

- Bánfalvy Cs. (2009): *A fogyatékos emberek iskolai integrációjáról*. Esély 2009. 2., 3–16.
- Bass L. (2004) (szerk.): *Jelentés a súlyosan halmozottan fogyatékos gyermeket nevelő családok életkörülményeiről*. Budapest, Kézenfogva Alapítvány 2004, 107.
- Bass L. (2008a) (szerk.): *Amit tudunk és amit nem – az értelmi fogyatékos emberek helyzete Magyarországon*. Budapest, Kézenfogva Alapítvány.
- Bass L. (2008b): *Az „Utolsó padból” program tapasztalatai az iskolai szelekció néhány jellemzőjéről*. In: Torda Á. (szerk.): *Utolsó padban... Egy program utóélete*. Integrációs Pedagógiai Műhely Füzetek 15. Budapest, Educatio, 101–116.
- Ferge Zs. (2003): *Kétébességű Magyarország*. Budapest, ELTE.
- FNO (2004): *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*. Budapest, ESZCSM, OEP. (Fordította: Dr. Jancsó Á.)
- Hatos Gy. (1987): *Az imbecillisek pedagógiája*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- Kaltenbach J. (1999): *A kisebbségi ombudsman jelentése a cigány gyermekek speciális oktatásáról*. Fundamentum 1999. 4., 119–133.
- Kozma Á. (2008): *Az intézetben élő értelmi fogyatékos emberek helyzete*. In.: Bass L. (szerk.): *Amit tudunk és amit nem – az értelmi fogyatékos emberek helyzete Magyarországon*. Budapest, Kézenfogva Alapítvány, 157–178.
- Központi Statisztikai Hivatal (2003): *Népszámlálás 2001. 12. A fogyatékos emberek helyzete*. Budapest, KSH, 400.
- Központi Statisztikai Hivatal (2011): *Létminimum, 2010*. Budapest, KSH, 2011. június.
- Lányiné Engelmayer Á. (1976): *A gyógypedagógiai pszichológia korszerű szemléleti kérdései*. In.: Göllész V. (1976, szerk.): *A gyógypedagógia alapproblémái*. Budapest, Medicina, 154–181.
- Márkus E. (2000): *Képzési kötelezettség vagy tankötelezettség? Gondolatok a halmozottan sérült gyermekek nevelésének és oktatásának helyzetéről*. Gyógypedagógiai Szemle, XXVIII. évf. különszám, 100–110.
- Oktatás-statisztikai évkönyv 2009/2010. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest 2010.
- Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Statisztikai évkönyv 2009. Budapest.
- Pataki É. (2007): *Szolgáltatásokkal a gyermekszegénység ellen*. Gyerekesély Füzetek 1. Budapest, MTA–GYEP, 102.
- Scharle Á. (2011): *Foglalkoztatási rehabilitációs joggyakorlatok Magyarországon*. Kutatási jelentés. Budapest, Budapest Intézet.
- Sujbert M. Vajda Zs. (2006): *Együtt nevelés vagy külön nevelés? Dilemmák a másosság ellátásában Európában*. Iskolakultúra. 2006. 12., 15–27.
- Verdes T. (2009): *„A ház az intézet tulajdona” A totális intézmények lebontásáról, humanizálásáról és modernizálásáról*. Esély 2009. 4., 92–114.
- Verdes T. (2010): *A per tárgya*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 148.



NAGY ZITA ÉVA

## A KAPCSOLATRENDSZER, A KAPCSOLATHÁLÓ JELLEMZŐI AZ AKADÁLYOZOTT ÉS AZ EGÉSZSÉGGÁROSODOTT EMBEREK ÉLETÉBEN

Egy 2000-ben készült kutatás eredményei szerint a felnőtt magyarországi lakosság legnagyobb hányada úgy vélekedik, hogy az emberi életben a betegség és a munkaképtelenség az, ami a legnagyobb elszigeteltséget okozza. Ez a szempont még a barátok (89,2%), illetve a család és a gyermekek hiányát (81%) is megelőzte (Európa 2000, idézi: Utasi 2002).

Ennek a tanulmánynak a központi kérdése az, hogy vajon igazuk volt-e a válaszadóknak: milyen tulajdonságokkal jellemezhető a fogyatékos emberek és különböző csoportjaik kapcsolatrendszere, különös tekintettel a legszűkebb személyes, családi, illetve baráti kapcsolataikra? Vajon milyen mértékű és jellegű az elszigeteltségük? Miként befolyásolhatják kapcsolatrendszerüket mindazok az új kommunikációs technológiák (főként a világháló), amelyek napjainkra széles körben elterjedtek, és amelyek alapjaiban változtatják meg az emberi kapcsolatokat?

### 1. A CSALÁDBÓL FAKADÓ ERŐ – A LEGSZŰKEBB KAPCSOLATRENDSZER

A családnak a társadalmi és az egyéni életben betöltött funkciója a családszociológiai irodalom mellett a szakpolitikai és a társadalmi érdeklődés középpontjában is áll. Az utóbbi évtizedekben a család szerkezeti és funkcionális átalakulása, az egyének „demográfiai magatartásának megváltozása” – átfogóbb, az individualizáció irányába mutató modernizációs folyamat részeként – ugyancsak széles körben elemzett és leírt társadalmi jelenségnek tekinthető. A témához kapcsolódó kutatások alapvetően azt jelzik, hogy bár a családi, a rokon kapcsolatok száma csökken(t) és alapvetően átalakul(t), a szoros családi kötelékek, a családi kohézió és bizalom szerepe felértékelődött (lásd: Utasi 2005, 2006, és mások).

A család társadalmi helyzetet és életminőséget elsődlegesen meghatározó szerepe önmagában is fontossá teszi a fogyatékosággal élő emberek legszűkebb kapcsolatrendszerének vizsgálatát. Ennek fontosságát tovább növeli, hogy mind a korábbi kutatási és szakmai eredmények (Bass 2008, Petri-Vályi 2009, mások), mind a hétköznapi emberi tapasztalat azt jelzi, hogy a tágabb kapcsolatrendszerekben (így például a barátokkal, rokonokkal való kapcsolattartásban) a többségi társadalom tagjainál jelentősebb elszigeteltség jellemzi az érintett embereket, vagyis esetükben a legszűkebb kapcsolatrendszerre éppen ezért jóval nagyobb szerep és teher hárul.

A European Quality of Life Survey 2007-es adatainak tanulsága szerint az Európai Unió 27 tagállamában élő emberek legnagyobb hányada (37%)

szülőpár–gyermek-típusú háztartásban él (Anderson et al 2009, Földesi 2009). Negyedük (25%) párjukkal, de gyermek nélkül, minden hatodik személy pedig egyedül lakik (17%) a háztartásában (1. táblázat). A 2004-ben vagy annál később csatlakozott országok háztartás-összetétele (köztük Magyarországé is) ettől érdemben eltér: ezekben az országokban átlagosan lényegesen alacsonyabb az egyszemélyes háztartásokban élők aránya (11%), illetve azoké az embereké is, akik gyermek nélkül élnek párkapcsolatban (18%).

E kutatásunk adatai azt jelzik, hogy az akadályozottsággal élő emberek háztartási jellemzői mindentől jelentősen eltérnek. Az összes válaszadó legnagyobb hányada (42,5%) a mintában is szülőpár–gyermek-típusú háztartásban él<sup>1</sup>. Első ránézésre ezen együttélési forma magas hányadának akár örülni is lehetne, azonban a 35 évesnél fiatalabbak és a gondnokolt személyek körében tapasztalt, az átlagosnál jóval magasabb aránya előrevetíti, hogy ez a szülői házban „bentragadt”, felnőttként is a szüleikkel, „gyerekstátuszban” élő fogyatékos emberek magas hányada miatt van így. A további elemzések igazolják ezt: bár az összes válaszadó 11,8%-a él együtt a szüleivel, ez az arány azonban a fogyatékosággal élő emberek különböző csoportjaiban ettől érdemben eltérő – néhol ennél jóval magasabb (2. táblázat). Az adatokból kitűnik, hogy a gyermekstátuszban ragadás a fogyatékoság kialakulásának idejétől még az állapot súlyosságánál is erősebben függ: a szülőkkel egy háztartásban élők aránya a 18-35 évesnél fiatalabbak körében 40,4%, a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élő emberek között 38,1%, a gondnokolt személyek körében 37,6%, a legsúlyosabb fokozatú fogyatékoságról szóló orvosi papírral élők csoportjában 21,2%.

A válaszadók nagy hányada, közel ötöde (19,2%) egyszemélyes háztartásban, vagyis egyedül él – ez az arány jóval magasabb a Magyarországot is magában foglaló csoportra vonatkozó átlagnál (11%). Az egyedül élők aránya kimondottan magas a középkorúak (a 35-64 évesek) esetében (20,4%, szemben az EU27 11%-os, illetve az EU12 9%-os arányával). Az is látható, hogy az önálló, egyszemélyes háztartást vezető a fogyatékosággal élő legfiatalabb (18-34 éves) generációban lényegesen kevesebben vannak (7,6%), mint az Európai Unió (18%), vagy a 2004-ben vagy az annál később csatlakozott országok lakosainak (12%) ugyanezen korcsoportjában.

