

MENICH Nóra¹ – TAUSZ KATALIN¹

AKADÁLYOZOTT EMBEREK A TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK RENDSZERÉBEN

A fizikai és társadalmi életesélyek két nógrádi településen

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.3.70>

ABSZTRAKT

A tanulmány Ferge Zsuzsa fizikai és társadalmi életesélyek egyenlőtlenségeiről szóló írásainak a szempontjai mentén a fogyatékoság/akadályozottság és a társadalmi kirekesztettség közötti kölcsönös kapcsolattal foglalkozik. Adminisztratív adatok, lakossági kérdőíves vizsgálat (n=136), szakértői interjúk (n=36) és tereptapasztalatok segítségével járjuk körbe a lehetséges hatásmechanizmusokat. Eredményeink megerősítik, hogy a bizonyos mindennapos tevékenységek végrehajtásában való akadályozottság nem vezethető vissza önmagában az emberek egészségi állapotára. Kutatásunk azt is megmutatta, hogy két, ugyanabban a vármegyében lévő, de más státusú településen a szabad társadalmi részvétel lehetőségében jelentős különbségek lehetnek.

Kulcsszavak: társadalmi kirekesztettség, fizikai és társadalmi életesélyek, akadályozottság, fogyatékoság

PEOPLE WITH DISABILITIES IN THE SYSTEM OF SOCIAL INEQUALITIES

Physical and social life chances in two villages in Nógrád county

ABSTRACT

This paper explores the relationship between disability and social exclusion, through the lens of Zsuzsa Ferge's writings on inequalities in physical and social life chances. We explore potential intersectional effects using administrative data, surveys (n=136), expert interviews (n=36), and field experiences. Our results confirm that disability – difficulties in performing certain daily activities – cannot be attributed to people's health status alone and that there can be significant differences in the opportunities for social participation between two villages with different socio-economic backgrounds.

Keywords: social exclusion, physical and social life chances, disability

¹ ELTE Társadalomtudományi Kar, Szociálpolitika Tanszék.

AKADÁLYOZOTT EMBEREK A TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGEK RENDSZERÉBEN

A FIZIKAI ÉS TÁRSADALMI ÉLETESÉLYEK KÉT NÓGRÁDI TELEPÜLÉSEN

BEVEZETÉS

Az utóbbi évtizedekben a társadalomtudományi irodalom egyik alapvetése lett, hogy a fogyatékoság nem csak az emberek (egészségi) állapotától függ, szűkebb-tágabb társadalmi környezetük jellegzetességei legalább annyira – ha nem nagyobb mértékben – befolyásolják azt. A környezet fizikai és infokommunikációs akadálymentességének mértéke, a rendelkezésre álló támogató eszközök és technológiák, az anyagi helyzet, de akár a családszerkezet vagy a kortárs kapcsolatok minősége is befolyásolhatja, hogy két ember ugyanazzal a – testi, mentális, pszichoszociális – egészségi állapottal fogyatékosnak érzi-e magát és ha igen, milyen mértékben. Például egy végtagamputált ember, aki magas minőségű, kényelmes protézist viselve aktívan sportol, jóllehet kevésbé érzi magát fogyatékosággal élőnek, noha, ha az állapotát egészségi kondícióként fogjuk fel, vélhetően annak *számít*.

Ebben a tanulmányban két nógrádi település példáján, kvantitatív és kvalitatív adatok, valamint tereptapasztalatok alapján arra kísérünk meg választ adni, hogy milyen mögöttes hatásmechanizmusok járulhatnak hozzá, hogy két hátrányos helyzetű térségben elhelyezkedő község közül az egyikben a hivatalos statisztikáktól nem jelentősen eltérő, a másikban viszont kiugróan magas arányát mértük azoknak, akik mindennapi alaptevékenységeikben – mint a látás, mozgás, emlékezés vagy az önellátás – nagymértékű nehézségeket tapasztalnak vagy ezek végrehajtására egyáltalán nem képesek. Ebben a tanulmányban amellet érvelünk, hogy a fogyatékoság konstruálódásában elsődleges szerepe van a térbeli és a társadalmi egyenlőtlenségek bizonyos dimenzióinak. Az egyenlőtlenségek megragadásához Ferge Zsuzsa (1989, 2005) fizikai és társadalmi életesélyekről szóló írásaihoz nyúltunk vissza.

HÁTTÉR

A fogyatékoság egy sokszínű, változékony társadalmi jelenség, megjelenhet az egyén életében valamilyen esemény következtében vagy érintheti születésétől fogva; járhat együtt fizikai, mentális vagy pszichoszociális akadályokkal; fennállhat átmenetileg, tartósan vagy véglegesen. Az viszont nem jelenthető ki, hogy esetleges volna: gyakrabban fordul elő hátrányos helyzetű, sérülékeny társadalmi csoportokban, sőt, a kapcsolat kétirányú, a fogyatékos személyek és családjaik körében magasabb az elszegényedés és a marginalizáció kockázata (Burchardt 2005, Egészségügyi Világszervezet 2011). Kutatásmódszertani közelítéssel azt mondhatjuk, hogy a – mennyiségüket tekintve jelentősebb arányú, alacsonyabb jövedelmű országokra fókuszáló – vizsgálatok az erős korrelációt egyértelműen bizonyítják (Mitra et al. 2017, Frączek 2022, Mussida–Sciulli 2024), de az okság feltételei közül azt, hogy a fogyatékoság előzi-e meg a kirekesztettséget vagy fordítva, illetve hogy a kirekesztettség mely dimenziói milyen kölcsönhatásokon, milyen potenciális közbejövő változókon keresztül érvényesülnek, aligha tudjuk bizonyítani (Shahtahmasebi et al. 2011, Menich 2022). Ezt a feloldhatatlannak

tűnő tyúk-tojás dilemmát Ferge Zsuzsa így fogalmazta meg 1980-ban: „*Ki tudja biztonsággal megmondani, hogy egy alagsori szükséglakás oka-e az itt felnövő gyermekek rossz iskolai eredményeinek, majd rossz munkaerőpiaci helyzetének, esetleg tartós betegségének, illetve agresszív magatartásának, vagy következménye a szülők alacsony iskolázottságának, alacsony keresetének, esetleg annak, hogy nem voltak képesek a táncsnál önmaguk érdekeiért harcolni, 3–4 gyermek esetén papíron létező jogukat érvényesíteni? Minthogy a válasz bizonytalan, ma »hátránynak«, hátrányos helyzetnek nevezzük azt is, ha valaki öreg, fogyatékos, sokgyermekes, elmebeteg, azt is, ha alacsony a jövedelme, rossz a lakása, a munkája. Szemmelláthatóan igencsak vegyes jelenség-halmaz ez, amelyben biológiai, demográfiai, társadalmi jelenségek keverednek, s ezen belül szinte mindent egyszerre lehet oknak és okozatnak tekinteni*” (Ferge 1980:44).

A fogyatékoságról nem mindig volt jellemző a komplex társadalmi jelenséggént történő gondolkodás. Sőt, máig lehet találkozni olyan megközelítésekkel, amelyek a fogyatékoságot az érintettek és/vagy szüleik erkölcstelen viselkedésével magyarázzák (ún. morális modell), esetleg azt kizárólag az emberek fizikai és mentális állapotára, betegségeire vezetik vissza (orvosi-medikális modell) (Ferguson 2002, Goodley 2014). A probléma individualizációjával szemben született társadalmi modell első, az érintettek általi, 1976-os megfogalmazása szerint: „*a társadalom az, amelyik a mozgássérült embereket ellehetetleníti. A fogyatékoság valami olyasmi, amivel tetézik a károsodásunkat, azáltal, hogy szükségtelenül elszigetelnek és kirekesztenek bennünket a társadalomban való teljes körű részvételből. A fogyatékosággal élő emberek tehát a társadalom elnyomott csoportja. Ebből az elemzésből következik, hogy az alacsony jövedelem például csak az elnyomásunk egyik aspektusa. Ez az elszigeteltségünk és szegregációnk következménye, az élet minden területén, például az oktatás, a munka, a mobilitás, a lakhatás stb. területén*” (saját fordítás, The Union of the Physically Impaired Against Segregation–The Disability Alliance 1975:4). Ez a szövegrészlet tükrözi annak korai felismerését, hogy a társadalmi egyenlőtlenségeknek kulcsszerepük van a fogyatékoság megtapasztalásában; hogy a fogyatékoságot nem az egyéni korlátok okozzák, hanem az, hogy a társadalom nem nyújt megfelelő szolgáltatásokat, nem biztosítja a fogyatékosággal élő személyek igényeinek és szükségleteinek megfelelő figyelembevételét (Oliver 1990). E kudarc, aminek kritikája napjaink társadalmaira is fokozottan érvényes, nem az egyes embereket, hanem a fogyatékosággal élők teljes társadalmi csoportját sújtja, akik mindezt intézményesített diszkriminációként tapasztalják meg (Oliver–Barnes 2012).

A fogyatékos személyek emberi jogi mozgalmainak is köszönhetően számos modell született a fogyatékoság mint társadalmi jelenség megértésére (Könczei–Kálmán 2002, Könczei–Hernádi 2011, Goodley 2019). Közülük a modernnek címkézhető felfogás úgy gondolkodik a fogyatékoságról, mint a teljes társadalmi részvételtől való megfosztottság egy formájáról, másképpen fogalmazva, bizonyos vágyott cselekedetektől, a társadalmi, gazdasági, kulturális, politikai közösségi részvételtől való megfosztottság megtapasztalásáról.

Nemzetközi szinten az egyik legszélesebb körben elfogadott és használt eszköz a kutatás, a szakpolitika, az oktatás és a rehabilitáció területén is az Egészségügyi Világszervezet FNO modellje (Cerniauskaite et al. 2011). Az FNO klasszifikációs rendszer (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*), a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozására szolgál és mögötte az úgynevezett biopszichoszociális modell húzódik (Egészségügyi Világszervezet 2004). A biopszichoszociális fogyatékoság-felfogás értelmében „*a fogyatékoság gyűjtőfogalom, minden károsodás, tevékenységakadályozottság vagy részvételi korlátozottság számára*” (Egészségügyi Világszervezet 2004:3). Vagyis a fogyatékoság bizonyos tevékenységakadályozottságoknak és a környezet kirekesztő működésmódjainak interakciójából következik. „*A tevékenység akadályozottsága nehézség, amit az egyén a cselekvések végrehajtása során tapasztalhat.*

A részvételi korlátozottság probléma, amit az egyén tapasztalhat az élethelyzetekben történő közreműködése során”, a környezeti faktorok pedig magukba foglalják mindazokat a fizikai, társadalmi, attitűdökkel kapcsolatos tényezőket, amelyek az egyént körbeveszik (Egészségügyi Világszervezet, 2004:10). Vagyis a különböző funkcionális akadályozottságok a társadalmi részvétel korlátozottságának különböző szintjeivel járhatnak együtt, együttesen határozzák meg, hogy az embereknek milyen lehetőségeik vannak, mennyire autonóm állampolgárok, és így végeredményben azt, hogy mennyire szabadok.

Amartya Sen (1999) képességszemléletére alapozva Sophie Mitra (2018) úgy érvelt, hogy a megfosztottságként értelmezett fogyatékoság összetevői az átmeneti vagy tartósan fennálló egészségkárosodáson² túl a személyes jellemzők (mint az életkor vagy a személyiségjegyek), az erőforrások (árucikkek, javak, információ, olyan tényezők, mint például a tudás vagy az elérhető közszolgáltatások), valamint a fizikai, társadalmi, gazdasági, epidemiológiai, politikai és egyéb strukturális tényezők (például a közösségi normák és a földrajzi körülmények) is, amik kölcsönös interakciókon keresztül vezethetnek végeredményben ahhoz, hogy az egyén nem tehet meg számára értékes dolgokat, nem élhet olyan életet, amelyet értékesnek tart.

