

FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNYI TANULMÁNYOK VIII.
DISABILITY STUDIES



A HÁTTÉRISMERETEK ÉS A SZEMLÉLETFORMÁLÁS SZÖVEGEI

Szociológiai-szociálpolitikai gyűjtemény

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

2009

„A fogyatékoságtudomány a társadalmak politikáit és gyakorlatát vizsgálja, hogy jobban megértsük a fogyatékosággal kapcsolatos – sokkal inkább társadalmi, mint testi – tapasztalatokat. A *fogyatékoságtudományi tanulmányokat* mint diszciplinát azzal a céllal fejlesztették ki, hogy a károsodás jelenségét kibogozza a mítoszoknak, az ideológiáknak és a stigmának abból a hálójából, ami ráborul a szociális interakciókra és a társadalompolitikára. E tudományág megkérdőjelezi azt az eszmét, amely úgy tekint a fogyatékosággal élő emberek gazdasági és társadalmi státuszára és a számukra kijelölt szerepekre, mintha azok a fogyatékosággal élő emberek állapotának elkerülhetetlen következményei lennének.”

A Fogyatékoságtudományi Társaság, 1998



Fogyatékoságtudományi Tanulmányok – Disability Studies

Sorozatunk célja az, hogy az ELTE GYK-n a jövőben a foglalkozási rehabilitációs szakirányú továbbképzésben részt vevő hallgatók számára széles, közös ismeretháttérrel teremtsünk.

Sorozatszerkesztő: Könczei György

Olvasószerkesztő: Molnár Gabriella • Tervezőszerkesztő: Durmits Ildikó

Tördelőszerkesztő: Lendér Livia

Kötetünknek ez a kiadása a Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatásával készült 2009-ben.

Ezt a könyvet csak digitalizált formában kínáljuk, kizárólag saját hallgatóink számára, a jogtulajdonossal kötött egyszeri és kizárólagos megállapodás alapján. Bármely, írásos engedély nélküli további előállítása (nyomtatás, másolás stb.) szigorúan tilos.

We provide this book only in digitalized format and exclusively for our students at ELTE GYK under the agreement with the copyright holder. Any further reproduction (printing or copying etc.) prohibited without permission.

A sorozatszerkesztő előszava

Három fontos szociológiai-szociálpolitikai tartalmú szöveget gyűjt egybe sorozatunk 8. kötete. Kiemelkedik közülük Bánfalvy Csaba nagyobb lélegzetű írása, a Gyógypedagógiai szociológia. (Itt jelezzük, hogy a korábban már más formában, nem digitálisan publikált szöveges tartalmak alapvető fogalomhasználatát a szerző iránti tiszteletből megtartottuk, még akkor is, ha ezt az érintettek iránti tisztelet alapján nem szívesen tettük. Bánfalvy előszeretettel használja például az évtizedek óta idejétmúlt „a fogyatékosok” fordulatot, ám ezt, diszkriminatív jellege ellenére érintetlenül hagytuk szövegében.

A Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről szóló kötet kétséget kizáróan a magyar szociálpolitika legelső, és ezért tudománytörténeti értékkel is bíró fogyatékoságtudományi alkotása. Külön értéke, hogy pontos és erősen adatolt formában a jövedelmi viszonyokat és a szegénység összefüggéseit is feltárja az 1990-es éveket érintően.

Míg sorozatunk 12. kötetének középső tanulmánya a fogyatékosággal élő gyermekek és a közoktatás bizonyos alapvető viszonyrendszerét elemzi, addig e kötetünk harmadik része a felsőoktatásban jelen lévő fogyatékosággal élő személyek létszámát, nehézségeit, intézményes segítő mechanizmusait és a feltárható pozitív gyakorlatok képét is elénk tárja.

Budapest, 2009 áprilisában



Könczei György
sorozatszerkesztő

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZOCIOLÓGIA

Bánfalvy Csaba



Második, bővített kiadás, 2003

Bánfalvy Csaba GYÓGYPEDAGÓGIAI SZOCIOLÓGIA

6

Bevezetés

14

I. rész A fogyatékosok társadalma

22

II. rész A gyógypedagógusok társadalma

73

III. rész A gyógypedagógia egésze

82

GYORSJELENTÉS A FOGYATÉKOS EMBEREK HELYZETÉRŐL

Bevezetés

114

A család

117

Az önálló élet

118

Intézetek

122

Egészségügyi rehabilitáció és rehabilitáció

130

Oktatás, szakképzés

135

Foglalkoztatás

144

Jövedelmi viszonyok, szegénység

151

160

GYORSJELENTÉS A FOGYATÉKOS EMBEREK HELYZETÉRŐL

PILLANATKÉPEK

A Szociális Szakmai Szövetség sorozata



Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 1997

FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK A FELSŐOKTATÁSBAN

Kutatási beszámoló



Kurt Lewin Alapítvány a toleranciáért

FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK A FELSŐOKTATÁSBAN

164

BEVEZETÉS

167

JELENSÉGEK

168

1. A fogyatékos hallgatók alacsony létszáma

168

2. A hallgatók tanulmányokkal kapcsolatos nehézségei

173

3. A koordinátori rendszer

182

POZITÍV GYAKORLATOK

190

A KUTATÁS TAPASZTALATAINAK

ÖSSZEFOGLALÁSA

193

A KUTATÁS MÓDSZERTANA

196

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZOCIOLÓGIA

Bánfalvy Csaba



FT

DS

BÁNFALVY CSABA

GYÓGYPEDAGÓGIAI
SZOCIOLÓGIA

Második, bővített kiadás

Az első kiadást lektorálták:

Dr. Andorka Rudolf

Dr. Kozma Tamás

Zászkaliczky Péter

A második kiadást lektorálta:

Zászkaliczky Péter

2003

„Ha valakinek lennének orvosságai,
de nem rendelkezne elmélettel,
az azt jelentené,
hogymilyen módon
nem tudhatná meg,
mik a betegségek.

Ha valaki ismerné az elméletet,
de nem volnának orvosságai,
milyen módon találhatna alkalmazást
az elmélet?”

Csu Csen-heng: A dolgok vizsgálatának
további fejtegetése

Tartalom

Előszó az első kiadáshoz	11
Előszó a második kiadáshoz	13
 Bevezetés	 12
A gyógypedagógiai szociológia tárgya	16
A fogyatékosok szociológiai értelmezése	17
A gyógypedagógiai ismeretek szociológiai alapjai	20
A bevezetésben használt fontosabb fogalmak	21
Ajánlott irodalom	21
 I. rész A fogyatékosok társadalma	 22
A családi és az intézményi ellátás	26
Az iskola	32
Az alapfokú oktatás	33
A középfokú oktatás	37
Az iskolai integrációs törekvések	42
A munka világa	44
A fogyatékosok munkaerő-piaci helyzetét meghatározó szociológiai tényezők	46
A fogyatékos emberek munkavállalásával kapcsolatos elvi magyarázó szempontok	49
Empirikus vizsgálati tapasztalatok	51
A fogyatékos emberek iránti attitűd	53
A fogyatékosügy néhány politikai aspektusa	56
A fogyatékosember-szerep és a fogyatékosok életmódja	59
Fogyatékos és fogyatékosember-szerep	59
Fogyatékos és életmód	63
Az életmód eltérései a különböző településtípusok esetében	66
Ellátottsági eltérések a települések között	68
Életvitel és társas kapcsolatok az eltérő településtípusokon	69

Összegző következtetések	70
Az I. részben használt fontosabb fogalmak	71
Ajánlott irodalom	71
II. rész A gyógypedagógusok társadalma	73
A gyógypedagógus szociológiai jegyei	73
A gyógypedagógus képzettsége	73
A gyógypedagógia és a gyógypedagógus imázsa (szakma, foglalkozás, hivatás)	78
Összegző következtetések	81
Az II. részben használt fontosabb fogalmak	81
Ajánlott irodalom	81
III. rész A gyógypedagógia egésze	82
A gyógypedagógia társadalomtörténete	82
Tudománytörténeti tényezők	83
Társadalomtörténeti tényezők	84
A gyógypedagógia illetékességi köre	86
A gyógypedagógiai munka színterei és szereplői	89
Az ellátás piaci alrendszere	90
Az ellátás állami újraelosztó alrendszere	92
Az ellátás családi-informális alrendszere	95
A vegyes rendszerek	96
Az III. részben használt fontosabb fogalmak	98
Ajánlott irodalom	98
Zárszó	99
Irodalom	100
Törvények, dokumentumok	110
Fogalmak jegyzéke	111
Summary	113
The Sociology of Disability	113

Előszó az első kiadáshoz

Amikor az ember egy könyv megírásához fog, akkor végiggondolja, hogy mi célja is van a művel és mi indokolja a munka elvégzését. Úgy gondolom, ennek a könyvnek a megírását mindenekelőtt az indokolta, hogy számos olyan szociológiai nézőpontja van a gyógypedagógiának,

1. amellyel a gyógypedagógiai szakirodalom rendszerint nem, vagy csak mellékesen foglalkozik, és a szociológiai irodalomban is csak ritkán érintik a gyógypedagógia számos illetékességi területét,
2. amelybe a gyakorló szakemberek és a két szakma elméletalkotói vagy a szociológia és a gyógypedagógia igazgatását végzők elkerülhetetlenül belebotlanak, és
3. amelyek alapvető meghatározó keretfeltételei még a szűk értelemben vett gyógypedagógiai szakmai munkának is.

A könyv a gyógypedagógiai szociológia címet viseli, és elsősorban gyógypedagógusok számára íródott. Mivel azonban a gyógypedagógia a fogyatékosügy egészét jelenti, e könyv mindazon szakemberek érdeklődésére számot tarthat, akik a fogyatékosügygel valamilyen kapcsolatba kerülnek. Ugyancsak olvasói közé számítja ez a mű a fogyatékos embereket és családjaikat is, hiszen a gyógypedagógia mindenekelőtt értük kell létezzen.

A gyógypedagógia szociológiai nézőpontjainak elemzése nem helyettesíti a gyógypedagógia szaktudományait. Nem a gyógypedagógia alternatívája, hanem a gyógypedagógia kerete és kiegészítője az ebben a műben szereplő szemléleti, megközelítési mód.

A könyv a gyógypedagógia társadalmi beágyazottságát: a felvetődő problémák társadalmi eredetét, a megoldásukra való társadalmi igényt, a felhasznált eszközöket, a kiépült intézményeket, a szakemberképzést, a gyógypedagógusok és a fogyatékos emberek kapcsolatát, a gyógypedagógia illetékességét stb. tárgyalja. A mondanivaló három nagy részre osztható. Az első rész a fogyatékos embereket, a második a gyógypedagógusokat, a harmadik pedig a gyógypedagógia egészét vizsgálja.

Megkönnyíti az olvasó dolgát, ha az általános szociológia területén valamelyes jártassággal bír, ez azonban nem jelenti azt, hogy a laikus számára a könyv érthetetlen vagy olvashatatlan lenne. Mindenestre nem foglalkozunk ebben a műben rendszerezetten, kimerítően és közvetlenül a szociológia általánosabb kategóriáival (a szociológia tárgyával, történetével, fő irányzataival, a társadalmi struktúrával, a rétegződéssel, a mobilitással stb.), és nem térünk ki a vizsgált kérdéseken (család, iskola, gazdaság stb.) belül részletesen az illető szakszociológiák által egyébként tárgyalt elméleti, elmélet-történeti és módszertani alapkérdésekre. Bár burkoltan alkalmazzuk ezeket az alapismereteket, ugyanakkor mondanivalónk lényegi magjának, üzenetének megértéséhez nem követeltetik meg az olvasótól magas fokú és rendszerezett szociológiai alpműveltség.

Mivel ez a könyv nem törekszik arra, hogy elmélet-történeti kézikönyv vagy nemzetközi összehasonlító elemzés legyen, írásomban mindenekelőtt a magyarországi viszonyok vizsgálatára vállalkozom és alapvetően a magyar gyógypedagógiai múlt és jelen írásaira, valamint a magyar szociológiai vizsgálatoknak a gyógypedagógia területével érintkező tapasztalataira támaszkodom majd, és csak akkor és annyiban nyúlok külföldi példákhoz és szerzőkhöz, ha ez közvetlenül szolgálja mondanivalóm megértését és illusztrálását.

Ezt a könyvet más biztosan jobban is megírhatta volna. Mivel azonban ezt eddig még nem tette meg, és mert olyan nagynak és sürgetőnek érzem ma az igényt a gyógypedagógiai szociológiára, nem gyógypedagógusként, de a gyógypedagógia ügyével és a gyógypedagógusokkal majd két évtizede szoros kapcsolatban álló szociológus kutatóként és tanárként magam vettem a bátorságot

az első kísérleti lépésekhez. Semmiféle előrehaladásra azonban még reményem sem lett volna jelenlegi és egykori gyógypedagógus hallgatóim és kollégáim, elsősorban Dr. Göllesz Viktor és Dr. Illyés Sándor sokoldalú segítsége nélkül. Főként nekik tartozom köszönettel e mű megszületéséért.

Bánfalvy Csaba

Előszó a második kiadáshoz

Ennek a könyvnek a második kiadását az tette szükségessé és lehetségessé, hogy miközben a címben jelzett tartalom ma már önálló tantárgyként oktatási anyaggá, sőt tantárggyá vált az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karán, az első kiadás elfogyott.

A bővített kiadás pedig azért vált szükségessé, mert 1995 – az első kiadás megjelenésének dátuma – óta számos fontos és érdekes fejlemény következett be a magyar fogyatékosügyben, és jelentős publikációk jelentek meg a témával összefüggésben.

A második kiadásban néhány esetben javítani és pontosítani kellett az első kiadást, olyan hibákat kellett kijavítani, amelyekre a könyv olvasói, kollégák és tanítványok hívták fel a figyelmemet. Miközben ezekért a kritikai megjegyzésekért köszönettel tartozom, és ezek segítségével talán sok ponton korrektebbé tehettem a könyv egyes megfogalmazásait, azt is hangsúlyoznom kell, hogy alapvető felfogásában, szemléletében a második kiadás semmiben nem tér el az elsőtől.

Sajnos az első kiadás előszavában a köszönetnyilvánítás során említett egyik személy sem él már. Bár egyikük sem fogadta el maradéktalanul az általam képviselt álláspontot, minden rendelkezésükre álló eszközzel támogatták munkámat. Ez a kiadás a köszönet mellett tisztelgő megemlékezés is a magyar gyógypedagógia két jelentős, bár ellentmondásoktól sem mentes személyisége előtt.

Ajánlom azonban e könyvet mindenekelőtt Tamás Babi emlékének.

A szerző

Bevezetés

A szociológia alapkérdése az, hogy mi mozgat egy bizonyos társadalmat, melyek azok a fő összefüggések az aktuálisan létező társadalmi jelenségek között, amelyek az egyes társadalom egészének karakterét és változásának irányát megszabják. Mindezeket a kérdéseket olyan módon kísérli meg megválaszolni, hogy a társadalom jelenségeit mint empirikus tényeket figyeli meg, gyűjti össze, rakja össze egészszé és értelmezi.

A filozófia nem egy bizonyos társadalom, hanem a világ egészének a mozgástörvényeire kíváncsi, és főleg spekulatív-elméleti módon kísérli meg megtalálni a választ. A szociológiát a filozófiához képest szűkebb érdeklődési kör és eltérő módszertan jellemzi.

A vallás hasonlít a filozófiához abban, hogy érdeklődése a világmindenség egészére kiterjed, és magyarázata teoretikus jellegű. Magyarázataiban azonban – a filozófiától eltérően – hitszerű, azaz nem racionális elemeket apriorisztikusan használ fel.

Vannak, akik – például Comte, akitől a szociológia elnevezés is származik – e három megismerési módot egymást követő, egymást meghaladó stádiumokként ábrázolják, ahol a vallás a legkorábbi és legkezdetlegesebb, a szociológia a legkésőbbi és a „legtudományosabb” megismerési mód.¹ Ez a szembeállítás azonban ilyen formában vitatható, nemcsak azért, mert a három megismerés között nincsenek merev határok, hanem mert a kronologikus egymást követés sem bizonyítható.

A következőkben szociológián azt a társadalomtudományi megismerési módot értjük, amely empirikus eszközök felhasználásával és azok eredményeinek értelmezésével a társadalom mozgástörvényeit igyekszik megismerni. Ebben az értelemben a szociológiát olyan kísérletnek tekinthetjük – és ez volt kialakulásakor az alapítók szándéka is –, amely a társadalom vizsgálatára kívánja alkalmazni az európai kultúrában a XVI. század óta kialakult természettudományos módszertant.

A szociológia kompetenciája csak annyiban konkrét, hogy a társadalomra szűkül, de ezen belül nem szűkül egy behatárolható társadalmi létező (település, politika, szervezet, nemek, korcsoportok stb.) vizsgálatára. A szociológia megközelítési mód, ami bármely társadalmi létezőre alkalmazható, annak szociológiai szempontú vizsgálatából áll, és nincs kizárólagosként kijelölhető vizsgálati területe. Jobban hasonlít ebből a szempontból a matematikához, mint például az orvostudományhoz vagy a csillagászathoz.

A szociológia alapkategóriája a társadalmi struktúra: „Milyen kerékre jár” a társadalom, mi mozgatja? Minden társadalmi jelenséget abból a szempontból vizsgál, hogy a társadalom működésében milyen szerepet játszik. Az embereket olyan csoportok részének tekinti, amelyeknek a tagjai a társadalomban elfoglalt helyzetükből fakadó közös érdekeik, társadalmi származásuktól függő kognitív struktúráik, észlelési és értékkategóriáik tekintetében hasonlóak, illetve eltérőek.

A társadalmi struktúra fogalma ugyanolyan szerepet tölt be a szociológiában, mint a rendszertan a biológiában vagy a kémiában. Látszólag önkényes. Mindazonáltal, bár tetszőleges módon osztályozhatóak a természeti és a társadalmi jelenségek, az osztályozás haszna abban mutatkozik meg, hogy segítségével hiteles képet kapunk-e a vizsgált jelenségről, képessé válunk-e arra, hogy az osztályozás révén felhasználni vagy befolyásolni tudjuk a jelenségeket.

Attól függően, hogy mire kívánjuk felhasználni, illetve milyen irányba kívánjuk befolyásolni a jelenségeket, más osztályozás a releváns. Mint ahogy feloszthatjuk az állatokat lakóhelyük, méretük, táplálékuk szerint, aszerint, hogy hol találhatjuk őket, mekkora helyet igényel a tartásuk vagy a meg-

¹ A szociológiának, mint a „pozitív vagy reális stádium” reprezentánsának a „fő jellegzetessége: a törvény avagy a képzelőerő állandó alárendelése a megfigyelésnek.” (Comte 1979, 207. o.)

élhetőségük, vagy, hogy mit esznek, vagy mivel etethetőek – és mindegyik felosztásnak van valamilyen és a többitől különböző értelme és haszna – ugyanígy a társadalom jelenségei is számtalan módon feloszthatóak.

Miközben minden modell kutatási szempontból önkényes és később verifikálandó hipotézis, a kutatás végeredményeként kialakított modell intenciója szerint „valósághű”.

A társadalmi struktúra-felfogások abban különböznek egymástól, hogy a felosztást milyen célok irányítják. A társadalmi struktúra-modellek egy része a társadalmat a nemek struktúrájában ábrázolja (pl. a feminizmus), más modellekben a társadalom mint a fajok egymáshoz való viszonya ábrázolódik (pl. a fasiszmus), még mások a társadalmat osztályok kapcsolataként írják le (pl. a marxizmus). Miközben a társadalomban mind a három viszonyrendszer létezik (és még sok más is), a magyarázó modellek az általuk alkalmazott modellkomponenseket kiemelik a létező többi jelenség közül és mint a „fő struktúrát” alkotó elemeket és összefüggéseket mutatják be őket. Erre annyiban minden joguk megvan, amennyiben

- a modellt alkotó komponensek és viszonyuk empirikusan igazolható módon léteznek, és
- az elérendő célt a modell szolgálni képes.

Szociológiai értelemben értelmetlen társadalmi modell az, amelyik emberek és istenek kapcsolatát ábrázolja (pl. a görög mitológia) vagy a családok működésének magyarázatakor nem tekinti a nemi eltéréseket.

Mivel azonban a struktúramodelleket a modellalkotással szolgálni kívánt cél szabja meg, a társadalmi céloknak és értékeknek alá vannak vetve a szociológiai modellek, és ezért – ebben az értelemben – nem tekinthetők „értékmenteseknek”, „objektíveknek”. A társadalmi célok egyaránt származhatnak vallási vagy filozófiai világnézeti meggyőződésből, konvenciókból, divatokból, információ hiányból korábbi ismeretek maradványaiból vagy más nem tudományos előzményekből. Ennek az lesz a következménye, hogy az empirikus és racionális intenciókkal dolgozó gyakorló szociológia éppen keretei által „kvázi empirikussá”, „kvázi racionálissá” válik. Épp ezért magát a szociológiai megismerést is a szociológiai vizsgálat tárgyává kell tenni. Az ilyen vizsgálat mutathatja ki a Bourdieu által „tudományos mezőnek”, Lukács által a tudomány „alrendszerének”, vagy még mások által a „tudomány szubkultúrájának” nevezett közeg viszonylagos függetlenségéből és önmozgásából a tudományos modellalkotásra ható következményeket.

A társadalmi kérdésfeltevés determinálja a szociológiai választ, azaz a társadalmi célokban gyökerező szociológiai modellkísérletek csak a célok szempontjából értékelhetőek. A kor társadalma alakítja ki a kor szociológiai társadalmi struktúra-modelljét. Egyrészt, a társadalomban fogalmazódnak meg azok a kérdések, amelyekre a megismerés – köztük a szociológiai – választ próbál adni. Ilyen értelemben a modellek tükrözik a társadalmi valóságot. A XVII–XIX. századi európai korai kapitalizmus egyik társadalmi kérdése a szegénység és a gazdagság polarizálódása volt – válaszként megszületett az osztályharc elmélete. A másik kérdése a korszaknak az Európa és az Európán kívüli világ viszonya volt – az egyik válasz a fajelmélet, a másik a fejlődélmélet lett. A XX. század egyik nagy kérdése a kultúrák keveredésének és együttélésének a kérdése – a válaszadási kísérletek a globalizációs modellekben fogalmazódnak meg.

Másrészt, a szociológia társadalmi struktúra-modelljei a társadalmi változtatás céljainak felelnek meg, tükröződnek bennük azok a tervek, amelyek a társadalomra vonatkoznak – ilyen értelemben a modellek tükrözik a társadalmi jövőképet, és így alakítják a társadalmi valóságot.

Legtöbbször a struktúramodellnek nem része az ember orvosi-biológiai állapota. A hétköznapi bölcsesség szerint a fontos az, hogy az „egészség meglegyen”, vagyis a köznap gondolkodás a társadalmi esélyek, az életvitel, az életminőség szempontjából az egészségi állapotnak kitüntetett jelentőséget tulajdonít. Másként van azonban ez a legtöbb szociológiai társadalmi struktúra-modell esetében.

Miközben a társadalmi jelenségek rafinált összefüggéseit modellezik a társadalmi struktúra-modellek (a tévézési, az öltözködési és a vásárlási szokásoktól a települési jellemzőkön, a vallási csoportokhoz, politikai és egyéb szervezetekhez való tartozáson át a vagyoni és a tulajdoni helyzetig), alig van olyan szociológiai társadalmi struktúra-felfogás, amelyik a társadalmi alapstruktúrát a benne élők orvosi-biológiai állapota szerint értelmezné. Az egészségi jellemzők legtöbbször csak mint egyéb társadalmi tényezők következményei jelennek meg a csoportok vagy az egyének jellemzőinek leírása során. Az egészségi állapot mint struktúraalkotó fontos dimenzió még leginkább a demográfiában van jelen (gondoljunk például a mortalitás, a morbiditás, a várható élettartam vagy az átlagéletkor fogalmakra), ezt azonban sok esetben (még tantárgyként is) mesterségesen elszakítják a szociológiától.

A magyarázat egyrészt az, hogy a szociológiai konvenció a illetékességén kívülnek tekint olyan szempontokat, amelyeket más diszciplínák hagyományosan tartalmaznak. Eszerint: ami orvosi-biológiai az nem szociológiai és fordítva.

A másik magyarázat az, hogy a vulgáris szociológia a biológiai társadalom előttinek, pretársadalminak, a társadalom által készen kapottnak értelmezi, és nem foglalkozik a biológiai társadalmi jelentésével. Az embernek azonban nincsenek olyan biológiai jellemzői, amelyek ne társadalmiasultak lennének: a testfelépítéstől az érzékelésig, a születéstől, a szaporodástól a halálig minden biológiai jellemzőnk a „természet szocializálásának” és a „társadalom naturalizálásának” kettősségében áll fenn.² A biológiai sajátosságok a társadalomban transzformációkon mennek keresztül, egészen addig, hogy egyesek közülük fel is függesztődnek (ezért például csak a társadalomban van fogyókúra vagy vegetarizmus).