Ezek az adatok ugyancsak azt jelzik, hogy a fogyatékosággal élő emberek jellemzően és átlagosan érdemben később (vagy egyáltalán nem) tudják az önálló életkezdéshez szükséges anyagi, érzelmi és egyéb feltételeket megteremteni, és ha ez mégis sikerül nekik, (esetleg: még nem fogyatékos embereként), akkor közülük (később) lényegesen többen maradnak egyedül.

---

<sup>1</sup>A háztartások összetételére vonatkozó adatok a Bass László által készített és a jelen tanulmányában némileg eltérnek. Ennek oka, hogy a háztartás-típológia kialakításánál máshogyan jártunk el: B. L. számításaiban mindvégig a kérdezethez viszonyít, míg jelen tanulmány a háztartást „kívülről” tekinti (pl. egy 30 éves kérdezett a 60 éves anyukájával B. L.-nál egy gyerek nélküli háztartás lesz, jelen tanulmányban pedig egy gyermekét egyedül nevelő szülő). Mindkét közelítés szakmailag alátámasztható.

1 táblázat. Háztartástípusok a felnőtt európai uniós népességben és a fogyatékos emberek csoportjaiban (%)

	Az EU 27 tagországában			A 2004-ben és az annál később csatlakozott 12 EU-tagországban - EU12			Ebben a kutatásunkban összesen (N= 4093 fő)			Papírral rendelkezők	Az önmagukat fogyatékos embernek tartók	A gondnokolt emberek
	18-34	35-64	65 +	18-34	35-64	65+	18-34	35-64	65 +			
Egyszemélyes háztartás	18	11	34	12	9	34	7,6	20,4	na.	19,2	19,6	18,2
Egy szülő és gyermek	6	7	7	6	8	15	13,9 (4,1*)	10,1 (5,5*)	na.	10,4 (5,3*)	11,2 (5,7*)	12,8 (5,6*)
Pár (házaspár vagy életársak gyerek nélkül)	26	24	49	19	19	36	11,9	29,6	na.	28	30,2	28
Pár gyerekekkel	50	58	10	63	64	15	66,6 (26,2*)	39,9	na.	42,4	39 (26,9*)	41 (25,9*)

\*Azoknak a válaszadóknak az aránya, ahol a válaszadó a szülő. A többiek esetében a válaszadók vannak „gyermekstátuszban”.  
Az adatok forrása: Anderson et al 2009, 32, illetve saját számítás a C és a D kutatás összesített adataiból.

2. táblázat. A szülővel egy háztartásban élők aránya a különböző csoportokban (%)

	A szülővel egy háztartásban élők aránya...
...a 35 évesnél fiatalabbak körében a mintában	40,4
... a 25-34 év közöttiek körében a mintában	30,1
... az orvosi papírral rendelkezők között	12,1
... a leg súlyosabb fokozatú fogyatékosokról szóló orvosi papírral rendelkezők között	21,2
... az önmagukat fogyatékos embernek tartó válaszadók között	15,1
... a gyerekeknek óta fogyatékosággal élők között	38,1
... a gondnokolt emberek körében	37,6

Az adatok forrása: saját számítás a C és a D kutatás összesített adataiból

Ez utóbbi – az egyszemélyes háztartást vezető – csoport jellemzőiről sokat elárul külön elemzésük. Körükben a várhatónál lényegesen nagyobb arányban vannak olyanok, akik 55 évesnél idősebbek, nagyvárosokban (a fővárosban vagy valamelyik megyeszékhelyen) élnek, elváltak vagy özvegyek, fogyatékosná felnőttkorukban váltak (fogyatékoságuk az átlagosnál jellemzőbben krónikus betegség, enyhe látás- és/vagy hallásprobléma), közepes vagy súlyos munkaképesség-csökkenést megállapító határozattal rendelkeznek és fő jövedelmi forrásuk a rokkantsági ellátásuk. Vagyis ők sokkal inkább „egyedül maradók”, mintsem tudatosan saját, önálló életet kezdő emberek.

Az eredményeket áttekintve az is szembetűnő, hogy azok között, akik végül együttélést eredményező párkapcsolatot létesítenek, az átlagosnál nagyobb arányban vannak olyanok, akik nem vállalnak gyermeket (a közép-generáció közel harmada – 29,6%-a – a párjával, de gyermek nélküli háztartásban él; a Magyarországot is magában foglaló országcsoportban ugyanez az arány 19%).

A legitimebb kapcsolatok kialakításának lehetőségeiről, esélyeiről a háztartások típusainál is többet árul el, hogy milyen a válaszadók családi állapot szerinti összetétele, illetve hogy közülük mennyien rendelkeznek párkapcsolattal (3. táblázat). A teljes mintát egységes egészként kezelve az látható, hogy az aktív korú teljes népesség családi állapot szerinti összetételétől két jellemzőjét tekintve tér csak el: a mintában érdemben alacsonyabb a nőtlenek, a hajadonok aránya (15,1%, a teljes 18-62 éves népességben pedig 32%), és jóval magasabb az elváltak aránya (17,9%, illetve 4%), míg a többi kategóriában az értékek nagyjából megegyeznek. A teljes 18-62 éves népesség 61%-ának, míg a minta 60,3%-ának van párkapcsolata.

Egészen más kép rajzolódik azonban ki akkor, ha a fogyatékosággal élő emberek egyes csoportjait külön-külön vizsgáljuk. Az adatokból jól látható, hogy a nőtlenek, a hajadonok aránya az átlagostól jóval nagyobb a fiatalok körében (a 35 évesnél fiatalabbak esetében: 63,9%), a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élő emberek csoportjában (54,7%), valamint a gondnokolt személyek között (48,1%). Ezekben a csoportokban – ezzel párhuzamosan – jóval kevesebb házast találunk. Az elváltak aránya – gyakorlatilag a fiatalokat kivéve minden más csoportban – érdemben magasabb az országos átlagnál (ami 4%, s különösképpen magasabb ennél a megváltozott munkaképességűek esetében: 17%, a legsúlyosabb orvosi minősítéssel élők körében: 18,4%, illetve az önmagukat fogyatékos embernek tartó csoportjában: 15,5%).

Még inkább kedvezőtlen a kép akkor, ha azt vizsgáljuk, hogy a különböző csoportba tartozó emberek mekkora hányadának van párkapcsolata. Az országos átlaggal (61%) szemben a gondnokolt emberek mindössze 31,7%-ának, a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élő személyek 37,6%-ának, a 35 évesnél fiatalabbak 47,6%-ának, a súlyos munkaképesség-csökkenéssel élők 48,1%-ának van partnere.

Az adatok jelzik tehát, hogy az önálló, teljes, felnőtt élethez szükséges párkapcsolat és mindemellát a szülőktől független életvezetés együttes meg-

3. táblázat. A válaszadók és a teljes 18-62 éves népesség családi állapot szerinti összetétele (%)

	Nőtlen, hajadon	Házas, együtt élnek	Házas, külön élnek	Elvált	Özvegy	Van partnere
<b>35 évesnél fiatalabbak</b>	63,9	25,8	4,1	6	0,3	47,4
<b>25-34 évesek</b>	54,5	32,4	5,1	7,6	0,4	54,3
<b>Orvosi papírral rendelkezők</b>	14,4	51,9	4	17	12,7	58,9
<b>A legsúlyosabb fokozatú fogyatékoságáról szóló orvosi papírral rendelkezők</b>	26,9	40,2	4,2	18,4	10,2	48,1
<b>Az önmagukat fogyatékos embernek tartó válaszadók</b>	17,5	50,6	4,3	15,5	12	57,8
<b>A gyermekkoruk óta fogyatékosággal élő emberek</b>	54,7	29	2,3	10,3	3,7	37,6
<b>A gondnokolt személyek</b>	48,1	26,5	3,2	14,1	8,1	31,7
<b>A teljes minta</b>	15,1	51,6	3,9	17,9	11,5	60,3

*Az adatok forrása: EU-SILC 2008, illetve saját számítás a C és a D kutatás összevont adataiból*

létének esélyei a fogyatékosággal élő emberek és az ő egyes csoportjaik körében a társadalom többi tagjához képest olykor jócskán kedvezőtlenebbek.

A demográfiai és a családszociológia irodalom e két tényező együttállását, a felnőtt élet vagy a posztadoleszcens jellegű életmód közötti választás jellemzőit kiemelten a 25-34 éves korosztályban vizsgálja (Vaskovics 2000, Spéder 2005). Tanulmányában Spéder a 27 európai uniós országot magában foglaló 5 országcsoportban elemezte annak különbségeit, hogy a szülői háztól való leválás egyes elemei miképp jelennek meg a fiatalok életútjában, illetve, hogy milyen életformát folytatnak e tényezők tekintetében a 25-34 éves nők és férfiak (4. táblázat).