Minden mozgalmi törekvés és a társadalmi probléma individualizálása ellenében tett erőfeszítés ellenére a fogyatékossgal élő személyek és családjaik relatív hátránya világszerte továbbra is fennáll. A hátrányokat – a pontos oki ismeretek hiányában – különbözőképp magyarázzák. Az anyagi jólét felől közelítő kutatások arról számolnak be, hogy az össztársadalmi átlaghoz és a fogyatékossgban nem érintettekhez képest kevesebb erőforrásból gazdálkodnak, és több a direkt és indirekt költségük (Zaidi–Burchardt 2005, Mitra et al. 2017, Shahat–Greco 2021). Ezzel összefüggésben egyenlőtlenek a munkaerőpiaci lehetőségeik (Cullinan–Roddy 2015, Vornholt et al. 2018, Mussida–Sciulli 2024), többen élnek alacsony munkaintenzitású háztartásokban, anyagi jólétük nagy mértékben függ a társadalmi transferektől (Grammenos 2020). Számos kutatás foglalkozott a fogyatékossggal élő személyekre irányuló stigmatizációval, a diszkrimináció különböző megnyilvánulási formáival, a fogyatékos személyeket sújtó gyűlöletbeszéddel és gyűlöletbűncselekményekkel (Macdonald–Donovan–Clayton 2023), melyek a társadalmi attitűdök közvetítésével, szintén hozzájárulnak a fogyatékossggal élő emberek társadalmi kirekesztettségéhez. Ők a válsághelyzetek egyik legnagyobb kárvallottjai, ideértve a Covid19-járványt is (Lauvrak–Juvet 2020, Knox–Vydmanov–Cote–Wodsak 2021, Menich–Kondor–Tausz 2024). Ezeket az európai összefüggéseket a csekély létszámú vonatkozó magyar kutatás is megerősítette (Nagy 2011, Tausz et al. 2015, Központi Statisztikai Hivatal 2018, Kozma–Petri–Bernát 2020, Bernát et al. 2022, Csathó–Kozma–Petri 2023). A kérdést a másik oldalról közelítő szocio-epidemiológiai kutatások elsősorban azzal foglalkoztak, hogy milyen – különösen egészségi állapottal és egészségmagatartással összefüggő – jellegzetességeik vannak azoknak a háztartásoknak, amelyekben fogyatékossggal élő családtag él, illetve amelyekbe fogyatékos vagy fogyatékossggal veszélyeztetett gyermek születik (Blumenshine et al. 2010). Ebben a közelítésben sem hagyható figyelmen kívül, hogy a társadalmi státusnak rendkívül erős hatása van az emberek egészségi állapotára: a lakás- és munkakörülmények, a stressz és a pszichológiai jólét, az egészségmagatartás közvetlen hatásán túl az olyan strukturális tényezők, mint a jövedelmi helyzet, az iskolázottság vagy a kulturális normák, valamint az egészségügyi ellátórendszerek működése is meghatározzák az egészségegyenlőtlenségek mértékét (Orosz–Kollányi 2016, Győri 2022), és befolyásolják a fogyatékossg kialakulásának valószínűségét.

² Az eredeti szövegben *health deprivation*, a WHO egészségfelfogása alapján, aminek értelmében az egészség nem a betegség hiánya, hanem a teljes testi, mentális és szociális jólét (lásd erről: Callahan 1973).

Még ha a sorolt tényezők között nem is ismerjük az oksági mechanizmusokat, az bizonyos, hogy a közösség egy jelentős létszámú csoportja mindennapjaiban tapasztalja meg az egyenlőtlenségek következményeit. Ha pedig ezek az egyenlőtlenségek *„egy bizonyos határon túlnőnek, csorbítják két alapvető emberi-társadalmi érték, az élet és a szabadság összértékét: ha ebből sokaknak kevés jut, ez össztársadalmi szinten jelent csökkenést ezeknél az értékeknél”* (Ferge 2005:6). Fergének, a csupán a szegényeket célzó szociális politikát meghaladó, a komplex társadalompolitika szükségességéről vallott nézeteinek alapja a sajátos szükségletekkel bíró ember. Egy egyetemi előadásában ezt így fogalmazta meg: *„A szükséglethierarchia-felfogás csábít arra, hogy a fiziológiai szükségletek az alapszükségletek, ezek minimális kielégítése már elégséges követelmény legyen. Valójában ezek nem »ember«, hanem »élőlény specifikusak« – azaz az ember biológiai mivoltában gyökereznek. Azaz, ha kielégülnek: a biológiai fennmaradás biztosított – de ez még nem a teljes »emberi lét«, a human condition. Ezért érdemes általánosabb, az ember-mivolthoz, és az emberi társadalmi tagságból adódó mivolthoz kötni alapszükségleteket”* (idézi Tausz 2006:4). Ferge gondolatai építenek Doyal és Gough (1991) maslowi szükségletelméletet meghaladó felfogására, ami szerint a két alapvető emberi szükséglet az egészséges élet és az autonómia (Ferge 2005:4). Bourdieu osztályelméletére alapozva megkülönböztette a tőke gazdasági, kulturális és társadalmi formáját, és mindezt az egyenlőtlenségek – feltételek, esélyek, kimenetek – rendszerében helyezte el. Gondolatmenetében már 1989-ben felsejlett, hogy mindez az alapvető, polgári és politikai szabadságjogok érvényesítésének egyenlőtlenségét is eredményezi. *„A fizikai életesélyek egyenlőtlensége ma azt jelenti, hogy a társadalmi és a települési hierarchia, a hatalmi helyzet, a végzett munka jellege, a pénz és a kulturáltság nagymértékben meghatározzák, hogy ki hány évet él, mennyire beteg vagy egészséges, mennyire kellemes körülmények között él, azaz hogyan lakik, eszik, alszik. A társadalmi életesélyek egyenlőtlenségei még sokrétűbbek. Magukban foglalják azt, hogy eleve, amikortól beleszülettünk egy családba (vagy még család sincs), egyenlőtlenek az esélyeink mindenre (lakásra és iskoláztatásra, jó munkára és jó kapcsolatokra). Egyenlőtlen az esélyünk az anyagi, a társadalmi, a szimbolikus tőkéhez való hozzájutáshoz, ahhoz, hogy képesek legyünk jogaink érvényesítésére. Ezért egyenlőtlen eséllyel, egyenlőtlen lehetőségekkel, szinte kiszámíthatóan egyenlőtlen kimenetellel választunk sorsot önmagunknak és gyermekeinknek. Mindezt nem vagyunk egyformán autonóm, saját törvényeink szerint élő állampolgárok – és ezért nem vagyunk egyformán szabadok sem”* (Ferge 1989:74).

Ferge az életesélyek fogalmával keretezte a fizikai és társadalmi egyenlőtlenségeket, és nem csupán operacionalizálta az egyenlőtlenségek fogalmát, hanem mindennek eredményét, az autonómia- és szabadsághiányt is beemelte elméletébe. Ez a rendszerváltás idején megfogalmazott gondolat egész tudományos pályáján nem veszített érvényességéből. 2005-ben a Magyar Tudományos Akadémián tartott Székfoglaló előadásában (2005) is ebbe a keretbe helyezte az elemzését, majd az egyik utolsó nagy művében, a 2017-ben megjelent Magyar társadalom- és szociálpolitika című tankönyvben is ennek mentén értékelte a rendszerváltozás után megszületett, a magyar szociálpolitikát meghatározó törvényeket. Meglátása szerint ezekben *„kiemelt helyet kaptak olyan értékek, mint a különböző típusú – alkotmányos, emberi, szociális, szabadságot biztosító – jogok, a méltóságérzet erősítése; az úraelosztás jelentősége; az egyenlőtlenségek csökkentése, az életesélyek növelése, a szegénység, kirekesztés, diszkrimináció gyengítése; a szociálpolitika alakításának demokratikus folyamatai”* (Ferge 2017:395).

Még ha a témánk fogyatékoságfókusza szűkíti is azt a nézőpontot, amelyből a társadalmi kirekesztettséget vizsgáljuk, rendkívül szerteágazó, egymással szorosan összefonódó társadalmi-gazdasági-kulturális-politikai tényezők szövevényes hálózatával állunk szemben. Ahogyan maga Ferge is fogalmazott, számos megkö-

zelítést alkalmazhatnánk arra, hogyan vizsgáljuk az életkilátások különbözőségéhez hozzájáruló tényezőket és folyamatokat. Az 1989-ben megjelent Van-e negyedik út?, valamint a Magyar Tudományos Akadémián tartott székfoglaló előadása (2005) logikáját követve e tanulmányban az életciklus mentén az emberek személyes jellemzői közül a kort, az etnikai hovatartozást és az egészségi állapotot, az erőforrások és strukturális tényezők közül a társadalmi, települési és hatalmi hierarchiát, a tudást, a (szubjektív) jövedelmi helyzetet és a munkaerőpiachoz való viszonyt, mindent egybevetve a fizikai és mentális állapottal összefüggő, település-specifikus jellegzetességeket járjuk körbe. A kutatás és a tanulmány egyik korlátja ezen szempontok megalapozott, mégis kutatói döntésen alapuló kiválasztása, és a terepen gyűjtött információk mennyiségi és tartalmi keretei, valamint a módszertani-adatfelvételi körülmények.

MÓDSZERTAN

Módszer és minta

Az írás egy kétéves kutatás során vegyes módszertannal gyűjtött adatokon alapul, ami a fogyatékossgal élő emberek közszolgáltatásokhoz való hozzáféréseivel foglalkozott a Covid19-járvány előtt, alatt és után, két nógrádi faluban. A települések kiválasztása szekunder kutatás segítségével történt, szociális, egészségügyi, kulturális adatbázisokból származó adminisztratív adatok alapján. Ennek során azt vizsgáltuk, hogy milyen a Nógrád vármegyei falvak szolgáltatásokkal való ellátottsága. Így egy helyi szolgáltatásokban gazdagabb és nagyobb lélekszámú (továbbiakban: Nagyfalu), valamint egy, a szolgáltatások helyi beágyazottságát tekintve kevésbé ellátott, kisebb lakosságszámú községet választottunk ki (továbbiakban: Kisfalu). A helyi és a járásközponti intézményekben dolgozó szakemberekkel településenként 18, átlagosan egyórás, félig strukturált szakértői interjút készítettünk.³ A helyi szakértőket – az önkormányzatok képviselőit, háziorvosokat, védőnőket, családsegítőket, egyházi szereplőket – a szolgáltatások működéséről és hozzáférhetőségéről kérdeztük. Az interjúk résztvevőinek első körét (Függelék F1. táblázat) szakértői kiválasztással határoztuk meg, majd hólabda módszerrel bővítettük.

A lakosság körében reprezentatív kérdőíves adatfelvétel zajlott. A kérdőívre összesen 136 fő válaszolt ($n_{\text{Kisfalu}}=60$, $n_{\text{Nagyfalu}}=76$), 2023. november 23. és december 2. között. A felkeresett felnőttek a kérdőívet személyesen, kérdezőbiztosok segítségével, CAPI (*Computer-Assisted Personal Interviews*) módszerrel válaszolták meg. A reprezentativitást a véletlen séta, a háztartáson belül a legközelebbi születésnap módszere biztosította. A népesség korosztályos összetételét tekintve Nagyfaluban megfelelő mintát sikerült elérnünk, Kisfaluban viszont a 65 év alatti lakossági arányukhoz képest kevesebb férfit találtunk otthon.