A legfontosabb és legközvetlenebb ok azonban, amiért a szociológiai struktúramodellek nem tekintik alapvető dimenzióknak az egészségi állapotot, az, hogy a szociológiát nem a beteg és a fogyatékos emberek művelik foglalkozásszerűen, nem ők írják a szociológiai műveket, és nem ők végzik a szociológiai vizsgálatokat, hanem az épek és az egészségesek. A „tudományos mezőnek” tipikusan nem tagjai a beteg és a fogyatékos emberek, vagy ha ritka esetekben ez mégis így van, akkor ez az illető tudós tudományos modellalkotásán is nyomot hagy. Nemcsak abban az értelemben, hogy az egyéni életsorsok érzelmileg belevetülnek a tudományos életműbe (pl. a beteg vagy a fogyatékos emberekkel való szimpátia formájában), hanem inkább úgy, hogy az egyéni sorsból adódó, ahhoz kapcsolódó ismeretek, tapasztalatok, szemlélet, szenzibilitás a tudományos munkában is érvényesülnek.³

Fogyatékoság és társadalmi struktúra. A szociológiai magyarázat oldaláról nézve az az alapvető kérdés, hogy a fogyatékoság milyen mértékben befolyásolja az emberek társadalmi helyét és lehetőségeit. Ez szociológiai terminusban úgy fejezhető ki, hogy a fogyatékoság (illetve az egészségi állapot általában) alkotóeleme-e a társadalmi struktúra-modellnek. Másrészt, az a kérdés, hogy a fogyatékos emberek olyan társadalmi csoportot alkotnak-e, amelyben a résztvevők társadalmi pozíciója és ezzel összefüggő tudati struktúrái hasonlóak-e, értelmezhetőek-e úgy, mint a társadalmi struktúrát alkotó egyik csoport.

Vajon a tulajdoni és a vagyoni helyzethez, az életkorhoz, a nemi hovatartozáshoz, a kulturális háttérhez, az iskolai végzettséghez viszonyítva milyen szerepet tölt be az egészségi állapot az emberek és az embercsoportok társadalmi helyének meghatározásában? És az egészségi paramétereikben hasonló emberek ezzel együtt, ennek nyomán egyéb társadalmi jellemzőikben is hasonlóak-e egymáshoz?

Az egészségszociológiai vizsgálatok témája rendszerint az, hogy az egészségi állapot miként hat az emberek társadalmi előmenetelére és életmódjára, illetve, hogy a társadalomban más szempontok szerint betöltött hely és a hozzá kapcsolódó életmód miként befolyásolja az egészségi állapotot. Minden ilyen irányú empirikus vizsgálat egyöntetűen és egyértelműen bizonyítja, hogy mindkét összefüggés szignifikáns. Nincs ez másként a fogyatékoságokkal kapcsolatban sem, bár ezen a területen az empirikus vizsgálatok – legalábbis Magyarországon – gyérebbek.

A gyógypedagógiai szociológia tárgya

A gyógypedagógiai szociológia egyfelől a gyógypedagógiai élet szociológiai elemzése (a szereplők és a színterek szociodemográfiai megismerése), másfelől a gyógypedagógiai tevékenység tartalmának, formájának és mindezek társadalmi oda-vissza hatásának az elemzése, azaz a gyógypedagógia mint történetileg meghatározott társadalmi alrendszer komplex vizsgálata.

A könyvben felvetett kérdések tárgyalása során kiderül majd, hogy a fogyatékos emberek és a fogyatékoságügyi szakemberek társadalmi pozícióját szociológiailag többféle dimenzióban lehet vizsgálni. Beszélünk majd róluk a társadalmi munkamegosztásban betöltött helyük szerint, származási és mobilitási jellegzetességeiket vizsgálva, életmód-vonatkozásokban, társadalmi kapcsolatrendszereiket illetően, a velük kapcsolatos társadalmi megítélés és elvárások alapján stb. A fogyatékos emberek és a

² „A történelem az ember igazi természettörténete.” (Marx 1977, 202. o.)

³ Ez nem csak a szorosan vett társadalomtudományra nézve igaz. Gondoljunk csak arra, hogy a mozgássérült építész-mérnök vagy kerttervező nagyobb valószínűséggel tervez közlekedést könnyítő rámpát az épületbe, a kertbe stb., mint olyan valaki, akinek a tapasztalatában az ilyen közlekedési tapasztalatok nincsenek jelen.

gyógypedagógusok helyzetének többdimenziós meghatározóit bemutatva a fogyatékos emberek és a gyógypedagógusok hol mint társadalmi csoport, hol mint társadalmi réteg, hol mint egyszerű statisztikai populáció állnak majd a vizsgálódás előterében.

E bevezető fejezet – mintegy a könyv alaphangját megadva – tézisszerű pontokban fogalmazza meg a tárgyat illető szociológiai alapállást. A szociológiai szemlélet bemutatását követik majd azok a részek, amelyek feladata a gyógypedagógiai szociológia részletes tárgyalása.

A fogyatékoságok szociológiai értelmezése

Szociológiai értelemben a fogyatékoság olyan társadalmilag létrejött és értelmezett testi és értelmi állapot, amely biológiai terminusokban leírható tényekben gyökerezik.⁴ A szociológiai megközelítés tehát elsődlegesen abból indul ki, hogy a fogyatékoságok társadalmilag határozódnak meg. Mint ahogy Foucault mondja: „a betegségnek csak olyan kultúrában van valósága és értéke, amely betegséggént ismeri fel” (2000[a], 62. o.). Ez a kijelentés eltér attól a felfogástól, amely szerint a fogyatékoságok biológiailag (pl. genetikailag) jönnek létre, és ezért a gyógypedagógiában a fogyatékoságok orvosi-biológiai alapon értelmezendők, tipizálандóak és kezelhetők.

A szociológia felfogása szerint a szokásostól való testi vagy szellemi eltérés gyakran a normálistól való eltérésként is értelmeződik az emberi közösségekben, hiszen a tartósan létező szokásost a közösségek hajlamosak – öngazolásként, az ismeretek hiányából adódóan és önérdékből is – egynek tekinteni a normálissal.⁵ A fogyatékoságot mindenekelőtt, mint a szokásostól (a normálistól) való eltérést szokták ábrázolni azaz a „fogyatékoság” kifejezés a „szokásoshoz”, a „normálishoz” való reflexív viszonyt írja le.

A normalitás fogalmához képest való eltérés ugyanakkor nem mindig értelmeződik fogyatékosággént, ellentétes példák is vannak, amelyek azt mutatják, hogy bizonyos szokásostól és normálisnak tekintettől való eltérések éppen kiválóságként értelmeződnek. Ilyen a sámán vagy a varázsló révüléshallucinációs képessége a szellemekkel való kapcsolattartásra, a modern korban a művész extrém érzékelési képessége (például abszolút hallása vagy a színész szerepjátszása), vagy a politikus és a szónok empátiás virtuozitása, amellyel a hallgatósággal kapcsolatot teremt, amelyet a művészi alkotókészség vagy a pályaalkalmasság alapjának tekintenek és mint ilyen pozitív sajátosságoknak tartanak. „Az, hogy a jelenségek közül mi a normális és mi az abnormális, függ magukon a jelenségeken kívül azoktól az emberektől, embercsoportoktól, akiktől ez a meghatározás származik. Különböző társadalmi viszonyok, gazdasági és földrajzi körülmények között tehát mást tartanak az emberek normálisnak és mást abnormálisnak.... Mindazok a jelenségek, amelyek társadalmi környezetben, társadalmi hatásokra jönnek létre, magukon viselik az őket létrehozó társadalom értékítéletét: a társadalom vagy normálisnak, vagy abnormálisnak tartja azokat” (Illyésné et al. 1989, 34. o.).

A probléma vizsgálata során általában két dolog keveredik:

- a tisztán leíró meghatározás, amely az átlagostól, a szokásostól való eltérés tényét foglalja magában, valamint
- az értékelő értelmezés, amely a szokásostól, illetve az átlagostól való eltérést a normalitástól való pozitív vagy negatív eltérésként tekinti.

Az, hogy mit észlel és értelmez a társadalom fogyatékosággént, nagymértékben az egyes testi vagy szellemi képességeknek az átlagoshoz, a megszokotthoz való „formai” viszonyától, illetve az eltérő jelleg meghatározott értékelésétől függ. Az elmondottak értelmében a fogyatékoság alapját adó bioló-

⁴ „Az evolúció útja abban rejlik, hogy valamely életszféra sajátos kategóriái a lehető legnagyobb mértékben eluralkodnak azokon a kategóriákon, amelyek feltétlenül alacsonyabb létszférából merítik egzisztenciájukat és hatékonyságukat.” (Lukács 1976, II. kötet, 12. o.)

⁵ A „normalitás” fogalom tartalma koronként és társadalmi csoportonként eltérő. E fogalom tartalmában hűen tükrözi a mindenkorai társadalom, illetve a meghatározott társadalmi csoport domináns világképét és önképét. A „fogyatékoság” kategóriája mindig a „normalitás” kategóriájának negatív tükörképe, a „fogyatékoság” fogalma ezért eredetében és tartalmában is hűen tükrözi az éppen adott társadalom és csoport életkörülményeit és értékrendjét. Amilyen módon és mértékben eltér az egyes korok és csoportok „normalitáteszménye”, úgy tér el egymástól a korok és a csoportok „fogyatékoságfogalma” is.

giai és szellemi faktum leírható ugyan orvosi-biológiai alapon, de ez a tény csak a meghatározott társadalom érzékelési és értékelési mezőjén belül értelmezhető fogyatékos-ságként vagy nem fogyatékos-ságként. A fogyatékos-ság nem tisztán tény ugyanis, hanem viszony és érték, és mint ilyen, a társadalmi értékelésből ered. „Végső soron a személyiség sorsát nem önmagában a fogyatékos-ság dönti el, hanem annak társadalmi következményei, valamint társadalmi-pszichológiai realizálása” (Vigotszkij 1987, 31. o.).

A fogyatékos embereknek mint társadalmi csoportnak a társadalmi struktúrában elfoglalt helye – analóg módon az egyéb csoportokéval – két nagy felfogásban ábrázolódik a szociológiában a „konszenzusz-felfogásban” és a „konfliktusz-felfogásban”⁶.

1. A „konszenzusz-felfogás” a két társadalmi csoport életében meglévő eltérő jelleget hangsúlyozza. Eszerint a testi-biológiai alapok másféle szociális transzformációkat eredményeznek és a társadalmiasulás eltérő módjai a kognitív struktúrák, a képességek, a készségek, az ambíciók, az értékek stb. szükségszerű minőségi eltéréseit hozzák létre. Így a fogyatékos és a nem fogyatékos emberek a társadalom két „szubkultúráját” jelenítik meg, amelyek helyzete eltérő ugyan, de nem egyenlőtlen. Ami az egyik csoport életében előny, az a másikéban hátrány. Például az épek magasabban iskolázottak, de iskoláztatásukban nagyobb a kényszer, a karriermotivált presszió és autoproesszió, mint a fogyatékosok iskoláztatásában. Az épeknek jobb az elhelyezkedési lehetőségei a munkaerőpiacon, mint a fogyatékos embereknek, a fogyatékos személyek azonban nagyobb jövedelembiztonságot élveznek a különféle nem munkához kötődő támogatások révén, mint a nem fogyatékos emberek. A két csoport összehasonlításakor nem az előny–hátrány-vonatkozás, hanem a nem összemérhető „másság” a fontos. Ugyanakkor a konszenzusz-felfogás szerint a két csoport funkcionálisan is egymást szolgálja: Az európai középkori keresztény társadalomfelfogás szerint például a szegény és a fogyatékos emberek is az Úr gyermekei, akiknek szerepük van a társadalom organikus egységének fenntartásában. A gazdagok ünnepségeinek és multságainak egyik rituális eleme volt az, hogy maguk közé engedték a koldusokat, és az alamizsnaosztás általában is keresztényi cselekedet volt, olyan tett, ami Istennek tetsző. „Ha nem lennének koldusok, adakozni sem lehetne” – mondták, így tehát a világberendezkedés szükségszerű kellékeinek tekintették a vagyontalan embereket.⁷

2. A „konfliktusz-felfogás” értelmezési keretében a fogyatékos emberek esetében a megfosztottság, a kirekesztődés, általában: az épektől való esélyelmaradás és az ebből kinövő érdekellentét hangsúlyozódik. Az épek ebben a felfogásban a fogyatékos személyek kárára jutnak előnyökhöz, a két csoport viszonya „zéró összegű játék”: ami az egyiknek jó, az a másiknak rossz. Ez a felfogás politikai elnyomásról, gazdasági kizsákmányolásról, szociális kirekesztésről, oktatási esélyegyenlőtlenségről beszél, és az ábrázolás lényege, hogy a fogyatékosok embereknek nagyobb erőfelfejtést kell tenni az épekéhez hasonló társadalmi érvényesülés érdekében, illetve ugyanazon erőfelfejtés esetén a fogyatékos emberek társadalmi előrejutása elmarad az épeké mögött; a társadalom az épek érdekei szerint van berendezve, a fogyatékos

⁶ Természetesen egyik megközelítés sem létezik tiszta formában, inkább csak arról van szó, hogy mi az, amit az egyes felfogások fontosabbnak tartanak: a másságot vagy az egyenlőtlenséget. A „strukturális” vagy az „interakcionalizmus” inkább a másságot, a „marxista” vagy a „feminista” felfogás inkább a konfliktus tényét nyomatékosítja, de nem tekinti kizárólagosnak a társadalmi struktúra leírásakor.

⁷ John of Salisbury, a XII. század nagy politikai gondolkodója, az organikus társadalomszemlélet egyik reprezentánsa így írja le a társadalom berendezkedését: „A fejedelem az államban a fej helyét tölti be, egyedül Istennek van alávetve és azoknak, akik Őt képviselik a földön, ahogyan az emberi testben is a lélek élte és irányítja a fejet. A szív helyét a szenátus tölti be, amelytől minden jó és rossz kezdeményezése kiindul. A szem, a fül és a nyelv tisztá a bírakat és a provinciák elöljáróit illeti. A hivatalnokok és a katonák felelnek meg a kezeknek. Azok, akik állandóan a fejedelem körül szolgálnak, az oldalához hasonlóak. A gazdasági tisztviselők és a felügyelők ... a gyomor és a belső szervek hasonmásai. Ezek, ha mérhetetlen mohóságukban megtelnek, és tartalmuk tartósan bennük reked, számtalan és gyógyíthatatlan betegséget okoznak, míg nem az ő hibájukból az egész testet romlás fenyegeti. Az örökké a földhöz tapadt lábakkal a földművesek felelnek meg, akiknek annyival szükségesebb a fej előrelátása, amennyivel több sérülés éri őket a test szolgálatában a földön járva, és jogosan illeti meg a védőborítás őket, akik az egész test súlyát felemelik, tartják és mozgatják. Vedd el a lábak támaszát a legerőteljesebb testtől, és saját erejéből nem halad előre, hanem vagy csúfosan kezére támaszkodva, kínlódva kúszik, vagy oktalan állatok ereje mozdítja.” („Polycraticus avagy az udvaroncok hiábavalóságáról és a filozófusok nyomdokairól”, idézi: Canning 2002, 162. o.)

személyek az ilyen társadalmi berendezkedés mellett – eredendő biológiai adottságaikból kinővően – sokoldalúan hátrányos helyzetben vannak.⁸

A fogyatékoság társadalmi jelenség abban az értelemben, hogy egyes állapotokat fogyatékoságokként minősítenek, de abból a szempontból is, hogy fogyatékos lényeknek csak a társadalomban van tartós túlélési lehetőségük.⁹ Ebből a szempontból mondanivalónkat csak színesíti és differenciáltabbá teszi az, ha figyelembe vesszük, hogy vannak evidens és nem evidens fogyatékoságok aszerint, hogy a szokásostól való szellemi vagy testi eltérés mennyire nyilvánvaló. Az evidens fogyatékoságok – szemben a nem evidensekkel – egyértelműen diagnosztizálhatóak, nem összetéveszthetőek és nem elrejtethetőek. A vakság evidens fogyatékoság, a gyengénlátás nem; a siketség igen, a nagyothallás nem stb.¹⁰

Az eltérés észlelése és az eltérés értelmeződése szituatív is: a szokásostól gyengébb hallás akkor észlelődik, ha a hallásra kifejezetten szükség lenne (például koncerten vagy az iskolában), de sokszor nem is észlelik az érintettek, ha nincs a hallásnak a helyzetben kifejezett funkciója (például a gyári szalagmunka vagy a közúti közlekedés esetében). De még ha a helyzet funkcionálisan jelentéssel ruházza is fel az illető állapotnak a szokásostól való eltérését, akkor sem biztos, hogy az eltérés fogyatékoságként értelmeződik: a szemüvegességet nem mindig tekintik a modern társadalomban fogyatékoságnak, sőt a szemüvegesség sok helyzetben státuszszimbólum is (például a szemüveges és az értelmiségi fogalmának összekapcsolásakor). Sarbó a beszédhiba definiálásának társadalmi környezetét is kiemeli, amikor 1906-ban így ír: „Egyike a legnehezebb feladatoknak az, midőn meghatározni akarjuk, mit nevezünk beszédzavarnak... azon általánosságban mozgó felelet, hogy beszédzavar minden oly beszédbeli jelenség, amely a rendes beszédétől eltér, nem elégíthet ki; mivel az összehasonlítás alapját képező rendes beszéd fogalma sem írható kellő határozottsággal körül, ép oly kevéssé, mint hogy mit nevezünk egészséges szervezetnek és mikor mondjuk azt, hogy valamely szervezet már beteg Annak bizonyosságára, hogy a rendes beszéd csak viszonylagos valami, utalunk arra, hogy a francia nyelvben az orrhangzású kiejtés a rendes beszédhez tartozó; míg ha valaki magyarul beszélne orrhangzós kiejtéssel, az ilyent beszédhibában szenvedőnek kell mondanunk. Viszont ha egy francia megtanul magyarul, de kiejtési módja a francia nyelvénél megszokott orrhangzós marad, úgy ennél az egyénél beszédhibáról nem beszélhetünk. Vagy egy más példa. A magyarban az r hangzó mint remegő nyelvhegyi hangzó szerepel, míg a francia nyelvben a rácsolós r a rendes; sokan a magyar rácsolót sem kifogásolják és nem tekintik beszédhibásnak az illetőt, de ha a rácsoló színész, úgy nála ez határozottan beszédhiba számba megy.” (A beszéd összes vonatkozásaiban különös tekintettel a gyermekkorra. in: Gordosné 1984, 178. o.)

A fogyatékoság elnevezés, a fogyatékoság definíciója és a fogyatékoságok tipológiája is mind a társadalmi környezet eredménye. Társadalmanként és társadalmi csoportonként másként jelölik meg, máshogy értelmezik és máshogy vonják meg a fogyatékos populáció határait és más elvek (orvosi, pszichológiai, pedagógiai, államigazgatási stb.) dominálnak az egyes felfogások és tipológiák hátterében (vö.: Gordosné 1976, 41–91. o., 2000, Mesterházi 1985). Ezek az eltérések nem a véletlen hatására jönnek létre, hanem közvetetten tükröződnek bennük az egyes társadalmi és történelmi helyzetek és csoportok igényei, erőviszonyai és érdeklődési sajátosságai (Foucault 2000).

A fogyatékoságok társadalmi meghatározódásának nyilvánvaló esete az, amikor maga a meghatározott testi jellegzetesség kialakulása kapcsolódik az egyes társadalmi csoportok életkörülményeihez. Mint ahogy a betegségek szociológiai megoszlása, a fogyatékoságok társadalmi megoszlása is megjeleníti a társadalom egészének strukturális vonásait. 1931-ben a mozgásfogyatékoságok felbukkanása kapcsán fogalmazza meg azt a véleményét Horváth Mihály, hogy ennek a fogyatékoságnak a felbukkanása társadalmilag egyenetlen megoszlású: „(a testi fogyatékoság)... nemcsak elszórtan sújt

⁸ Marx véleménye szerint például a tőkés fejlődés karakteréből adódóan szükségszerűen vannak e fejlődésnek vesztesei: „míg a munka megosztása a munka termelőerejét, a társadalom gazdagságát és finomodását növeli, a munkást géppé szegényíti. Míg a munka a tőkék halmozását és ezzel a társadalom gyarapodó jólétét idézi elő, a munkást mind függőbbé teszi a tőkéstől ...” (Marx 1977, 35. o.).

⁹ A „fogyatékos” állatok vagy növények korán elpusztulnak az egyedfejlődés során, de (mutánsokként) új fejlődési elágazásokat hozhatnak létre a törzsfjlődésben (Gehlen).

¹⁰ Bárczi hasonló tipológiát alkalmaz annak magyarázatakor, hogy a fogyatékos emberek egyes csoportjainak szakszerű ellátása történetileg miért nem egyszerre kezdődött meg (1959, 6).

egyeseket, hanem nagy számban s különösen a szegényebb néposztályokból szedi áldozatait. A társadalom és az állam azonban csak akkor ismerheti el az ezeken való segítést szociális kötelességének, ha bebizonyosodik, hogy valódi társadalmi bajról van szó” (in: Tóth Gy. 1990, 100. o.). A fogyatékosok kialakulását elemző friss magyarországi vizsgálatok szerint is a fogyatékos férfiak 34, a fogyatékos nők 14%-a baleset vagy háború során vált fogyatékosná, 33, illetve 42%-uk betegség nyomán lett fogyatékos szeméely – a veleszületettség tehát egyáltalán nem domináns oka a fogyatékoságnak (KSH 1989).

A fogyatékoság társadalmi meghatározódása a jelenség megjelölésére használt kifejezés elemzésében is tetten érhető. Vannak kifejezések, amelyek igyekeznek leíró módon, objektív hűvösséggel jelezni tárgyakat, és megkísérlik kikapcsolni a jelenséghez és a jelenség leírásához tapadó értékelést. Az „eltérő szükségletűek”, a „speciális szükségletűek” vagy a „speciál(is) pedagógia” kifejezéseket hozhatjuk erre példaként. A tapasztalat azonban az, hogy a keletkezésük pillanatában még semlegesnek és tudományosnak szánt elnevezésekhez fokozatosan a társadalom értékítéletei tapadnak az emberek általános szóhasználatában. A valamikor semleges szakkifejezésnek számított „hülye” szó mára már nemcsak pejoratív tartalmú, hanem használata egyenesen sértő is arra nézve, akire vonatkoztatják; ezért aztán a gyógypedagógia ma már nem is használja saját fogalmi készletében. A helyébe sorra kitalált „pótszavak” azonban fokozatosan hasonló sorsra jutnak, mint amire a „hülye” szó jutott, úgyhogy az újabb és újabb lecserélések folyamatosan végbemennek. Hasonló folyamatban vált a „néger” elnevezés, amely korábban az antropológusok által használt semleges szó volt, pejoratív csengésűvé – olyannyira, hogy Amerikában ma már sértésnek számít az, ha valakit négernek neveznek. A cigány vagy zsidó szavak ugyancsak az őket körülölelő társadalmi közeg által változnak át egyszerű semleges megjelölésekből pozitív vagy negatív kicsengésű értéktelített kifejezésekké.

Még a tiszta orvosi leírás is áldozatává válik a társadalmi értékelésnek, ezért aztán a fogyatékoságot és a fogyatékos személyt az sem menti meg a társadalmi értékeléstől, ha a létező legtudományosabb orvosi leírással próbáljuk megjelölni. A fogyatékoságokra használt elnevezéseket illetően is igaz az, amit a rákbetegség és elnevezés kapcsán Susan Sontag ír: „A rákot akkor lehet majd, legalább részben, megfosztani titokzatosságától, ha a kezelés nyelve szakít a hadviselés agresszív metaforáival, és megtanulja a test »természetes védekező eszközeinek« nyelvét ...; és akkor majd végre úgy hasonlíthatunk valamit a rákhoz, hogy látéletünk nem válik sem fatalistává, sem kétségbeesett segélykiáltássá a mégoly haláltokozó, ármányos ellenség leküzdésére. ... Azonban kétséges, hogy akkor már majd senki sem akar többé semmilyen borzalmat a rákhoz hasonlítani. Hiszen e metafora érdekessége éppen abban rejlik, hogy egy titokzatossággal teljes kikerülhetetlen végzetet hordozó betegségre utal. Hiszen a rákról kialakított képünk és az erre épülő metaforák valójában kultúránk hiányosságainak, a halál gondolatához való felszínes viszonyunknak a kifejezései...” (1983, 102—103. o.).