A 2000-es évek elején – eredményei szerint – a közép-európai (köztük Magyarországon) és a dél-európai országokban a fiatalok inkább később költöztek el a szülői házból, mint a többi országcsoportban, emellett ezekben az országokban a kiterjesztett családok (tehát ahol a gyermek a szülői házban alapít saját családot) előfordulása is növekvő tendenciát mutatott.

A mintába került fiatalok közötti megoszlásokat vizsgálva látható, hogy az akadályozott nőknek a közép-európai országok átlagánál némileg nagyobb, az akadályozott férfiaknak annál némileg kisebb hányada él a szülőktől elköltözve. A két nem élethelyzete és jellemzői közötti különbség mértékéről jól árulkodik, hogy míg a 25-34 éves akadályozott férfiaknak 46%-a, addig a nőknek 21%-a él a szülői házban. Mindemellett az is nagyon szembetűnő,

hogy mind az akadályozott férfiak (55%), mind az akadályozott nők (36%) körében a Közép-európai országok átlagánál (partner nélküli férfiak: 39%, partner nélküli nők: 17,9%) is lényegesen magasabb a partner nélküliek hányada. Látható, hogy a férfiakat mind a „szülői házban való bentragadás”, mint a partner nélküli élet „jobban sújtja”: ez nyilván – kisebb részben – kapcsolatban lehet azzal, hogy bizonyos súlyos fogyatékoságokkal a férfiak nagyobb hányada küzd, de talán még inkább azzal, hogy a valamilyen szempontból hátrányos helyzetű férfiak (más kutatási eredmények jelzik, hogy például a munkanélküliek is) párkapcsolati lehetőségei általában kedvezőtlenebbek<sup>2</sup>.

4. táblázat. *Fiatal nők és férfiak életformái a 25-34 éves korcsoport különböző csoportjainak %-ában*

	A szülőtől elköltözve		Szülővel	
	partner nélküli	partnerrel	partner nélküli	partnerrel
<i>Nők</i>				
Északi országok	25,7	73,1	1,2	0
Nyugat-európai országok	20,9	73,7	4	1,4
Dél-európai országok	10,4	63,1	22	4,5
Balti államok	12,4	70,1	7,7	9,8
Közép-európai országok	6,7	63,5	11,2	15,6
<b>Akadályozott nők</b>	<b>20</b>	<b>59</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
<i>Férfiak</i>				
Északi országok	37,2	57,5	4,9	0,4
Nyugat-európai országok	35,5	52,1	11,6	0,8
Dél-európai országok	17,8	42,7	36,3	3,2
Balti államok	15,1	55,2	18,5	11,2
Közép-európai országok	9,7	48,6	29,3	12,4
<b>Akadályozott férfiak</b>	<b>14</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>5</b>

*Az adatok forrása: European Quality of Life Survey 2003, idézi: Spéder 2005, 16, illetve saját számítás a C és a D kutatás összevont adataiból*

A rokonai kapcsolatok – a szűken vagy tágan vett családtagok – a társadalmi beágyazottság, az instrumentális és az érzelmi segítség legalapvetőbb szintjét biztosíthatják az egyén számára. Éppen ezért különösen nagy probléma lehet, ha éppen ez a (potenciális) támogatói háló hiányzik az ember életéből. Az adatok tanulsága szerint a válaszadók 7,3%-a e tekintetben teljes mértékben deprivált, vagyis egyáltalán nincs olyan rokona, akire a mindennapokban

<sup>2</sup>Erről társadalomtudományi elemzést nem, csak az evolúciós pszichológia tárgykörébe tartozó elemzést ismer a szerző.

számíthat (5. táblázat). E tekintetben – a jelen tanulmányban jellemzően vizsgált – fogyatékosági csoportok kissé jobb helyzetben vannak: a családi, a rokon támogatástól teljesen megfosztottak aránya például a gondnokolt emberek körében 4,3% (az persze fontos kérdés, hogy miként tud létezni a jogaitól megfosztott ember e szoros segítői háló nélkül). Mindemellett a rokon háló átlagos nagysága egyaránt érdemben alacsonyabb a minta átlagánál (2,55 fő) a gondnokolt emberek esetében (átlagosan: 2,03 fő), a gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő személyek körében (átlagosan: 2,16 fő), az önmagukat fogyatékossgal élők tartó válaszadók csoportjában (átlagosan: 2,12 fő), valamint a legsúlyosabb fokozatú orvosszakértői minősítéssel élők körében. Vagyis ez azt jelenti, hogy ők – a kiterjedtséget tekintve – még szűkebb családi, rokon erőforrásokkal „gazdálkodhatnak”.

A családi kapcsolatok az esetek legjelentősebb részében integráltak, vagyis az egyén életében a mindennapokban részt vevők többsége nem fogyatékos vagy megváltozott munkaképességű ember (a teljes mintában: 96,6% helyzetét jellemzi ez). (A szegregált családi kapcsolatok legnagyobb arányban az önmagukat fogyatékossgal élők tartó emberek között fordulnak elő: ebben a csoportban a legmagasabb a kifejezetten szegregált baráti kapcsolatokkal rendelkezők hányada is [5,7%] – lásd 5. táblázat.

5. táblázat. A rokonikapcsolat-háló jellemzői a mintában (átlag, illetve %)

	Hány olyan rokona van, akire számíthat a mindennapokban? (átlag)	Nincs olyan rokona, akire számíthat (%)	A rokonok többsége fogyatékos ember (azok között, akiknek van olyan rokonuk, akire számíthatnak) (%)	A háztartáson kívül élő rokonaival legalább hetente találkozik (%)	A háztartáson kívül élő rokonaival legalább hetente felveszi a kapcsolatot (%)	Baj esetén csak, illetve inkább csak magára számíthat (%)
35 évesnél fiatalabbak	2,9	3,5	3,4	50,4	49	8,4 ill. 11,9
Orvosi papírral rendelkezők	2,37	6,8	4,7	49,8	52,6	7,7 ill. 12,8
A legsúlyosabb fokozatú fogyatékossgáról szóló orvosi papírral rendelkezők	2,28	5,1	3,7	49	49	8,6 ill. 9,3
Az önmagukat fogyatékos embernek tartó válaszadók	2,12	6,8	6,1	44,9	48,2	8,4 ill. 12
A gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek	2,16	6	5,5	49,3	39,5	10,7 ill. 11,6
A gondnokolt emberek	2,03	4,3	3,4	47,8	38,1	4,8 ill. 10,8
A teljes minta	2,55	7,3	3,9	49,5	52,2	9 ill. 13,8

Az adatok forrása: saját számítás ebből a kutatásból.

Az elemzések azt mutatják, hogy érdemi együttjárás van a fogyatékossgal élő családtagok és barátok aránya között. Az összes válaszadó 4%-a az, aki kimondottan szegregáltan, fogyatékossgal élő, megváltozott munkaképességű családtagokkal és barátokkal körülvevő közegben él.)

A háztartáson kívül élő rokonaival az érintettek nagyjából fele találkozik legalább hetente; ez az arány az önmagukat fogyatékossgal élőknek tartó (kissé idősebb) megkérdezettek körében egy picit alacsonyabb (44,9%). Fontos megemlíteni, hogy az átlagosan szűkebb családi, rokoni kapcsolatrendszerrel élő, gyermekkoruk óta fogyatékos emberek körében mindössze 39,5%-nyian veszik fel legalább hetente a kapcsolatot a nem együttélő rokonaikkal, a gondnokság alá rendelt emberek közül pedig 38,1%-nyian. Mindez feltehetőleg abból ered, hogy a kapcsolathálójukból éppen ezek a lazább rokoni kapcsolatok hiányoznak.

A kapcsolatháló jellegének, az emberek társadalmi integráltságának és tágabban a bizalomnak további fontos mutatója, hogy a bizalmas kapcsolatok milyen aránya kötődik rokonokkal, illetve barátokkal. A legkorábbi hazai kutatási eredmények azt jelezték, hogy a felnőtt lakosság kapcsolatainak több mint a felét a rokoni kapcsolatok teszik ki (Utasi 1990, Angelusz–Tardos 1991). A bizalmas kapcsolatok között ez az arány még magasabbnak (kb. 75%-osnak) mutatkozik. A mérés technikai eltérések miatt ennek a mostani kutatásnak az adatait inkább az előbbi adathoz hasonlítjuk.

A kutatásban a válaszadók olyan kapcsolatainak, amelyekre a minden napokban számíthatnak átlagosan 56,8%-a rokonokkal kötődött. Érdekes módon e tekintetben nincs különbség sem az eltérő korcsoportok, sem a gyermekkoruk óta és a felnőttkorban fogyatékossgá vált emberek között. Ellenben sokkal inkább a rokoni hálóba zárkózott emberekkel találkozhatunk a súlyos értelmi fogyatékossgal (rokonok aránya: 69,8%), súlyos látás- (62,4%), illetve hallásproblémával (68,2%) élő emberek, valamint a gondnokoltak (68%), és az önmagukat fogyatékossgal élőknek tartók (61%) között. Vagyis úgy tűnik, hogy a kapcsolatrendszer ilyen jellegű nyitottságára-zártságára az állapot súlyossága van érdemi hatással (bármikor is alakuljon ki a fogyatékossg).