A módszertani korlátok között megemlítenéd, hogy a kutatás alapvetően nem arra a kérdésre kereste a választ, amit ez az írás felvet. Ebből következően a szakértő interjúalanyokat közvetlenül nem kérdeztük sem a fogyatékossgal és a társadalmi-gazdasági státusz összefüggéseiről, sem a helyiek életkörülményeiről, így az interjúkból származó információk elemzése elsősorban a narratívák mögöttes tartalmára épít. Mégis, a kutatócsoport tagjai számára is meglepő eredményeket kaptunk, amiket a rendelkezésünkre álló adatok segítségével érdemesnek találtunk körbejárni. Ehhez a tanulmányhoz mind az adminisztratív, mind a gyűjtött adatokat felhasználtuk. A nem a kérdőíves vizsgálatból származó adatok forrása a 2022. évi népszámlálás és az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TEIR) adatbázis.

³ A kutatás során a fogyatékossgal élő kifejezést használtuk, akkor is, amikor a terepmunka során a szakembereket kérdeztük.

Konceptuális keret: a Washington Group mérőeszköz

A fogyatékoság és kirekesztettség kapcsolatára vonatkozó empirikus bizonyítékok hiánya részben módszertani természetű. Hiányoznak a komplex megközelítésű, longitudinális kutatások, és a megértést nehezíti, hogy két olyan fogalom kapcsolatáról van szó, amelyek bonyolult társadalmi konstrukciók, és amelyek közös jellemzője, hogy a tudományos kutatásokban sincs egységes definíciójuk, és – ezzel összefüggésben – univerzálisan használt mérőszámuk sem (Palmer 2011). A kérdőíves adatfelvétel keretében lekérdeztük az ENSZ *Washington Group on Disability Statistics* fogyatékoságstatisztikákkal foglalkozó munkacsoportjának validált kérdőívét (WG kérdőív) (Menich 2024). A WG kérdőív alapja a fentebb részletezett biopszichoszociális modell. A WG kérdőív a tíz alapvető funkcióhoz kapcsolódó 25 kérdéssel méri, hogy az emberek tapasztalnak-e nagy nehézségeket, illetve van-e olyan tevékenység, amely végrehajtására egyáltalán nem képesek. Attól függően, hogy a kérdőív kérdései közül hányat használunk, négy gyakoriság (*with disability* arány) számítható, ezek közül a legrövidebb és a leghosszabb számítási módszert az eredmények között ismertetjük (Washington Group on Disability Statistics 2020).

A WG kérdőív hatása a nemzetközi akadémiai szintéren igen jelentős. A módszertan arra a problémára adott válaszként jött létre, hogy az eltérő definíciók és az ezekből következő különböző mérőszámok alkalmazása nagy mértékben eltérő eredményekhez vezet, így azok nemzetközi összehasonlíthatósága szinte ellehetetlenül (Mont 2007, Amilon et al. 2021). A kérdőív mögött húzódó funkcionális megközelítés ugyanakkor a legszélesebb körben használt módszer, amit a jelentősebb nemzetközi szervezetek, mint az Eurostat,⁴ az OECD (2022), az ILO,⁵ vagy az UNICEF⁶ is alkalmaztak. A WG kérdőív a fogyatékoság komplex megközelítésére törekszik, és vannak kezdeményezések a környezeti hatásokat mérő eszközök kialakítására, mégsem jelenthető ki, hogy mérni tudná a társadalmi kirekesztettség mértékét. Sokkal inkább azt tárja fel, hogy bizonyos testi-mentális funkciókhoz kapcsolódó tevékenységekben vannak-e és milyen mértékű nehézségeik a megkérdozetteknek (ún. tevékenységakadályozottságok). Ebből a kutatás szempontjából két fontos dolog következik. Az egyik, hogy a jelenséget akadályozottságnak és nem fogyatékoságnak vagy korlátozottságnak hívjuk (Menich 2024). A másik, hogy ezért is tartjuk fontosnak, hogy a kvantitatív eredményeinket a tereptapasztalatokkal, illetve a kvalitatív eredményekkel együttesen mutassuk be és értelmezzük, annak reményében, hogy ezzel közelebb jutunk komplex társadalmi jelenségek és az azok mögött húzódó élethelyzetek megértéséhez.

Kutatásetika

A kutatást a magyar és a nemzetközi etikai és adatvédelmi elveknek megfelelően végeztük. Az interjú- és kérdőív-válaszadók minden esetben részletes tájékoztatást kaptak a kutatás témájáról és menetéről, valamint a kutatásban betöltött szerepükről; részvételük kivétel nélkül önkéntes és anonim volt. A gyűjtött információk felhasználása minden esetben az érintettek jóváhagyásával történt. Az adatokat névtelenül, a személyiségi jogok szigorú tiszteletben tartása mellett tároltuk. A kutatást annak fogadó intézménye, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának engedé-

4 Elérhető: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_introduced [Letöltve: 2024-12-06].

5 Elérhető: <https://ilostat.ilo.org/methods/concepts-and-definitions/description-disability-labour-market-indicators/> [Letöltve: 2024-12-06].

6 Elérhető: <https://data.unicef.org/topic/child-disability/overview/> [Letöltve: 2024-12-06].

lyével végeztük (Engedélyszám: KEB/2022/026). A *Social innovations in the ecosystem of formal and informal sectors supporting persons with disabilities in times of the COVID-19 pandemic* című kutatás a Magyar Tudományos Akadémia poszt-COVID jelenségek vizsgálatára irányuló pályázatának keretében valósult meg.

EREDMÉNYEK

Az akadályozottság előfordulása különböző források és mérőeszközök szerint

Az akadályozottság szempontjából a különféle adatforrások – nem meglepő módon – más-más képet festenek mindkét településen. A saját adatfelvételünk eredményei mellett a népszámlálás bizonyos kérdéseit, a fogyatékosághoz kapcsolódó transzferek és szolgáltatások igénybe vevőinek számát, valamint az interjúkkal megszólított helyi szakemberek beszámolóit tudjuk felhasználni. (Nagyfaluban a KSH és TEIR adatok annak ismeretében értelmezhetőek, hogy azok tartalmazzák a település területén lévő bentlakásos intézményben élőket is.)

A 2022-es népszámlálás szerint a *van-e fogyatékosága* kérdésre a nagyfalusi lakosság 8,6 százaléka válaszolt igennel. Az adatfelvétel idején a felnőtt lakosság 6,53 százaléka értelmi fogyatékosággal élt, de volt a faluban több pszichoszociális fogyatékosággal élő, gyengénlátó, beszéd fogyatékoságban érintett, nagyothalló, vak és mozgáskorlátozott ember is, továbbá néhányuknak önbevallása szerint ismeretlen eredetű a fogyatékosága. Megváltozott munkaképességűek ellátásában 55 fő részesült, fogyatékos személyek nappali ellátását 15 fő vette igénybe a településről. Az alanyi jogon megállapított ápolási díjban részesítettek havi átlagos létszáma 2,65 fő volt.

Nagyfaluban az interjúval megszólított szakemberek a fogyatékoságról elsősorban a mozgáskorlátozottakra asszociáltak, s csak részletező kérdés után jutott eszükbe egy Down-szindrómás gyerek, a nagyothalló idős emberek és különböző pszicho-szociális akadályozottságok.

„Hát, mondjuk, ha a depressziót is oda soroljuk, akkor épp elég sok, tehát többen vannak depressziósok, és hát, skizofrén is van. Több. Tehát az, az van több. Pánikbetegség, kevert szorongás, depressziós szindróma, depresszió, tudathasadás, ez a skizofrénia, ilyenek vannak, igen, többen vannak.” (házi orvos, Nagyfalva)

Az iskolaigazgató a nagyfalusi iskolás korú gyerekek érintettségét nagyon csekélynek tartotta (1% alattinak), az intézménybe járó sajátos nevelési igényű (SNI-s) gyerekek olyanok közül kerültek ki, akik nem a településen éltek. Az óvodába járt két sajátos nevelési igényű gyerek, 18 gyerek vett igénybe logopédiai szolgáltatást, az igazgató becslése szerint 8–10 gyereknek volt papírja beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségről.

Kisfaluban a magukat fogyatékosnak vallók aránya 3 százalék volt, a népszámlálás ezen blokkjára kizárólag mozgássérült emberek válaszoltak. Megváltozott munkaképességűek ellátásában 29 fő 15–64 éves részesült. A helyi szakemberek a településen 11 fő fogyatékosággal élő személyt azonosítottak, köztük két végtagamputált férfit, valamint siket, hallássérült és kerekesszéket használó lakosokat; a gyerekek között SNI státusszal rendelkezőket, a helyi iskolában integráltan tanuló enyhe, illetve a járásközpontban tanuló középsúlyos értelmi fogyatékoságban érintett fiatalokat. Közülük a népszámlálás során a mozgássérült lakosokon kívül valamennyien rejtve maradtak. Fogyatékos személyek nappali ellátását senki nem vette igénybe, ápolási díjat négy fő kapott.

Bár az összevetést nem közvetlenül, csak a módszertani-adatfelvételi körülmények figyelembevételével mellett érdemes megtenni, mégis, szembetűnő különbségeket találtunk a saját adatfelvételünk és a népszámlálásban mért települési szintű adatok között. A saját mintákon számolt prevalencia-értékek (lásd bővebben: Menich 2024) közül ebben a tanulmányban kettőt mutatunk be, ezeket az 1. táblázat tartalmazza. A *WG Short Set* – SS 1 indikátor szerint azok számítnak akadályozottnak, akik a látás-, hallás-, mobilitás-, kommunikáció-, önellátás-, emlékezés- és koncentrációfunkciókhoz tartozó kérdések valamelyikére azt választották, hogy nagy nehézségeik vannak vagy egyáltalán nem képesek a végrehajtásukra. A *WG Extended Set* – ES 1 esetében további négy, összesen tíz, a látás-, hallás-, mobilitás-, kommunikáció-, önellátás-, kognitív funkciók, felsőtest, szorongás és depresszió, fájdalom és fáradékonyság funkciócsoportban, összesen 25 hozzájuk kapcsolódó kérdés (lásd a Függelékben) alapján áll elő a prevalencia a WG módszertani útmutatója alapján (Washington Group on Disability Statistics 2021).

Közel teljeskörű válaszadási hajlandóság mellett Nagyfaluban a lakosság 21 (SS 1) és 34 (ES 1) százaléka, Kisfaluban a válaszadók mintegy fele számolt be nagy nehézségekről a különböző alaptevékenységekben, és került ez alapján az akadályozott csoportba. Nagyfaluban ugyanezek az arányok 78,9 és 34,21 százalék.

1. táblázat. Az akadályozottság előfordulása a WG mutatók szerint, saját minta, %

		SS 1 látás, hallás, mobilitás, kommunikáció, önellátás, emlékezés és koncentráció	ES 1 SS 1 + felsőtest, szorongás és depresszió, fájdalom, fáradékonyság
Kisfaluba	Nem akadályozott	51,67	45,00
	Akadályozott	48,33	55,00
Nagyfaluba	Nem akadályozott	78,95	65,79
	Akadályozott	21,05	34,21

Az indikátorok azokat tekintik akadályozottnak, akik legalább egy nagy nehézségről számoltak be, de érdemes jelezni, hogy a kisebb nehézségek mindkét településen nagy arányban voltak jelen: Kisfaluban csupán 35, Nagyfaluban 27 százalék volt azoknak az aránya, akik nem akadályozottak, és kisebb nehézségeket sem tapasztalnak a mindennapi tevékenységeik során.

2022-ben a népszámlálás során a KSH is lekérdezte a WG kérdőív legrövidebb, hatkérdéses (SS 1) változatát. Ez alapján a census során – 5,61 százalékos és 20,54 százalékos válaszmegtagadási arány mellett – Kisfaluban a lakosság 6,86 százalékát, Nagyfaluban 15,84 százalékát mérték érintettnek (a KSH terminológiájában ők a „súlyosan korlátozottak”). Ez azt jelenti, hogy míg Nagyfaluban a népszámláláshoz képest közel azonos WG SS 1 értéket találtunk, addig Kisfaluban szokatlanul magas, és a népszámláláshoz képest is kiugró értéket mértünk.