A fogyatékoságok elnevezésében ugyanígy megjelennek – akár az eredetileg leíró semlegesnek szánt kifejezések átértelmezésének során – a társadalom, az emberek fogyatékoságokhoz és a „fogyatékosokhoz” kapcsolódó érzései, értékei, viszonyai. Sőt, az egyes fogyatékoságokkal és fogyatékos csoportokkal kapcsolatos eltérő viszonyulások híven tükröződnek az egyes kifejezések által hordozott eltérő tartalmakban. Ráadásul, a különböző társadalmi csoportok is máshogy érzlelik és értelmezik a szokásos és a szokástól eltérő szellemi és testi jelenségeket, és így a fogyatékoságfogalom társadalmilag rétegzett (lásd erről bővebben a Fogyatékosok iránti attitűd című fejezetet).

A gyógypedagógiai ismeretek szociológiai alapjai

Abból, hogy a fogyatékoságok társadalmilag határozódnak meg, a szociológia számára az következik, hogy a gyógypedagógiai ismereteket szociológiai alapra kell helyezni, és nem elég a gyógypedagógiai ismereteket összekapcsolni vagy kiegészíteni a szociológiaiakkal.

Állításom azonban ebben a leegyszerűsítő formájában sok félreértés forrása lehet. Mindenekelőtt ezért érdemes leszögezni, hogy a gyógypedagógiai szociológia nem a hagyományosan a gyógypedagógia körébe tartozó diszciplínák helyett kívánatos. A szociológiai megközelítés nem válthatja fel az orvosi, a pedagógiai, a pszichológiai stb. ismereteket a gyógypedagógián belül.

Ha azonban mind a fogyatékosági helyzet és fogalom, mind a gyógypedagógiai elmélet és praxis társadalmilag értelmeződik, és a fogyatékos személy életminősége alapvetően társadalmilag határozódik meg, akkor a fogyatékoság és a fogyatékos ember megértése nemcsak nem nélkülözheti a

szociológiai szempontokat a gyógypedagógiában, hanem a hagyományosan érvényes gyógypedagógiai kategóriákat és tipológiákat is szükséges szociológiai alapon átgondolni.

Nemcsak arról van szó, hogy a szociológiai kategóriákat oda kell biggyeszteni a gyógypedagógiai tárgyalás végére, vagy arról, hogy a gyógypedagógiát bővíteni kell a gyógypedagógiai szociológiával. Nemcsak az úgynevezett interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat létrehozása a feladat, hanem a gyógypedagógia egészének komplex társadalmi orientációját kell megvalósítani a gyógypedagógiai fogalmaknak szociológiai alapokra helyezésével. A gyógypedagógia mint tudomány társadalomtudomány (vö.: Kuhn 1984, Barnes et al. 2002).

A Bevezetésben használt fontosabb fogalmak

címkézés	fogyatékosítás
evidens és nem evidens fogyatékoság	a fogyatékoság fogalma
a fogyatékoság társadalmi meghatározottsága	leíró és értékelő meghatározás
a fogyatékoság típusai	normalitás
gyógypedagógia	örökletesség
gyógypedagógiai szociológia	társadalmi meghatározódás
konfliktus- és konszenzuszelfogások	társadalmi struktúra

Ajánlott irodalom

Barnes, B.—Bloor, D.—Henry, J.: A tudományos tudás szociológiai elemzése. Budapest, Osiris, 2002.

Csepeli György et al (szerk.): Kisebbségsszociológia. Szöveggyűjtemény egyetemi és főiskolai hallgatók számára. Budapest, ELTE Kisebbségsszociológiai Tanszék, 1997.

Giddens, Anthony: Szociológia. Budapest, Osiris, 1995.

A fogyatékosok társadalma

A fogyatékos és a „fogyatékos” fogalmak természetesen feltételezik az „épség” és a „nem fogyatékos” fogalmát is. Olyannyira így van ez, hogy az „ép” emberek hozzák létre a fogyatékos fogalmát, illetve feltételezni szokták, hogy a fogyatékos kategóriáját létrehozók az „épek” kategóriájába sorolhatóak. Ezzel összefüggésben egyrészt arról van szó, hogy milyen jelentősége van egyáltalán az „épségnek” az ember és a társadalom életében – azaz azonnal filozófiai mélységű probléma felvetéséhez jutunk. Anélkül, hogy itt most ebbe az irányba félrevinnénk a tárgyalás menetét, csak megemlíthetjük, hogy például a Budapest-vizsgálat kapcsán kialakult vitában az értelmi fogyatékos-sággal összefüggésben Csepeli kijelentette, hogy „...az intelligencia önmagában semmit nem magyaráz az egyének társadalmi kompetenciája tekintetében, hanem számos más tulajdonság és képesség összefüggésében fejt ki hatását, amelyek méréséről és eredetéről még kevesebbet tudunk, mint az intelligenciáról...” (1977, 101. o.).

Azért sem lehet azonban minden esetben egyértelműen eldönteni, hogy ki a fogyatékos ember és hányan vannak a fogyatékos személyek, mert ahány szempontból vizsgáljuk a fogyatékos embereket, annyi – egymással nem mindenben egyező és nem ugyanazt a populációt lefedő – definíció lehetséges; így létezik a fogyatékosnak orvosi, pedagógiai, jogi stb. fogalma. Minden definícióból más méretű és összetételű populáció következik.

Sok szakember (pl. Kullmann 2000, Márkus 2000, Csányi 1993, 5–18, Berthoud et al. 1993) rámutatott arra, hogy például a fogyatékos orvosi-biológiai, pedagógiai és szociológiai értelmezése eltér egymástól. A WHO korábbi elvei szerint például az egészségi állapot négy aspektusra bontható, és ezeket a fogyatékos-sághoz vezető út lehetséges állomásainak és a társadalommal létesülő kapcsolat fontos befolyásoló aspektusainak tekinthetjük. Ezek a fokozatok: – egészségi panasz (complaint) – károsodás, sérülés (impairment) – fogyatékos-ság (disability) – korlátozottság, hátrány, akadályozottság (handicap) (lásd: BNO-10)¹¹. Az ezekben az elvekben is jelen lévő szociológusi felfogás szerint a meghatározott egészségi állapot (az első két fok) csak meghatározott környezeti feltételek esetén jelent egyben korlátozottságot és hátrányt is. A vakság például korlátozottság és hátrány, ha autóvezetésről van szó, de nem az a zenehallgatásban. A mozgásszervi megbetegedések csak a ma általánosan elterjedt közlekedési feltételek esetén jelentenek egyben korlátozottságot és hátrányt a mozgásban, de a közlekedési feltételek változtatásával (például a járdák átépítésével, a lépcsőknek rámpákkal vagy lifttel való helyettesítésével) a mozgásszervi betegségek közlekedést korlátozó volta és az ebből eredő szociális hátrány csökkenthető, vagy meg is szüntethető. A társadalmi környezet tudatos átalakítása, módosítása tehát lehetővé teszi a ma orvosi szempontok szerint sérültnek minősítettek számára a „normális” életvitelt, ezen belül például a tanulást, a közlekedést vagy a munkavállalást.

¹¹ Az újabb, a szociális és egyéb környezeti szempontokat, az egyén szerepét, a stigmatizáló kifejezések elkerülésének fontosságát, valamint a folyamat nem irreverzibilis jellegét kiemelő WHO-felfogással kapcsolatban lásd: Kullmann 1999 és 2000, WHO 2001

Az orvosi és a szociológiai felfogás mellett létezik a fogyatékosoknak az oktatási rendszerhez kapcsolódó pedagógiai, és az egyéb intézményekhez kötött államigazgatási adminisztratív értelme is, amely szerint a gyógypedagógiai ellátásba bevont személyek tekintendők fogyatékos embereknek. E nem ritkán felbukkanó felfogáshoz közel álló szellemben definiál a Farkas—Perlusz szerzőpár, amikor – amellet, hogy kritériumnak említik a hallásvesztés tényét – azokat tekintik hallássérült embereknek, akiknek gyógypedagógiai ellátásra van szükségük: „A gyógypedagógiai értelmezés szerint hallássérült az a gyermek ..., akinek hallásvesztése oly mértékben korlátozza a gyermeket a fejlődési, nevelési és tanulási lehetőségeiben, hogy eredményes fejlesztéséhez gyógypedagógiai támogatás szükséges” (in: Illyés [szerk.] 2000, 507. o.). Bizonyított azonban, hogy nemcsak gyógypedagógiai vagy orvosi-biológia alapon, hanem a szociális kontraszelekció folytán is kerülnek emberek a gyógypedagógiai intézményekbe, illetve a gyógypedagógiai ellátás körébe, holott valójában alacsony (iskolai) teljesítményük inkább hátrányos szociális helyzetükből és nem orvosi vagy gyógypedagógiai értelemben vett fogyatékoságukból következik. Ugyanakkor számosan vannak, akiknek van ugyan orvosi vagy gyógypedagógiai értelemben vett ellátási szükségletük, de ezt az ellátást nem kapják meg (Illyés [szerk.] 1984–90, Csanádi et al. 1978).

Ha azonban nem elégszünk meg annak a ténynek a regisztrálásával, hogy a különböző szakmák és szerzők eltérő módon definiálják a fogyatékosokat, és ezért eltérő nagyságú és összetételű a definíciók által lefedett populáció, hanem alaposabban utána gondolunk annak, hogy a fogyatékosok elvi és számszerű megragadása módszertanilag hogyan történik, akkor megfigyelhetjük, hogy az „épség”, illetve a „fogyatékoság” kritériumait leggyakrabban kétféleképpen alakítják ki: relatív és abszolút fogalom szerint.

A RELATÍV FOGALOM

Megtehetjük, hogy abból indulunk ki: a társadalmilag átlagos („normális”) vagy annál magasabb teljesítményt elérők nem fogyatékos személyek és, vice versa, ennek következtében az átlagon alul teljesítőket fogyatékos embereknek tekintjük. Ez az eljárás a fogyatékoság relatív fogalmát hozza létre: az épnek vagy normálisnak tekintett populáció jellemzőihez képest valaki elmaradást mutat. A Pedagógiai lexikonban például azt találjuk a „tanulásban akadályozott” gyerekek definíciója egyik elemeként, hogy „Ők azok, akik az általános iskolába járó nehezen tanuló gyermekek ... közül a leggyengébbek” (1997, III. kötet 484. o.). A Gyógypedagógiai lexikon szerint „tanulásban akadályozottak: mindazok ..., akik a tanulási képesség fejlődési zavara következtében tartósan és feltűnően nehezen tanulnak” (in: Mesterházi [szerk.] 2001, 155. o.). A relatív fogalom alkalmazására példa László András a hallássérült emberekkel kapcsolatos következő meghatározása is: „A hallássérültek közé sorolhatók mindazok, akiknek fizikai hallásképesége az ép hallástól negatív irányú eltérést mutat. A gyógypedagógiai nevelés-oktatás szempontjából viszont csak azok tekinthetők hallássérülteknek, akiknél a csökkent hallás a szokásostól eltérő fejlődést eredményez”. (in: Göllös 1976, 229. o.). Csocsánné meghatározása szerint „látássérült (látási fogyatékos) az a személy, akinek látóképesége az ép látáshoz viszonyítva csökkent” (in: Mesterházi [szerk.] 2001, 121. o.).

Az idézett definíciók direkt módon a többségi népességtől való eltérésként ábrázolják a fogyatékos-ságot. Ugyancsak alkalmazott eljárás az, amikor a fogyatékoság a többségi populáció jellegzetességeként megfigyelt rögzített értékhez való viszonyításként nyer megfogalmazást. Ez utóbbi, indirekt relatív meghatározásra példa a következő: „ép hallású az, akinek a hallás ingerküszöbe megfelel a teljesen ép hallású fiatal (átlag 18-20 éves) egyének ingerküszöbe 0 dB-lel jelzett átlagértékeinek” (Csányi 1993, 6. o.).

Keverten írja le a látássérülést és a látássérült embereket Kovács Krisztina: „Látássérültnek tekinthető az a személy, akinek jobbik szemén maximális korrekcióval mérhető látásélessége az ép látás 30%-a (V:0,3), vagy ennél kevesebb, ill. látótér-szűkülete nem több 20 foknál” (in: Illyés [szerk.] 2000, 463. o.). Míg a definíció első fele (alapvetően indirekt relatív fogalommal) az épek látásához való viszonyítást tartalmazza, a második fele („látótér-szűkülete nem több 20 foknál”) egy abszolút mérce szerint mért látótér-szűkületi jellemzőhöz viszonyít, és ezzel az úgynevezett abszolút definícióba csúszik át. Hasonlóan kevert meghatározással él szócikkének második felében Csocsánné is (in: Mesterházi [szerk.] 2001, 121–122. o.).

ABSZOLÚT FOGALOM

Úgy is eljárhatunk, hogy nem az „épek” éppen aktuális jellemzőit tekintjük „normálisnak”, és ehhez viszonyítva minősítünk valakit fogyatékos embernek, hanem előzetes megfontolások alapján kialakítjuk a fogyatékos fogalmát és kritériumát, abszolút mérőszámát (pl. valamilyen biológiai jellemző meglétét vagy hiányát), és az így kialakított fogyatékos-kategóriához „keresünk” embereket, a kategóriát „feltöltjük” az általa jellemzett emberekkel. Azt mondjuk például, hogy akik a központi idegrendszerükben sérültek, azok értelmi fogyatékosok; vagy, hogy akik egy meghatározott decibelt nem hallanak, azok hallássérült személyek; vagy azok a gyengénlátó emberek, akik meghatározott távolságból látás alapján nem ismernek fel egy tárgyat, vagy meghatározott fokú látótér-szűkületük van stb. Így a fogyatékos abszolút fogalmát alkotjuk meg. Kovács definíciójának második felén túl példaként idézhetjük Méhest, aki úgy határozza meg a tiflopedagógia tevékenységi körébe tartozókat, mint „akiknek látása nem haladja meg az 5/15 Snellen-értéket” (in: Göllös 1976, 317. o.). Csányi szerint „Egyértelműen csak az a személy minősül süketnek, akinek a hallása legfeljebb az 500 Hz-es hangmagasságig terjed” (in: Mesterházi [szerk.] 2001, 103. o.).

Gondot okoz, hogy a fogyatékos relatív vagy abszolút megállapításában, az objektív leíró jegyeken túl, az alig áttekinthető társadalmi viszonyítási és értékelési mechanizmusok is szerepet kapnak. Ez a definíciós probléma különösen a „nem evidensen” fogyatékos emberek esetében tapasztalható, ahol ugyanis maga a fogyatékos ténye nem olyan nyilvánvaló, mint a vak, a siket vagy a súlyos mozgássérült emberek esetében, és ezért a relatív és az abszolút fogalmi megközelítés nem rendelkezik eléggé szilárd fogódzókkal. Talán az enyhén értelmi fogyatékos személyek esetében a legnyilvánvalóbb a szilárd viszonyítási pont vagy külsőleg definiált etalon hiánya, ugyanakkor pedig az is jól látszik, hogy a fogyatékos-populációba tartozók köre mennyire függ az értelmi fogyatékos definíciójától.

Mesterházi például a következőképpen írja le az enyhe fokú értelmi fogyatékoságot: „Az enyhe fokban értelmi fogyatékosok ... olyan gyermekek, fiatalok és felnőttek, akiknél az intellektuális alulfejlettség a neuroendokrin-rendszer öröklött vagy korai életkorban szerzett enyhe sérülésén és/vagy funkciózavarán alapszik. Az eddig ismert neuro- és pszichodiagnosztikai eljárásokkal nem mindig különíthetők el pontosan a gyenge tehetségű évektől, illetve a mentálisan retardáltaktól. Az enyhe fokban értelmi fogyatékosok személyiségfejlődése az évektől kis mértékben tér el. Dominál a kognitív funkciók lassú és akadályozott fejlődése, emellett az extraintellektuális funkciókban is jelentkezhetnek eltérések. Az enyhe fokú értelmi fogyatékoság – attól függően, hogy milyen egyéb érzékszervi, motorikus, érzelmi-akarat stb. zavarok társulnak hozzá (amelyek vagy szorosan kauzális összefüggésben állnak vele, vagy környezeti hatásokra alakulnak ki) – igen változatos képet mutat. A téri orientáció, a finommotorika, a figyelemkoncentráció, a bonyolultabb gondolkodási folyamatok, a beszéd és a kommunikációs képesség, valamint a szociális alkalmazkodás fejlődésének zavara valamennyi enyhe fokban fogyatékosnál – bár eltérő mértékben és mindig egyedi kombinációban – általánosan megállapítható. Ezek az eltérések, összefüggésben a környezeti hatásokkal, a tanulási képesség különböző mértékű zavarát eredményezik és akadályozzák a személyiség fejlődését.

Az enyhe értelmi fogyatékoság tünetei az iskoláskor előtt kevésbé válnak ismertté. Az ép fejlődésű gyermekekre jellemző iskolaérettség nem alakul ki 6-7 éves korra. A tanköteles korú enyhe fokban sérült értelmi fogyatékosok nevelése elkülönítetten a kisegítő iskolában ... pályára való felkészítésük részben vagy teljesen az évekkal integráltan történik. Döntő többségük ... önálló életvezetésre képessé válik” (1995, 26–27. o.).

Ettől a széles – és a relatív meg az abszolút fogalmat kombináltan használó – definíciótól szűkebben vonja meg az értelmi fogyatékoság kritériumait és az érintett populáció határait a Budapest-vizsgálat (Czeizel et al. 1978), amely a következő értelmifogyatékos-fogalmat használta: „Az értelmi fogyatékoság a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és környezeti hatások eredőjeképpen alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától – az első élet évektől kezdve – számottevően elmarad, és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott.” Magyarazatként hozzátesszük a szerzők: „Ebben a definícióban kifejeződik az etiopatogenezis lényege, vagyis, hogy a központi idegrendszer fejlődési zavaráról van szó, amelynek létrejöttében genetikai és/vagy pre-, peri-, posztnatális exogén hatások játszanak szerepet” (18). A kutatás egyik fontos tanulsága ugyanakkor az volt, hogy „az IQ eredmény és a komplex orvosi, szociológiai, gyógypedagógiai, pszichológiai kategorizálás eredménye az esetek jelentős számában nem egyezik” (uo.).

Nem célunk kimerítően elemezni az eltérő fogyatékoságdefiníciókat, összesen csak az a szándékunk, hogy megmutassuk: az eltérő definíciók eltérő méretű és sajátosságú populációkat fednek le (a különféle számszerű becslésekről lásd átfogóan: Andorka 1977, Göllesz 1985). Azaz: a fogyatékoság megállapítása többféleképpen lehetséges, és a különböző felfogások szerinti kategorizálás eltérő létszámú és összetételű embercsoportot nyilvánít fogyatékos személyeknek; aszerint, hogy milyen szakmai kompetenciák felől közelítünk, és aszerint, hogy a fogalomalkotás abszolút vagy relatív útját járjuk.

Az MKM, illetve az OM oktatási szempontú statisztikai nyilvántartása szerint az általános iskolákban tanuló fogyatékos fiatalok száma körülbelül 34 500 és 39 500 között mozgott az utóbbi évtizedben. Ezen belül az érzékszervi és a halmozottan fogyatékos személyek száma 2500 és 3000 közötti volt. Az is kiderül az idézett statisztikai forrásokból, hogy a fogyatékos gyermekek óvodáiban és általános iskoláiban tanulók népességén belül 90% körül volt az értelmi fogyatékosok aránya. Ez a mintegy 1 milliós teljes általános iskolai népesség körülbelül három és fél százaléka. Ezeknek a gyerekeknek az oktatását körülbelül 4 ezer gyógypedagógus és 2 ezer nem gyógypedagógus végzettségű szakember végezte. Az általános iskolákon kívül az egészségügyi gyermekotthonokban élő súlyosan értelmi fogyatékos fiatalok száma a 90-es évek közepén körülbelül 4600 volt (a Népjóléti Minisztérium statisztikái szerint).

Ugyanakkor a Központi Statisztikai Hivatal, más definíciókon és dimenziókon alapuló adataiból (KSH 1989) becslést végezhetünk a fogyatékos emberek teljes számára és összetételére vonatkozóan is. Eszerint a fogyatékos személyek teljes létszáma a 80-as évek közepén mintegy 480 ezer volt.¹² Megoszlásuk a következő táblázatban tekinthető át.

A SÚLYOSAN FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA FOGYATÉKOSSÁGUK SZERINT, 1986*

Megnevezés	Megoszlás, %
Mozgássérült személy	31,0
Testi fogyatékos személy	9,9
Értelmi fogyatékos személy	8,2
Látásfogyatékos személy	19,5
Hallásfogyatékos személy	19,5
Beszédhibás személy	4,7
Egyéb fogyatékossgal élő személy	11,2

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Más, szintén elterjedt kutatói becslések és a nemzetközi összehasonlítások alapján a népesség 2,5-3%-a között van az értelmi fogyatékos emberek aránya, ami Magyarországon 250 és 300 ezer fő körüli abszolút számot jelent. Ehhez jön még az egyéb fogyatékos emberek, és az egészségkárosodott és rokkant emberek több százezres száma.

Az adatokból látszik, hogy a fogyatékos személyek számát és összetételét illetően az adatok eltérőek, attól függően, hogy milyen kritériumok alapján történik a besorolás. Bármennyire is eltérnek azonban egymástól az egyes becslések – és ez bármennyire is tanulságos szociológiai szempontból –, az mindenesetre megkérdőjelezhetetlennek látszik, hogy a fogyatékossgügy a fogyatékos embereket, családjaikat és a fogyatékos személyekkel közvetlenül foglalkozókat egybevéve milliós embertömeget érint közvetlenül.

Feltéve, de meg nem engedve azonban, hogy a fogyatékos és a fogyatékossgügyben érintettek száma csak töredéke lenne a fenti becsült adatoknak – a fogyatékos személyek nemcsak számuknál, hanem az életük által reprezentált társadalmi problémáknál fogva is alapvetően fontos csoportot alkotnak. A fogyatékos személy élete (életvitele, ennek korlátai és ebben való lehetőségei) tükrözik a társadalom milyenségét¹³. A széles és tág társadalmi alapzat, amelyen a gyógypedagógia egésze és a fogyatékos emberek élete is áll, meghatározza a fogyatékossgügy működési kereteit, és a fogyatékos-

¹² A legfrissebb népszámlálás önbevallásos adataiból az ezredfordulón magukat fogyatékos személynek minősítők száma 2002 végén még nem került nyilvánosságra.

¹³ „A felismert betegségnek azon csoportstátusz adatik, amely leleplezi” „Egy társadalom pozitív módon fejeződik ki a tagjain megfigyelhető elmebetegségekben” (Foucault 2000 [a], 64. és 65. o.).

ságügy működése által reprodukálódik is a társadalmi rendszer. A fogyatékos személyek életének teret adó társadalmi szervezetek megismerésekor nemcsak annak az ismerete fontos, hogy ezek miként működnek, hanem ugyanilyen lényeges annak megértése is, hogy mi magyarázza a működés mikéntjét és miértjét – miként jelenítik meg és termelik újra a fogyatékoságügyi intézmények, csoportok és folyamatok azokat a társadalmi viszonyokat, amelyeknek termékei és konstruálói is. A gyógypedagógiai szociológia a fogyatékoságügyről szólva az egész társadalomról is beszél.

A következőkben először megvizsgáljuk azokat a társadalmi intézményeket, amelyek a fogyatékos emberek és a fogyatékoságügy szempontjából szociológiailag fontosak.

A családi és az intézményi ellátás

A legtöbb ember családban nő fel, és a családi körülmények sok tekintetben eleve megszabják életútjukat. A családi életfeltételek mindenekelőtt befolyásolják a felnövekvő gyerekek biológiai jellemzőit. A szülők genetikai jellemzőinek egy része öröklődik, és a szülők egészségi és életviteli jellegzetességei, valamint az anya terhesség alatti életmódja már magzati állapotában hat a gyermek testi-szellemi fejlettségére. Az alacsony iskolázottságú, szegény, esetleg deviáns (pl. alkoholista, kábítószerfogyasztó) vagy egészségre káros munkát végző szülők gyerekei már születésükkor biológiai-fejlettségbeli hátrányban vannak a többi gyerekhez viszonyítva; nagyobb közöttük a fejletlen és a fogyatékos gyerekek aránya (Czeizel et al. 1978, KSH 1989).

A gyermekkori táplálkozási szokások, az anyagi állapottal összefüggően a lakás és a ruházkodási lehetőségek, az orvosi ellátásban való részesülés lehetősége eltérő a különböző társadalmi csoportokhoz tartozó családokban, és ennek nyomán a gyerekek (és a felnőttek) biológiai-egészségi állapota is különbözik.

A biológiai fejlettségben mutatkozó (társadalmi csoportok szerint szignifikáns korrelációt mutató) eltérések az életút során állandóan megjelennek. Tetten érhetőek ezek a különbségek a fogyatékoságok típus és gyakoriság szerinti megoszlásában, a gyerekek iskolai teljesítményében, ebből adódóan a képzettségi szintben és a munkaerőpiaci pozícióban, a jövedelemszintben, a várható élettartamban, a természetes és a baleseti halandósági arányokban stb. A magasan képzett, „fehér galléros”, városi, magas jövedelmű családok gyerekeinek biológiai jellemzői és ennek az életpályára való hatásai egészen mások, mint például egy sokgyerekes, falusi, szakképzetlen, alkoholista szülőjű, szegény családból származó gyereké (Illyés [szerk.] 1984–90).