## 2. BARÁTI KAPCSOLATOK

Magyarországon a rendszerváltást követő mintegy másfél évtizedben a barátság tartalmáról, jellegéről, mértékéről – nem túl nagy számban – készült kutatás a család esetében megfigyelhető folyamatokhoz hasonló tendenciákat mutatott ki a baráti kapcsolatok tekintetében is (Albert–Dávid 1999, Dávid–Albert 2005, Albert–Dávid 2002, Giczi–Sík 2009). A TÁRKI Magyar Háztartás Panel 1993-as és 1997-es méréseit összehasonlítva szembevetőd, hogy érdemben nőtt a barátok nélkül élők aránya (1993-ban: 20%, 1997-ben: 34%), és ezzel párhuzamosan csökkent a barátok átlagos száma (1993-ban: 7,1 barát, 1997-ben: 4,5 barát) a magyarországi felnőtt népesség körében.



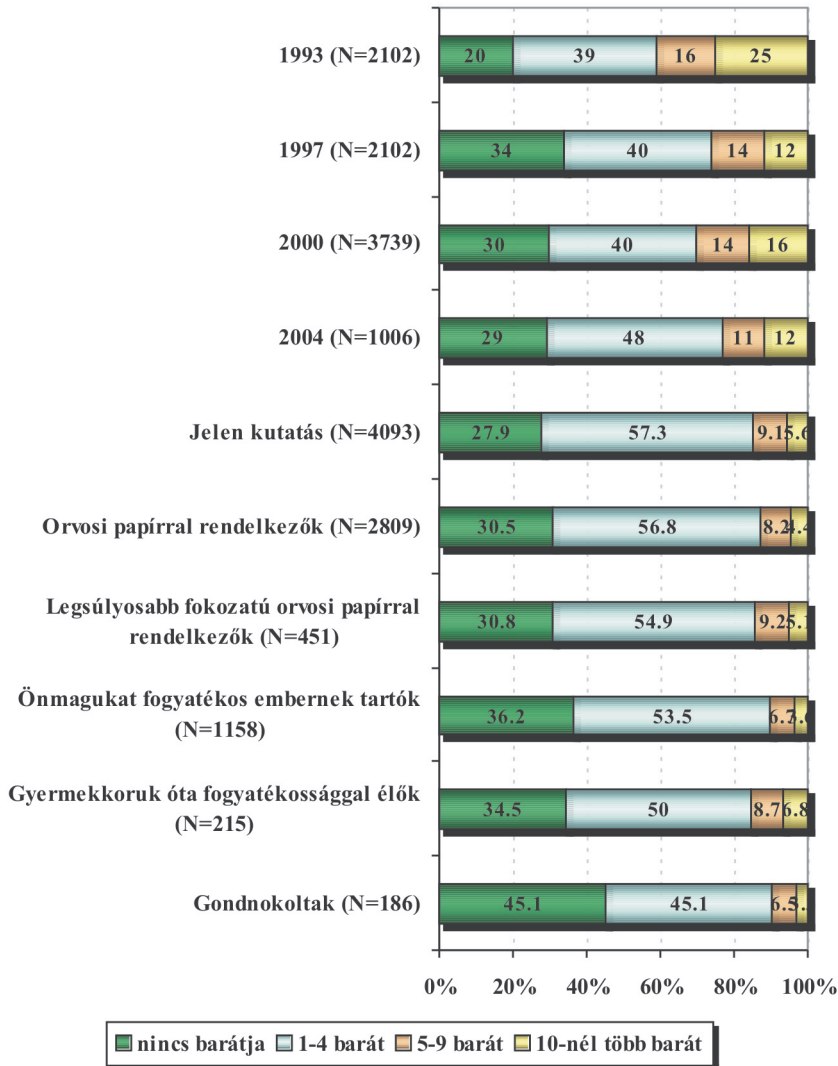
Az ezredfordulón – a 2000. évi Háztartás Monitor eredményei szerint – ez a kedvezőtlen folyamat megtorpanni látszott: a válaszadók átlagosan 5,4 barátot említettek, a barát nélküliek aránya pedig némileg csökkent (30%-ra). A 2000-es évek elején aztán megint kedvezőtlen folyamatok mutatkoztak: immáron nem a barát nélküliek hányada növekedett tovább (2004: 29%), hanem a szűk – legfeljebb 1-4 fő – baráti körök aránya emelkedett érdemben a több barátot említők „kárára” (2000: 40%, 2004: 48%). Ez megint a barátok átlagos számának csökkenését eredményezte (2004: 4,2 fő).

A 2000-es évek második felében – több elemző szerint az új kommunikációs technológiák, illetve a világháló rohamos terjedésének következtében – a barátok átlagos száma újra jelentősen növekedni kezdett (a „Háztartások Életút Változása” című kutatás adatai szerint 2007-ben: 6,16 fő) (Kopasz–Szántó–Várhalmi 2008).

A fogyatékossgal élők baráti kapcsolatrendszerét vizsgálva szembetűnő, hogy az ép társadalomnál radikálisan szűkebb baráti körrel rendelkeznek: a teljes minta átlaga mindössze 2,45 (!) barát. Még ennél is kedvezőtlenebb a helyzet a munkaképesség-csökkenésükről hivatalos papírral rendelkezők (átlagosan 2,25 fő), az önmagukat fogyatékos embernek tartók (átlagosan 2 fő), illetve a gondnokoltak (átlagosan 1,54 fő) körében. Átlagosan némileg több baráttal rendelkeznek a gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek (átlagosan 2,76): ez az adat, illetve a baráti körök számszerű összetételére vonatkozó (és később a hálózati társadalommal kapcsolatos) eredmények egyaránt azt jelzik, hogy körükben van egy olyan jelentősebb csoport, amely jobban integrált, jobban tud és akar társadalmi kapcsolatokat fenntartani.

A jelen kutatásban is megfigyelhető az a széles körben ismert tény, hogy a fiatalabb korosztály átlagosan több barátal rendelkezik (35 év alatt 3,09; 26 év alatt 4,84 fő). Utasi elképzelése szerint e tekintetben radikális változás az életút 20-as éveinek közepén következik be, ennek oka pedig az, hogy Magyarországon az önálló életkezdés nehézségei az egyéni kapcsolatok instrumentális átalakítását igénylik, és így a baráti kapcsolatháló radikális szűkülését eredményezik (Utasi 1990, idézi: Dávid-Albert 2005).

1. ábra. A barátok száma szerinti összetétel a teljes népességben, illetve a mostani kutatás különböző csoportjaiban (%)



Az adatok forrása: Albert–Dávid 2006, 356, saját számítás a mostani kutatásból.

Ugyancsak az országos tendenciákkal mutat hasonlóságot, hogy az akadályozott férfiakkal (a mintában átlagosan 2,7 fő) a nőknél (2,29 fő) átlagosan több barátja van (persze mindkét érték jelentősen elmarad az országos átlagtól: 2000-ben 6,9, valamint 4,2 fő).

A baráti kapcsolatrendszerek számszerű összetételét tekintve is jól látható, hogy valamennyi fogyatékosági csoportban az országos átlaghoz képest jóval szűkebb a baráti kapcsolati háló: a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élő emberek 84,5%-ának (e speciális csoportok között ez a „legkedvezőbb” helyzet), a gondnokoltak 90,2%-ának nincs, vagy legfeljebb 1-4 barátja van (a 2004-es országos felnőtt népességi adat 77%). A legjelentősebb izoláció tehát e tekintetben is a gondnokoltak körében figyelhető meg: majdnem felüknek (45,1%) egyáltalán nincs barátja. A válaszadók legalább harmadának nincs barátja az önmagukat fogyatékosággal élőknek tartók (36,2%) és a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élők esetében (34,5%).

Hogy van-e valakinek barátja vagy nincs, azt az elemzések tanulsága szerint<sup>3</sup> leginkább az határozza meg, hogy az érintett dolgozik-e: a nem dolgozóknak a dolgozókhöz képest 1,69-szeres valószínűségük van arra, hogy egyáltalán ne legyen barátjuk. Ez az adat is alátámasztja, hogy a fogyatékosággal élő emberek minél nagyobb arányú munkavállalása az egyik legjelentősebb lehetőség a jelentős izoláltságuk elkerülésére<sup>4</sup>.

Már a rendszerváltást megelőzően végzett vizsgálatok eredményei is jelezték, hogy a bizalmas, baráti kapcsolatok alakításában erőteljesen érvényesül a „hasonlósági elv” (Angelusz–Tardos 1991, Albert–Dávid 2006, mások). Az akadályozott, fogyatékosággal élő emberek társadalmi kapcsolatrendszerét tekintve a fogyatékoság ténye szerinti homogenitás a társadalmi beágyazottság, az integráció szempontjából kiemelkedően fontos kérdés.