Nagyfaluban ugyan nem volt kiemelkedő a nagymértékű nehézségek előfordulása (SS 1 21%; ES 1 34%), az önellátás- és a kommunikációcsoportokon kívül valamennyi kérdésben a válaszadók legalább negyede tapasztalt kisebb nehézségeket. Ez arra enged következtetni, hogy bár a nehézségek nem olyan mértékűek, hogy a WG mérőeszköz szerint akadályozottnak számítsanak, de a lakosság igen nagy arányban van kitéve az akadályozottá válás veszélyének.

Kisfaluban az egyes WG funkciókban tapasztalt nehézségek közül kiugró arányokat mértünk a látásban és a mozgásban, a kisebb nehézségekben érintettek aránya pedig a látás, a mozgás, az emlékezés és kon-

centrálás esetében is magas volt. A lakosság 30 százaléka a kérdezést megelőző három hónap mindegyikén érzett legalább kisebb mértékű fájdalmat, 20 százalékuk a napok többségében, 40 százalékuk néhányszor. A fájdalmat 36 százalékuk értékelte nagy mértékűnek. Fáradtnak, kimerültnek érezte magát a kislelki válaszadók több mint fele legalább a napok többségében, a fáradtságot tapasztalók több mint 82 százaléka annak mértékét legalább közepesre értékelte.

Világos, hogy a számok közötti különbségeket nem tudjuk átfogóan magyarázni, erre a gyűjtött adataink mennyisége és tartalma sem volna alkalmas, miként a kutatás előzetes céljai között sem szerepelt ilyen törekvés. Kísérletet teszünk ugyanakkor arra, hogy a lehetőségeinkhez mérten alaposan körbejárjuk, milyen társadalmi-gazdasági-kulturális közegben, milyen egyéni és környezeti kirekesztettségtényezők lehetnek azok, amelyek potenciálisan hozzájárulnak, hogy a lakosság *ilyen* arányban, *ilyen* típusú, *nagymértékű* nehézségeket tapasztal a mindennapi tevékenységei során.

Társadalmi és települési hierarchia

Nagyfaluban a 2022-es népszámlálás szerint kicsivel több mint 1700 fő élt nagyjából 600 háztartásban. A 14 évesnél fiatalabb gyerekek aránya alacsony, a lakosság negyede 65 éves vagy idősebb volt. A családok 10 százaléka volt egyszülős, és 6 százalék volt a több családból álló háztartások aránya. A lakásoknak nagyjából a 15 százaléka nem volt lakott a legutóbbi népszámlálás idején. A lakásállomány minősége fokozatosan javult: a 4 vagy több szobás lakások aránya a 2000-es években megháromszorozódott; a komfortfokozat is folyamatosan emelkedett, 2022-ben az összkomfortos lakások aránya 44,9 százalék, a félkomfortos vagy komfort nélküli lakások aránya rendkívül csekély, 5 százalék alatti volt.

Mindkét településen, így Nagyfaluban is, a munkavállalási lehetőségeket és a járási székhelyen elérhető szolgáltatások igénybevételét alapvetően meghatározzák a rossz közlekedési lehetőségek. Nagyfaluból a 30 kilométeren belüli távon lévő járási központ gépkocsival 30 perc alatt, autóbusszal, napszaktól függően, háromnegyed-másfél óra alatt érhető el. A helyben elérhető szolgáltatások palettája viszont széles, még mini bölcsőde, fogorvos, mentő és tűzoltó is található a településen. Fontosnak tartjuk a szolgáltatások működésével, minőségével kapcsolatban, hogy ezek helyi telephellyel rendelkezzenek vagy, ha másutt is van az intézmény bejegyezve, helyben élő lakos nyújtsa őket. Jól mutatja ezt az óvoda vezetőjének az óvodai szociális munkával kapcsolatos megállapítása: *„Van egy hónapban egyszer egy szociális munkás, [...] kijön, de az olyan nesze semmi, fogd meg jól. Ide is jön hozzánk, egy órát itt tölt. Nyilvánvaló, hogy nem tud mit csinálni, ha egy hónapban egyszer eljön, és tudom, hogy az lenne a feladata, hogy segítséget adjon nekünk a szülők között esetleg termelődő konfliktusok megoldásában vagy a gyerekeknél, de én azt gondolom, hogy mi jól ismerjük a szülőket. Ő azt se tudja, szegény, hogy ki kicsoda, hogyan tudna nekem? Persze, ötletekkel, sémákkal nyilvánvaló, hogy tudja gazdagítani a módszertani repertoárunkat, de azon kívül nem igazán.”* (óvoda vezető, Nagyfalu)

A hatalmi viszonyokat tekintve meghatározó volt az egyik intézményt is vezető polgármester szerepe, aki, elődjéhez hasonlóan, nagy munkát fektetett abba, hogy Nagyfalu fejlődjön, pályázati forrásokhoz jusson és a mikrotérség központjává váljon. A központi szerepkörre törekvést mutatja, hogy a szépen felújított és minden szükséges eszközzel ellátott általános iskolába járók közel fele más település lakosa volt; az óvodás gyerekek egyharmada is más településről járt be. Az egyetlen hiányzó, és a kérdőíves vizsgálat során is említett fontos szociális szolgáltatás, az időskorúakat is figyelembe véve, az idősek nappali ellátását végző intézmény, de ezt is tervezik létrehozni.

Kisfaluban 2023 őszén megközelítőleg 630 fő élt, 180 háztartásban. A népesség fogyását elsősorban az egyre csökkenő születésszám okozza, a 65 éven felüliek aránya 15 százaléknál kevesebb volt. Sem az egy-
szülős, sem a többgenerációs háztartások száma nem volt jelentős, noha a több családból álló háztartások száma megötszöröződött 2011 és 2022 között. Az üresen álló házak száma alacsony volt és a népszámlálási adatok szerint nem nőtt jelentősen, a lakott lakások ellátottsága és felszereltsége viszont folyamatosan javult, a komfort nélküli és a félkomfortos lakott ingatlanok aránya nem érte el a 4 százalékot.

Kisfalu a 300 leghátrányosabb helyzetű település egyike. A háztartások kétharmada volt gyermekes, köztük jelentősen felülreprezentáltak voltak a hátrányos helyzetűek, több mint a gyerekek felének családja részesült rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben. A két település gazdasági ereje is jelentősen különbözik, Nagyfaluban a helyi önkormányzat iparűzési adó bevétele a Kisfaluban befolyónak ötvenhétszerese volt.

Kisfalut azért is választottuk kutatásunk egyik helyszínéül, mert a helyi beágyazottságú szolgáltatások száma alacsony volt. Helyben elérhető egészségügyi szolgáltatást biztosított a háziorvos és a védőnő, az oktatási intézmények közül az óvoda és az általános iskola alsó tagozata volt helyben. A szociális szolgáltatások közül elérhető volt a házi segítségnyújtás, illetve a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Jelenlétháza. A roma közösséget kisebbségi önkormányzat is támogatja. A Balassi Bálint Könyvtár a vármegye valamennyi településén, így itt is működtet fiókkönyvtárat. Az adatfelvétel idején a családsegítő szociális munkás heti időben ügyeletben dolgozott, a felső tagozatos gyerekek jellemzően a szomszédos településre jártak iskolába.

A településen az informális kapcsolatoknak nagy szerepük van az önkormányzat által nyújtott támogatások esetében is. Mivel a férfiak ingáznak és idényhez kötöten dolgoznak (lásd később), kevésbé a jövedelmet, mint inkább a háztartás helyzetét mérlegelik, amikor a szociális tűzifáról, illetve az étkeztetésről döntenek. A hatalmi viszonyokat tekintve érdemes kiemelnünk a polgármester személyét, aki elődjét a helyi roma közösség támogatásával, sőt, az ő felkérésükre váltotta le, noha ő maga nem roma. Az előző vezető látványos beruházásokat hajtott végre, és a helyiek elmondása szerint is többször sikeresen pályázott, mégsem sikerült megtartania a helyi emberek bizalmát (vö. Nagyfalu).

Etnikai hovatartozás

Kérdőívünk nem érintett az etnikai hovatartozással kapcsolatos kérdéseket, így az akadályozottsággal való kapcsolatot közvetlenül nem tudtuk mérni, és egyébként is kevés okunk volna azt feltételezni, hogy a roma származás közvetlenül korrelál az akadályozottsággal, nem pedig a roma emberek relatív hátrányain, az etnikai alapú diszkrimináción és szegregáción keresztül hat. Az etnikai dimenziót mégis fontosnak tartottuk beemlíteni, már csak azért is, mert a két vizsgált település ebből a szempontból is, egymáshoz képest más mintázatot mutat. Nagyfaluban a helyi társadalom és a szűkebben vett témánk szempontjából is nagyon releváns jellegzetesség a roma közösséghez, pontosabban annak hiányához kötődik. A 2022-es census szerint a lakosság alig több mint 1 százaléka vallotta magát romának. Korábban az arányuk magasabb volt, de egy helyi nagyvállalkozó lakásokat vásárolt számukra a környező településeken és jónéhány roma család így elköltözött; emiatt is lett olyan magas a nem lakott lakások aránya Nagyfaluban.

A roma családok elköltözésével a megszólított helyi szakemberek narratívája szerint néhány, korábban jelen lévő probléma is eltűnt Nagyfaluból. Lecsökkent egyrészt az SNI-s gyerekek száma az iskolában és az óvodában. Ez nem önmagában a roma származással, mint inkább a mérési módszerekkel és a szegénységgel függhet össze, de a narratívákban a családok kiköltözéséhez kapcsolódik, hasonlóan a „töménytelen

zűrzavar” mérséklődésével (pszichiáter, Járasközpont), vagy a „bűncselekmények számának szinte nullára csökkenésével” (jegyző, Nagyfalu).

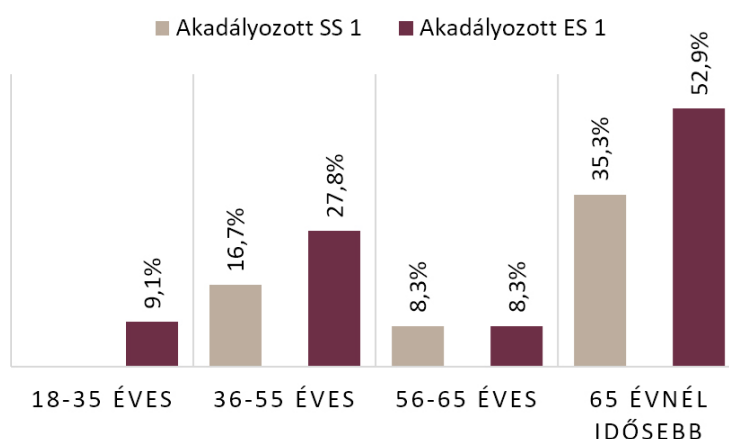
A kistalusi lakosságban a roma származásúak aránya még a népszámlálási adatok szerint is messze meghaladja az országos átlagot. A 2022-es mérés szerint 20 százalék volt a magukat romának vallók aránya, úgy, hogy szokatlanul alacsony mértékű volt a válaszmegtagadás. Egyes helyi szakember interjúalanyok szerint a valóságban az arány 80 százalék, a településen működő oktatási intézményekbe kizárólag roma gyerekek járnak. Mindemellett etnikai konfliktusokról alig számoltak be a helyiek, a csekély számú problémát is a falun kívülről érkező roma fiatalokhoz kötötték.