Fogyatékos embernek születni – az esetek túlnyomó részében, egyéb tényezőket kedvezőnek véve is – már az első perctől kezdve automatikusan hátrányokat jelent a fogyatékos személyre és családjára nézve egyaránt. Ennek az az oka, hogy az átlagos család nem rendelkezik spontánul azzal a tudással és azokkal a készségekkel, amelyek a fogyatékos gyermekek nevelésében szükségesek. Azok az ismeretek, amelyeket a szüleinktől és a környezetünkől a gyerekneveléssel kapcsolatban megtanulunk, és felnőttként saját gyerekeinkre alkalmazunk, majdnem mindig a szokásos gyerekekre vonatkoznak. Tudjuk például, miként tanítsunk látó gyereket számolni vagy olvasni, de nem tudjuk, hogy miként kell ugyanezt egy vak gyerekkel kapcsolatban sikeresen elvégezni stb. Hiányoznak tehát a családokban (kivéve, ha gyógypedagógus családról vagy olyan családról beszélünk, amelyben például a szülők valamelyike fogyatékos személy, de ezek ritka kivételek) azok a spontán laikus ismeretek, amelyek a fogyatékos gyerekek nevelésében és oktatásában szükségesek.¹⁴ Ezeknek az ismereteknek a megszerzése külön erőfeszítést, tanulást igényel a szülőktől (amire ma már intézményi szervezett keretekben is van mód). Amíg ezeknek az ismereteknek a felhalmozása meg nem történik, addig a fogyatékos gyerek ellátása hiányos a családban.

A biológiai alapokon túl és azokkal együtt tehát a család a szocializáció, ezen belül az ismeretek, az értékek, a viselkedésmódok és az ambíciók kialakításának a szférája is. A családi szocializációs hatások ugyanolyan mértékben megszabják az emberek esélyeit, sorsát életük folyamán, mint a biológiai-értelmi adottságok. A családi szerepeket, értékeket az emberek a családon kívül is érvényesítik, például az iskolában, a munkahelyen, társas kapcsolataikban, házasságukban, életük megszervezésekor (a táplálkozási szokásoktól, az öltözködésen át, a szabadidő eltöltéséig és a beszédstílusig). Ugyancsak eltérő esélyeket kínálnak és irányokat szabnak az életben azok az információk (az

¹⁴ Lásd Vigotszkij megállapítását a fogyatékos gyerekek társadalomba való „belenövésének” problémáiról (1987, 41–42. o.).

ismeretek tartalma, mennyisége, szerkezete egyaránt), amelyeket az emberek gyerekként és felnőttként a családban szereznek és adnak. A család az úgynevezett „kapcsolati tőke” (az embereknek a másokkal kialakított informális és segítő hálózatai) alapja is, ami az egyének társadalmi előmeneteli lehetőségeit ugyanolyan vagy még nagyobb erővel szabja meg mint a formális intézmények, szabályok és rendszerek (Bourdieu 1978).

A családi háttér egyenlenségei jól kivilágítottak a Budapest-vizsgálatban (Czeizel et al. 1978). A kisegítő iskolába járó gyerekek apáinak 82%-a volt a 70-es években aktív kereső, 42%-uk segédmunkás vagy betanított munkás, és csak 8%-uknak volt az apja szellemi dolgozó. A szokásos iskolai populációban ezzel szemben a segéd- és a betanított munkás apák aránya csak mintegy 7%, a szellemi foglalkozásúaké viszont 38% volt. A kisegítő iskolások apáinak 48%-a maximum hat általános iskolai osztályt végzett el, 6%-uk egyáltalán nem járt iskolába. Az enyhén értelmi fogyatékos és a kisegítő iskolába utalt gyerekekről bebizonyosodott, hogy egy részük nem is értelmi fogyatékos gyermek a szó gyógypedagógiai értelmében, és hogy alacsonyabb szociális státusú családokból kerültek ki, mint a szokásos iskolába járó gyerekek. (Ugyanilyen tendenciákat tapasztalt az Életminőség '95 vizsgálat is. Lásd: Bánfalvy 1995 és 1996.) A családi szociális hátrányok gyakran rossz anyagi helyzettel is párosulnak. Az alacsonyabb iskolázottságú és beosztású szülők jövedelme jóval alatta marad a szokásos iskolába járó gyerekek szülei jövedelmének.

Egészében, a vizsgálat eredményét szociológiai szempontból úgy lehet kommentálni, hogy az enyhe fokban értelmi fogyatékosnak tekintett, és ezért kisegítő iskolába utalt gyerekek, illetve családjuk jelentős része a társadalmilag hátrányos helyzetűek közé tartozik. Ezt erősíti az is, hogy a kisegítő iskolákban messze túl vannak reprezentálva a cigány tanulók (73).

Mint később majd látni fogjuk, annak is jelentősége van, hogy a családi kapcsolatok révén az embereknek milyen esélyük van arra, hogy környezetük pozitív vagy negatív címkével lássa el, ítélje meg őket. Az értelmi fogyatékosok gyerekekkel foglalkozó gyógypedagógusok a megmondható (de a kutatások is ezt bizonyítják), hogy nagyobb például a szegény és kis társadalmi érdekérvényesítési képességgel rendelkező cigány családokból származó gyerekek kilátása arra, hogy a szokásos iskolában kudarcot valljanak, és hogy értelmi fogyatékos gyermekké nyilvánítsák őket (néha még annak ellenére is, hogy a hivatalosan kötelező vizsgálatok világosan bizonyítják, hogy a gyerek nem értelmi fogyatékos) (Csanádi et al. 1978, Illyés [szerk.] 1984–90).

A családi zavarokból, vagy éppen a családi kapcsolatok hiányából adódó problémák által sújtott személyek gyakori kliensei a gyógypedagógusoknak is. E személyek esetében jól megfigyelhető, hogy milyen nagy gondot jelent a családi ellátási és szocializációs folyamatok hiánya vagy zavara. Ezeknek a családi szociális helyzeten és szocializáción alapuló társadalmi eltéréseknek a figyelembevétele nélkül nem létezhet hatékony gyógypedagógusi tevékenység. A „jó családból” és a „rossz családból” származó kliensek más-más problémákkal bajlódnak, és az egyes problémáknál eltérő a különböző családokban élők felbukkanási gyakorisága, a gyógypedagógusnak pedig egyszerre kell munkáját a problémákhoz és a családokhoz igazítani.

Nemcsak a fogyatékos emberek számára fontos azonban a család, hanem (mint ahogy azt már a laikus tudás deficitjeivel kapcsolatban is említettük) a családok számára is különleges kihívásokat jelent az, ha a családtagok között fogyatékos személy van. Mivel a fogyatékos személyek egy része segítség nélküli önálló életvezetésre nem képes, ezért a családnak komoly feladatai vannak a fogyatékos személyek segítésében. Ez azt eredményezi, hogy a családtagoknak új ismereteket és készségeket kell megszerezniük, sőt életmódjukat is a szokásos családokétól eltérő módon kell alakítsák. A fiatal középsúlyos értelmi fogyatékos fiatalok szüleinek a helyzetéről írják a kérdés szakértői, hogy „A családok számára gyakran súlyos megpróbáltatást jelent a fogyatékos gyermekük nevelése. Tapasztalatok szerint e családok nem bomlanak fel nagyobb arányban, mint általában, sőt bizonyos összetartó erőt is jelent a közös feladat. Ezzel együtt, különösen a tanultabb családokban, súlyos konfliktusoktól terhes a mindennapi élet. Más életmódra kell berendezkedni, nem élhetnek úgy, mint más hasonló családok. A társasági élet csaknem hiányzik, anyagi javak előteremtése nehezebb, a kultúrával is másképpen élhetnek, ritkábban jutnak moziba, szórakozni stb. A fogyatékos gyermekkel rendelkező szülők számára az egyetlen hatékony állami »segítségforma« ma az intézeti elhelyezés” (Gayerné—Krausz—Hatos 1985, 29. o.). A szerzők kutatási tapasztalataik alapján leírják, hogy „az az anya, aki hat évig, vagy még tovább is kénytelen otthon maradni fogyatékos gyermekével, az esetek többségében lelkileg is tönkremegy. A szó szoros értelmében megbetegszik, aminek gyakran következménye a családi élet megromlása, a családon belüli konfliktusok szaporodása stb. Ezen túl

nem »kárpótolja« az emelt összegű családi pótlék, illetve a hat évig tartó gyess-folyósítás az elmaradó anyai keresetet” (19).

HOL, ILLETVE KIVEL LAKIK EGYÜTT?

	Az enyhén	A közép súlyosan	A súlyosan	A halmozottan
	fogyatékos személy			
Szüleivel	54,4	90,1	71,1	71,2
Rokonoknál	2,8	2,2	4,6	3,9
Idegeneknél	3,9	0,9	2,3	1,6
Munkásszállón	0,0	0,0	1,0	1,2
Saját családban	34,4	2,4	2,3	3,1
Intézetben	3,2	3,4	18,4	14,2

Forrás: Életminőség '95

A családokban az egyik kérdés a fogyatékos emberekkel kapcsolatban, hogy miként biztosítsák ezeknek a személyeknek a jövőjét. Az önálló életvitelükben korlátozott fogyatékos gyermekek szülei mindent megtesznek annak érdekében, hogy a szülők halála után a fogyatékos gyerek vagy rokon ne maradjon segítség nélkül. Ennek legegyszerűbb módja, hogy megpróbálják elérni a fogyatékos személy intézetben való elhelyezését. Az Életminőség '95 vizsgálatban szereplő enyhén értelmi fogyatékos személyek jelentős része önállóan, szüleitől külön él (különösen igaz ez a városi és 30 évnél idősebb korosztályra), a súlyosabban értelmi fogyatékos felnőttek többsége esetében viszont általános jellemző, hogy a szülők jelentik számukra a fő támaszt.

Az együttélésből adódó anyagi, szociális és pszichikus terhek azonban inkább a középosztályi és a jómódú családokra nehezednek, és más a fogyatékos személy jelenlétének megélése és ennek hatása a szegény családokban. Részben azért, mert a fogyatékos személy jelenléte nem jelent olyan gyökeres lemondást az életmód kulturális, művelődési aspektusaiban, mint a középosztályi családok esetében, részben azért, mert a szegény családok gyakran többgenerációs családokat jelentenek, ahol a fogyatékos személyekkel való törődés terhei megoszlanak. Végül, de nem utolsósorban pedig azért, mert a szegény családok esetében a fogyatékos családtagok gondozása miatti többlet állami pénzügyi támogatásnak nagy jelentősége van a család anyagi megélhetésében. A kedvezőtlen anyagi helyzetű családokról írja a Gayerné—Krausz—Hatos szerzőtrío, hogy „a sérült, fogyatékos gyermek családon belüli elfogadásáról, ill. elutasításáról feltett kérdéseinkre adott válaszokból megtudtuk, hogy a családok többsége ... elfogadja fogyatékos gyermekét. Természetesnek tartják, hogy együtt élnek és vállalják azt, hogy amíg élnek gondoskodnak róluk” (57).

Ma még a szisztematikus szociológiai kutatások egyáltalán nem tárták fel Magyarországon, hogy milyen jellemzői vannak a fogyatékos személyek által alapított családok életének. (Az Életminőség '95 kutatás úgy találta, hogy az enyhén értelmi fogyatékos emberek mintegy 40%-a alapít családot, ez az arány 3-4% a közepesen súlyosan és a súlyosan értelmi fogyatékosok esetében). A fogyatékos személyek alkotta családokról szinte csak sporadikus egyedi példák alapján tudunk valamit, illetve a kis elemszámú mintán is jól „elboldoguló” pszichológiai elemzésekből okosodhatunk (pl. Borbély et al. 1991). Nem készült még széles körre kiterjedő átfogó vizsgálat arról, hogy milyen az ilyen családok anyagi helyzete, mi jellemzi életmódjukat, társadalmi kapcsolataikat, jövedelemforrásaikat és munkavállalási szokásaikat, családi belső struktúrájukat stb. Különösen érdekes lenne megtudni, hogy mik a szociológiai jellegzetességei az olyan családoknak, amelyekben fogyatékos emberek a házaspárok, és érdemes jövöbeli kutatási téma lenne annak kiderítése, hogy a fogyatékos szülők és nem fogyatékos gyermekek által alkotott heterogén családok milyen szociológiai jellemzőkkel bírnak. Egyelőre csak feltételezhetjük, hogy különbözőségek vannak a fogyatékos és a nem fogyatékos személyek alkotta családok között és a különféle fogyatékoságokkal élő személyek alkotta családok szociológiai jellemzői között is. Valószínűleg a siketek alkotta család nemcsak a hallókétől különbözik számos szociológiai aspektusban, hanem a vakokétól, a mozgássérültektől stb. is.

A gyógypedagógus tehát a fogyatékoságtól a fogyatékos személyig jutva annak családi körülményeit is meg kell hogy ismerje, sőt nemegyszer munkáját csak a család szociális jellemzőinek

ismeretében és a családdal együttműködve képes hatékonyan végezni. A gyógypedagógiai munka objektuma nemcsak a fogyatékos és nem is csak a fogyatékos személy, hanem közvetve a fogyatékos személyek családja is.

Sajátos helyzetben vannak azok az értelmi fogyatékos személyek (számuk mintegy 15 ezer), akik nem családokban, hanem intézetekben élnek. Az intézetekben élő ember egyfelől nem a többségi társadalomban él, hanem annak egy mesterségesen izolált szigetén (még akkor is, ha az intézetek és a külvilág közötti átjárhatóság valamilyen fokon biztosítva van). Másfelől az intézetben élők belső mikrovilága sok olyan intézmény és cselekvés összessége, amelyek konzisztens rendszert alkotnak (legalábbis ez az intézet mint szervezet fennmaradásának előfeltétele), és ez a belső társadalom sok szempontból a külső társadalom tükörképe. Ez az érteleme annak, amikor a börtönökről, mint az értelmi fogyatékos emberek számára működő intézetekhez némileg hasonló, Goffman szavaival élve „totálisan zárt intézményekről”, vagy ahogy Foucault nevezi, a „teljes és szigorú intézményekről” írva Foucault megjegyzi: „Mi csodálkozni való van azon, hogy a modern büntetőrendszer eszköze a cellákra osztott börtön lett, ritmikus időbeosztásával, kötelező munkavégzésével, felügyeleti és feljegyző szerveivel, a normalitás uraival ... Miért is csodálkoznánk, hogy a börtön a gyárakra hasonlít, az iskolákra, a kaszárnyákra, a kórházakra, s hogy ezek egytől egyig a börtönre hasonlítanak?” (1990, 308–309. o.).

A tükrözés azonban nem mechanikus. Az intézetekben például egy társadalmi kisebbség (a felnőtt értelmi fogyatékos emberek) számszerűleg többségi helyzetben van, miközben a szervezeten belüli erőviszonyok a számszerű kisebbségnek (az épeknek) kedveznek, ez utóbbiak irányítják az intézeteket, ők szabják meg a többség, az értelmi fogyatékos emberek életvitelének legtöbb keretfeltételét, ők gondoskodnak az intézetek értelmi fogyatékos lakóiról. Abban az értelemben tehát, hogy az épek vannak hatalmi pozícióban, az intézetek a társadalom egészét, mint cseppben a tengert tükrözik, abban a tekintetben viszont, hogy a zárt rendszeren belül ez az uralmi helyzet a társadalmi számarányok fordítottja mellett áll fenn, az intézet nem a társadalom egészének kicsinyített mása, hanem éppen fordított tükörképe.

Az intézetekben élő értelmi fogyatékos emberek élete eltér az intézeten kívüliekétől, amennyiben standardizált életfeltételek jellemzik az előbbieket. Mind az időbeosztás, mind a táplálkozás, a ruházkodás, a viselkedési normák és szabályok, a dicséret és a szankciók (formálisan) egységesen homogén rendszerben vonatkoznak az intézet minden lakójára. Ezek a standardok nem érvényesülnek ilyen szigorúan a családokban élő értelmi fogyatékos személyek vonatkozásában, sőt biztosan állíthatjuk, hogy a családok szociokulturális, anyagi és egyéb eltérései szélsőségesen eltérő élettereket hoznak létre a társadalom eltérő csoportjaihoz tartozó családokban élő értelmi fogyatékos személyek számára – egészen a mindennapi élet gyakorlati szintjéig terjedően. Ez a környezet az intézetekben mesterséges környezet – szándékkal az értelmi fogyatékos emberek sajátosságainak figyelembevételével van kialakítva – a fogyatékos ember és a környezete közötti szakadék tehát tudatosan redukált. Nem jelenti-e ez azt, hogy az intézeti miliő – redukált és profilírozott jellegéből adódóan – kedvezőbb lehetőséget nyújthat az értelmi fogyatékosok számára a saját potenciáljuk kibontakoztatásához? A választ csak a szisztematikus vizsgálódás adhatja meg.

Nem feledhetjük el azonban azt, hogy az illető intézetek a felnőtt értelmi fogyatékos személyek számára kényszerintézmények, amelyekbe nem saját döntésük értelmében kerültek, és ahol gyakran nem szabad akaratukból tartózkodnak. Az intézetek ebből a szempontból is hasonlóak a börtönökhöz. „A börtönigazgatóság rendelkezik a fogoly személyi szabadságával és idejével; elképzelhetjük milyen hatalma van ilyen körülmények között a nevelésnek, amely nem csak egy napra, hanem napok, sőt évek sorára szabályozhatja az ébrenlét és az alvás, a tevékenység és a pihenés idejét, az étkezések számát és időtartamát, az élelem minőségét és porcióját, a munka természetét és termékét, az imádság idejét, a szólás, és hogy úgy mondjuk, még a gondolkodás lehetőségét is, annak a nevelésnek, amely az étkezéstől a műhelyig, s a műhelytől a celláig tartó egyszerű és rövid úton is szabályozza a test mozdulatait, amely még a pihenés perceire is meghatározza az időbeosztást, egyszóval annak a nevelésnek, amely a teljes embert birtokba veszi, minden fizikai és erkölcsi tulajdonságaival együtt, beleértve még azt az időt is, amikor egyedül van.” (Ch. Lucas: *De la réforme des prisons*. 1838, idézi: Foucault, 1990, 321–322. o.) Ez az „omnidiszciplináris” uralmi jellege az intézeteknek, mint totális szervezeteknek kétségtelenül egyik fontos meghatározója az intézetekben élő felnőtt értelmi fogyatékos emberek életminőségének. Az intézetben a fogyatékos személy még inkább a totális alávetettség állapotában van, mint a börtönben a rab, hiszen hiányoznak belőle azok a potenciálok, amelyeket a helyzete elleni tiltakozásban kiaknázhathatna.

Az értelmi fogyatékos emberek korlátozott képességeiből és speciális szükségleteiből az is következik, hogy életfeltételeik kialakításában nem hagyhatók teljesen magukra, és ezeknek az életfeltételeknek a létrehozásakor a felnőtt értelmi fogyatékos személyek adottságait messzemenően figyelembe véve nem a maximális társadalmi előrejutás célja kell hogy a szemünk előtt lebegjen, hanem az, hogy az érintettek sajátosságaihoz illeszkedő és ezért számukra az életminőség komfortos karakterét nyújtó környezeti feltételeket kell létrehozunk. A felnőtt értelmi fogyatékosok vonatkozásában ez olyan konzekvenciákkal jár, amelyekkel kapcsolatosan – a gyakorlati és a tudományos tapasztalatokra hivatkozva – Giddens utal: „Az utóbbi huszonöt év során a legtöbb nyugati országban alapvetően megváltozott a karcerszervezetek lakóinak élete. ... A pszichés betegeket és a testi vagy értelmi fogyatékosokat nagy számban engedték ki az intézményekből, hogy az elzárást közösségi gondoskodással helyettesítsék. Ezeket a reformokat jórészt humanitárius megfontolások hívták életre, de bizonyos fokig a költségek csökkentésének szempontja is szerepet játszott, mivel az állam igencsak jelentős összegeket költ a »zárt intézmények« fenntartására. ... A zárt intézményekből való elbocsátás egyértelmű és radikális hatással volt a lelki egészségre. A liberális reformereket aggasztotta, hogy a hosszú intézeti tartózkodás káros hatást gyakorol a betegekre, mivel a külvilágtól elzárva »hospitalizálódnak«, vagyis már csak azon az intézményen belül képesek létezni, amelynek elvileg rehabilitálnia kellene őket. ... Milyen következményekkel járt a pszichés betegek szempontjából az, hogy oly sokan térhettek vissza a szabad társadalomba? Ami azt illeti, sokuknak nemhogy javult volna, de inkább romlott az állapota. Az elmeógyógyintézetekből elküldött betegek gyakran olyan környezetbe kerültek, ahol nem akartak vagy nem tudtak gondoskodni róluk. ... Megfelelő támogatás híján az elmeógyógyintézetekből elbocsátott emberek közül sokan a sorvadó belvárosi negyedekbe sodródtak. Ott élnek szegényen és elszigetelten, ugyanúgy bezárva egy kis szobába vagy menhelyre, ahogy be voltak zárva az elmeógyógyintézetben, csak éppen annak biztonsága nélkül” (1995, 172–173. o.).

Másrészt azonban mivel az értelmi fogyatékos emberek számára működő intézetekben tartózkodó gondozottak gyakran nem önszántukból, nem szabad akaratukból tartózkodnak az intézményben, amely „totális szervezetként” megszabja életvitelük minden alapvető elemét. Ebben a vonatkozásban a felnőtt értelmi fogyatékos emberek számára működő intézetek kényszerintézmények, ugyanúgy mint a börtönök. A totális szervezet a totális alávetettség veszélyét rejti számukra. Ezért érdekeik külső képviselete elengedhetetlenül fontos, hogy kiszolgáltatottságukat mérsékelni lehessen. Ebben alapvető szerepük lehet a szülőknél és a rokonoknál, az érdekképviseleti intézményeknek, a civil szervezeteknek és a szélesebb fogyatékoságügyi szakmának.

Az 1996-ban az állampolgári jogok országgyűlési biztosa által végzett vizsgálat a fogyatékos embereket ápoló-gondozó otthonok egy részében a fogyatékos személyek ellátásában hiányosságokat tapasztalt, és az alkotmányos jogokkal kapcsolatos visszasságokat tárt fel Magyarországon (Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa jelentése. 1996). Más vizsgálatok során az is kiderült, hogy az intézetben élők önrendelkezési és intimszférabéli szükségletei alacsonyabb szinten vannak kielégítve, mint a családban élőknek, és az intézeti élet sajátos izolációs helyzet és életmód, amely a magánéletnek és az intim szférának a radikális korlátozásával jár együtt a fogyatékos emberek számára. Mesterséges élethelyzetben élnek az emberek ilyen körülmények között, és ebből automatikusan következően bizonyos szociális képességek, készségek magából a tömegszerű intézeti létformából adódóan csökkentetten vagy az intézeten kívül életétől eltérően vannak jelen az érintettek esetében (Bánfalvy 1996, Kovács—Tausz [szerk.] 1997, Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország).

A fenti megállapítások nyomán tovább fokozódott a nyomás az ilyen „zárt intézetek” létezésének felülvizsgálatával, valamint a bennük folyó tevékenység átalakításával kapcsolatban. Az Esélyegyenlőségi törvényben (Az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról) is tükröződnek ezek a szándékok, hiszen a törvény kimondja: „17. § A fogyatékos személynek joga van a fogyatékoságának, személyes körülményeinek megfelelő – családi, lakóotthoni, intézményi – lakhatási forma megválasztásához.”

Ily módon az 1990-es években megindult új magyarországi kezdeményezéstől, a „kitagolástól” (az intézetben élőknek az intézeteken kívül elhelyezkedő, a többségi társadalomban élőkéhez hasonlóan kisebb méretű és létszámú lakóközösségekbe segítségétől) azt várhattuk és várhatjuk, hogy a fenti korlátokon enyhítsen (Lányiné [szerk.] 2002).

Mik a kitagolással kapcsolatban a figyelembe veendő feltételek és nehézségek?

1. Úgy tűnik, hogy a kitagolási törekvésben jobban lehet támaszkodni az intézményekre, mint a fogyatékos személyek családjára. Az intézeti fogyatékos személyek családi jellemzőiből követ-

kezően kevésbé látszik az, hogy a család nyomást gyakorló csoport vagy valamely szinten tömegesen partner lehetne az intézetben dolgozók vagy a külső szemlélők számára a kitagolási folyamatban. Vagy olyan családokról van ugyanis szó, amelyek nem kívánják magukra venni a fogyatékos rokonaik nevelését és gondozását, vagy pedig erre (például szociális nehézségek következtében) nem képesek.