Az adatok azt jelzik, hogy baráti körüket vizsgálva az érintettek viszonylag alacsony hányadát jellemzi szegregáltság, vagyis az, hogy a barátaik többsége, vagy mindegyike fogyatékosággal élő / megváltozott munkaképességű ember: a többségében homogén kapcsolatokat fenntartók hányada 2,4% és 5,7% között mozog. Viszonylag magasabb arány figyelhető meg a hivatalos papírral rendelkezők (4,3%), az önmagukat fogyatékosággal élőknek tekintők (5,7%), illetve a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élők (5,2%) között.

<sup>3</sup>Az elemzés logisztikus regresszióval készült.

<sup>4</sup>Például a gondnokság alá rendelt embereknek mindössze 5,4%-a dolgozik, míg a teljes mintában ennek ötszöröse az arány (27,4%).

6. táblázat. A barátikapcsolat-háló jellemzői a mintában (átlag, illetve %)

	A barátok többsége fogyatékossgal élő, megváltozott munkaképességű ember (azok között, akiknek van olyan rokonuk, akire számíthatnak) (%)	A barátokkal legalább hetente találkozik (%) (fogyatékos barát, illetve nem fogyatékos barát)	A háztartáson kívül élő rokonaival legalább hetente felveszi a kapcsolatot (%) (fogyatékos barát illetve nem fogyatékos barát)	Baj esetén csak illetve inkább csak magára számíthat (%)
35 évesnél fiatalabbak	3,4	31,4 illetve 45,1	24,8 illetve 46,8	8,4 illetve 11,9
Orvosi papírral rendelkezők	4,3	32,5 illetve 40,2	25,5 illetve 33,4	7,7 illetve 12,8
A legsúlyosabb fokozatú fogyatékossgáról szóló orvosi papírral rendelkezők	3,5	29,4 illetve 36,1	24,3 illetve 29,4	8,6 illetve 9,3
Az önmagukat fogyatékos embernek tartó válaszadók	5,7	28,7 illetve 36	23,8 illetve 30,3	8,4 illetve 12
A gyerekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek	5,2	33,6 illetve 45,5	22,9 illetve 31,6	10,7 illetve 11,6
A gondnokság alá rendelték	3,2	22,6 illetve 30,6	8,4 illetve 19,5	4,8 illetve 10,8
A minta dolgozó tagjai	2,4	32,9 illetve 40,7	28,4 illetve 40,8	10 illetve 13,8
A teljes minta	3,9	30,9 illetve 39,6	25,1 illetve 34,6	9 illetve 13,8

*Az adatok forrása: saját számítás a mostani kutatásból.*

Az izoláltság mértékét nemcsak a baráti kör szűkössége, hanem a kapcsolattartás személyes jellege és intenzitása is jelezheti. Az Eurobarométer 2004-es adatai szerint a magyarországi népesség 79%-a találkozik a barátaival legalább havonta (Giczi-Sík 2009). A mostani kutatásban az tapasztalható, hogy a személyes kapcsolattartás gyakorisága a nem fogyatékos barátokat tekintve ettől az értéktől jellemzően érdemben nem tér el (egyedül a gondnokság alá rendelték esetében alacsonyabb jelentősen: 66,6%), sőt bizonyos csoportokban még magasabb is (így a gyerekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek körében 86,1%). Más azonban a helyzet a fogyatékos barátokkal kapcsolatosan: úgy tűnik, ezek a homogén kapcsolatok jellemzően alacsonyabb intenzi-

tásúak, mint a nem fogyatékos barátokkal fenntartott kapcsolatok (ez az összefüggés valamennyi csoportban megfigyelhető). A teljes, fogyatékos baráttal rendelkező minta kétharmada találkozik legalább havonta a barátjával. A gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek és a 35 évesnél fiatalabbak között az átlagosnál magasabb azok aránya, akik ennél intenzívebb kapcsolatokat tartanak fenn: ez összefüggésben lehet a posztadoleszcens-jellegű életmódot élők nagyobb hányadával (Vaskovics 2000).

A gondnokság alá rendelt emberek kapcsolati mintázatai e tekintetben is jelentősen eltérőek: körükben mind a személyes, mind a más módon történő kapcsolatfelvétel gyakorisága a teljes mintához képest lényegesen alacsonyabb a fogyatékos és a nem fogyatékos barátokra vonatkozóan egyaránt. Izolációjukat jellemzi, hogy nem fogyatékos barátaival mindössze minden harmadik, fogyatékos barátaival mindössze minden ötödik gondnokság alá rendelt ember találkozik legalább hetente.

Az adatok tanulsága szerint a válaszadók legjelentősebb része számára – a család mellett – a közvetlen lakókörnyezetben élő emberek is meglehetősen gyakori kommunikációs közeget jelentenek. Az eredmények azt mutatják, hogy a válaszadók 89,4%-a szokott legalább hetente beszélgetni a szomszédokkal vagy a környékén élőkkel (ez az arány a nagyobb mértékben izolált csoportok esetében is meghaladja a 75%-ot). Ez az érték annál is inkább magasnak számít, mert TÁRKI 2004-es adatai szerint a magyarországi teljes népességnek 62%-a szokott legalább hetente beszélni a szomszédjaival (Tóth 2005). Az akadályozott emberek körében tapasztalható értékek lényegesen közelebb állnak ahhoz, amit egy az 55 évesnél idősebb emberek kommunikációs szokásairól készült kutatásban találtak a kutatók (ott a néhány naponkénti beszélgetés aránya 80% volt) (Gyarmati 2009).

Tehát úgy tűnik, hogy a szomszédok részei ennek az alapvetően zárt kapcsolatrendszernek: éppen ezért velük kapcsolatosan (is) adódik a kérdés, hogy részükről az érintetteket érte-e hátrányos megkülönböztetés. Az összes megkérdezett 7,3%-a jelezte, hogy volt már erre példa, ebből 1% azok aránya, akik gyakori ilyen jellegű problémát jeleztek. Ez az arány magasabb a gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek esetében (17,2%, illetve 2,4%), valamint a gondnokság alá rendelt személyek körében (17,4%, 3,3%).

### 3. A TÁRSADALMI KAPCSOLATOK A HÁLÓZATI TÁRSADALOMBAN

A világháló és az IKT (infokommunikációs technológiai) eszközök társadalmi folyamatokra, kapcsolatokra gyakorolt hatásának vizsgálata az ezredforduló óta mindinkább a társadalmi (és a tudományos) érdeklődés középpontjába került (Kollányi et al 2007). E téma kapcsán az egyik leggyakrabban kutatott kérdés, hogy az internet használata vajon (tovább) csökkenti-e a közösségek kohézióját, elszigeteli-e felhasználóit, egyáltalán miként hat az egyének társadalmi integrációjára.

A kutatási eredmények jelentős része egyértelműen az internet negatív, izoláló hatásaira hívta fel a figyelmet (Cummings et al 2002, Kraut et al 1998, Levine 2004, Nie et al, 2000, 2002, 2003, idézi: Kollányi et al 2007): legfőképpen arra, hogy a mind gyakoribb internethasználat (még ha kapcsolatfenntartásra szolgál is) a más emberekkel való kölcsönös, személyes, erős kötést jelentő kapcsolattartás erőteljes csökkenésével jár. „Az információs technológiák negatív hatásait erősíti, hogy ezek alkalmat adnak az anonimitásra és az individualizmus megerősödésére, s így gyengítik a társadalmi normákat, a bizalmat, pusztítják a társadalmi tőkét.” (Kiesler et al 1991, idézi: Kollányi et al 14)

A kutatók másik része a „hálózati polgárság” (a részvételi tőke internet általi) megerősödésének társadalmi és politikai hatásaira hívta fel a figyelmet<sup>5</sup> (Katz 1997). A társadalmi tőkével foglalkozó vezető szociológusok, így Putnam (2002), Cole (2002) vagy Wellman (2001) alapvetően az internet emberi közösségeket felélénkítő hatása mellett érveltek (idézi: Kollányi et al. 2007). Wellman és munkatársai kutatásukban azt állapították meg, hogy az internetes kommunikáció (az e-mail, a chat) a személyes, már meglévő kapcsolatokat kiegészíti, kiterjeszti, vagyis elsősorban azok (s így a társadalmi tőke) fennmaradását segíti.

Mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban meglehetősen kevés elemzés olvasható arról, hogy a fogyatékos emberek társadalmi integráltságára, kapcsolatrendszerére, életminőségére milyen hatással van az internet (Marton 2008). Mindez annak ellenére így van, hogy a személyes kommunikációs helyzetben, vagy akár az épített környezetben jelentkező akadályok és egyenlőtlenségek feloldásában az internet alapvető szerepet játszhat.

A világháló használatával kapcsolatos szakmai és társadalmi diskurzus a fogyatékossgal élő emberek esetében is – a munkanélküliekhez, az 50 évesnél idősebbekhez, a romákhoz és más kisebbségi csoportok tagjaihoz hasonlóan – komoly problémának tekinti a digitális szakadék és írástudatlanság társadalmi egyenlőtlenségeket tovább erősítő jelenségeit. Az említett csoportokban az egyik alapvető problémaként az ún. hozzáférési szakadékot, az ún. internetpenetráció (a világhálót legalább havonta használók arányának) alacsony szintjét említik.