A helyi roma családok a szakértői narratívák alapján nem különböznek a nem romáktól, „szépek, ápoltak, anyagi helyzetük jobb, mint a miénk – mondta a helyi pedagógus – egy-kettő van, aki segítségre szorul, mármint anyagilag”. Ez utóbbi csoport viszont a többségtől elszigetelten, a falu szélén élt. A szakértők az interjúkban felbukkanó, romákkal kapcsolatos negatívumokat is ezekhez a családokhoz társították.

Életkor

Ahogy a fentiekben is láttuk, Nagyfalu előregedő település. Itt beigazolódik az alapvetésnek gondolt hipotézis, hogy az akadályozottság inkább időskori jelenség. A válaszadókat 65 éven aluli és felüli kategóriákra bontva a kapcsolat a kis elemszám ellenére is szignifikáns. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy a 36–55 éves korosztályban a hosszú indikátor szerint a lakosok több mint negyede lehet érintett (1. ábra). A 36–55 és a 65 évnél idősebbek esetében is szembeűnő a rövid és a hosszú indikátorok közötti különbség, vagyis a felsőtest mobilitására, a szorongásra és depresszióra, a fájdalomra és fáradtságra vonatkozó kérdések látványosan növelik a magukat akadályozottnak vallók arányát.

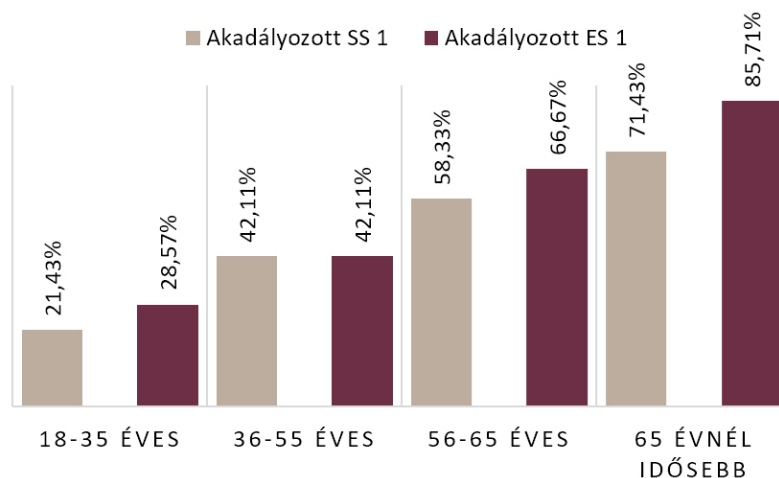
1. ábra. Az akadályozott személyek aránya életkori kategóriánként Nagyfaluban, SS 1 és ES 1 indikátor



Forrás: Saját szerkesztés.

Bár Kistaluban a nyugdíjas lakosság aránya 15 százalék alatti volt, okkal feltételezhetnénk, hogy az életkor itt is közvetlen kapcsolatban van a mindennapi akadályozottsággal. Kistalu látványos, ugyanakkor némiképp aggasztó példáján az látszik, hogy a különböző mutatók mentén mért akadályozottság és az idősödés között van ugyan kapcsolat, de a probléma nem az idősök sajátja (2. ábra). Minél idősebb valaki, annál valószínűbb, hogy valamennyi indikátor szerint akadályozottnak minősül, de a 36–55 éves korcsoportban 42, az 56–65 éves korcsoportban is 57–67 százalék közötti az érintettség.

2. ábra. Az akadályozott személyek aránya életkori kategóriánként Kisfaluban, SS 1 és ES 1 indikátor



Forrás: Saját szerkesztés.

A 65 éven felüliek körében nem volt olyan lakos, akinek ne lett volna legalább egy kisebb nehézsége legalább a hat legalapvetőbb funkciócsoport egyikében, de ugyanez a 65 éven aluliaknak is mindössze a negyedére volt igaz. Az akadályozott kategóriába kerülőknek mindössze 36,6 százaléka volt 65 éves vagy idősebb, 44,4 százalékuk viszont 36–64 év közötti.

Egészség

A Nagyfaluban készült szakértői interjúk megerősítették az életkorral kapcsolatos kérdőíves tapasztalatokat, leginkább az idős korral összefüggő egészségromlásról számoltak be; tipikus egészségkockázati tényezőket nem is említettek. „Sok krónikus betegem is van, de hát, inkább, ugye, az idősebb korosztály. Addigra mindenki összeszed mindent! Mire már nyugdíjas lehetne, nyögdiás lesz! Ez a baj. Sokat dolgoznak, még a földművelést is gyakorolják itt, a faluban, még akár nyolcvanévesen is megy a néni, úgy a vérükben van. És persze, akkor az ízületi problémák, minden betegség, ugye... A korral, ahogy haladunk előre, gyarapodnak ezek a betegségek.” (házi orvos, Nagyfalu)

Kisfaluban a szakértői interjúk ezzel szemben inkább épp az egészségkockázati tényezők felől közelítve jellemzik a településen élők helyzetét. A dohányzást, az alkohol és az energiatartalmú élelmiszerek rendszeres fogyasztását egyrészt a helyi fiatalok sajátjaként írják le: „az anyukáknak nem győzőm mondani, hogy felejtse már el a gyerek az energiatartalmú reggel beadod neki a nyugtatót, ráissza az energiatartalmú, azt se tudja az idegrendszere, hogy most mi van” (Kisfalu, szociális munkás), másrészt a narratívákban a szülők egészségmagatartása összekapcsolódik a kisgyerekek egészségével és magatartásproblémáival: „az természetes, a dohányzás meg az alkohol, ez a szülőknél, anyukáknál is a dohányzás terhesen is... a pörgés meg a kávé, ahogy isszák, eleve már, tehát minden évben robban, a magatartászavar. [...] Vannak asztmás gyerekeink is a cigaretta miatt, főleg a harmadik gyerekénél, az is jelen van. Tehát az alkohol meg a cigaretta beleivódik az életbe” (Kisfalu, óvónő). A szakértői interjúkból az is kiderül, hogy az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele mindaddig nem történik meg, „amíg nem ég a ház”, így a problémákkal későn keresik fel a sok esetben egyébként is hozzáférési nehézségekkel terhelt egészségügyi ellátórendszert. Ezt némiképp ellensúlyozza, hogy a házi orvos a kórháznak is alkalmazottja, így szükség esetén az informális hálóján keresztül tud hatni a szakorvosi vizsgálatok elérhetőségére.

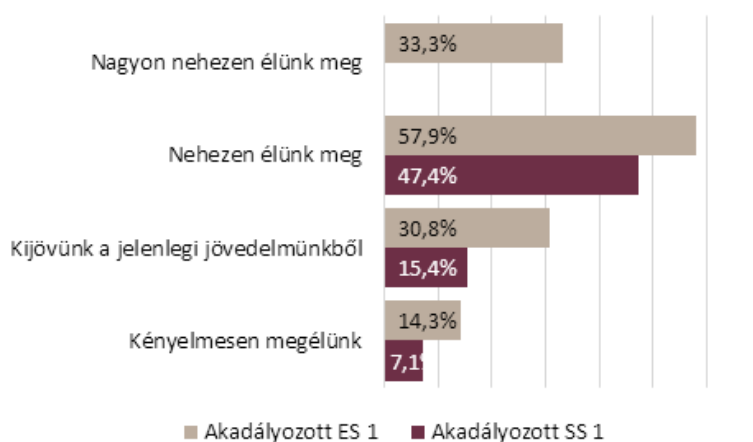
Pénz

A jövedelmi helyzettel kapcsolatban kérdőívünk két kérdést tartalmazott, az egyik a háztartási jövedelem mennyiségéről, a másik arról érdeklődött, hogy kijönnek-e a megkérdezettek a havi nettó jövedelmükből. Mintánk alapján az egy főre jutó mediánjövedelem – magas válaszmegtagadási arány mellett – Nagyfaluban 175000 forint volt. A medián jövedelem szerinti bontásban az akadályozottság csak a rövid, SS 1 indikátor esetében mutatott különbséget, a hosszú indikátornál nem, vagyis a hat legalapvetőbb funkcióhoz kapcsolódó tevékenységakadályozottságok érintették inkább a jövedelmi eloszlás alsó felében élőket (alatta lévők 34, fölötte lévők 14 százaléka volt akadályozott), míg a szorongással, felsőtest mobilitásával, fájdalommal és fáradékonysággal kiegészített mérőszám esetében az akadályozottak aránya az egy főre jutó mediánjövedelemnél magasabb jövedelemből élők körében már-már megközelíti az annál alacsonyabb jövedelműek körében mért értéket (38,4% és 28%). A településen nagyobb arányban lévő, a jelenlegi jövedelemből kényelmesen vagy jól megélők között lényegesen alacsonyabb akadályozottságmértéket mértünk (3. ábra).

A nagyfalusi volt polgármester szerint „*az a baj, hogy az ember nem lát bele másnak a pénztárcájába, ugye, de ne is lásson! [...] Én úgy gondolom, hogy átlagos. Előrege dünk, sajnós, most a nyugdíjakat nem tudjuk. Akkor tudjuk, amikor látjuk a szociális tűzifát, hogy mennyik a nyugdíjak.*” Nagyfaluban 2023-ban összesen 2 gyermeket tartottak nyilván halmozottan hátrányos helyzetűként, a hátrányos helyzetű általános iskolások aránya 1,02 volt. A rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesítettek havi átlagos létszáma 8 fő volt.

3. ábra.

Az akadályozottság aránya Nagyfaluban szubjektív jövedelmi helyzet szerint, SS 1 és ES 1 indikátorok



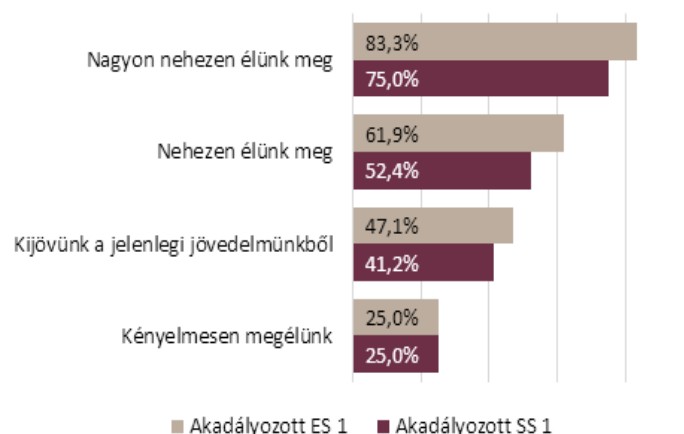
Forrás: Saját szerkesztés.

Kisfaluban a szubjektív jövedelmi helyzettel kapcsolatos kérdéseinkre adott válaszok alapján a többségnek voltak anyagi gondjai, a válaszadók 60 százaléka a nettó háztartási jövedelméből nehezen élt meg. A legkevesebb – magas válaszmegtagadási arány mellett – bevallott egy főre jutó jövedelem 30000, a legmagasabb 350000 forint volt. Az egy főre jutó jövedelmek átlaga 148 000 forint volt, saját bevallása szerint a településen élők fele havonta kevesebb mint 115833 forint egy főre eső munka- és/vagy társadalmi jövedelemből gazdálkodott, és 41 százalékuk esetében ez az összeg havonta 100000 forint alatt maradt. A mediánérték alatt és felett élők körében nem látszik különbség, közel fele-fele arányban kerültek ki közülük akadályozottak (54,2%). Ennek oka alapvetően abban keresendő, hogy Kisfaluban a jövedelmi színvonal aránylag homogén volt, a kérdésre válaszolók bevételei alig szórnak, a mediánérték körül sűrűsödnek.

A szubjektív anyagi jólétre vonatkozó kérdésre adott válaszok szerint már látszik különbség az akadályozottak és a nem akadályozottak arányában, de a nagyon kényelmesen megélők csoportjába rendeződő alacsony összlétszám (a mintába kerülők 16 százaléka) nem tette lehetővé szignifikanciateszt elvégzését. Az adatokat továbbá csak annak figyelembevételével tudjuk interpretálni, hogy a kislelki minta ebben a kérdésben is meglehetősen homogén, a települési szintű szubjektív anyagi jólét szintje meglehetősen alacsony.