2. Ugyanakkor az intézetekben ellenérdekeltség is létezik a kitagolással szemben.
 - Egyrészt, mint minden változás, ez is új feladatokat ró az intézet dolgozóira, és olyan többletterheket jelent, amiket nem mindenki vállal szívesen.
 - Másrészt, az intézetek dolgozói sokszor olyan mértékben kötődnek érzelmileg a gondozottakhoz, hogy nem szívesen engedik ki őket az intézmény zárt rendszeréből.
 - Harmadrészt, az intézetekben él a félelem, hogy a gondozottak teljes és tömeges kitagolása révén csökkennek az intézet belső feladatai, és ez esetleg az állami támogatás és a foglalkoztatotti létszám csökkentését is magával vonja (sok esetben szinte nincs is más munkalehetőség azokon a kistélepüléseken, ahol az intézetek működnének!).
3. A kitagolás a nagy intézményi keretek lazítását, az intímabb környezet megteremtését és elvileg a többségi társadalomhoz való közeledést jelenti. Ez a folyamat azonban még nem jutott olyan szintig, hogy a nagy házból kis házat csinálva ugyanakkor ezeket a személyeket más fajta értelemben is ténylegesen a valóságos társadalomba tudná helyezni. A (szóbeli közlésekből úgy tudjuk, hogy a) kitagolt személyek körülbelül fele tanulásban akadályozott, enyhén értelmi fogyatékos, sőt van olyan is közöttük, aki nem is értelmi fogyatékos, normál iskolát végzett annak idején. Valamilyen más, nem gyógypedagógiai, hanem szociológiai magyarázata van inkább annak, hogy ők az intézményekben tartózkodtak. Bár azoknak a személyeknek jelentős részét, akik eddig ilyen kitagolási akcióban kikerültek a nagy intézményekből, be sem kellett volna tagolni, az idők folyamán az intézeti élet olyan erősen szocializálta őket az intézeti élet-körülményekhez kapcsolódó viselkedésformákhoz, hogy sokszor nem zökkenőmentes a szokásos társadalmi ismeretek, értékek és viselkedésformák elsajátítása.
4. Ha igaz, hogy kitagolnak nagyon sok olyan embert, akiket be sem kellett volna tagolni, akkor ebből az is következik, hogy a kitagolási törekvések első időszakában könnyű látványos sikert elérni. Ez félrevezető lehet, mert azt sugallhatja a folyamatot nem eléggé ismerők számára, hogy ez a tendencia és ez a sikeresség töretlen lesz. Valószínű azonban, hogy azok az esetek, amikor a közepesen súlyosan és a súlyosabban fogyatékos emberek kitagolására kerül sor, egy csomó olyan szakmai problémát fel fognak vetni, amelyek a kitagolást követően eddig még nem jelentek meg. Olyan szakmai problémákat, amelyek megoldására Magyarországon még nincsenek elegendő számban szakemberek.
5. Mivel a kitagolt személyeknek jelentős hányada rossz családi-szociális háttérrel rendelkezik, és ezért a család valószínűleg nem lesz megfelelő partner a kitagolási törekvésekben, nehéz elképzelni, hogy ezek a családi támogatás nélkül élő személyek a többségi társadalomban jobban meg tudják állni a helyüket, jobban tudnának gondoskodni saját maguk fenntartásáról, mint általában a társadalom hátrányos helyzetű csoportjai, például a tartósan munkanélküliek, az ország elmaradott régióiban élők, a cigányok, a szegények vagy az alacsony iskolázottságúak.

Lehet, hogy kitagolunk embereket egy olyan társadalomba, amelyikben az egyik alapvető tendencia az, hogy ki kell szorítani embereket a normál társadalmi életből. Olyan társadalmi környezetbe történik a kitagolás, amelyben a teljesítménycentrikus, sikerorientált ideológiák, minták és finanszírozási elvek döntő jelentőségre tettek szert, és amelyben az egyébként nem fogyatékosnak, nem korlátozott képességűnek ítélt személyeket is – különböző ideológiák mentén – tömegesen, százezer számra szorítják ki a társadalomból, és teszik számukra kényszerűvé a kegyelemkenyéren élést vagy az egyéb módon történő megbélyegzettséget.
6. A hazai és a nemzetközi tendenciák azt jelzik, hogy a jövőben Magyarországon a hagyományos gyógypedagógiának nemcsak új szemlélete, identitása és ideológiája, hanem új feladatköre fog kialakulni. Olyan ellátási rendszer felé tartunk, amely felveti az igényt az olyan új (gyógy)pedagógusok tömeges képzésére, akik nem a fogyatékos embereknek mint gyógy-

pedagógiai intézmények tanulóinak vagy lakóinak ellátásával foglalkoznak, hanem inkább az integráló, beillesztő, szociális és segítő gyógypedagógiai törekvéseknek az irányába fognak tevékenységükben elmozdulni.

7. „Betagolás”. A gyógypedagógus nem feltétlenül csak a ma intézetben élők kitagolását kell, hogy segítse. Mint fentebb láttuk, ez a fajta szociális reintegráció számos akadályba ütközik. Ezért egyszerűbbnek látszik a jövőben az, ha nem az intézetben élő fogyatékos embereket kívánjuk minden erővel és minden határon túl kitagolni, hanem inkább a ma családokba zártan élő és e családok számára hatalmas terhet jelentő fogyatékos személyeket próbáljuk a jövőben betagolni a nagy számban létrehozandó kis létszámú lakóotthonokba.
8. Fel kell vetni azt a kérdést is, hogy mi történik majd azokkal a fogyatékos személyekkel, akik továbbra is az intézetekben, az intézményekben maradnak. Ezzel kevesebben látszanak törődni. Mintha a reintegrációs kitagolási gondolat egy kicsit elfeledtetné velünk azokat a problémákat, amelyek az intézeti ellátásban az anyagi források korlátozottsága, a szakember-ellátottság korlátai és egyéb okok miatt régóta fennállnak és valószínűleg fennmaradnak. Félő, hogy, ha egyoldalúan csak a kitagolásra koncentrálunk, akkor az intézetben élő, továbbra is betagolt felnőtt fogyatékos személyeknek az ellátottsági szintje még inkább veszélyeztetve lesz, mint ahogy eddig volt.

A kiscsoportos lakóotthonok létrehozása (a kitagolás egyik eleme) az utóbbi évtizedben jelentősen előrehaladt, az eddigi tapasztalatok számosak, sokoldalúak és jól dokumentáltak (Lányiné [szerk.] 2002). Lassan már arra is mód lesz, hogy a működésükkel kapcsolatos szisztematikus összehasonlító hatásvizsgálatokat el lehessen végezni.

Az iskola

A család mellett az oktatási intézmények jelentik a fogyatékos emberek képzésének, társadalomba illesztésének, szocializációjának másik fontos színterét. A korábban tárgyalt családi körülményeknek ugyanakkor természetesen messzemenő következményei vannak a fogyatékos emberek iskolai életére nézve is.

A fogyatékos emberek egyik meghatározó iskolai jellemzője az, hogy a globális statisztikai adatok szerint iskolai végzettségük lényegesen alatta marad az épekének (Lakatos et al. 1988).

A fogyatékosok gyermekekkel foglalkozó iskolák alapvető vonása, hogy az összes fogyatékos személy, de különösen a nem értelmi fogyatékos személyek esetében az iskolarendszer Magyarországon többnyire erősen specializált és izolált intézményekben képi a fogyatékos embereket. A vak, a gyengénlátó, a siket, a nagyothalló, valamint a mozgássérült személyek számára külön-külön iskolák léteznek az alapfokú képzésben.

Ennek a specializált és izolált képzésnek történetileg érthető okai vannak (lásd Gordosné in: Illyés [szerk.] 2000), és a specializált iskolák létrehozása a fogyatékos személyek egyes alcsoportjai részére határozottan progresszív törekvés volt a múlt században és a századelőn, hiszen a kor viszonyai között ez látszott a szakszerű gyógypedagógiai eljárások megvalósítása legjobb intézményi keretének (Gordosné – szerintem is jogosan – pozitív diszkriminációnak tekinti ezen intézmények akkori létrehozását, 335. o.).

Ugyanakkor az izolált iskolák – miközben az oktatási feladatokat megfelelő, sőt kiváló színvonalon képesek ellátni – éppen a fogyatékos emberek társadalmi beilleszkedése szempontjából gyakran akadályokat állítanak az érintettek elé. A társadalom egészétől elkülönítetten nevelt tanulók ugyanis nehezen ismerik ki magukat, nehezen igazodnak el a fogyatékosághoz kötődő szűk szubkultúra határain kívül, a szokásos emberek társadalmában, és társadalmi előmenetelükben sokoldalúan megcsínnylik azt, hogy kora gyermekkoruktól csak a többségi társadalomtól elkülönített élethez szoktak hozzá.

Az oktatásbeli izoláció munkahelyi és egyéb társadalmi következményei a fogyatékosok számára nyilvánvalóak és sokoldalúak. Mint a (viszonylag kevésbé izolált, hiszen jelentős arányban normál iskolai osztályokban tanuló) hallássérült személyek munkahelyi beilleszkedésével kapcsolatban olvasható: „(a beilleszkedési problémák) ... fő oka a hiányos, nem kielégítő kommunikációs készség. Nem is annyira a munkafolyamathoz szükséges érintkezésben jelent ez gondot, mint inkább az

emberi, kollegiális kapcsolatok kialakulásában, amely sokszor megoldhatatlan munkahelyi konfliktusokhoz vezet” (Virágh 1985, 53. o.).

A fogyatékosok izolált nevelése a gyógypedagógus szakma izolációját is magával hozta. Ahogy Stollár fogalmaz: „... a gyógypedagógia fejlődésének kezdeti szakaszán – az önálló tudománnyá fejlődés megteremtése miatt – túlzottan izolált oktatási, nevelési rendszert alakítottunk ki. Ebben erőteljes hangsúlyozást kapott a normálistól való eltérés. E folyamat eredményeként nemcsak a gyógypedagógiai oktatási rendszer különült el az általános iskolától, hanem a gyógypedagógusok és a »normál« pedagógusok között is az ellentétekig fajult az elkülönülés. Ennek negatív hatásait elsősorban a fogyatékos ember érezte és érzi a mai napig is” (Stollár 1985, 139. o.).

Az alapfokú oktatás

Szociológiai szemszögből különösen az enyhe fokban értelmi fogyatékos gyermekek iskolai képzésének egyik problematikus eleme az iskolai szelekció, illetve kontraszelekció működése. Már évtizedek óta az jellemzi a fogyatékos fiatalok alapfokú képzését, hogy az összesen mintegy 2500-3000 látási, hallási, mozgás-, beszéd- és halmozottan fogyatékos gyerek mellett ennek a létszámnak körülbelül kilenc-tízszeresét teszi ki az értelmi fogyatékos gyerekek iskoláiban tanulók száma. Ezen belül is a gyermekeknek a 90%-a az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek iskoláiban vagy a számukra az általános iskolákban elkülönített speciális osztályokban tanul. Miközben azonban a közepesen súlyosan és a súlyosan értelmi fogyatékos gyermekek iskolai létszáma nem változik, erősen hullámzik az enyhe fokban értelmi fogyatékos fiatalok iskolai népessége. Az „1954/55. és 1974/75. tanév között, vagyis 20 év alatt a gyógypedagógiai intézményekbe járó értelmi fogyatékos gyerekek százalékos gyakorisága több mint megnégyesződött (4,4-szeresére nőtt) ... Az elmúlt 10 évben a gyakorisági érték 2,1-szeresére növekedett” (Czeizel et al. 1978, 35–36. o.). 1988/89-ben még mintegy 32 500 enyhe értelmi fogyatékosnak minősülő gyereket képeztek a speciális alapfokú iskolák, 1991/92-re a számuk 26 700 fő körülire csökkent, azután pedig, folyamatos növekedést mutatva, az ezredfordulóra mintegy 31 800-re emelkedett (forrás: Művelődési és Köznevelési Minisztérium). Ennek a tanulói körnek, illetve az őket képző intézményeknek a helyzete régóta a gyógypedagógiai szociológiai vizsgálatok előterében áll.

A Budapest-vizsgálat eredményeit közreadó kötet (Czeizel et al. 1978) volt az egyik tényfeltáró mű, amely az alapvető tisztázó viták kiindulópontjává vált. „Az értelmi fogyatékosok kóreredete a »Budapest-vizsgálat« tükrében” című kutatás egyik számunkra legizgalmasabb eredménye az, hogy megmutatta: az enyhe fokban értelmi fogyatékos fiatalok képzésére létrehozott kiegészítő iskolákban a gyerekek jelentős aránya nem értelmi fogyatékos. „Ha 70-es IQ-nál húzzuk meg a határt a normalitás és a fogyatékoság között, és csak a pszichometriai szempontok szerint kategorizálunk, akkor a kiegészítő iskolai populációnak csak 49,3%-a minősül értelmi fogyatékosnak és 50,7%-a a határeset-retardált csoportba került, sőt 12% átlagosnak minősülne...”.

A szokásos iskolákban tanulókhöz viszonyítva bizonyítottan szociálisan hátrányos helyzetű kiegészítő iskolások esetében a vizsgálat azt tapasztalta, hogy ezeknek a gyerekeknek mintegy 51%-a korábban sem bölcsődébe, sem pedig óvodába nem járt, 29%-uk pedig csak óvodába járt, ami rendkívül alacsony szám a budapesti óvodáskorúak egészéhez viszonyítva, hiszen a teljes óvodáskorú népesség 70%-a járt óvodába a 70-es években. Az adatok szerint a kiegészítő iskolákban tanulók gyermekei az általános iskolásokhoz képest társadalmilag alacsonyabb státusú családi háttérrel rendelkeztek, alacsonyabb volt szüleik iskolai végzettsége, beosztása és jövedelme is.

A kiegészítő iskolákkal kapcsolatos másik izgalmas kutatást a Csanádi—Ladányi—Gerő szerzőhármass végezte. A Budapest vizsgálat eredményeit és saját kutatásuk anyagát értelmezve ők a következő konklúzióra jutottak:

„A kiegészítőbe járóknak három nagy típusát látszik érdemesnek megkülönböztetni:

- Tanulói között egyrészt a viszonylag súlyosabb diagnózissal érkező, de aránylag magasabb társadalmi státusú és jobb körülmények között élő családok gyermekeit találjuk. Ezen gyerekek többsége a kiegészítő iskola jelenlegi átlagánál súlyosabban fogyatékos. ...
- Ide járnak másrészt azok, akiknek családi-társadalmi helyzetét egész életükben (rendszerint már a szülők életében is) olyan mértékű elesettség jellemezte, hogy mire iskolába kerültek, már behozhatatlan elmaradásokat »szereztek«. Ezen hátrányok egy része látszólag »termé-

szeti» eredetű (születés előtti és születéskor szerzett károsodások, gyerekkori betegségek stb.), az adatok azonban azt a feltevést látszanak igazolni, hogy még az ilyen típusú hátrányok eloszlása sem véletlenszerű, hanem a kirívóan rossz szociális helyzet és az egészségügyi ellátás ... problémái az ilyenfajta károsodásokat is jobban valószínűsítik a hátrányos helyzetű gyerekeknél.

- A kisegítő iskola harmadik forrását azok a gyerekek képezik, akiknek áttelepítése véleményünk szerint elkerülhető lett volna. Itt már nemcsak arról van szó, hogy ... bizonyos társadalmi háttérből érkező gyerekek iskolás korig gyakrabban károsodnak, hanem arról, hogy jelenlegi iskolarendszerünk nincs felkészülve a hátrányban lévők felzárkóztatására, ezért a kirívóan hátrányos helyzetűek, akik nemcsak az otthon megszerezhető tudás vonatkozásában vannak leginkább lemaradva, de értékeikben és magatartásnormáikban is legjobban különböznek a »többiektől«, úgynevezett kisegítő iskolába különíti el, egy osztályba zárva őket a valóban fogyatékos gyerekekkel” (Csanádi et al. 1978).¹⁵

A Zala megyei vizsgálat tapasztalatai teljesen egybecsengnek ezekkel a megállapításokkal. Mint ahogy azt 1990-ben összegzően megállapítottam: „...azt láttuk, hogy (az általános iskolai rejtett szociális szelekció egyik aspektusaként) a gyenge társadalmi csoportból származó gyerekeknek nagyobb esélyük van arra, hogy az általános iskolából a számukra nem adekvát kisegítő iskolai szintre irányítsák őket, mint az erősebb társadalmi csoportokból származó gyerekeknek. A létező áthelyezési mechanizmus az általános iskola szintjén nem képes gátját szabni ennek a nem pedagógiai és nem gyógypedagógiai szempontú, hanem az ezeket a dimenziókat magában foglaló, ezeket ideologikusan alkalmazó társadalmi szelekciónak. Ez a társadalmi szelekció az iskolai-pedagógiai dimenziók szempontjából kontraszelekció” (Bánfalvy 1990, 194. o.).

A hivatalos intenciókkal ellentétben azt tapasztaltuk, hogy:

1. az általános iskolában nemcsak ép értelmű gyerekek tanulnak, hanem olyan enyhe fokban értelmi fogyatékosok is, akiket az általános iskola beilleszthetőnek vélt a normál gyerekek közé;
2. az általános iskolából nemcsak enyhe fokon értelmi fogyatékos gyerekeket irányítottak a kisegítő iskolákba, hanem az olyan ép értelműeket is, akiket az általános iskolai pedagógusok nem tudnak, illetve nem próbálnak beilleszteni az általános iskolai osztályokba;
3. a kisegítő iskolákban olyan közepesen súlyosan értelmi fogyatékos gyerekek is vannak, akiknek „túl jó” a kisegítő iskola képzési szintje.

Lányiné hasonló konklúzióra jutott a Zala megyei vizsgálat során az e sorok szerzőjével folytatott vitában. Szavait idézve: „A hátrányos helyzetű rétegek gyerekeinek induló művelődési esély-egyenlőtlenségét az iskola nem tudja kompenzálni, így elsősorban ők kerülnek a követelményeket nem teljesítők közé. A kisegítő iskolában a hátrányos helyzetűek többsége általánossá vált” (Lányiné 1986, 108. o.).

Elemzésünkben azt tapasztaltuk, hogy a fentiek alapvetően két dologtól függtek: a gyerekek származásától, illetve családi háttérétől és az iskolai pedagógusoknak a gyerekekkel kapcsolatos értékelésétől. Előnyös feltételek mellett a gyerekek gyakran a pedagógiailag indokoltnál egy iskolai szinttel feljebb, előnytelen helyzetben egy szinttel lejjebb kerültek. Egy egyszerű sémán a következőképpen ábrázolhatók az elmondott esélyek:

¹⁵ A különféle fogyatékossgal élő gyerekek speciális iskoláiban tanulók társadalmi összetétele nemcsak jelenleg, de már a II. világháború előtti időszakban is eltérő volt. Az 1926/27-es év tanügyi statisztikái szerint az egyes iskolatípusokban tanuló fogyatékos fiatalok származás szerinti összetétele a következőképpen alakult (Klug—Simon 1927 alapján számítva. Az Összesen adatok a többi foglalkozási-származási csoportot is tartalmazzák):

Iskolatípusok	Foglalkozások		
	Tisztviselő	Napszámos	Összes
Süket gyerekek iskolája	42 (4%)	212 (20%)	1007 (100%)
Vak gyerekek iskolája	56 (12%)	124 (26%)	473 (100%)
Kisegítő iskola	44 (5%)	413 (49%)	838 (100%)

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A pedagógus véleménye	A családi háttér	
	Támogató	Nem támogató
Támogató	1 szinttel feljebb	Megfelelő helyen
Nem támogató	Megfelelő helyen	1 szinttel lejjebb

Ily módon az ép gyerek – a két alapfeltétel egybejárásától függően – kerülhetett az általános iskolába, de kerülhetett a kisegítő iskolába is, mint ahogy az enyhén értelmi fogyatékos gyerek is lehetett az általános iskolában, a kisegítő iskolában, sőt a súlyosabban értelmi fogyatékosok iskolájában is. A súlyosan értelmi fogyatékos gyerekek is volt esélye arra, hogy pozitív családi jellemzők és pozitív pedagógusi minősítés nyomán ne a számára adekvát gyógypedagógiai szinten, hanem a kisegítő iskolában tanuljon.¹⁶

Az Életminőség '95 vizsgálat adatai is pregnánsan bizonyítják, hogy az értelmi fogyatékosnak minősített gyerekek egy része meglepően magas iskolai és szakmai kvalifikációs szintig képes eljutni élete során. Meglepő, hogy a vizsgálat során a mintába került enyhén értelmi fogyatékos fiatalok majd ötöde továbbtanult az alapfokú oktatás után, minden tizedik pedig szokásos középiskolába került. Viszonylag ennél kevesebben, de a vártnál többen értek el ilyen magas tanulmányi előmenetelt a súlyosabban értelmi fogyatékos gyerekek, s különösen meglepő a kérdezőbiztosok által súlyosan értelmi fogyatékosnak minősített személyek magas továbbtanulási aránya. Az is kiderült azonban, hogy az iskolai karrier szignifikáns összefüggésben van a családi háttérrel, például az apák iskolai végzettségével. Az adatok tanúsága ez esetben is az volt, hogy az iskolázottabb apák gyerekei sikerebbek az általános iskolában, mint az iskolázatlanabb apáké, még közel azonos jellegű és fokú fogyatékoság esetén is. Ez nemcsak az általános iskola, hanem a továbbtanulás esetében is igaz (Bánfalvy 1995).

A művelődési miniszter 15/1988./VIII.1./ MM-rendelete a testi, az érzékszervi, az értelmi és a beszéd fogyatékos gyerekek óvodai nevelésével, valamint iskolai nevelésével, oktatásával kapcsolatos eljárásokról részletesen újrászabályozta a témánk szempontjából fontos kérdéseket. Az új rendszer kezdeményei azonban az 1985-ös oktatási törvényig nyúlnak vissza. Miben álltak az új szabályozási elvek?

Mindenekelőtt megszűnt a kisegítő iskola elnevezés. Az enyhe fokon értelmi fogyatékos gyerekek nevelésére hivatott iskolát ma már ugyanúgy általános iskolának nevezik, mint a normál általános iskolát. A névváltoztatással többek között az volt a cél, hogy a kisegítő iskolához tapadó negatív társadalmi megítélést felszámolják, és elejét vegyék a fogyatékos gyerekeket és családjaikat sújtó stigmatizálódásnak.

Szociológiai aspektusból tekintve azonban a kisegítő iskola és a normál általános iskola névbeli összemosódása veszélyesnek tűnik. Bár igaz, hogy a stigmatizálás ellen hat, ugyanakkor talán még a korábbinál is könnyebbé tette a nem értelmi fogyatékos, de az általános iskolából kiszoruló és gyenge társadalmi csoportokból származó gyerekeknek a kisegítő iskola felé való sodródását. A név egybe-
mosódása következtében még inkább megvan az esély arra, hogy a rosszul informált, az iskolát és az iskolai tudást alacsonyan értékelő és a gyerekek iskolai előmenetelét nem ambicionáló szülők nem értelmi fogyatékos gyerekei olyan iskolába kerülnek, amely nem e gyerekek képességeinek megfelelő szinten oktat, és amely korlátjává válik majd az életben, a társadalomban való előrejutásuknak.

¹⁶ A pszichológiai és a pedagógiai diagnosztika oldaláról, a tesztek használhatósága kapcsán Lányiné a következőképpen fogalmaz (in Torda [szerk.] 1992, 9–10. o.): „Szociológusok sem tagadják, hogy a gyermekek képességei nem egyformák, s hogy a társadalmi munkamegosztás különböző helyei különböző képességű és képzettségű embereket igényelnek. Ilyen értelemben indult el a maga idejében a tesztek szelekciót kiszolgáló funkciója. Azonban hamar bebizonyosodott, hogy a tanulmányi szelekcióból szinte feltartóztathatatlanul társadalmi szelekció lett és hogy ez a társadalmi szelekció sokkal korábban elkezdődik, mint ahogy erre valójában szükség volna. Bár hazánkban az általános iskola létrehozásának szándéka és deklarált célja szerint nem szelektáló, hanem egységes képzést nyújtó intézmény, mégis hazai vizsgálatok tanúsága szerint is, falai között is érvényesül a társadalmi szelekció. Éspedig nemcsak abban az értelemben, hogy az értelmi fogyatékosokat oktató iskolák felé szelektál és elsősorban a társadalmi ranglétra alsó szintjén álló rétegek gyerekei közül. Hanem abban az értelemben is, hogy az időközben kialakult „tagozatos” osztályokban is leképeződik a társadalmi rétegződés, a magasabb státusú családok gyermekei felülreprezentálva vannak jelen ezekben az osztályokban, mintha az állami gondozott gyerekek és hátrányos a szociális helyzetű rétegek gyermekei között nem volnának nyelvi, zenei szempontból tehetségesek, vagy kiemelt sportra alkalmasak.”