E mostani kutatás eredményei igazolják ezt a félelmet: az internetpenetráció (vagyis az internetet legalább havonta használók) aránya a mintában meglehetősen alacsony (33,8%); ez a teljes 15-69 éves népességben megfigyelhető értéknek (55%) mindössze kétharmadát teszi ki (7. táblázat). E tekintetben is a gondnokság alá rendelt emberek kirekesztettsége a legsúlyosabb: mindössze minden hatodik, hetedik gondnokság alá rendelt ember (15%) használja legalább havonta a világhálót. Kevesen használnak internetet az önmagukat fogyatékossgal élőknek tekintők közül 27,1%, illetve a leszázalékolt válaszadók közül is 27%.

---

<sup>5</sup>Tették mindezt már az 1990-es évek végén: hipotéziseik a közelmúlt arab forradalmi, vagy a napjainkban zajló londoni zavargások során egyértelműen megerősítést nyertek.

Optimizmusra ad okot, hogy a fiatalok (a 25-34 évesek) és a gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő megkérdezettek, valamint a megfelelő korú népesség közötti digitális szakadék az előbb említett csoportok esetében jellemzőnél némileg szűkebb (az internetpenetráció mértéke a fiataloknál 58,7%; a gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek esetében pedig 41,9%). Ezek az adatok azt jelezhetik, hogy a gyermekkoruk óta fogyatékossgal élő emberek esetében a világháló – amolyan alternatív kapcsolódási pontként – valóban érdemi szerepet tölthet(ne) be a társadalmi integrációban. Ezt a feltételezést erősíti, hogy közöttük nincs olyan jelentős különbség a fiatalok és az idősebbek között, mint a többi csoport esetében, vagyis az idősebb, de gyermekkorukban fogyatékossgá vált emberek is jellemzőbben „digitális írástudók”. Az adatok arra is figyelmeztetnek, hogy az életük későbbi szakaszában fogyatékos emberré válók körében ez is további hátránynövelő tényező lehet.

Adódik a kérdés, hogy az eltérő fogyatékossgai csoportokban különböző mértékben megfigyelhető digitális kirekesztettség hátterében állhat-e vajon a fogyatékossg eltérő jellege, vagy inkább az általában digitális hátrányt okozó tényezők (pl. az alacsony iskolázottság, a nők magasabb aránya stb.) különböző mértékének hatása összegződik. Az elemzések<sup>6</sup> azt jelzik, hogy a digitális kirekesztettség e csoportok esetében is egyrészt szociális, demográfiai probléma (vagyis a válaszadók kora, a háztartás jövedelmi helyzete, a település típusa meghatározó), azonban emellett valóban befolyásolja az, hogy az érintett személy mikor vált fogyatékossgal élővé (minél korábban, annál kisebb a digitális hátránya), valamint, hogy cselekvőképességének birtokában van-e (az ezt meghatározó, és az elemzésbe bevont szocio-demográfiai tényezőktől függetlenül is). A különféle fogyatékossgai csoportképző szempontok közül (valaki önmagát fogyatékossgal élőnek tekinti-e, rendelkezik-e hivatalos dokumentummal erről, milyen akadályozottsága van) mindössze a tanulási nehézség befolyásolja (növeli) érdemben a digitális szakadék mértékét.

Az internet használata kapcsán a másik alapvető kérdés az ún. használati megosztottság problémája, vagyis az, hogy aki használja, az mire használja az internetet. Tekintve, hogy ennek a tanulmánynak a központi kérdése a fogyatékossgal élő emberek társadalmi kapcsolatrendszerének alakulása, ezért az elemzés elsősorban az internet kommunikációra történő alkalmazásának jellegzetességeire koncentrálnak.

A fogyatékos és a nem fogyatékos emberek személyes kommunikációjának egyik legnagyobb nehézségét jellemzően a „mi és az ők” érzékeléséből, vagyis a csoportközi érintkezés pszichológiai folyamataiból eredő problémák és következmények jelentik. Néhány kutató felhívja a figyelmet, hogy az interneten

---

<sup>6</sup>Az elemzés ún. logisztikus regressziós eljárással készült, amelybe a jellemzően digitális egyenlőtlenségeket okozó szocio-demográfiai jellemzőket (nem, iskolázottság, korcsoport, egy főre jutó jövedelem, a település típusa) mellett az egyes akadályozottságok jelenléte, a hivatalos minősítés szintje, a gondnokság ténye és jellege, a fogyatékossg kialakulásának ideje, a fogyatékosidentitás változókat is bevontuk.

történő kommunikáció során a fogyatékos emberek is kiegyensúlyozottabb kapcsolatokat építhetnek ki nem fogyatékos emberekkel (Turkle 1995, idézi Marton 2008): „különösen a kapcsolatok kezdeti, törekeny szakaszában biztosít számukra védelmet az azonnali megítéléssel szemben (...). Valóságosabb dialógusokat tudok folytatni másokkal, mert az alapján ítélnék meg, amit mondok és nem, ahogy kinézek.” (Seymour–Lupton 2004, 298, idézi: Marton 2008, 235)

Más kutatók viszont úgy vélik, hogy bár az internetes kommunikáció nagyobb lehetőséget biztosít az ép és a fogyatékos emberek interakciójára, ez mégis kevésbé jön létre: a fogyatékos emberek mégis inkább a fogyatékos társaikkal építik kapcsolataikat, egyrészt a „való világban” szerzett tapasztalatok és rögzült működésmódok, másrészt a fogyatékoság tényének akár időleges elhallgatásából eredő feszültség miatt.

A kutatás eredményei szerint a fogyatékosággal élő emberek legnagyobb hányada (a használók 78,6%-a) információk keresésére, valamint levelezésre (a használók 61%-a) használja az internetet: bár az alkalmazások fő jellege hasonló, mégis mindkét érték érdemben elmarad az internethasználó teljes népesség körében tapasztalható értéktől (92-92%) (NRC 2009, Purcell 2011). Az adatokat áttekintve viszont szembetűnő, hogy a fogyatékosággal élő emberek körében viszonylag alacsonyabb az interneten aktívan kommunikálók hányada (a csevegők, a chatelők aránya mindössze 25,4%, szemben a teljes népességben megfigyelhető 75%-os értéktől, míg a közösségi honlapokat, fórumokat mindössze a használók 39,1% böngészzi). Vagyis úgy tűnik, hogy e csoport esetében az internet is kevésbé az interaktív, sokkal inkább a magányos tevékenységek terepe.

Az adatok jelezték, hogy a gyermekkoruk óta fogyatékosággal élő emberek internethasználati szokásai – annak gyakoriságát tekintve legalább is – a többi csoporthoz képest némileg eltérőek. Az alkalmazás jellegét vizsgálva az látszik, hogy bár nagyobb arányban használják a világháló interaktív kommunikációra (a chatelők, a csevegők aránya 40,4%), de nem magasabb körükben az e-mailezők és a fórumozók hányada. Ezzel párhuzamosan körükben érdemben magasabb a szórakozásra, a játékra időt fordítók csoportja is (45,6%).

Sándor Klára 2003-as tanulmányában (idézi: Marton 2008) mellett érvelt, hogy a fogyatékosággal élő emberek számára a virtuális kapcsolatok nem kiegészítik a személyes kapcsolatokat, hanem számukra ezek helyettesítik azokat. E mostani kutatásunk adatai azonban ezzel éppen ellentétes folyamatokat jeleznek: nemcsak a baráti kapcsolatok száma, hanem azok intenzitása és jellege (a személyes találkozások aránya) is magasabb az internetet rendszeresen használók körében, vagyis ezek az adatok a világháló szociális kapcsolatokat erősítő, integrációt növelő hatását támaszthatják alá.



A 25-34 éves<sup>7</sup> válaszadók között az internetet használók körében érdemben alacsonyabb azoknak az aránya, akiknek nincs barátjuk (az internethasználók körében: 9,9%; az internetet nem használók körében: 27,2%). Ez az összefüggés a legsúlyosabb orvosi minősítéssel rendelkező és a gondnokság alá rendelt emberek körében is fennáll, még akkor is, ha ez utóbbi csoport esetében az internetes kapcsolattartás lehetősége – úgy tűnik – legjellemzőbben egy-két baráttal, míg a többiek esetében inkább több baráttal növeli meg a kapcsolatrendszert.

Az internetes kapcsolattartás másféle értelemben is csökkenti a szegregáltságot: az adatokból – valamennyi csoport esetében – jól látható, hogy a világhálót rendszeresen használók körében érdemben alacsonyabb a többségében fogyatékossgal élő barátokkal rendelkezők hányada (az internetet használók közül a teljes korcsoportban: 0,7%-nak szegragált a kapcsolatrendszere, az internetet nem használók körében pedig 9,6%-nak), és magasabb azoké, akik többségében nem fogyatékos emberekkel barátkoznak.