4. ábra.

Az akadályozottság aránya Kisfaluban a szubjektív jövedelmi helyzet mentén, SS 1 és ES 1 indikátorok



Forrás: Saját szerkesztés.

A háztartások jövedelmi helyzetével kapcsolatban a kislelki szakemberek közül kevesen foglaltak állást, de a szakértői interjúk szerint a fogyatékkal élő személyek családi gondoskodni tudnak az érintett családtagokról; „mind olyan szülői hálózattal vannak, hála a jó Istennek, tehát mindenhol olyan a család, hogy jó a szociális hálójuk, tehát nincsenek az udvarra téve. Járnak kontrollokra, szoktak néha kérni segélymeghosszabbításhoz, támogatásokhoz stb., de semmivel nincs több probléma velük, mint a normál betegekkel, így foglalkozunk” (Háziorvos, Kisfaluk). Figyelembe kell viszont venni, hogy a szakemberek az általuk fogyatékkal élőknek tartott lakosokról beszéltek és nem a WG kérdőív alapján akadályozottokról.

Tudás

Nagyfaluban a lakosság egyharmada volt legfeljebb általános iskolai végzettségű, és a felsőfokú végzettségűek aránya megközelítette a 10 százalékot. A kérdőíves vizsgálatunkból az iskolai végzettség és az akadályozottság között látszik összefüggés, de csak a hosszú indikátor esetében (ES 1); eszerint az alacsony iskolai végzettségűek közel 60 százaléka volt érintett, míg a rövid akadályozottság mérőszám szerint 33,5 százalékuknak volt legalább egy nagy nehézsége.

Kisfaluban a lakosság közel 70 százaléka rendelkezett maximum általános iskolai végzettséggel, az érettségizettek aránya éppen meghaladta az 5 százalékot, a felsőfokú végzettségűek aránya az alatt maradt. A továbbtanulási mintázatokra hatással van a férfiak által végzett, generációkon keresztül jellemző, ingázással járó építőipari munka, a lányok esetében pedig a korai gyermekvállalás. Az alacsony iskolai végzettségűek körében magas akadályozottság-előfordulást mértünk, kétharmaduk tapasztalt nagy nehézségeket a mindennapos tevékenységei során.

A szülők alacsony iskolai végzettsége a helyi szakértők szerint a gyerekek iskolai teljesítményén is érzékelhető. A hátrányos helyzetű és halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek aránya magas volt, és az adatfelvételünk időpontjáig egyre nőtt a települési iskolába és óvodába járó sajátos nevelési igényű, beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségekben érintett gyerekek aránya is. A helyi alsó tagozatos pedagógus szerint a gyerekek esetében akkor kezdődnek a gondok, amikor a szülők úgy érzik, nem tudnak már segíteni az iskolai feladatokban, ekkor *„érdektelenné válnak a jegyek iránt, és csupán arra törekcszenek, hogy a gyerekek legalább valahogyan teljesítsék a tantárgyakat”*.

Munka

2023-ban Nagyfaluiban 35 fő nyilvántartott álláskereső volt és 613 fő ellátásban részesülő inaktív, ami jelzi az idősek magas arányát a településen. A foglalkoztatottak nagyjából fele helyben dolgozott, a közfoglalkoztatás szerepe elenyésző volt. A foglalkoztatási helyzet alapvetően nem kapott kiemelkedő szerepet a szakértői narratívákban, ennek oka lehet, hogy volt munkalehetőség helyben, a 200–300 főt, de nemcsak helyieket foglalkoztató üzemben, a szolgáltatószeaktorban és még a mezőgazdaságban is. Többen dolgoztak az autóval egy óra alatt elérhető fővárosban, Nagyfalu háziorvosa szerint ezen kívül *„mindenfele, a szélrózsa minden irányába, tehát nagy a mozgás.”*

Adatfelvételünk eredményei azt mutatják, hogy az akadályozottak több mint háromnegyede nyugdíjtípusú ellátásban részesült, további 8 százalék volt közfoglalkoztatott. Ez a két csoport adta a nagyfaluiban akadályozottak zömét: a mintánkba kerülő valamennyi, önbevallása szerint közfoglalkoztatásban dolgozó mindkét indikátor szerint akadályozottnak számít, az öregségi nyugdíjasoknak pedig több mint a fele válaszolt így. A foglalkozási csoportok vizsgálata is visszaigazolja, hogy az akadályozottság a munkaerőpiaci státusukat tekintve sérülékeny csoportban van inkább jelen, azok körében, akik az adatfelvétel időpontjában vagy azt megelőzően utolsó munkakörükben szakképzetlen fizikai munkát végeztek.

Összességében a jobb státusú és nagyobb lélekszámú Nagyfaluiban tapasztaltak nem hoznak meglepő eredményt. Az akadályozottak inkább az idősek, az alacsonyabb végzettségűek és az alacsonyabb presztízsű munkát végzők közül kerülnek ki, arányuk nagyjából illeszkedik az európai országokban mért FNO-alapú statisztikákhoz (2023-ban az EU lakosságának 27 százaléka, az Eurostathoz szolgáltatott adatok szerint Magyarország 22 százaléka volt akadályozott.)⁷ Figyelemre méltó ugyanakkor azoknak a magas aránya, akik a látás-, hallás-, kommunikáció-, önellátás-, kognitív funkciók, mobilitás-, fájdalom és fáradékonyságfunkciókban kisebb nehézségeket tapasztaltak, így különösen ki vannak téve az akadályozottság veszélyének.

Ezzel szemben Kisfalu esetében komoly nehézséget jelentett az akadályozottak és a nem akadályozottak összevetése, mivel a lakosság összetétele szinte minden társadalmi-gazdasági dimenziót tekintve homogén volt, az emberek helyzete általánosan rendkívül kedvezőtlen. Ebből következően a kérdőívől nagyon kevés adatot tudtunk érdemben felhasználni úgy, hogy a korreláció az alacsony elemszámok miatt ne váljon értelmetlenné.

A kérdőíves vizsgálat alapján nem találtunk jelentős különbségeket az akadályozottak és a nem akadályozottak munkaerőpiaci helyzete között. A legtöbb akadályozott a nyugdíjasok és a munkanélküliek közül került ki, a közfoglalkoztatottak harmada volt érintett. A kisfaluiban lakosok 49 százalékának (legutolsó) foglalkozása a szakképzettséget nem igénylő fizikai munkák csoportjába tartozott. A szakképzett fizikai munkások közel

⁷ Elérhető: <https://www.consilium.europa.eu/en/infographics/disability-eu-facts-figures/> [Letöltve: 2024-12-06].

azonos mértékben, a válaszadók nagyjából negyedét teszik ki. Nem volt a településen felső- vagy középszintű vezető, és a szellemi foglalkozásuk aránya sem haladta meg a 13 százalékot.

A hivatalos népszámlálási adatok szerint Kisfaluban a foglalkoztatottak aránya 30 százalék volt 2022-ben. A nyilvántartott állásukeresők aránya 7 százalék alatti volt, de 80 százalékuk legfeljebb nyolc általános osztályt végzett és közel 60 százalékuk volt 180 napon túli állásukereső. A lakosok nagyjából negyede volt ellátásban részesülő inaktív. A foglalkoztatottnak ugyanakkor csak a 34 százaléka dolgozott helyben, akik tereptapasztalataink szerint elsősorban (kisgyermekes) közfoglalkoztatott nők. A kisfalusi férfiak túlnyomó többsége ugyanis vállalkozók közreműködésével jellemzően a fővárosba ingázik, és építkezéseken végez fizikai munkát. A végzett munka jellege ugyanakkor nem szabad döntés kérdése, sokkal inkább generációkon át ismétlődő kényszerszülte rend, ami egyrészt instabil jellege ellenére is felszínen tartja a családokat, másrészt hosszú távon – mint szinte egyedül elérhető minta – nem kedvez a továbbtanulással kapcsolatos ambíciók kialakulásának a településen élő fiatalok körében, és ily módon hozzájárul a kiszolgáltatott helyzet konzerválásához.

A helyi szakemberek, köztük is a háziorvos tapasztalatai szerint a munkavégzés körülményeinek az egészségre közvetlen hatásuk is van: *„Én a most 40 éves fiúkat látom, bizony, olyan betegségeket, gerinc- és egyéb mozgásszervi problémákkal jönnek, ami a nagy magyar átlagban lakosságszinten 60 év körül szokott jelentkezni. Ezeknek 40 éves korukban gerincsérvük van, ez mind azért lehet, mert 16 éves korában abbahagyta az iskolát, és elment építkezésre. Senki nem tudja, milyen súlyokat emelnek. És egy 15 éves lehet kisportolt, erős alkat, de az egy fejlődésben lévő szervezet, nem tesz jót, hiába izmos, erős gyerek, a kötőszövetek, csontok fejlődésben vannak. Nem azt mondom, hogy minden második ilyen, de mikor ilyenek jönnek, és elküldjük egy vizsgálatra, és megjön az eredmény, mindig összenézünk, hogy valószínűleg ez is dolgozik 25 éve. [...] De hát, mondhatom orvosilag, hogy tiltsuk be, de mit csinálunk, mit adunk helyette a kezükbe? [...] Nem ágálhatunk ellene, ez a szociális rendszer, ezt meg kell értenünk!”* (háziorvos, Kisfalu)

Ráadásul az ingázó, nehéz fizikai munkát végző emberek mindennapjainak részeivé látszik válni az egészségkockázati tényezők között az alkoholfogyasztás, ahogyan a háziorvos megfogalmazta: *„megjönnek a munkából, kocsma után első a család”*. Ez ugyanakkor leginkább a mindennapos megküzdési stratégia egyik elemének tűnik, mivel a családfenntartó férfiak *„majdnem, hogy terminátor üzemmódban dolgoznak, és ezt őszintén mondom, tehát annyira tudják, hogy az a bevétel van, amit ők hazahoznak, és a vállalkozó nem fizet táppénzt, meg stb., ha minimálbérre be van esetleg jelentve, akkor is csak úgy ahogy, tehát hogy nem abból van a bevétel, és ez is nagyon nagy baj, és persze ebből kifolyólag van az, hogy a roma emberek sokkal kevesebb ideig élnek”* (szociális munkás, Kisfalu). A munkavégzés közösségi szerepét jól példázza annak a negyvenes férfinak az esete, aki, miután amputálták a lábát, továbbra is utazott dolgozni a többiekkel, *„úgy próbálják a közösségben tartani, vagy hogy ne legyen magába fordulva”* (önkormányzati munkatárs, Kisfalu).

Mindeközben a településen maradó aktív korú nőket legnagyobb arányban a közfoglalkoztatás szívtá fel, illetve jelentős hányaduk háztartásbelinek vallotta magát. A helyi közfoglalkoztatás szervezése, úgy tűnik, számol a helyi asszonyok életvitelének jellegzetességeivel, a munkaidő és-szervezés a kisgyermekről gondoskodó anyáknak rugalmasságot biztosít. Az elbeszélések és a tereptapasztalatok alapján az is látszik, hogy a férfiak önkizsákmányoló munkavégzése hatással lehet a faluban közmunkásként vagy láthatatlan gondoskodási munkát végezve „bezárva maradt” nők mentális egészségre is. A kérdőívnek arra a kérdésére, hogy *„Ön milyen gyakran aggódó, ideges, szorong?”* a kisfalusi nőknek csak 6,5 százaléka válaszolta, hogy soha, ugyanakkor 54,2 százalékuk naponta érzett így. A legutóbbi aggodalom, idegesség, szorongás mértékét

tekintve 29 százalékuk nagy, 37,8 százalékuk közepes értékeket jelölt. Közülük 37,8 százalék a szorongásra gyógyszert is szedett. Róluk beszélhetett a kislalusi háziorvos:

– „Pszichés érintettségűek?