Az új szabályok gyakorlati működését elemezve azt is tapasztaltuk, hogy „... létezik egyfajta új kisegítő iskolai (speciális általános iskolai) ideológia. Ennek az a lényege, hogy elismerik ugyan (és ez azért nagy változás a néhány évvel ezelőttihez képest), hogy a speciális általános iskolákban a debilis gyerekeken kívül jelentős számban találhatók nem értelmi fogyatékos tanulók is, ám a pedagógusok azt hangoztatják, hogy mivel az általános iskolák nem képesek befogadni ezeket a gyerekeket, és mivel nincs az iskolarendszerben olyan köztes intézmény, amelyben a nem értelmi fogyatékos, de az általános iskolai követelményeket nem teljesítő gyerekek tanulhatnak – ezért ezeknek a gyerekeknek a kisegítő iskola a legadekvátabb intézmény. ... A legtöbb interjúalany azonban világosan látja ennek az ideológiának azt a jellemzőjét, hogy

1. elleplezi a speciális általános iskolai pedagógusok előnyszerzési törekvéseit azáltal, hogy humanitárius mázba önti azt,
2. a nem fogyatékos gyerek számára lehetetlenné teszi a többi éppel egyenértékű tudás és ismeret megszerzését, és ezáltal határt szab a későbbi életpályájukon is, továbbá
3. rontja a valóban értelmi fogyatékos gyerekek adekvát iskolai osztályokban való képzésének a feltételeit” (Bánfalvy 1990, 216–217. o.).¹⁷

Az élet azt is bebizonyította, hogy a névváltoztatás magukra a valóban fogyatékos emberekre nézve is hátrányos lehet. Sok esetben, amikor a fogyatékoság speciális elbánást, odafigyelést, esetleg privilégiumokat eredményezhetne, az é többségi társadalom – nem értesülve az érintettek fogyatékoságáról – úgy bánt a fogyatékos személyekkel, mintha azok épek lennének. Sokszor jönnek létre például megalázó helyzetek a katonai sorozások alkalmával, amikor a sorozásra berendelt értelmi fogyatékos fiúkat megszégyenítő módon a sorozás helyszínéről kell hazaküldeni, hiszen ott válik csak nyilvánvalóvá a behívott személy fogyatékosága és katonai alkalmatlansága.

Mint ahogy a jogi és intézményi szabályozás kompetenciáját illetően 1990-ben fogalmaztam: „Összegzően úgy értékeljük a jogszabály-változtatást és az áthelyezés intézményi kereteinek az átalakítását, mint tisztességes, komoly és heroikus kísérletet abban az irányban, hogy megmentse az általános iskolában szociokulturális okokból kudarcot valló gyerekeket az értelmi fogyatékos gyerekek számára működő iskolába történő áthelyezésétől. Ugyanakkor ebben az esetben is kétséget kizáróan bebizonyosodik, hogy a valóságos társadalmi esélyegyenlőtlenségeket nem lehet még a legjobb jogi beavatkozás révén sem semmissé tenni; a valóság brutálisan cselez ki minden olyan jogi szabályt, amely ellene kíván szegülni” (Bánfalvy 1990, 228–229. o.).

Nemcsak névváltoztatás történt azonban 1988-ban, hanem megváltoztatták az újabban általános iskolának nevezett egykori kisegítő iskolában szerzett képesítés hivatalos jogi elismerhetőségének szabályait is. A kisegítő iskola annak idején a nyolcéves képzés alatt nyíltan hat általános iskolai osztály szintjének megfelelő képzést adott a kisegítő iskolai tanulóknak, és a korábbi jogi szabályozás értelmében a kisegítő iskolát elvégzettek nem léphettek ezzel a képesítéssel a középiskolába. Az 1988-as jogszabály – bár a kisegítő iskolai tananyag tartalmi szempontból alapvetően nem változott és alatta maradt a normál általános iskolák tananyagának – a kisegítő iskolai végzettséget az általános iskoláéval egyenértékűnek ismerte el, és ugyanúgy megadta a lehetőséget az ilyen képzettségűek középiskolai továbbtanulására, mint a normál általános iskolát végzett gyerekek számára. Ez több szempontból is pedagógiai abszurdum ugyan, a gyakorlat azonban azt bizonyítja, hogy a korábban enyhe fokon értelmi fogyatékosnak minősített és az önálló életvezetésre csak korlátozottan képesnek tartott gyerekek jelentős része megállja a helyét a középiskolában, a munka világában és a társadalomban.

Egy követéses mikrovizsgálatban szereplő volt kisegítő iskolai tanulók 72%-a segéd- vagy betanított munkásként volt képes elhelyezkedni és 16%-uk vált továbbtanulva szakmunkássá (Gyenes—Pajor). Ez egyfelől mutatja a kisegítő iskolát végzettek munkaerőpiaci esélytelenségét, de másfelől azt is, hogy a kisegítő iskolai tanulók egy része magas kvalifikációs szintre is képes eljutni – erősítve azokat a

¹⁷ A hivatkozott 1988-as jogszabály egyébként szakmailag furcsa felfogást tükrözött, amikor a kisegítő iskolába helyezett gyerekek általános iskolába való visszahelyezésének lehetőségéről a következő szabályozást hozta: „Az enyhén értelmi fogyatékos tanuló áthelyezésének indokoltságát a felülvizsgáló bizottság az áthelyezést követő második tanévben hivatalból megvizsgálja. Hogyha az áthelyezés indokoltsága megszűnt (sic!), a tanuló a következő tanévet a körzeti vagy a választott általános iskolában kezdi meg.”

bizonyítékokat, hogy a kisegítő iskolát végzett gyerekek egy része gyógypedagógiai-orvosi értelemben nem értelmi fogyatékos fiatal. Ugyanebből a kutatási beszámolóból az is kiderül, hogy a volt kisegítősek mintegy 21%-a nő, 25%-uknak gyereke van, és 43%-uk családi vagy önkormányzati segély nélkül, önállóan elboldogul. Stollár szerint „az értelmi fogyatékosok 80%-a kerül vissza spon-tán módon a normál közösségbe. ... ez a kategória felnőtt korában megtagad minden kapcsolatot iskoláskori fogyatékos múltjával, semmiféle adatot nem szolgáltat önmagáról, amivel fogyatékosága iránt érdeklődnek, mert önmagát nem tartja fogyatékosnak” (1985, 145. o.). Ezzel egybecseng egy, az 1980-as években végzett másik kutatás tapasztalata, amelynek szerzői úgy vélik, hogy „nincsenek ugyan megbízható adataink arról, hogy mi történik azokkal a kisegítő iskolát elhagyó fiatalokkal, akik nem tanulnak tovább (és ez a többség), hanem többnyire családi segítséggel munkába állnak, majd családot alapítanak. Annyi azonban bizonyos, hogy jelentős részük „felszívódik” a társadalomba, mintegy önmaga oldja meg önnön rehabilitációját” (Gayerné—Krausz—Hatos 1985, 17. o.). Kemény ehhez még azt is hozzáteszi, hogy kutatásaik során „komoly nehézséget jelentett, sokszor sikertelen volt [az adatfelvétel] elsősorban a kisegítő iskolát végzetek esetében, amit jól érthetően magyaráz a sikeresen beilleszkedettek ellenkezése megbélyegző kisegítő múltjuk felidézése miatt. Az adatfel-vevők nemegyszer találkoztak olyan esettel, amikor sem a munkahely, de még a házastárs sem tudott a kisegítő iskolás múltjáról, és ilyenkor általában a felmérést eredmény nélkül félbe kellett hagyni a kooperáció hiánya miatt” (Kemény 1985, 495. o.).

Az Életminőség '95 vizsgálatban kiderült, hogy a felnőtt enyhén értelmi fogyatékosnak minősített férfiak több mint egyharmada volt katona, és 7,5%-uknak jogosítványa van. Ez a két tény is azt mutatja, hogy az értelmi fogyatékos személyek közül sokan képesek normál életvitelre, és teljesen „fel-szívódhatnak” a normál társadalomban.

A fogyatékos emberek számát és arányát illető, korábban már idézett számszerű kimutatások is azt teszik nyilvánvalóvá, hogy felnőtt korban az enyhén értelmi fogyatékos személyek olyan nagy arány-ban és olyan nagymértékben vegyülnek el az ép társadalomban, hogy jelentős részüket nem lehet többé fogyatékos személyként fellelni. Miközben ugyanis az iskolázási adatok szerint a fogyatékos fiatalok 90%-a az értelmi fogyatékos gyermekek iskolájába jár, az összes fogyatékos ember között az értelmi fogyatékos személyként nyilvántartottak aránya csak mintegy 8%. A fellelhető értelmi fogyatékos személyek a fogyatékossgal élő teljes populáción belüli aránya tehát az iskolából az életbe átmenve megfordul (lásd Művelődési és Köznevelési Minisztérium statisztikái, illetve A Népeség egészségi állapota KSH 1989).

A fogyatékossgügy tehát az iskola keretein kívül és belül is állandóan keverten tapasztalja meg a gyógypedagógiai, az orvosi, a pszichológiai, az államigazgatási és a szociális hatások működését és eredményét. A fogyatékossgügy szociológiailag értelmezhető aspektusok által meghatározott, még a látszólag tiszta pedagógiai helyzetekben is. Nemcsak az általános, illetve a kisegítő iskolai tapasztalatok, hanem a fogyatékos személyek középfokú oktatásbeli lehetőségei is ezt mutatják. Az izoláción túl, és az általános iskolai kontraszelekcióval szoros összefüggésben a fogyatékos fiatalok iskolai életének ugyan-is az a további gondja, hogy a legtöbb fogyatékos fiatal számára de facto korlátozottak a középiskolába, de még inkább a felsőfokú oktatási intézményekben való továbbtanulás lehetőségei. Vagyis a fogyatékos személyek a továbbtanulás tekintetében hátrányos helyzetben vannak az épekhez viszonyítva.

A középfokú oktatás

Az általános iskolai tanulási körülmények eleve megszabják a fogyatékos fiatalok számára a középiskolai továbbtanulás esélyét és útjait is. Az egyéb fogyatékossg kategóriáknál nem rosszabb (az értelmi fogyatékos és a vak fiatalokéinál kifejezetten jobb) intézményes középiskolai továbbtanulási lehetőségekkel rendelkező siket és nagyothalló gyermekeket például az jellemzi, hogy „a hallássérültek általános iskoláiban végzett növendékek szinte valamennyien tovább tanulnak.... A siketek és nagyothallók többsége szakmunkásképző iskolákban tanul tovább. Minden évben 2-3 siket és 5-6 nagyothalló tanuló kerül közvetlenül gimnáziumba vagy szakközépiskolába.” ... „Gimnáziumba csak néhány kivételes képességű hallássérült fiatal jelentkezik. ... A gyakorlatban a legjobb képességű hallássérült fiatalok a szakmunkás-bizonyítványt megszerezve, esti vagy levelező tagozaton végzik el a dolgozók gimnáziumát” (Virágh 1985, 14. o.).

Az 1985. évi I. törvény kimondta, hogy gondoskodni kell a középfokú oktatásban a fogyatékossguk miatt együtthaladásra képtelen fiatalok pályaalkalmasságuk szerinti továbbtanulásáról. E gondolat

egyik legfontosabb szolgáltatója a speciális szakiskolák intézménye, amely kétéves középfokú, csökkentett tananyagú szakmai képzést adva hivatott elősegíteni az értelmi fogyatékos emberek elhelyezkedését. (A 86. paragrafus 1. pontja leszögezi: „A speciális szakiskola a többi középfokú iskolában tanulókkal fogyatékoságuk miatt együttthaladásra képtelen fiatalok számára a képességüknek megfelelő szakmákban, illetőleg betanított munkakörben való elhelyezkedést elősegítő képzést nyújt.” A 4. pont szerint: „A speciális szakiskolában szerzett bizonyítvány szakmunkási, illetőleg betanított munkakör betöltésére képesít.”) Az 1990. évi XXIII. törvény 28. paragrafusa megnyitja ezt az iskolatípust a normál általános vagy középiskolában alacsony teljesítményt nyújtó tanulók számára is, ami a fogyatékos és a nem fogyatékos tanulók összevonásához vezet az iskolatípuson belül. („A speciális szakiskolában azok a fiatalok tanulhassanak, akik nem fogyatékosok, de szakközépiskolában vagy szakmunkásképző iskolában nem tudnak a tanulmányi követelményeknek eleget tenni.”)

A speciális szakiskolák kapcsán 1994-ben így fogalmazta meg a véleményét a budapesti helyzetet leírva egy, a szakiskolák egyikében oktató kolléga: „1989 előtt a tanulók zöme el tudott helyezkedni, vagy annál a vállalatnál, ahol a betanított munkási oklevelet szerezte, vagy a környezetében lévő gyárban, üzemben, abc-ben, parkfenntartónál stb. A gazdaság összeroppanása óta ez szinte majdnem lehetetlen.

Először is baj, hogy tanulóink csak betanított munkási oklevelet kapnak. Ez ma egyenlő a semmi-vel. A másik baj, hogy a képzés tanműhelyek nélkül, szakoktatók nélkül történik. A gazdálkodó szervek sem minden esetben ... tartják fontosnak a képzést. Ingyen munkaerőt látnak a tanulóban, aki minden munkát elvégez. Nincs fogyatékosokra vagy nagyon gyenge tanulókra kidolgozott (szakmai) tanterv. ... a speciális szakiskola, mint az oktatás periferiáján elhelyezkedő szervezet kiesik a fenntartó látószögéből. ...

A tanulók elhelyezkedése csak abban az esetben sikerül, ha a szülő saját gyermekét magánzóként alkalmazza, vagy ismerős, barát stb. szívességből felveszi. ...

A szakiskolában dolgozó pedagógusok, gyógypedagógusok, szakoktatók képzése megoldatlan, sőt még a főiskolán sincs kimunkálva.” (Vulturé írásos beszámolója, A speciális szakiskolai tanulók elhelyezkedési esélyei Budapesten, Göllész Viktor archívumából.) A beszámoló végül megemlíti, hogy az 1993/94-es tanévben végzett 30 tanuló közül 1994 októberéig 3 főt vettek fel a szakmunkásképzőbe, és hozzáteszi: „... ezek mind gyenge képességű, általános iskolából jött gyerekek. Három főt felvettek védett (alapítványi) munkahelyre, szülő intézte el, mert pedagógusok (általános iskolában illetve Tanítóképző Főiskolán dolgozik a papa). A többi cselleng és csendben visszafejlődik, vagy »bűnöz«. A helyzet majdnem kilátástalan számukra és számunkra.” A keszthelyi speciális szakiskolai tapasztalatok sem egyértelműen jók. Egy tanulmányból kiderül, hogy az iskolába járó gyerekek összetétele heterogén: „Szakiskolánk más középiskolai és szakmai oktatásból kiszorult, hátrányos helyzetű, enyhe fokban értelmi fogyatékos, valamint állami gondozás alatt álló fiatalok szakmai képzésével foglalkozik” (Kaszásné 1993, 118. o.).

A következőképpen jellemezte a fogyatékos és sérült emberek szakképzésének helyzetét a Munkaügyi Minisztérium egy 1995-ös vitaanyaga: „Az állam és a társadalom szerepvállalása ... fokozottabban merül fel a fizikailag vagy szellemileg sérült emberek vonatkozásában. Hazánkban, szakértő becslések szerint a népesség 9-10%-a, tehát 900 ezer – 1 millió ember veleszületett rendellenesség, betegség vagy sérülés által keletkezett – legtöbb esetben nemcsak átmeneti – testi, lelki vagy szellemi egészségkárosodásban szenved, s fogyatékoságuk meggátolja vagy nagymértékben korlátozza a társadalmi munkamegosztásba történő beilleszkedésüket.

Sokan közülük a képzési feltételek hiánya miatt tényleges képzési esélyhez sem jutnak. Másrészük be tud kapcsolódni a szakképzési rendszerbe, azonban az ott megszerzett szakmai ismeret – annak korszerűtlen tartalma vagy alacsony munkaerőpiaci értéke miatt – nem teszi lehetővé a munkaerőpiacba történő beilleszkedést. A szakmai követelmények elsajátításához szükséges feltételek mellett biztosítani kell mindazon szolgáltatásokat, amelyek lehetővé teszik e réteg számára a munkaerőpiaci integrációt” (MÜM, 1995). Mikeczné megállapítja, hogy „a felkészítéshez szükséges gyakorlati oktatást ma már nem vállalják az üzemek. Együttműködési megállapodások hiányában az iskolák saját műhelyeikben vagy a környezet kínálta lehetőségeket kihasználva, maguk oldják meg a gyakorlati képzést” (1993, 106. o.). Vulturét idézve hozzáteszi azt is, hogy „az 1986 óta élő speciális szakiskolának, mint iskolatípusnak még egyetlen tankönyve sincs! Ez a tény tankönyvpótló jegyzetek írásával és különféle iskolatípusok tankönyveinek beszerzésével, szelektálásával terheli a tanulókat és a tanárokat” (109. o.).

Az 1990-es évek sok tekintetben jelentettek fordulatot a magyarországi oktatási rendszerben, ezen belül a szakképzésben. A speciális oktatási és nevelési szükségletű gyerekek képzésében azonban inkább a folyamatosság és az ezen belül bekövetkezett formai átalakulás, semmint a radikális tartalmi és strukturális változás a jellemző. A speciális képzési szakiskolák változatlan jellemzője, hogy

- mostoha körülmények között működnek,
- az intézmények falain belül keverten találhatók a pedagógiai és a szociális okokból a más intézményekből kiszorult fiatalok,
- bizonytalan az iskolák pedagógiai feladata, és tisztázatlan az ott dolgozó szakemberek kompetenciája.

Ezekben az iskolákban olyan fiatalok tanulnak, akik más képző intézményekből kiszorultak. Olyan iskolákról van szó, amelyek a szakképzés főáramán kívül vannak. (Az enyhén értelmi fogyatékos fiatalok speciális szakiskolái mellett léteznek képességefejlesztő szakiskolák is a közepesen súlyosan értelmi fogyatékos személyek részére, de ezekben semmi néven nevezendő szakképzés nem folyik. Az értelmi fogyatékos fiataloknak működő szakiskolák mellett létrejöttek az épek szakiskolái is, ahová az eredeti elképzelések szerint a nem fogyatékos, de az egyéb középiskolák követelményeit bármi okból teljesíteni nem tudó fiatalok kerültek. Vannak gépirői szakiskolák, egészségügyi szakiskolák, normál szakiskolák, speciális szakiskolák – ezek eltérő funkciói nem teljesen világosak, statisztikai nyilvánításuk sem teljesen áttekinthető.)

A gyakorlatban az épek és a nem épek szakiskolái nem váltak el mereven egymástól. Mindegyik iskola – bár más-más arányban – tanít mind a két iskolatípusba szánt gyerekeket. Motiválatlan, viselkedési, beilleszkedési zavarokat mutató, részképesség-hiányban szenvedő, deviáns vagy bárely más tanulási kudarchoz vezető jellegzetességet mutató fiatalok számára kialakított iskolák ezek.

A középiskolák nem úgy reagáltak a 90-es évek közepén demográfiai okokból megnőtt tanulólétszámmra, hogy minden iskolatípusban bővült volna a felvételi keretszám, hanem úgy, hogy a mennyiségi többletet aránytalanul nagy számban a szakiskolákba és a szakmunkásképzésbe irányították. A szakiskolákban tanulók létszáma és aránya a középiskolák korú népesség számának emelkedésével egy irányban, de azt messze meghaladó mértékben változott, és így a 90-es évek közepéig a szakiskolákban tanulók száma gyorsan emelkedett. A 90-es években a megnőtt igénynek megfelelően számos iskola (általában általános iskola és emellett szakmunkásképző, illetve szakközépiskola is) látott el szakiskolai feladatot. Az évtized második felében aztán, a tanulólétszám és az igények csökkenésének megfelelően, ezen iskolák az ilyen jellegű feladatot fokozatosan hagyták el, így csökkentve a statisztikákban nyilvántartott intézményszámot.

A szakiskolák elterjedtsége országosan egyenetlen, megyénként eltérő népszerűségnek örvend ez a típusú intézmény, jelezve, hogy a normál iskolák eltaszító ereje eltérő, és az eltaszítás során másfajta befogadási intézménytípusok léteznek az ország megyéiben.

SZAKISKOLÁK ÉS OSZTÁLYTERMEK SZÁMA AZ 1997/98-AS TANÉVBEN*

Megye	Az intézmények száma	Az osztályok száma	Teljes középiskolás létszám**
Budapest (főváros)	21	78	94 783
Fejér	10	19	15 617
Győr-Sopron	2	3	17 234
Komárom-Esztergom	8	14	11 438
Szabolcs-Szatmár	8	30	19 581
Borsod	8	21	29 100
Nógrád	3	12	6 547
Egész ország	127	339	386 579

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

** 1999/2000. Forrás: Az OM statisztikái

Itt is érvényesnek látszik az a tapasztalat, amit a korábbi kutatások során a kisegítő iskolákkal kapcsolatban nyertünk: döntően nem a szakiskolára szorulóknak számától függ a szakiskolák befogadó kapacitása, hanem a befogadó kapacitástól a szakiskolások száma.

Kik és hogyan kerülnek ezekbe az iskolákba?

1. A tanulók jelentős része gyenge tanuló volt az általános iskolában, és ezért csak ez a középiskola vált számára elérhetővé.

Egy 2000-es vizsgálat adatai szerint a szakiskolában tanulók mintegy 18%-ának volt bukása korábbi tanulmányai során (Bánfalvy 2000[a]). Legtöbbjüket az általános iskola után „oda tanácsolták” tanáraik és családtagjaik, régebben úgy mondták volna, hogy „beszerezték őket”. (A szakiskolások diákok közel 37%-uk számára a család, 12%-uk számára a tanárok adták az iskolaválasztásban a motivációt. Egy másik kutatási beszámoló szerint a tanköteles kort betöltött tanulókra már kevésbé figyelnek oda az iskolák. Feltételezésük szerint a 16. életévet betöltött fiatalok egy része a felnőttoktatásban keres továbbtanulási lehetőséget, másik része munkát próbál vállalni. Pontos információ és adat azonban nem áll az iskolák rendelkezésére ezen rétegről (Kerékgyártó 2001).

2. A tanulók egy másik csoportja korábban „kisegítő iskolába” járt, s így a továbbtanulási esélyei főleg erre az iskolatípusra korlátozódtak.
3. A szakiskolai tanulók harmadik csoportja azokból áll, akik magatartási okból kikerültek a középiskolákból.

Ezek a magatartási problémák nem egyszer a család és az iskola eltérő szociokulturális értékeinek konfliktusaiból adódnak. Farkas az iskola és a tanulók össze nem illése és az ebből adódó iskolai kudarcok kapcsán megállapítja, hogy „Az iskolai kudarc egyik alapvető oka már korábban is a családok és az iskola értékmodellje közötti konfliktus volt. Várható, hogy az elszegényedő, bizonytalan munkaerő-piaci helyzetű rétegek értékmodellje még inkább távolodni fog az iskola által preferált modelltól” (1996, 52. o.).

A szakiskolákban tanulók korösszetételére – mind a három tanulócsoport és az egész iskola esetében egyaránt – az jellemző, hogy sokan vannak a diákok között a „túlkorosak”. Ez a jellegzetesség a fogyatékos fiatalokat képző alsófokú oktatási intézményekben is megfigyelhető ugyan, a középiskola szintjén azonban kirívó. Ez utóbbiban ugyanis a tanulók között a nem tanuló (nem iskolaköteles) korúak igen nagy arányt képviselnek (Bánfalvy 2000[a], Liskó et al 1997). Így a szakiskolák helyzete teljesen más, mint a normál középiskoláké: gyerekek, kamaszok és felnőttek együtt tanulnak, mint az iskolán kívüli képzésben (például a magán nyelviskolákban) szokás, vagy, mint ahogy az a modern iskolarendszer kialakulását megelőző preiskolákban tipikus volt (Aries 1987).

A szakiskolákban tanulók bármely csoportját tekintjük is, elmondható, hogy a tanulóknak a normál iskolákban való meg nem felelése abból adódik, hogy ezek a fiatalok a normál iskolai követelmények teljesítése szempontjából hátrányos helyzetűek. Ennek a hátrányos helyzetnek különböző forrásait, formáit és megnyilvánulási módjait szokták megnevezni:

„A hátrányos helyzet jellemzői különösen:

- A személyiség problémái (viselkedési zavarok, a pozitív énkép hiánya, az önbecsülés alacsony foka, gyenge akarati tulajdonságok, érzelmi elmaradottság, a kapcsolatteremtő képesség gátoltsága, szorongás stb.).
- Az iskolai tanulással szembeni motiválatlanság, tartósan elszenvedett iskolai kudarcok, céltalanság, az a tudat, hogy a személyes életpálya tervezése, felépítése nem kecsegtet a boldogulás esélyével (pl. tartósan munkanélküli szülők esetén).
- A tanítási nyelv ismeretének fejletlensége (idegen anyanyelvű vagy elmaradott nyelvi-kulturális közegből jövők esetén), teljes vagy funkcionális analfabétizmus.
- A tanulási képességek elmaradottsága (enyhe fokú értelmi fogyatékoság, a figyelemkoncentrációs képességének gyengesége, rossz tanulási technikák stb.), illetve részképesség-hiányok (diszkalkulia, diszlexia, diszgráfia).
- Ismeret- és képesség-hiányok (tartós iskolakerülés, tanulás-módszertani felkészületlenség, iskolai módszertani problémák stb. miatt).