Az eredmények tanulsága szerint az internetes kapcsolattartás nemhogy helyettesíti, csökkenti a személyes kapcsolattartást, de – főként a nem fogyatékos barátok esetében – magasabb személyes kapcsolattartási hányaddal jár együtt (a nem fogyatékos barátokkal rendelkezők esetében az internetet nem használók harmada, az internetet használók közel fele találkozik legalább hetente a barátaival; míg a fogyatékos barátok esetében az internetet használók 27,7%, az internetet nem használók 37%-a teszi ugyanezt). Vagyis úgy tűnik, hogy a világhálót rendszeresen használó fogyatékos fiatalok az ép társadalom iránt nyitottabbak, azzal aktívabb (személyes) kapcsolatokat tartanak fenn, ezzel párhuzamosan a többi fogyatékos emberrel fenntartott kapcsolataik száma alacsonyabb és zártsága enyhébb.

---

<sup>7</sup>Az elemzéseket a 25-34 éves válaszadók körében készítettük: ez a korcsoport használja legnagyobb gyakorisággal a világhálót, a barátok száma a fiatalabbak körében pedig jellemzően magasabb. A módszertani megfontolás mindemellett az volt, hogy viszonylag homogén korcsoport kiválasztásával a kor internethasználatra gyakorolt hatását ezzel kiiktathatjuk.

7. táblázat. Az internethez való hozzáférés és az internethasználat jellege a kutatásban (%)

	Összes megkérdezett	Papírral rendelkezők	Gondnokság alatt állók	A leg súlyosabb fokozatú papírral rendelkezők	Gyerekkoruk óta foglalkozókkal élő emberek (ebből a 25-34 évesek)	Önmagukat foglalkozó emberek tartó válaszadók	A 25-34 év közöttiek a mintában	Magyarországi teljes 15-69 éves népesség (ebből a 25-34 évesek)
Rendelkezik otthoni internettel	45	40	27,4	40,4	47 (46)	37,7	60,5	51
Legalább havonta használja (internet-penetráció)	33,8	27	15	29	41,9 (44)	27,1	58,7	55 (67)
Legalább hetente használja	29,6	23,3	13,4	25,4	40,1 (44)	23,9	54,4	52
Társadalmi kapcsolatokat tart fenn az interneten*	25,4; 61; 39,1	24,2; 58,1; 37,5	33,3; 59,3; 48,1	27,3; 68,2; 43,9	34,4; 60; 41,1 (40,9; 63,6; 45,5)	23; 62,9; 39,5	38,5; 65,4; 53,7	75; 92; na.

\* (sorrendben a csevegést, a levelezést, a közösségi honlapokat használók az internetezők %-ában)  
Az adatok forrása: saját számítás ebből a mostani kutatásból.

8. táblázat. Az internet hatása a 25-34 éves válaszadók baráti kapcsolataira (%)

	Hány olyan barátja van, akivel rendszeresen találkozik, vagy tartja a kapcsolatot?		Barátainak legalább a többsége fogyatékos ember (azok közül, akinek van barátja)	Milyen gyakran találkozik barátaival személyesen? (Legalább hetente)		
	Nincs ilyen barátja	Egy-két ilyen barátja van		Fogyatékos barátaival	Nem fogyatékos barátaival	
Nem használja az internetet	(Általában)	27,2	45,6	9,6	11,4	24,5
	A legsúlyosabb fokozatú papírral rendelkezők*	38,1	47,6	15,4	4,8	4,8
	Gondnokság alá rendelt emberek*	50	30,8	23,1	15,2	7,7
Használja az internetet	(Általában)	9,9	40,7	0,7	9,3	35,8
	A legsúlyosabb fokozatú papírral rendelkezők*	18,8	50	7,7	18,8	50
	A gondnokság alatt állók*	20	60	0	20	20
	... chatelésre	4,8	43,5	1,7	8	37,1
	... szórakozásra, játéokra	2,5	43,8	1,3	12,5	41,3

\*A rendkívül alacsony elemszám miatt az adatok csak tájékoztató jellegűek.

Az adatok forrása: saját számítás e mostani kutatásból.

#### 4. BIZALOM ÉS A KAPCSOLATOK FONTOSSÁGÁNAK MEGÍTÉLÉSE

Mindannak ellenére, hogy a kapcsolataik meglehetősen szűkösek (és ez a kutatási eredmények szerint jellemzően a következőkben megfogalmazottakkal éppen ellentétes hatást szokott eredményezni, Tóth 2005) e kutatás adatainak tanulsága szerint a fogyatékossgal élő emberek általános bizalomszintje a teljes népességben mérhetőnél érdemben magasabb. A European Social Survey 2005-ös eredményei szerint arra a kérdésre, hogy „Általánosságban mit mondana, a legtöbb emberben meg lehet bízni (10) vagy nem lehetünk eléggé óvatosak (0)?” a magyarországi népesség átlagosan 4-es értéket adott (Bernát 2009). A mostani kutatásban az ezzel tartalmilag és mérési skáláját illetően megegyező kérdésre („Egyetért-e Ön a következő állítással? Az emberek többsége tisztességes és becsületes”) a válaszadók átlagosan 5,68-as értéket adtak.

A fogyatékos emberek megítélése ugyanebből a szempontból még kedvezőbb a körükben: átlagosan 7,4-es. (A kutatások jellemzően azt mutatják, hogy a magyarországi emberek „az átlagosnál valamivel többeket tartanak megbízhatónak az „elesettebbnek” és erkölcsösebbnek tartott társadalmi csoportokból (idősek, szegények, hívők)”) (Bernát 2009, 6). Azonban a fogyatékossgal élő emberekkel kapcsolatos mintabeli attitűdök e tekintetben lényegesen kedvezőbbek.)

A szűkös kapcsolatrendszer nyomán adódhat az a kérdés is, hogy vajon ezzel összefüggésben a fogyatékos emberek másmilyennek ítélik-e meg a kapcsolatrendszer fontosságát a társadalmi boldogulás során. Ebben a kutatásban 4 tényezőnek (illetve a hiányuknak) – azaz az egyéni törekvésnek és a munkának; a szerencsének; a kapcsolatoknak és a családi háttérnek – az anyagi boldogulásban valamint az elszegényedésben betöltött szerepe képezte a vizsgálat tárgyát (9. táblázat).

9. táblázat. A felsorolt tényezők első helyen történő említése a válaszadók %-ában

	Szerepe az anyagi boldogulásban		Szerepe az elszegényedésben	
	Teljes népesség	Teljes minta	Teljes népesség	Teljes minta
<b>Egyéni törekvés, munka (hiánya)</b>	32	32	36	29
<b>Szerencse (hiánya)</b>	19	19	10	21
<b>Kapcsolatok (hiánya)</b>	26	23	25	27
<b>Jó, rossz családi háttér</b>	24	24	19	21

Az adatok forrása: TÁRKI saját vizsgálat 2009, idézi: Bernát 2009, valamint saját számítás e mostani kutatásból.

A válaszadók és a magyarországi teljes népesség véleménye két tényező esetében tért el érdemben (ugyan nem nagy mértékben, de mégis, és ezeket az ebben a tanulmányban jellemzően vizsgált fogyatékosági csoportok külön-külön vizsgált eredményei is megerősítették): a fogyatékossgal élő válaszadók némileg kisebb aránya érzi az anyagi boldogulás elsődleges kulcsának a jó kapcsolatokat (23%-uk, a teljes népességben ez 26%), emellett az elszegényedés háttérben némileg alacsonyabb hányaduk ismeri fel az egyéni törekvés és a munka hiányát (29%-uk, a teljes népességben pedig 36%). A csoport meglehetősen érintett mindkét tényező esetében: körükben a szegények hányada a teljes népességnél érdemben magasabb, és amint azt ez a tanulmány is igyekezett bemutatni, a kapcsolatrendszerük a teljes népességben megfigyelhetőnél érdemben szűkösebb. Az eltérések háttérben tehát a szociálpszichológia egyik alapvető törvényszerűségét véli felfedezni e sorok írója.

## 5. ÖSSZEGZÉS

E tanulmány elsődleges célja a fogyatékossgal élő emberek és különböző csoportjaik – szűkebb (családi) és tágabb (rokoni, baráti és szomszédsgai) – kapcsolatrendszerének vizsgálata volt. A kutatási eredmények alapvetően megerősítették, de mindemellett strukturálták és elmélyítették mindazokat az ismereteket, amelyek jelzik, hogy a fogyatékossgal élő emberek kapcsolatrendszere valamennyi fenti szempontból a teljes népességben tapasztalhatónál érdemben zártabb és szűkebb.

Az adatok rávilágítottak mindazokra a nehézségekre, amelyek az érintettek legszűkebb kapcsolatrendszerét jellemzik (pl. „bennragadás” a szülői házban, az egyedül maradók nagy aránya, a párkapcsolatok hiánya), és amelyek tágabb kapcsolatrendszerüket jellemzik (pl. a baráti kör szűkössége).