– Hát... Aki ideggondozóba jár vagy tényleg az? Mert ideggondozóba járnak sokan.

– Is!

– Hát, itt kimondott olyan nincs, aki szorosan véve az.

– És aki ideggondozóba jár?

– Hát, azok ilyen neurotikus asszonyok főleg, akiknek egy idő után úgy gondolták, – nem tudom, mert nem én küldtem őket, hanem már úgy kaptam őket, hogy ideggondozóban kezeltek – hogy klasszikus Frontin és Xanax nélkül nem tudnak meglenni, és akkor be vannak állítva, hogy az ideggondozó 3–4 havonta megnézi őket. Nem értek egyet a terápiával, de nem okoskodok, mert ők anélkül nem tudnak élni.

– Ja, ezt ők mondják?

– Persze! Mint a savanyúcukrot, úgy szokták.”

ÖSSZEGZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink alapján a komplex módszertan alkalmazásához fűzött reményeink beigazolódtak. Az adminisztratív adatok, a hivatalos statisztikák (a fogyatékosyságról, a foglalkoztatási helyzetről stb.) a valóság olyan szeleteit fedik el, amelyek ismerete elengedhetetlennek bizonyult ahhoz, hogy közelebb jussunk az akadályozottság társadalmi viszonyrendszerének a megértéséhez, de még a saját kérdőívünk tapasztalatai is csak az interjú narratívák tartalmával és a tereptapasztalatokkal együtt bomlanak ki. A két települést a földrajzi helyük és az infrastrukturális körülményeik kötik össze, miközben a két faluban más-más akadályozottsági arányokat találtunk. (Az adatgyűjtéssel és méréssel kapcsolatos eredményeinket és javaslatainkat egy korábbi tanulmányban tárgyaltuk, lásd: Menich 2024.)

Nagyfaluban a lakosság összetétele másképp homogén, mint Kislaluban. Nagyfaluban a „zavart keltő”, rosszabb státusú roma családok kiköltöztetésében sokan megoldást láttak, és az életszínvonal változásait hajlamosak ehhez az eseményhez társítani, a problémákat pedig a településre kívülről érkezőknek tulajdonítani. Nagyfaluban az adataink az akadályozottá válás „klasszikus útját” jelezhetik előre: a településen a csökkenő népességben egyre nagyobb az idősek aránya, a tevékenységakadályozottságok elsősorban – ha kisebb mértékben is, de – őket érintik. A település társadalmi-gazdasági helyzete bár nem annyira kedvezőtlen, mint Kislalué, ez nem jelenti azt, hogy a társadalmi kirekesztettség veszélye ne állna fenn és ne volna sürgető a mindennapi élet alaptevékenységeiben „csupán” kisebb mértékben akadályozottak problémáinak azonosítása. Az kétségtelen, hogy a tapasztalatok itt más típusú, de hasonlóan komplex és preventív szakpolitikai eszközök alkalmazását igénylik.

Kislaluban a térbeli és társadalmi egyenlőtlenségek hasonló mértékben és meglehetősen hasonló módon érintik a roma többségű helyi lakosságot. A vizsgált társadalmihátrány-dimenziók a munkaerőpiachoz való viszonyban csúcsosodnak ki, ha úgy tetszik, érnek össze. „A munkaerőpiaci kiszolgáltatottság három legfontosabb formája a munkanélküliség, a megélhetést nem biztosító bérek, valamint a kor színvonala, emberi értékei szerint elfogadhatatlan munkahelyek” – írta Ferge a *Van-e negyedik út?* (1989) című kötetben. Ez a kiragadott részlet jól illeszkedik kislalusi tapasztalatainkhoz: a helyi aktív korú férfiak többsége bár java-részt nem munkanélküli, a bérek idényfüggőek, a kemény fizikai munka feltételeinek és következményeinek

emberi értékek szerinti elfogadhatósága pedig igen kérdéses. A végzett munka formája nem, az egészségi állapotra gyakorolt hatása ugyanakkor nagyon is megjelenik mind a hivatalos, mind az általunk gyűjtött statisztikákban. Ennek a működésnek, amit a helyi hatalom – meglehet, akaratán kívül – elsősorban a helyi asszonyok közfoglalkoztatásban történő alkalmazásán keresztül fenntart és ösztönöz, nemcsak az aktív korú férfiakra – és az ő fizikai, mentális és pszichoszociális funkcióikban való akadályozottságuk tényére és mértékére – van hatása, hanem a háztartásaik női tagjaira is, sőt, a következő generáció kilátásaira, választási szabadságára is. A sok sajátos nevelési igényű, hátrányos helyzetű és a tankötelezettség korhatárának leszállításával erre lehetőséget kapott, 16 éves korában az építőiparban szerencsét próbáló gyerek nem csupán egészségét kockáztatja és az akadályozottá válás esélyét fokozza, hanem a mai munkaerőpiac sajátosságait figyelembe véve egy zsákutcás életpályát kezd meg. Aligha elegendők e deprivációs ciklus megtörésére a Jelenlétház elkötelezett munkatársainak erőfeszítései, ha nincs a tanulás jelentőségét erősítő szocializációs minta, ha nincsenek helyben, és a közlekedési nehézségek miatt a járásközpontban nehezen elérhetők a fejlesztőpedagógiai szolgáltatások.

Tanulmányunk azokhoz a nemzetközi kutatásokhoz csatlakozik, amelyek az egészségi állapot(romlás) kizárólagos hatása ellen érvelnek, ennél fogva a szakpolitika szintjén is holisztikus tervezést sürgetnek (Burchardt 2003). Amennyiben elfogadjuk, hogy a fogyatékosság egy dinamikus társadalmi jelenség, és a szakpolitikák feladatának tekintjük a vonatkozó társadalmi hátrányok csökkentését, nem elegendő az egészség megőrzésére és az egészségromlás megelőzésére törekedni. A prevenció szemléletnek a szocioökonómiai státusra, a társadalmi védelmi rendszer eszköztárára is ki kell terjednie. Jóllehet, az okság problémáját nem oldjuk meg, az bizonyosan látszik, hogy nem az egészségi állapot és nem a hagyományos értelemben vett fogyatékosság fogyatékosít (*disablement*), a kirekesztettség az emberek mindennapi lehetőséghálózatát, működésmódjait érinti. Ez jelzi a fogyatékosság mint társadalmi jelenség kontextusfüggőségét, ugyanakkor bonyolítja a megbízható és érvényes kutatások lefolytatásának lehetőségét, miközben sürgeti is azokat.

Ferge Zsuzsa az akadémiai székfoglaló előadásában (2005) arról beszélt, hogy az egyenlőtlenségek ellenálltak az évek során végbemenő társadalmi változásoknak. Az 1989-ben leírt fizikai és társadalmi életesélyek egyenlőtlenségei máig fennmaradtak. Fokozottan igaz mindez azokra a társadalmi csoportokra, amelyeket interszekcionális hátrányok sújtanak, így a fogyatékossgal élő/akadályozott emberekre is. A fogyatékosság nem értelmezhető önmagában, csak a szélesebb társadalmi viszonyrendszerekben. Az egymásra ható, egymást felerősítő egyenlőtlenségképző tényezők következményei csak úgy szüntethetők meg, ha megértjük működésüket és komplex, interszektorális társadalompolitikai eszközrendszerrel kezeljük őket. Ezen múlik, hogy „*van-e egyenlő jogunk az élethez és a szabadsághoz*” (Ferge 2005:4).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kutatócsoport tagjai a szerzőkön túl: Bányai Borbála, Csabai Lucia és Kondor Zsuzsa. Az adatfelvétel lebonyolításában részt vett a Panelstory Közvéleménykutató Kft., köszönjük továbbá a kérdezőbiztosi munkát az ELTE részt vevő hallgatóknak.

FÜGGELÉK

F1. táblázat
A szakértői interjúk alanyai (n=36)

	Kisfalu	Nagyfalu
Közigazgatás	Polgármester	Polgármester
	Önkormányzati képviselőtestületi tag	Jegyző
	Kisebbségi önkormányzat elnöke	Volt polgármester, önkormányzati képviselőtestületi tag
	Szociális ügyekért felelős önkormányzati munkatárs	
Egészségügy	Háziorvos	Háziorvos
	Védőnő	Védőnő
	Járási kórház pszichiátriai osztály, főosztályvezető	Járási kórház pszichiátriai osztály, főosztályvezető
Szociális ellátás	Családsegítő	Családsegítő
	Házi segítségnyújtást végző gondozó	Házi segítségnyújtást végző gondozó
	Magyar Máltai Szeretetszolgálat Jelenlétház vezető	Bentlakásos szociális intézmény vezető (3 fő)
	Óvodai és iskolai szociális munkás	
Oktatás	Óvoda vezető	Óvoda, bölcsőde vezető
	Tagiskola igazgató	Általános iskola igazgató
	Általános iskola igazgató	
	Járási EGYMI munkatárs	Járási EGYMI igazgató
	Pedagógiai szakszolgálat munkatárs	Pedagógiai szakszolgálat munkatárs
Közművelődés, egyház, civil szektor	Fiókkönyvtár vezető	Fiókkönyvtár és művelődési ház vezető
	Katolikus pap	Katolikus pap
	Volt polgármester, Gyermek célcsoportú egyesület vezető	Katolikus karitás vezető
		Helyi színjátszókör vezető
		Helyi népdalkör vezető

A WG kérdőív kérdések (WG ES 1)

LÁTÁS

- Visel-e szemüveget?
- Vannak-e nehézségei a látásban (akkor is, ha viseli a szemüvegét)?
- Mekkora nehézséget okoz Önnek, hogy egy, a szoba másik felén lévő személy arcát tisztán lássa (akkor is, ha viseli a szemüvegét)?
- Mekkora nehézséget okoz Önnek, hogy egy pénzürmén a képet tisztán lássa (akkor is, ha viseli a szemüvegét)?

HALLÁS

- Visel Ön hallókészüléket vagy más, hallást segítő eszközt?
- Milyen gyakran használ hallást segítő eszközt vagy eszközöket?
- Vannak-e nehézségei a hallásban (akkor is, ha viseli a hallókészülékét)?
- Mekkora nehézséget okoz Önnek, hogy meghallja, amit egy CSENDES szobában egy másik személlyel folytatott beszélgetés során mondanak (akkor is, ha viseli a hallókészülékét)?
- Mekkora nehézséget okoz Önnek, hogy meghallja, amit egy ZAJOS szobában egy másik személlyel folytatott beszélgetés során mondanak (akkor is, ha viseli a hallókészülékét)?

MOZGÁS

- A járással és lépcsőn közlekedéssel vannak-e nehézségei?
- Használ Ön a mozgáshoz bármilyen eszközt vagy igényel hozzá segítséget?
- Használ-e: botot, járókeretet, mankót, kerekesszéket, mopedet, művégtagot, valakinek a segítségét vagy egyéb segítséget?
- Okoz-e önnek nehézséget sík terepen, 100 méter, vagyis egy futballpályányi távolság megtétele segédeszköz nélkül? Okoz-e önnek nehézséget sík terepen 100 méter, vagyis egy futballpályányi távolság megtétele segédeszközzel?
- Nehézséget okoz-e önnek 12 lépcsőfokon fel- vagy lemenni segédeszköz nélkül?

KOMMUNIKÁCIÓ

- Kommunikációban, anyanyelvét használva vannak nehézségei? Például képes-e megértetni magát másokkal, vagy megérteni, amit mások mondanak?
- Használja-e a jelnyelvet?