- Társadalmi beilleszkedési zavarok (az együttműködési és az alkalmazkodási képesség gyengeségei, destruktivitás, agresszivitás, büntetett előélet stb.).
- Szenvedélybetegségek (kábitószer, alkohol).
- Egyéb ok (korai terhesség, leányanyaság, a családi környezet hiánya stb.).

A hátrányok az egyes tanulóknál halmozottan vagy eltérő összetételben jelentkeznek, ezért az oktatás szabályozásának kialakításában olyan rendszer tekinthető optimálisnak, amely a jellegzetes problémákra valamennyi tanuló esetén közös megoldást kínál, de minden egyes tanuló számára megteremti az egyéni gondok kezelésének lehetőségét is.

Az iskolai hátrányok kialakulásának megelőzését, a hátrányok mérséklését nem elég 16 éves korban elkezdni. A hátrányok az óvodától jelen vannak a közoktatásban, ám a leszakadás kezdetét a kutatás az alsó tagozat végére, a felső tagozat elejére teszi. Felzárkóztatásra tehát ebben az időszakban is szükség van. Ennek lehetőségei részben adottak, de nem elégségesek. Mindaddig pazarlónak kell tekinteni a hátrányokat mérséklő rendszerek működését, ameddig a pedagógia ezeket nem akkor és nem ott kezeli, amikor és ahol a tünetei először jelentkeznek” (Kerékgyártó 2001, 72).

Ez a leírás helyes, azonban egyoldalú. A normál iskolák feltételei szempontjából minősülnek ugyanis bizonyos tanulói jellemzők a teljesítményt hátráltató vonásoknak. A normalitásnak a normál iskolák által képviselt fogalma konstruálja az ettől eltérő jellemzők deviáns címkéit. A tanulók szemszögéből nézve az iskolák legalább olyan mértékben tekinthetők a tanulók szükségleteihez mérten inadekvátnak, mint amennyire a tanulókat szokták inadekvátnak tekinteni a normál iskola szempontjából.

A szakiskolák tehát pedagógiai és szociális tekintetben is keverték. A szakiskolák tanulóit egy dolog azonban közös vonásként jellemzi: valamennyiüket eltaszították (nyíltan vagy rejtetten) az egyéb képző intézmények. Elsődlegesen nem befogadja őket egy általuk választott iskola, hanem ebbe az iskolába taszítja őket a más iskolákban való megfelelési képtelenség. A szakiskolába kerülő gyerekek számát és összetételét az alakítja ki véglegesen, hogy a normál iskola eltaszító szándéka milyen mértékű befogadó kapacitással szembesül a szakiskolák oldaláról. Ha nagyobb a befogadó kapacitás, akkor az eltaszítottak nagyobb száma és szélesebb köre válik szakiskolai tanulóvá, ha kisebb ez a befogadó kapacitás, akkor csak korlátozottan képesek a normál iskolák az ott megfelelni nem tudó tanulóktól a szakiskolákba irányítás révén „megszabadulni”.

Az eltaszító és a befogadó kapacitások alakulásában kialakuló heterogén összetételű szakiskolai tanulói populáció olyan specialitás, amely nem kedvez a szakiskolákban folyó oktató-nevelő munkának: „Negatív hatású, hogy fel kell venni mindenkit a szakiskolába, akit máshonnan elutasítanak. Ez részben a fenntartó igénye, részben az iskola másképp nem tudná a szükséges számú tanulót beiskolázni. Csak néhány iskolának van módja szelektálni” (Kerékgyártó 23). A szakiskolai heterogén tanulópopuláció szinte megoldhatatlan feladat elé állítja ma az ilyen feladatok elvégzésére nem felkészült pedagógusokat, hiszen a fogyatékos fiatalok számára adekvát elvárás és eljárás teljesen inadekvát a magatartás-zavarosok, a veszélyeztetettek vagy a szegények esetében, és vice versa.

A szakiskola tulajdonképpen középfokon jeleníti meg azoknak a problémáknak a jelentős részét, amelyeket az alapfokú oktatásban a kisegítő iskolák hordoznak, néhány jelentős eltéréssel:

- A középiskolás korú gyerekek egy része teljesen elhagyja az iskolarendszert, ezért az iskolák által egyáltalán nem tolerált gyerekek megszűnnek az iskolarendszeren belüli probléma lenni (még a szakiskolákba sem kerülnek be).
- Az érintett – a képzés intézményi peremére szorult – szakiskolás fiatalok száma és aránya többszörösére nő a kisegítő iskolákban tartózkodók számához képest.
- A szakiskolákban tartózkodó fiatalok érdekérvényesítési képessége nagyobb, mint a gyerek kisegítő iskolásoké, életkorukból adódóan is jobban képesek „hangot adni” érdekeiknek.

Ezekből az eltérésekből származnak a szakiskoláknak a kisegítő iskolákhoz viszonyított működési sajátosságai.

Mindent egybevetve megállapíthatjuk, hogy a szakiskolák különböző funkciókat töltenek be. Bár csökkentett értékű szakképzést kínálnak, mégis olyan szaktudáshoz juttatják az ott tanulókat, amelyet egyébként nem tudnának megszerezni. A szakképzéssel a diákok munkaerő-piaci esélyeit – ha csak kis mértékben is – javítják. Ugyanakkor az iskolai évek alatt az egyébként nagy valószínűséggel munkát nem találó fiatalokat „parkoltatják”. A „parkoltatás” révén hozzájárulnak ahhoz, hogy az egyéb iskolákban megfelelni nem tudókat iskolaközelben, és így egyfajta munkaszocializációs hálón belül tartsák. Szociális védelmet (nem ritkán ellátást is) adnak hátrányos helyzetű és veszélyeztetett fiatalok számára.

Mindezek a funkciók olyanok, amelyek hasznosak és amelyeket más intézmények ma nem képesek betölteni.

Ugyanakkor a szakiskoláknak sok bajuk is van.

Az egyik gondjuk az, hogy falaikon belül olyan, pedagógiai és szociális tekintetben heterogén tanuló- és tanárkör gyűlik össze, amelynek multikulturális színessége a szociokulturális belső konfliktusok eshetőségét is növeli.

A diákok szinte egyetlen közös pedagógiai jellemzője az, hogy más iskolákból kiszorultak. Egyéb tekintetben azonban merőben más pedagógiai jellegzetességeket mutatnak. Az iskolai pedagógusi munkában a gyógypedagógiai, a pszichológiai, a gyermekvédelmi és az egyéb kompetenciák keveredése ennek nyomán olyan vegyes feladatkört hoz létre, amely csökkenti a pedagógiai munka hatékonyságát.

Az iskolák kiemelten nehéz pedagógiai feladataihoz viszonyítva rossz az iskolák anyagi, technikai ellátottsága. Miközben a legnehezebb pedagógiai feladat a legkiválóbb pedagógusokat és a leghatékonyabb pedagógiai eszközöket igényli, az egy tanárra jutó tanulók száma magas, a tanári karban nagy a fluktuáció és erős a kontraszelekció. Ez utóbbi jelenségnek az az oka, hogy a feladat nehézségéhez nem igazodik a tevékenység anyagi és erkölcsi megbecsültsége.

A korszerű pedagógiai eszközök és módszerek többnyire hiányoznak ezekből az iskolákból. Ezt csak részben pótolja az iskolák nem iskolaszerűsége, a szabályok lazasága és a tanár–diák-viszony informalitása, ami igazodik a tanulókör alapvető iskola-gyanakvásához.

A szakiskolák fentebb leírt jellemzői arra utalnak, hogy a szakiskolák sok tekintetben „eliskolátlanodtak”, azaz nem olyan képet mutatnak, amelyet a normál iskolákkal kapcsolatban megszokhatunk, és amelyet az iskolákkal kapcsolatban szokásosan elvárunk. A rideg porosz „rendiskolától” és „versenyiskolától” való távolodásnak azonban előnyei is vannak – a normál iskolához viszonyítva a szakiskola inkább „belejár a kisgyerekekbe, nem a gyerek jár bele az iskolába”: nem az iskola célkitűzései szerint válogatják az oda felveendő tanulókat, hanem a felvett tanulók jellegzetességeihez igazítják az iskola célkitűzéseit és napi munkáját. Ez a fogyatékos fiatalok iskolai képzésének – minden korábbi hátrány és gyengeség mellett – az egyik fontos pozitív vonása.

Az iskolai integrációs törekvések

Éppen az izolált iskolai életet követő fokozott társadalmi beilleszkedési nehézségek felismerése nyomán erősödtek fel Magyarországon is a II. világháború után azok a törekvések, amelyek a rehabilitáció és az integráció gyűjtőnév alá sorolhatóak, és amelyek egyik eleme a fogyatékos gyerekek iskolai képzése izolált jellegének enyhítése, vagy – ha ez lehetséges – teljes megszüntetése (Göllesz 1985, Perlusz 1995, Lányiné 1999, Csányi 2000). Az integráció „a fogyatékos és a nem fogyatékos gyermekek közös élet- és tanulási terét, nevelését, képzését, tanítását foglalja tehát magában, ahol az együttes, közös tanítást igény szerint az iskolai keretek között, gyógypedagógiai, korrekciós, terápiás és ápolási foglalkozások egészítik ki” (Réthyiné 2000, 10. o.).

„A koncepció kialakulásáról nagy általánosságban elmondható, hogy a gyógypedagógiai oktatás hatékonyságába vetett hit megrendüléséből, valamint az általános pedagógiai hatásrendszer egyre differenciáltabbá válásából következett.” „Az integrációs törekvések a tradicionális gyógypedagógiával kapcsolatosan megfogalmazott elégedetlenségből, kritikákból táplálkoztak” (Réthyiné 2000, 10. o.).

Ezen integrációs törekvések egyik célja az, hogy a fogyatékos személyeket és az épeket együtt képezze az iskolai oktatásban. Az integrációs gondolat hívei szerint ugyanis az iskolai integráció az egyik előfeltétele a fogyatékos emberek komplex társadalmi integrációjának.

A gyakorlati integrációs cselekményeket felgyorsította Magyarországon az esélyegyenlőségi törvény elfogadása, amely – egyebek mellett – az iskoláztatást illetően is konkrét feladatokat és határidőket is szabott.¹⁸ Ugyancsak hozzájárult az integrációs eszme felkarolásához az a demográfiai tény, hogy a 90-es évek végén az általános iskolák akkora „gyerekhiánnyal” küzdöttek, amely már sok iskolát a bezárással fenyegetett. Ebben a helyzetben – az integrációs eszménnyel való egyetértés mellett – az iskolák önérdeke is nekilendítette az integrációt; korábban a normál általános iskolákban képezhetetlennek tartott fogyatékos és/vagy tanulási, illetve viselkedési nehézségekkel jellemzett gyerekeket is befogadtak a normál általános iskolák.

Ezt a fajta integrációt a „rideg integráció” elnevezéssel illette a pedagógusszakma. Miközben ugyanis formailag és statisztikailag megvalósult a különböző adottságú gyerekek együttképzése, a tanulási vagy viselkedési nehézségeket mutató gyerekek képzéséhez szükséges speciális feltételek (tárgyi környezet, adekvát pedagógiai módszerek, pedagógiai tudás, a többi gyerek és szülő, valamint a pedagógusok elfogadó attitűdje stb.) nem minden esetben voltak adottak az integráló iskolákban. A megfelelő speciális feltételek (lásd ezekkel kapcsolatban például: Réthyné) hiánya miatt gyakran az integráltak számára az úgynevezett „befogadó” (inkluzív) iskola még a szegregált intézményeknél is kevésbé volt komfortos, és bár az integrált gyerekek továbbtanulási lehetőségei javulhattak, iskolai előmenetelük jobbá válhatott, az iskolai élmények a gyerekek számára sok kudarcral is terhesek voltak. Papp Gabriella disszertációjában a következő összegző megjegyzéseket teszi a tanulásban akadályozott gyerekek iskolai integrációjával kapcsolatban: „Kutatásomból az derült ki, hogy ma még az iskolák pedagógusai felkészületlenek a feladatra. A pedagógus-alapképzésben kiemelt helyet kellene, hogy kapjon az együttnevelés köre. A továbbképzések számos ilyen tematikával állnak a hallgatók rendelkezésére, mégsem jelentenek megfelelő kínálatot a gyakorló pedagógusok számára. A tanfolyamok tematikáját is módosítani javasolt a későbbiekben. A pedagógusok panaszkodtak a túlzottan elméleti tananyagra.”... „Vizsgálódásom során pedagógiai helyzetképet kaptam az együttnevelés mai magyarországi helyzetéről. Ebből az derül ki, hogy számos helyen kényszerből kerülnek az osztálytanítók az együttneveléssel kapcsolatba. Fontos lenne a jövőben, hogy ne kényszerítsék a pedagógusokat erre a feladatra, ha mégis részt kell venni ebben, akkor pedig biztosítsák a pedagógusok felkészülését a feladatra. Gyógypedagógus jelenléte nélkül, az osztálytanítók jelenlegi felkészültsége mellett lehetőleg ne vállalják az együttnevelést, vagy legalábbis ne az ilyen gyakorlatból vonjanak le következtetéseket az együttnevelés hatékonyságára” (Papp 2001, 117. o., 118. o.).

A feltételek minden oldalú megteremtése még jelenleg is folyamatban van és ma már kevésbé az integrációs gondolat elvi elfogadtatása, mint a sikeres integráció konkrét előmozdítása és az ezekkel kapcsolatos korrekciós hatásvizsgálatok elvégzése áll a pedagógus és a gyógypedagógus szakma munkálkodásának előterében (Perlusz 2000, Borbély et al 1995). Említett disszertációjában Papp konkrét javaslatokat is tesz a jövőbeli kutatási témákra:

- „• hatékony tanulásirányítási technikák alkalmazása az együttnevelés során,
- a szükséges taneszközök feltárása az együttnevelés során,
- az osztályterem kialakításának befolyása a tanulás eredményességére,

¹⁸ „29. § (1) A kihirdetésekor már működő közlekedési rendszereknek, tömegközlekedési eszközöknek, utasforgalmi létesítményeknek – beleértve a jelző- és a tájékoztató berendezéseket – fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-jéig kell a 8. §-ban foglalt feltételeknek megfelelniük.

(2) A törvény 9. §-ában szabályozott közlekedési szállítást végző hálózat kiépítéséről fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-jéig gondoskodni kell.

(3) A fogyatékos személy a 13. §-ban szabályozott speciális oktatásának tárgyi, személyi feltételeit fokozatosan, de legkésőbb 2005. január 1-jéig kell megteremteni.

(4) A fogyatékos személy speciális munkahelyen történő foglalkoztatásának 16. § szerinti feltételeit fokozatosan, de legkésőbb 2005. január 1-jéig kell megteremteni.

(5) A fogyatékos személyek számára tartós bentlakást nyújtó intézményeket fokozatosan, de legkésőbb 2010. január 1-jéig át kell alakítani oly módon, hogy az önálló életvitelre személyi segítséggel képes fogyatékos személyek ellátása kisközösséget befogadó lakóotthonban történjen, továbbá az arra rászoruló súlyosan fogyatékos személyek számára humanizált, modernizált intézményi ellátást kell biztosítani.

(6) A törvény kihirdetésekor már meglévő középületek akadálymentessé tételét fokozatosan, de legkésőbb 2005. január 1-jéig el kell végezni.”

- az együttnevelés mellett döntők tudatos vállalását befolyásoló tényezők vizsgálata,
- a gyógypedagógus szerepe az együttnevelés során,
- a szülők szerepe, helyzete az együttnevelésben,
- az iskola és a szülők kapcsolata az együttnevelésben,
- a törvényesség meglétének vizsgálata az együttnevelésben” (Papp 2001, 117. o.).

A kisegítő iskola és a szakiskola – amelyekről fentebb szó esett – mai formájában nem tekinthető a sikeres integráció esetének. Bár fogyatékos és ép személyeket együtt képeznek ezek az intézmények, mégsem a fogyatékos embereknek az épekkel való közös nevelésre, oktatásra és képzésre ad előre-mutató példát, hanem inkább azt az állapotot valósítja meg, amelyben a fogyatékos fiatalok mellett az egyéb más okokból, a normál iskolák mai feltételei mellett az iskolai követelményeket teljesíteni nem tudó egyéb tanulócsoportokat is a normál képzésen kívül szegregálnak.

A fogyatékos emberek alacsony iskolai végzettsége és az alacsony iskolázottságú személyek magas előfordulása a fogyatékos emberek között egyszerre mutatja a pedagógiai és a társadalmi szelekció összefüggéseit a fogyatékosok képzésében. Ezt a szelekciót pedagógiai processzusok jelentős részben elfedik és gyakran még az érintettek sincsenek tisztában a pedagógiai folyamatok mögött rejtőzködő szociológiai tartalmakkal. A fogyatékos emberek azon csoportjai, akik egyébként is gyenge társadalmi pozícióban vannak (mert iskolázatlanok, szegények vagy egyszerűen csak gyerekek), és akiket leginkább sújt az iskolai kontraszelekció, akkor sem lennének képesek hatékonyan artikulálni elégedetlenségüket az iskolai kontraszelekcióval kapcsolatban, ha látnák a kontraszelekció hátrányait, és ha ambicionálnák ennek megváltoztatását. Az ő esetükben az érdekvédelmet (gyerekeik érdekeinek védelmét) nagyrészt a gyógypedagógus láthatná el. Mint azonban Ferge Zsuzsa írja, ennek a pedagógus attitűdnek társadalmi előfeltételei vannak: „... az iskolának nyilvánvaló (explicit) ismeretátadó funkciója mellett van egy, az iskolán túlmutató, a társadalmi struktúra egészéhez kapcsolódó funkciója, amely az adott struktúra fenntartása vagy megújítása irányába hathat. Ez a rejtettebb (implicit) funkció meghatározó jelentőségű az iskola, és főként az iskolarendszer struktúrájára nézve, és megfordítva, az iskolai struktúra egészében visszahat a társadalmi funkcióra. ... Valószínűleg, ha az iskola implicit társadalmi funkciója ellentmond a deklarált társadalmi értékeknek (pl. ha a deklarált egyenlőségi ideológiával szemben valójában az adott egyenlőtlenségek konzerválása irányába hat), akkor az egész rendszer azt igényli, hogy az iskola nyilvánvaló, főleg képzési funkciói kerüljenek előtérbe, ezek legyenek benne a pedagógus tudatában, s lehetőleg burkoltan maradjanak az implicit társadalmi hatások. ... Ha viszont a társadalom struktúrája elvileg lehetővé teszi, hogy az iskola ne elsődlegesen társadalmi konzerváló intézmény legyen, ha a társadalom a nyitottságot, a mobilitást kívánatosnak tartja, ha célja nem a társadalmi monopóliumok s ezen belül a kulturális monopólium fenntartása, hanem a rétegek közelítése, az általános kulturális felemelés, akkor a társadalomnak az az érdeke, hogy az iskola struktúrája is, mindennapi gyakorlata is, és ezen belül a pedagógusok tudatossága is e cél szolgálatába álljon.” ... „Ilyen feltételek mellett az iskola áttételes társadalmi hatásának ismerete nem konfliktus-hordozó; épp ellenkezőleg, az iskola pozitív társadalmi szerepe növelésének szinte előfeltétele vagy legalábbis nagyon lényeges összetevője” (Ferge 1980, 179–181. o.).

A munka világa

Ezen a ponton belül a munka világát vizsgálva először csak a bér munka és a formális foglalkoztatás szférájára korlátozzuk magunkat, főleg azért, mert erről a területről rendelkezünk viszonylag átfogó empirikus információkkal. Azért is megtehetjük ezt a korlátozást, mert a bér munka világának elemzésekor lehetőségünk van arra, hogy a munka világának egészére nézve releváns elvi szociológiai megközelítést és álláspontot bemutassuk. Később bemutatjuk a munkavégzés informális területeit is.

A fogyatékos embereknek a munka világával való kapcsolatát elemezve valójában a fogyatékos személyek túlnyomó többségéről beszélünk, hiszen csak az igen súlyosan fogyatékosok relatíve kis arányú csoportja az, amely egyáltalán nem munkaképes. Mint ahogy Gordosné írja: „Bebizonyosodott ui., hogy a veleszületett vagy kisgyermekkoruktól fogyatékos emberek »rehabilitálása« is lehetséges. ... És nemcsak a kevésbé súlyos fokban fogyatékos emberek képesek a társadalomban megállni a helyüket, hanem – különböző mértékben bár, de – a súlyosabb fokban fogyatékos emberek is. A kiváló munka-

teljesítményt nyújtó, alkotó munkára is képes hallási, látási vagy mozgási stb. fogyatékos ember mellett pl. az értelmi fogyatékos személy is „rehabilitálható”. Még az idiócia legenyhébb fokán álló fiatalok és felnőttek között is megtaláljuk a legegyszerűbb részfeladatokat (termelő részmunkafolyamatokat is) végző embert” (1975, 112. o.). A BNO-10 is úgy írja le még az „igen súlyosan mentálisan retardáltat személyt” is, hogy „megfelelő ellenőrzés mellett képes a házimunka és más gyakorlati feladatok kisebb részét megtanulni” (BNO-10 344. o.). A hivatalosan fogyatékos személyként regisztráltak, valamint az egészségkárosodott emberek gazdasági életviszonyait elemezve három fő kérdést is érdemes analizálni:

- a jövedelemszerzés alapját jelentő munkavállalási lehetőségeket a fogyatékos és az egészségkárosodott személyek esetében,
- a fogyatékossgal összefüggő életvitel költségtényezőit
- és a fogyatékos embereket illető, nem a munkavállalással összefüggő állami pénzügyi ellátás színvonalát, jellegét és változásait.

A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) summásan úgy jellemzi a fogyatékos emberek magyarországi munkaerő-piaci esélyeit, hogy „az elhelyezkedés lehetősége jelenleg rendkívül kedvezőtlen” (ILO 2002. 28. o.). A hazai és a nemzetközi elemzések meggyőzően bizonyítják (Berthoud et al., Bánfalvy 1995), hogy a társadalom hajlik arra, hogy a minimális anyagi ellátás fogyatékosági és betegségi jogon való biztosításával „letudja” a fogyatékos és az egészségkárosodott embereket. Nem eléggé erős az ambíció a társadalom részéről és nem elég erős az érdekérvényesítési képesség a fogyatékos személyek részéről abban az irányban, hogy az életvitel szokásos feltételeinek a betegek és a sérültek sajátosságait figyelembe vevő módosításával megakadályozzák az egészségi állapot vagy a gyenge iskolai előmenetel korlátozottsággá és fogyatékossgá minősülését, és az egészségkárosodott személyeket a munkavégzés lehetőségének biztosításával és egyéb módokon is integrálják a társadalomba. Erre az integrációra a nemzetközi és a hazai tapasztalatok szerint ma ráadásul gyakorlatilag talán a munkavállalásban van a legkisebb lehetőség.

Ha a fogyatékos és beteg személyek munkaerő-piaci helyzetét szociológiai szemszögből vizsgáljuk, akkor el kell különítenünk egymástól két aspektust:

1. Hogyan befolyásolja a munkaerő-piaci pozíciót maga a fogyatékossg, illetve az egészségi állapot?
2. Hogyan hat az illető személy munkaerő-piaci lehetőségeire általános társadalmi pozíciója?

A fenti két aspektus szerinti elkülönítésben vizsgálva a kérdést eldönthetővé válik, hogy az egyes társadalmi rétegek fogyatékos és beteg tagjai kerülnek-e nehéz helyzetbe, vagy pedig az egyes fogyatékos és beteg csoportok meghatározott társadalmi háttérrel rendelkező tagjait fenyegetik inkább az elhelyezkedési nehézségek. Azért is fontos a két aspektus elkülönített kezelése, mert csak a fenti alapvető kérdés eldöntése nyomán határozhatjuk meg, hogy milyen esetben kell a probléma megoldásához gyógypedagógiai és orvosilag körülírható fogyatékossgai és betegcsoportok és milyen esetekben szociológiai értelemben vett társadalmi rétegek szerinti munkaerő-piaci beavatkozást alkalmazni.