Mindemellett a tanulmány igyekezett megjeleníteni olyan tényezőket is, amelyek – az adatok tanulsága szerint legalább is – ezeket a hátrányokat érdemben mérsékelni képesek (pl. a kapcsolattartás a szomszédokkal, a munka, vagy éppen az internet alkalmazása és hatása a kapcsolatrendszer összetételére és intenzitására).

## IRODALOM

Albert Fruzsina – Dávid Beáta (1999): *A bizalmas kapcsolatokról*. In.: Szívós Péter – Tóth István György (szerk.): *Monitor 1999*. Budapest, TÁRKI, 218–230.

Albert Fruzsina – Dávid Beáta (2002): *Az emberi kapcsolatok alakulása Magyarországon a XX. század utolsó évtizedében*. Budapest, TÁRKI. <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a592.pdf>

Albert Fruzsina – Dávid Beáta (2006): *A kapcsolati tőke dimenziói etnikai metszetben*. In: Kolosi Tamás–Tóth István György–Vukovich György (szerk.): *Társadalmi riport 2006*. Budapest, TÁRKI, 351–369.

Anderson et al (2009): *Second European Quality of Life Survey. Overview. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities*. [www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf)

Angelusz Róbert – Tardos Róbert (1991): *Hálózatok, stílusok, struktúrák*. Budapest, ELTE Szociológiai Intézet – Magyar Közvélemény-kutató Intézet.

Bass László (szerk.) (2008): *Amit tudunk és amit nem*. Budapest, Kézenfogva Alapítvány.

Bernát Anikó (2009): *A piaccgazdaság normatív keretei (gazdaság és kultúra) című kutatás adatfelvételének gyorselemzése*. Budapest, TÁRKI. [www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult\\_gyorselemzes\\_bernata.pdf](http://www.tarki.hu/hu/research/gazdkult/gazdkult_gyorselemzes_bernata.pdf)

Dávid Beáta – Albert Fruzsina (2005): „Kit nevez Ön barátának?” *A barátság szociológiai megközelítésben*. Budapest, Századvég 2005 (4), 91–127.

Földházi Erzsébet (2009): *Családszerkezet*. In.: Monostori Judit – Őri Péter – S. Molnár Edit – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai Portré 2009*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest, 89–98.

Giczi Johanna – Sik Endre (2009): *Bizalom, társadalmi tőke, intézményi kötődés*. In.: Tóth István György (szerk.): *TÁRKI Társadalmi jelentés*. Budapest: TÁRKI, 65–83.

Gyarmati Andrea (2009): *Hogyan verjük hidat az idősekhez? Az 50 év fölöttiek kommunikációs és kapcsolathálózatának néhány jellemzője* *Információs társadalom: társadalomtudományi folyóirat* 9 (4).

Kollányi Bence – Molnár Szilárd – Székely Levente (2007): *Társadalmi hálózatok, hálózati társadalom*. ITTK, Budapest.

Kopasz Mariann – Szántó Zoltán – Várhalmi Zoltán (2008): *A magyar háztartások tagjainak kapcsolatháló-dinamikája 1992 és 2007 között*. TÁRKI Újratervezés: Életutak és alkalmazkodás a rendszerváltás évtizedeiben. Budapest, TÁRKI.

Marton Klára (2008): *Rejtőzködő fogyatékos-közösségek és a többségi társadalom*. In: *Világosság* (49), 233–239.

NRC (2009): *Internet penetráció és internet használat. Az NRC 2009. II. féléves gyorsjelentése*. [http://nrc.hu/hirek/2010/03/16/az\\_nrc\\_2\\_feleves\\_gyorsjelentese](http://nrc.hu/hirek/2010/03/16/az_nrc_2_feleves_gyorsjelentese)

- Petri Gábor – Vályi Réka (szerk.) (2009): *Autizmus – Tény – Képek*. Budapest, Autisták Országos Szövetsége – Jelenkutató Alapítvány.
- Purcell, Kristen (2011): *Search and email still top the list of most popular online activities – report*. PewInternet. <http://pewinternet.org/Reports/2011/Search-and-email.aspx>
- Spéder Zsolt (2005): *Az európai családformák változatossága. Párkapcsolatok, szülői és gyermeki szerepek az európai országokban az ezredfordulón*. Századvég (3), 3–44. old.
- Utasi Ágnes (1990): *Baráti kapcsolatok*. In.: Andorka Rudolf et al. (szerk.): Társadalmi riport 1990. Budapest, TÁRKI, 475-487. old.
- Utasi Ágnes (2002): *A társadalmi integráció és szolidaritás alapjai: a bizalmas kapcsolatok*. Budapest, Századvég (24). <http://www.c3.hu/scripta/szazadvég/24/utasi.htm>
- Vaskovics László (2000): *A posztadoleszcencia szociológiai elmélete*. Magyar Szociológiai Szemle 2000 (4).





## A KÖTET SZERZŐI

### SZERKESZTŐ

**NAGY ZITA ÉVA** (1981) szociológus, a Debreceni Egyetem Politikatudományi és Szociológia Intézetének tanársegédje, a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia Doktori Iskolájának doktorjelöltje. Kutatási területei: fogyatékos-tudomány, foglalkoztatáspolitikai.

### SZERZŐK

**BASS LÁSZLÓ** (1958) szociológus, az ELTE Társadalomtudományi Karának oktatója, az MTA Gyerekszegénység Elleni Programjának vezető kutatója. Az elmúlt években a gyermekes családok helyzetéről, a fogyatékos emberek életkörülményeiről, a szociális munkások életpályájáról publikált, és részt vett a WISC-IV intelligenciateszt hazai standardizálásában is. Kutatási területei: gyerekszegénység, fogyatékos emberek helyzete, intelligenciavizsgálatok.

**BERNÁT ANIKÓ** (1977) szociológus, a TÁRKI Társadalomkutatási Intézet kutatója és az ELTE Társadalomtudományi Kara Szociológia Doktori Iskolájának hallgatója. Kutatási területei: társadalmi egyenlőtlenségek, hátrányos helyzetű csoportok és kisebbségek, különösen a romák helyzete, migráció, idegenellenesség, kultúra.

**BÓI KRISZTINA** (1979), szociológus, szociálpolitikus a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet kutatója. Kutatási területei: szociális szolgáltatások, társadalmi egyenlőtlenségek területi vetülete, foglalkoztatás és munkaerő-piac.

**GÁBOS ANDRÁS** (1968) szociológus, a TÁRKI Társadalomkutatási Intézet kutatója. Kutatási területei: szegénység, gyermekszegénység, gyermekjólét, jövedelemegyenlőtlenségek, családtámogatások termékenységési hatása, jóléti rendszerek.

**HAJDU GÁBOR** (1981) szociológus, az MTA Szociológiai Intézet fiatal kutatója, az ELTE Társadalomtudományi Kar Szociológia Doktori Iskolájának hallgatója. Korábban a TÁRKI kutatójaként dolgozott. Kutatási területei: szubjektív jólét, környezeti igazságosság, iskolai agresszió, ökopolitika, társadalmi egyenlőtlenségek.

**HERNÁDI ILONA** közgazdász, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar tanársegédje, a Pécsi Tudományegyetem Irodalomtudományi Doktori Iskolája Kultúratudományi Doktori Programjának hallgatója. A Fogyatékoság és Társadalom című folyóirat rovatvezetője. Kutatási területei: test és nemi szerepek, szexuális különbség, fogyatékoság-kultúra, társadalmi egyenlőtlenségek, interszekcionalitás.

**KÖNCZEI GYÖRGY** (1958) közgazdász, az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar egyetemi tanára, korábban főigazgatója. A Fogyatékoságügyi Szabadegyetem alapítója, a Fogyatékoságtörténeti Vándorkiállítás egyik alkotója. Részt vett a Standard Rules for Equalizing Opportunities of People with Disabilities, a Módosított Európai Szociális Karta és A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-Egyezmény készítésében. A Fogyatékoság és Társadalom című fogyatékoságtudományi periodika társ-főszerkesztője, Charles Simonyi kutatói ösztöndíjas, 2009-2010-ben pedig az ENSZ fogyatékosjogi világbizottságának tagja.

**OTTUCSÁK MELINDA ANIKÓ** (1985) magyar nyelv és irodalom tanár, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet projektasszisztense. Kutatási területei: nyelv és sztereotípiák, szociolingvisztika, névtan.

**TÁTRAI ANNAMÁRIA** (1985) szociológus, a TÁRKI kutatója. Kutatási területei: egészségkutatás, környezettudatosság, nők helyzetének kutatása, mintavételi, módszertani, súlyozási kérdések.

**PÁL ZSOLT** (1978) szociálpolitikus, a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet tanácsadója, a TÁMOP 5.4.1 Központi Projekt, V. Kutatási Pillérének kutatója. Kutatási területei: foglalkoztatási rehabilitáció, fogyatékoságügy, szociális szolgáltatások nemzetközi gyakorlatai.