KOGNITÍV FUNKCIÓK

- Vannak-e nehézségei az emlékezéssel vagy a koncentrálással?
- Az emlékezéssel, a koncentrálással vagy mindkettővel tapasztal nehézségeket?
- Milyen gyakran fordul elő Önnek, hogy nehézséget okoz visszaemlékezni valamire?
- Csak néhány dologra, egy csomó mindenre vagy csaknem mindenre nehéz emlékeznie?

ÖNELLÁTÁS

- Vannak-e nehézségei önmaga ellátásában, például a mosakodásban vagy az öltözködésben?

FELSŐTEST

- Gondot okoz-e Önnek, ha derékmagasságból szemmagasságba fel kell emelnie 2 palack vizet vagy szódát?
- Vannak-e nehézségei a kezei és ujjai használatával, például, ha kis tárgyakat kell felszednie, mondjuk egy gombot vagy ceruzát, vagy palackok, konzervdobozok nyitásakor, zárásakor?

SZORONGÁS ÉS DEPRESSZIÓ

- Ön milyen gyakran aggódó, ideges, szorong? Szed emiatt valamilyen gyógyszert?
- Amikor legutóbb aggódó, ideges volt, szorongott, milyen mértékű volt ez?
- Milyen gyakran érzi depressziósnek magát? Szed-e gyógyszert depresszióra?
- Amikor legutóbb depressziósnek érezte magát, milyen mértékű volt ez?

FÁJDALOM

- Az utóbbi 3 hónapban milyen gyakran érzett fájdalmat?
- Amikor legutóbb fájdalmat érzett, az milyen mértékű volt?

FÁRADÉKONYSÁG

- Az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran érezte nagyon fáradtnak, kimerültnek magát?
- Amikor legutóbb fáradtnak, kimerültnek érezte magát, mennyi ideig tartott?
- Amikor legutóbb így érezte magát, hogy írná le a fáradtságának a mértékét?

HIVATKOZÁSOK

- Amilon, A. – Hansen, K. M. – Kjær, A. A. – Steffensen, T. (2021) Estimating disability prevalence and disability-related inequalities: Does the choice of measure matter? *Social Science & Medicine*, 272, 113740. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113740>
- Bernát A. – Petri G. – Vajda D. – Kozma Á. (2022) A fogyatékossgal élő emberek jogaival és társadalmi részvételével kapcsolatos lakossági attitűdök. In Kolosi T. – Szelényi I. – Tóth I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport 2022*. Budapest: TÁRKI, 493–506. <https://doi.org/10.61501/TRIP.2022.25>
- Blumenshine, P. – Egarter, S. – Barclay, C. J. – Cubbin, C. – Braveman, P. A. (2010) Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(3), 263–272. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.05.012>
- Burchardt, T. (2003) *Being and becoming: social exclusion and the onset of disability*. CASereport 21. ESRC Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics.
- Burchardt, T. (2005) *Income, Functionings and Capabilities. The Well-being of Disabled People in Britain*. PhD értekezés. London School of Economics.
- Callahan, D. (1973) The WHO definition of health. *The Hastings Center Studies*, 1, 77–88. <http://dx.doi.org/10.2307/3527467>
- Cerniauskaite, M. – Quintas, R. – Boldt, C. – Raggi, A. – Cieza, A. – Bickenbach, J. E. – Leonardi, M. (2011) Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation*, 33(4), 281–309. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.529235>
- Cullinan, J. – Roddy, A. (2015) A socioeconomic profile of childhood disability. In Cullinan, J. – Lyons, S. – Nolan, B. (szerk.) *The economics of disability*. Manchester University Press, 74–92. <https://doi.org/10.7765/9781847799814.00011>
- Csathó, Á. – Kozma, Á. – Petri, G. (2023) The Housing and Living Arrangement Situation of People with Disabilities in Hungary: Regime Characteristics and Individualized Risks. *Corvinus Journal of Sociology and Social Policy*, 14(1), 201–225. <http://dx.doi.org/10.14267/CJSSP.2023.1.9>
- Doyal, L. – Gough, I. (1991) *A Theory of Human Need*. London: Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-21500-3>
- Egészségügyi Világszervezet (2004) *A funkcióképesség, fogyatékossg és egészség nemzeti oszttályozása (FNO)*. Budapest: Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Medicina.
- Egészségügyi Világszervezet (2011) *World Report on Disability*. Genf: Egészségügyi Világszervezet.
- Ferge Zs. (1980) Társadalmi struktúra, társadalmi hátrány. *Valóság*, 23(2), 15–30.
- Ferge Zs. (1989) *Van-e negyedik út? A társadalompolitika esélyei*. Budapest: Közgazdasági és Jogi.
- Ferge Zs. (2005) Ellenálló egyenlőtlenségek. A mai egyenlőtlenségek természetrajzához. *Esély Társadalom- és Szociálpolitikai Folyóirat*, 4, 3–41.
- Ferge Zs. (2017) *Magyar társadalom- és szociálpolitika 1990–2015*. Budapest: Osiris.
- Ferguson, P. M. (2002) A Place in the Family: An Historical Interpretation of Research on Parental Reactions to Having a Child with a Disability. *The Journal of Special Education*, 36(3), 124–131. <http://dx.doi.org/10.1177/00224669020360030201>
- Frączek, B. (2022) The Use of Cluster Analysis to Assess the Threats of Poverty or Social Exclusion in EU Countries: The Case of People with Disabilities Compared to People without Disabilities. *Sustainability*, 14(21), 14223. <http://dx.doi.org/10.3390/su142114223>
- Goodley, D. (2014) *Dis/ability Studies. Theorising disablism and ableism*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203366974>
- Goodley, D. (2019) *Fogyatékossgtudomány*. Budapest: ELTE BGGYK.
- Grammenos, S. (2020) *European comparative data on Europe 2020 and persons with disabilities. Labour market, education, poverty and health analysis and trends*. European Commission.
- Győri Á. (2022) A társadalmi egyenlőtlenségek és az egészség összefüggései Magyarországon. *Statisztikai Szemle*, 100(7), 645–670. <https://doi.org/10.20311/stat2022.7.hu0645>
- Knox-Vydzmanov, C. – Cote, A. – Wodsak, V. (2021) *Social protection responses to the COVID-19 crisis for persons with disabilities: synthesis paper*. ILO – UNICEF – UNPRPD. Elérhető: https://socialprotection.org/sites/default/files/publications_files/Glob%20Synthesis_Final_web_0902.pdf [Letöltve: 2024-12-06].

- Kozma Á. – Petri G. – Bernát A. (2020) Kiszolgáltatottság és stagnálás: fogyatékos emberek társadalmi helyzete a 2010-es években. In Kolosi T. – Szelényi I. – Tóth I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport 2020*, 381–403. <https://doi.org/10.61501/TRIP.2020.16>
- Könczei Gy. – Hernádi I. (2011) A fogyatékoságtudomány főfogalma és annak változásai. In Nagy Z. É. (szerk.) *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 7–28.
- Könczei Gy. – Kálmán Zs. (2002) *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Budapest: Osiris.
- Központi Statisztikai Hivatal (2018) *Mikrocenzus 2016. A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Lauvrak, V. – Juvet, L. K. (2020) Social and economic vulnerable groups during the COVID-19 pandemic. *Norwegian Institute of Public Health*. Elérhető: <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/2978355> [Letöltve: 2024-12-06].
- Macdonald, S. J. – Donovan, C. – Clayton, J. (2023) 'I may be left with no choice but to end my torment': disability and intersectionalities of hate crime. *Disability & Society*, 38(1), 127–147. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1928480>
- Menich N. (2022) A gyerekkori fogyatékoság és a szegénység összefüggései Európában. *Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat*, 1, 88–105. <https://doi.org/10.48007/esely.2022.1.5>
- Menich N. (2024) Kik a fogyatékosággal élő személyek és hányan vannak? Egy kérdőíves vizsgálat (módszertani) tapasztalatai. *Szociológiai Szemle*, 34(3), 32–60. <http://dx.doi.org/10.51624/SzocSzemle.16817>
- Menich N. – Kondor Zs. – Tausz K. (2024) The functioning of European social protection systems in fulfilling the needs of persons with disabilities during COVID-19 – a semi-systematic review. *Disability & Society*, 40(4), 1084–1103. <http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2024.2323452>
- Mitra, S. (2018) The Human Development Model of Disability, Health and Wellbeing. In Mitra, S. (szerk.) *Disability, Health and Human Development*. New York: Palgrave Macmillan US, 9–32. https://doi.org/10.1057/978-1-137-53638-9_2
- Mitra, S. – Palmer, M. – Kim, H. – Mont, D. – Groce, N. (2017) Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research. *Disability and Health*, 10(4), 475–484. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.04.007>
- Mont, D. (2007) *Measuring Disability Prevalence*. SP Discussion Paper No. NO. 0706. World Bank – Disability & Development Team.
- Mussida, C. – Sciuilli, D. (2024) Poverty, work intensity, and disability: evidence from European countries. *The European Journal of Health Economics*, 25, 1605–0624. <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-024-01679-x>
- Nagy Z. É. (szerk.) (2011) *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- OECD (2022) *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Elérhető: https://www.oecd-ilibrary.org/employment/disability-work-and-inclusion_1eaa-5e9c-en [Letöltve: 2024-12-06].
- Oliver, M. (1990) The individual and the social models of disability. Előadás. Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians.
- Oliver, M. – Barnes, C. (2012) *The New Politics of Disablement*. Bloomsbury. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-39244-1>
- Orosz É. – Kollányi Zs. (2016) Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport 2016*, 334–357. <https://doi.org/10.61501/TRIP.2016.16>
- Palmer, M. (2011) Disability and Poverty: A Conceptual Review. *Journal of Disability Policy Studies*, 21(4), 210–218. <http://dx.doi.org/10.1177/1044207310389333>
- Sen, A. (1999) *Development as freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Shahat, A. R. S. – Greco, G. (2021) The Economic Costs of Childhood Disability: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3531. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18073531>
- Shahtahmasebi, S. – Emerson, E. – Berridge, D. – Lancaster, G. (2011) Child Disability and the Dynamics of Family Poverty, Hardship and Financial Strain: Evidence from the UK. *Journal of Social Policy*, 40(4), 653–673. <http://dx.doi.org/10.1017/S0047279410000905>
- Tausz K. (2006) *A gyermeki szükségletek*. Budapest: MTA Gyerekszegénység Elleni Program.
- Tausz K. – Bácskay A. – Csordás G. – Kovács B. – Németh E. – Panyik B. – Tóth J. N. (2015) *2011. évi népszámlálás: 17. A fogyatékos-sággal élők helyzete és szociális ellátásuk*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- The Union of the Physically Impaired Against Segregation – The Disability Alliance (1975) Fundamental principles of disability. Elérhető: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf> [Letöltve: 2024-12-06].

Vornholt, K. – Villotti, P. – Muschalla, B. – Bauer, J. – Colella, A. – Zijlstra, F. – Ruitenbeek, G. V. – Uitdewilligen, S. – Corbière, M. (2018) Disability and employment – overview and highlights. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(1), 40–55. <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2017.1387536>

Washington Group on Disability Statistics (2020) Washington Group Methodology. Elérhető: https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/WG_Methodology.pdf [Letöltve: 2024-12-06].

Washington Group on Disability Statistics (2021) Analytic Guidelines: Creating Disability Identifiers Using the Washington Group Extended Set on Functioning (WG-ES). Elérhető: https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/WG_Document__6A_-_Analytic_Guidelines_for_the_WG-ES__SPSS_.pdf [Letöltve: 2024-12-06].

Zaidi, A. – Burchardt, T. (2005) Comparing Incomes when Needs Differ: Equivalization for the Extra Costs of Disability in the U.K. *Review of Income and Wealth*, 51(1), 89–114. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4991.2005.00146.x>