Kérdések formájában a következőképpen körvonalazhatjuk a problémát:

1. Fogyatékossguk és betegségük miatt nehéz-e a fogyatékos és beteg embereknek munkahelyet találni, vagy inkább azért, mert a társadalomnak egyébként is gyenge csoportjaihoz tartoznak?
2. Minden fogyatékos és beteg ember nehezen talál-e munkahelyet, vagy főleg a társadalom „gyengébb” csoportjaiból származó fogyatékos és beteg személyek?
3. Csak a fogyatékos és beteg emberek küzdenek-e a munkahely megtalálásakor rendkívüli nehézségekkel, vagy minden olyan nem fogyatékos és beteg személy is, aki a társadalom „gyenge” csoportjaihoz tartozik?
4. A foglalkoztatási gondok megoldása és megelőzése a fogyatékosok és betegek esetében elsősorban a fogyatékossgukkal és betegségükkel összefüggő nehézségek könnyítését kell hogy jelentse-e, vagy inkább egyéb társadalmi hátrányaik csökkentése révén javíthatóak elhelyezkedési esélyeik?

Vizsgálódásunk során mindenekelőtt el kell különítenünk egymástól a fogyatékos és a beteg emberek populációján belül két csoportot: Az első csoportba azok a fogyatékos és beteg személyek tartoz-

nak, akik egyáltalán nem munkaképesek. Az ő esetükben olyan súlyos fokú a fogyatékoság, illetve a betegség, hogy nincs lehetőség arra, hogy munkavállalókká váljanak (súlyosan mozgássérültek, súlyosan értelmi fogyatékosok és betegek, egyes halmozott fogyatékosági és betegségi kategóriákba tartozó személyek stb.). Az ő helyzetük ily módon kívül esik a jelenlegi vizsgálódás körén. A második csoportba azok a fogyatékos és beteg személyek tartoznak, akik valamilyen fokon munkaképesek, de csökkent munkaképességűek (Gere). Elemzésünkben most azokkal a nehézségekkel foglalkozunk, amelyekkel ez a fogyatékos- és betegpopuláció néz szembe.

A fogyatékos emberek munkaerő-piaci helyzetét meghatározó szociológiai tényezők

A munka világába való bekapcsolódásnak a családi körülmények és motiváció, valamint az iskolai-szakmai képzettség mellett másik fontos feltétele a megfelelő egészségi állapot. Az egészségkárosodások társadalmi megoszlása is ugyanolyan irányú eltéréseket mutat, mint amelyet az iskolai-szakmai képzettség megoszlása. Az 1980-as évek vizsgálatai szerint a rehabilitációra szoruló emberek 85%-a korábban fizikai dolgozó volt, és 38% volt közöttük a segéd- és betanított munkások aránya. A rehabilitációra szorulók száma segédmunkások között a szellemi foglalkozásuk gyakoriságának majd hétszerese volt. A rokkantnyugdíjasok 50%-a volt korábban segéd- vagy a betanított munkás. A családi és az iskolai hátrányokon túl, és azokkal együtt a rossz egészségi állapot is korlátozza az emberek, különösen a társadalom alacsony státusú csoportjaiba tartozók és a fogyatékos személyek munkavállalási lehetőségeit.

A munka világa ugyanakkor gyakran eredményezője is a fogyatékoságoknak, és szignifikánsan eltérő az egyes fogyatékosági típusok felbukkanási gyakorisága a munkavégzés különféle területein. Mint ahogy már egy 1902-ből származó írás gyógypedagógus szerzője is fogalmazott: „Annyit azonban mind a magunk vizsgálódásai alapján, mind pedig más szakértők után kijelenthetünk, hogy az oly foglalkozás, amely a természet kijelölte életrenddel ellentétben van, mely a nappalt éjjellé, az éjjelt nappallá változtatja, mely a napsugárt a sötétséggel cseréli fel, mely idegrázó lármás munkával jár, s mely végre a testi táplálkozás kívánalmait nem képes kellőleg kielégíteni: az a foglalkozás és életmód igen sok esetben magában hordja már a születendő gyermek siketnémaságának csíráját. Így, hogy egyebet ne említsünk, csak a molnárok, csaplárosok, vasutasok, bányászok és szolgák rovatára utalunk, ahol a siketnémák feltűnő arányszámmal vannak képviselve” (Borbély 1902, 242. o.).

Göllesz a munkavállaláshoz szorosan kapcsolódó foglalkoztatási és a komplex társadalmi rehabilitáció folyamatát befolyásoló tényezőket a következőképpen sorolja:

- „1. A társadalmi szemlélet (az a tény, hogy a társadalom kívánja, akarja a fogyatékos emberek rehabilitációját).
2. A rehabilitáció személyi és tárgyi feltételei (szakemberek, intézmények, eszközök).
3. A fogyatékos személy fennmaradt, meglevő képességei, illetve ezek fejleszthetősége.
4. A társadalom által támasztott „képességigény” relatív teljessége (az a körülmény, hogy az épek sem kényszerülnek képességeik teljes kifejtésére).
5. A követelmények életszakaszonkénti változása (az a körülmény, hogy az iskolaköteles kor után kevesebben minősülnek fogyatékos személynek).

Az akadályozó tényezők sorában számolni kell:

1. Az ép embereknek a fogyatékos személyekkel szembeni averziójával.
2. A kellő felvilágosítás, a közvélemény formálásának elégtelenségével, hiányával.
3. A rehabilitációs folyamatot szervező apparátus tagoltságával.
4. A fogyatékos személyek kooperációjának hiányával.
5. Az egységes rehabilitációs törvény hiányával.
6. A hagyományossággal, a tradíciókkal.
7. Az intézményrendszer hiányosságaival.

8. A fogyatékos emberek részéről is táplált izolációs tendenciákkal (minoritásba vonulás, viktimizációs »hajlam«).
9. A bürokráciával (aktatologatás, »nem az én ügyem«).
10. Szemléleti hiányosságokkal (a meglevő képességek helyett az elvesztettekre való figyelés" (1985, 54–55. o.).

A fogyatékos emberek munkavállalása koncentráltan tehát három tényezőn múlik: a munkavállaló munkavégző képességén, a munkával kapcsolatos motiváción és a munkavállalók iránti munkaerő-piaci kereslet jellemzőin. A fogyatékos emberek számára a munkavállalási feltételek és a munkahelyi előmeneteli lehetőségek nagy része is jelentős mértékben abból adódik, hogy milyen iskolai-szakmai képzésben vesznek részt. Az a tény, hogy a fogyatékos emberek átlagos képzettsége jóval alatta marad a lakossági átlagnak és nagyjából a társadalom szegény csoportjainak képzettségi szintjén van, döntő jelentőségű abban a tekintetben, hogy a fogyatékos emberek legtöbbször csak alacsony beosztású, rosszul fizetett és instabil állásokhoz juthatnak. Az Életminőség '95 vizsgálat adatai szerint például a felnőtt értelmi fogyatékos emberek szakképzettség szerinti megoszlása a következő volt (Bánfalvy 1995 és 1996[a]):

A FELNŐTT ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK SZAKKÉPZETTSÉG SZERINTI MEGOSZLÁSA 1995-BEN (%)

A szakképzettség	A fogyatékosság			
	Enyhe	Közepesen súlyos	Súlyos	Halmazott
Semmilyen	76,2	91,2	98,9	92,9
Betanított munkás	7,8	4,2	1,1	3,2
Szaktanulás	15,3	4,6	0,0	3,9
Szellemi dolgozó	0,7	0,0	0,0	0,0

Az izolált iskolai képzés (főleg az evidensen fogyatékos emberek esetében) csökkenti a fogyatékos személyek munkavállalási aspirációit. Az izolált képzés ráadásul az evidensen fogyatékos emberek esetében szűk spektrumú szakképzéssel jár együtt. Például a vak emberek számára az iskolai képzésben elérhető néhány tucat szakma eleve csökkenti az érintett fogyatékos emberek munkaerő-piaci mobilitását és ezzel alkupozióit.

Ehhez még hozzájárul a döntően alacsony társadalmi státusú társadalmi csoportokból származók (főleg a kisegítő iskolát végzettek) esetében az is, hogy a családi környezet nem ad ösztönzőket a gyerekek számára a továbbtanulásra és a munkaerő-piaci karrierre, és a szegény családok nem is támogathatják őket a munkaerő-piaci előmenetelt megalapozó továbbtanulásban.

A fogyatékos emberek iránti munkaerőpiaci kereslet is alacsony. Ez egyfelől abból adódik, hogy a munkaadók nem eléggé informáltak a fogyatékos emberekkel kapcsolatban, és ennek nyomán félelmeik vannak a fogyatékos személyek által végzett munkát illetően: vagy meg vannak arról győződve, hogy a fogyatékosok feltétlenül alacsonyabb teljesítménnyel végzik a munkát, mint az épek, vagy azt hiszik, hogy csak nagy és speciális beruházások révén hozhatóak létre a fogyatékosok embereket hatékonyan alkalmazni tudó munkakörülmények. Az sem ritka, hogy a munkaadók attól tartanak, hogy a fogyatékos emberek magukra vagy másokra nézve veszélyesen dolgoznak, és könnyebben balesetet okoznak, mint az épek. Gordosné véleménye szerint „köztudomású, hogy a munkába állás idején a megbélyegző megkülönböztetés még az ép, volt állami gondozott fiatalokat is sújtja. Ismert az épek idegenkedése az elmegyógyintézetben gyógykezelt munkatársaikkal szemben is. Fokozott a közvélemény elutasítása a fogyatékos ember esetében” (1975, 62. o.).

A fenti tényezőkből adódóan a fogyatékos emberek a munkaerőpiacon sokoldalúan hátrányos helyzetű csoportot alkotnak. Az életminőség szempontjából ugyanakkor a munkavégzés és ezen belül a foglalkoztatás a fogyatékos személyek számára ugyanúgy alapvető jelentőségű, mint az épek esetében. Makrogazdasági jelentőségén túl ugyanis a munkavégzésnek sok-sok makro- és mikro-szintű egyéni és társadalmi következménye van. Méhes rámutat arra, hogy a gyógypedagógiai munka sikeressége szempontjából milyen alapvető kérdés az, hogy a fogyatékos személyek munkát végezzenek : „A fogyatékoság mindenkor munkaképesség-csökkenéssel jár együtt. Az ifjú viszont

csak úgy illeszkedhet be a felnőttek társadalmába, ha megtanul valamilyen területen társadalmilag használható munkát végezni. A gyógypedagógia legfontosabb társadalmi feladata az, hogy csökkent munkaképességű tanulóit megtanítsa dolgozni, és munkába is helyezi őket. A munkára nevelés a gyógypedagógia legfontosabb területe, és e nevelést már óvodás korban el kell kezdeni. A nevelési úton elért kompenzáció csak úgy tartósítható, ha azt a rehabilitáció követi” (Méhes 1970, 25. o.).

A munkavégzés és ezen belül is a munkahely fontossága pontosan érezhető azok számára, akik munka vagy/és munkahely nélkül maradnak. A munkanélküliség egyéni és közösségi ártalmaiból megérthetjük, milyen kitüntetett szerepe van a munkavégzésnek az emberek társadalmi életében. A teljeség igénye nélkül hadd emeljük ki azokat a témánk szempontjából fontos szociológiai vonatkozásokat, amelyek a munkanélküliség hatásai közül a fogyatékos és a nem fogyatékos emberek esetében egyaránt lényegesek.

1. Jövedelemcsökkenés. A modern piacgazdaságban a jövedelem fő forrása a bér munka. Aki elveszíti az állását és munkanélkülivé válik, az legtöbbször jövedelemcsökkenést szenved el. Ma Magyarországon a munkanélküli-segély átlagos bruttó összege a fizikai foglalkozásúak és a szellemi foglalkozásúak körében is jóval alacsonyabb, mint a dolgozók átlagkeresete, és csak alig van a hivatalos társadalmi minimum fölött (lásd: OMK). Természetesen a jövedelemcsökkenés fokozottan súlyosan érinti a munkanélkülivé váló fogyatékosok embereket, akiknek jelentős része (főleg az értelmi fogyatékos személyek között) korábban alacsony keresetű segédmunkás vagy betanított munkás volt (Simon 1992). Általános nemzetközi tapasztalat viszont, hogy gyakran éppen a legnehezebb anyagi helyzetbe kerültek azok, akik a legkevésbé veszik igénybe az elvileg elérhető állami anyagi támogatási forrásokat. Vagy nem is tudnak arról, hogy mikor és milyen támogatási formákra tarthatnak igényt, vagy annyira elesettek, hogy nem nyújtanak be kérvényt ilyen támogatásokra, sőt sok esetben ők tartják a leginkább megalázkodónak a „könyöradomány” igénylését.

A nagyothalló személyekkel készült kérdőíves felmérés egyik tanulsága, hogy „a munkanélküliségnek sajátos változatát élik meg a felnőtt nagyothalló emberek. Ha vállalatuk felszámolódik, vagy létszámcsökkentés miatt elbocsátják őket, akkor nyugdíjba kerülnek, korukra való tekintet nélkül. Rokkantan nyugdíjba, ami hallásvesztésük miatt jár. Így nem szükséges munkanélküli-segélyt sem adni számukra” (Csatószeziné 1994, 212. o.). A felmérések szerint a rokkantan nyugdíjas nagyothalló emberek 70%-a legálisan munkát vállalt a nyugdíja mellett, ami arra utal, hogy itt legtöbbször szó sincs munkaképtelenségről vagy munkakerülésről. A munkavállalásra (néha illegálisan is) annál is inkább rákényszerültek, mert a rokkantan nyugdíj átlagos összege a hivatalos szociális minimum alatt maradt (u. o.).

2. Szociálpszichológiai ártalmak. A modern társadalmakban a munkavégzés mindazonáltal komplexebb jelentéssel bír, mintsem hogy egyszerűen csak a jövedelemszerzés módjának tekinthetnénk. A munka az emberi létezés organikus eleme, a tanulás terepe, az ismeretek és a tapasztalatok forrása, az életmód egyik alapvető tartópillére, a társadalmi megbecsülés, az identitás és az identifikáció forrása. Mindezek a társadalmi élmények, amelyekhez az emberek jelentős mértékben a munkavégzés révén jutnak hozzá a modern társadalmakban, főként a bér munka rendszerében érhetőek el. Aki tehát kívül reked a munkavállalás világán vagy munkanélkülivé válik, az elveszíti a társadalmi létezés egyik alapvető terepét, és a munkanélküliség komoly mértékű és irreverzibilis károkat okoz mind a közvetlenül érintett személyeknek, mind a társadalom egészének is. Konkrétan mik ezek az ártalmak?
- a) Az interperszonális kapcsolatok gyengülése és az elszigetelődés. A tartósan nem foglalkoztatott és a munkanélküli emberek szűkebb körű és egyszínűbb személyes kapcsolatrendszerrel rendelkeznek, mint mások (Warr 1987). A munkahelyek állandó tapasztalat- és eszmecserére adnak alkalmat; a munkatársak beszélgetnek divatról, sportról, politikáról, egymásról stb., a kollégák munkahelyen és munkaidőn túl is tartják a kapcsolatot. A munkahelyre menet vagy onnan hazafelé az ember újságot vesz, együtt utazik másokkal, bevásárol, ismerősökbe botlik – élményeket szerez. Ezeknek az egyébként természetesnek tekintett kapcsolatoknak a fontossága csak akkor szokott megmutatkozni, amikor az emberek híján vannak az ilyen élményforrásoknak.

- b) A társadalmi presztízs és az önbecsülés csökkenése. A társadalmi presztízs a modern társadalomban szorosan kötődik az embereknek a munkavégzési rendszerben, a gazdasági életben betöltött pozícióihoz. A vállalati vezetők erős gazdasági pozíciói magas társadalmi presztízzsel járnak együtt, a szakképzetlen és alacsony keresetű munkások egyben alacsony társadalmi presztízsű csoportokat is alkotnak.
- c) Családi konfliktusok. A jövedelemcsökkenés okozta gondok, az általános frusztráció, az interperszonális kapcsolatok gyérebbé válása gyakran önmagukban is családi konfliktusokat és nemritkán válást eredményeznek.
- d) Egészségügyi problémák. A munkanélküliséggel kapcsolatos korai vizsgálatok sokszor rámutattak egy érdekes összefüggésre az egészségi állapot változása és a munkanélküliség között (Warr). Eszerint a munkahely elvesztését követően rövid ideig javult a munkanélküliek egészségi állapota: sokan egészségtelen munkakörből „szabadultak meg”, több időt töltöttek a szabad levegőn, többet aludtak, rendszerebben táplálkoztak, amikor munkanélküliek lettek. Ugyancsak hozzájárult egészségi állapotuk javulásához, hogy több idejük volt arra, hogy saját magukkal foglalkozzanak, és ennek részeként jobban elmentek az orvoshoz, ha valamilyen egészségi problémájuk volt. Nem túl hosszú idő után azonban a tartósan munkanélkülieknél fordított tendenciák jelentkeztek. Az emberek testi-biológiai állapota rosszabbodott, ami az anyagi nehézségek növekedésének és a fentebb tárgyalt lelki és szociális károk következményének tudható be (Kessler et al. 1988, Iversen et al. 1988, Bánfalvy 1994 és 1997).
- e) Marginalizálódás, deviancia, önpusztítás. A gazdasági, a szociális, az egészségügyi és a lelki károk halmozódása az érintettek marginalizálódását eredményezheti. Úgy érzik, hogy feleslegessé váltak, kívül rekedtek a normális társadalmon. Úgy gondolják, hogy elválík egymástól a „mi ügyünk, meg az ő ügyük”, nem egyfélék a problémáik a dolgozókéval. Vagy passzívan kívül maradnak a normál társadalmon (nem vesznek részt társadalmi összefogveteleken, nem olvasnak újságot, nem politizálnak, nem szavaznak stb.) vagy aktívan a társadalom széttzilálásán munkálkodnak (szélsőséges politikai és társadalmi mozgalmakhoz csatlakoznak), esetleg bűnözők, prostituáltak lesznek. A marginalizálódott munkanélküliek gyakran önpusztító tettekbe menekülnek, iszákosakká, kábítószer-fogyasztókká válnak, sőt a vizsgálatok szerint emelkedik közöttük az öngyilkosságok száma is (Platt 1986).

A fogyatékos emberek munkavállalásával kapcsolatos elvi magyarázó szempontok

A munkaképes fogyatékos és beteg emberek közgazdasági szempontból minőségileg ugyanolyan munkavállalók, mint az egyéb munkavállalók. A nem fogyatékos és az egészséges személyekhez hasonlóan bizonyos munkakörökre, meghatározott korlátozottsággal képesek, más munkakörökre viszont nem. Annak ellenére például, hogy a vakok embereknek, vakságukból adódóan kétségtelenül vannak munkavégzési korlátaik, ez – a konkrét sajátosságokon túl – minőségileg nem teszi a vak személyeket rosszabb munkaerővé, mint a falusiakat, a nőket, a szakképzetleneket stb., ugyanis minden egyes munkavállaló-csoportnak vannak – egymástól konkrét vonásaikban mindig különböző – foglalkoztatási korlátaik. A nőket például nem lehet nehéz fizikai munkára alkalmazni, a fiatalok nem dolgozhatnak három műszakban, a szakképzetlenek nem képesek szakképzettséget igénylő munkát végezni stb. A munkaképes fogyatékos és a nem fogyatékos emberek között a munkaerőpiacon tehát csak jellegbeli és mennyiségi eltérések vannak, közgazdaságilag a fogyatékos és a nem fogyatékos emberek nem alkotnak két, minőségileg teljesen eltérő munkavállaló-típust. Hogy ez mennyire így van, azt jól bizonyítja az, hogy a vállalatok hatékonysága nincs korrelációban azzal a ténnyel, hogy alkalmaznak-e fogyatékosok személyeket vagy nem. Miközben vannak olyan vállalatok (Magyarországon is, de külföldön még inkább), amelyekben sikeres gazdálkodás zajlik, annak ellenére, hogy nagyrészt vagy jelentős arányban fogyatékos embereket foglalkoztatnak, a fogyatékos, illetve betegszemélyeket egyáltalán nem foglalkoztató vállalatok között tömegével vannak olyanok, amelyek válságban vannak.

A fogyatékos és a beteg emberek sajátosságaihoz, adottságaihoz elvileg ugyanúgy hozzá lehet igazítani a munka konkrét technikai, szervezeti, környezeti feltételeit, mint ahogy minden más

munkavállaló csoport esetében is szükség és lehetőség van a munkakörülmények és a munkavégzők jellegzetességeinek harmonizálására (Goode 1994, Berthoud et al., Kullmann 2000, Márkus 2000). Ahogy például a közlekedési feltételeket hozzá lehet igazítani a fogyatékos utasok igényeihez és ezáltal a fogyatékos emberek a közlekedésben a nem fogyatékos közlekedőkkel egyenrangú résztvevőkké válhatnak, ugyanúgy ez az egyenrangúsítás a munkahelyen és a munkavégzésben is megvalósítható. A mindennapi életben tömegével találhatunk példát arra, hogy a fogyatékos és a beteg személyek számára adekvát feltételek kialakításával lehetőség van a fogyatékos és a beteg emberek társadalmi rehabilitációjára, integrációjára. A szavazási rendszertől a lakások berendezéséig, a siket nézőknek szóló televíziós programoktól a fogyatékosokhoz igazított sportszabályokig a példák tömege sorolható fel. Elvileg semmi nem indokolja, hogy éppen a munkavégzés intézményes színterein ne lenne lehetőség a fogyatékos munkakeresők konkrét sajátosságaihoz igazodó feltételek kialakítására.

A fogyatékoság nem egy esetben még előnnyé is transzformálódik a munkavégzésben. Mint ahogy a siket emberekkel kapcsolatban, Schnellre hivatkozva Barcza (1993, 315. o.) leírta:

- „1. ahány siket személyt alkalmazunk a nagy zajjal járó ipari üzemekben, annyi ép munkást mentünk meg az ipari siketségtől, a munkaadót, a társadalombiztosítót pedig mentesítjük az esedékes baleseti járadék életfogytig tartó fizetésétől;
2. az amúgy is nagyothalló vagy siket munkás idegrendszerén a zaj nem érvényesítheti a munka mennyiségére és minőségére egyaránt kiható rontó hatását, miáltal a munkaadó szempontjából az anyagi rentabilitás fokozódik;
3. ez az elgondolás nagy lépés volna egyszersmind a nagyothalló és a siket emberek amúgy is eléggé elhanyagolt szociális helyzetének gyakorlati megoldása felé anélkül, hogy ez az épérzékű társadalomra áldozatot jelentene.”

A fogyatékos munkakeresők formális foglalkoztatásának kérdését nem közgazdasági, hanem közvetlenül technikai, végső soron azonban társadalmi érdekek, értékek és erőviszonyok határozzák meg. A közgazdaságilag semleges, technikailag pedig lehetséges megoldás a fogyatékos és a beteg emberek foglalkoztatására ugyanis csak akkor válik valóban létező technikai megoldássá és tényleges foglalkoztatássá, ha a szükséges döntéseket hozó és a fogyatékosokat embereket befogadó ép társadalom érdekeltté válik a fogyatékos személyek foglalkoztatásában és a fogyatékos személyek is képesek és hajlandók az ilyen foglalkoztatást kiharcolni.

Olyan időszakban, amikor a gazdaság a fellendülés állapotában van, és csillapíthatatlan étvágyat támaszt a munkaerő iránt, akkor nemcsak a nem fogyatékosok körében, hanem a fogyatékos és a beteg emberek között is magas a foglalkoztatási arány. Abban a pillanatban azonban, amikor dekonjunktúra következik be, és csökken a vállalatok munkaerő iránti kereslete, azonnal felbukkannak olyan munkaerőcsoportok, amelyeket úgymond „nem lehet rentábilisan alkalmazni”. Ebbe a csoportba nemcsak a fogyatékos és a beteg emberek tartoznak. Ide sorolják a szakképzetleneket, a bejárókat, az ingázókat, a gimnáziumi érettségivel rendelkező nőket, a cigányokat stb. – azaz mindazokat a gyenge pozíciójú csoportokat, amelyeknek a kárára könnyen lehet létszámot csökkenteni, vagy amelyeknek a romló vállalati hatékonyságot kockázatmentesen a számlájára lehet írni.

Ahogy tehát nehezedik a munkavállalás általában, úgy szorulnak ki a munkaerőpiacról a magukat megvédeni nem tudó munkaerőcsoportok. A kizorításban meglévő primer érdekeket természetesen intenzíven próbálják ideológiai köntösbe öltöztetni. A kizorítás során így kerül sor arra, hogy ennek a kizorítósdinak a veszteseit valamilyen legitimációs-ideologikus címkével is ellátják. A lusták, a vándormadarak, a lumpen elemek, a fogyatékos és a beteg emberek címkéi arra is szolgálnak, hogy álcázzák azt a tényt, hogy a munkanélkülivé válás közvetlen okainak háttérében makrogazdasági és társadalmi egyenlőtlenségek húzódnak meg. Nyilvánvaló ugyanis, hogy nem az összes lustát, iszákost, lógóst, vándormadarat szorítják ki a munkaerőpiacról, hanem csak azokat, akik nem voltak olyan pozícióban, hogy meg tudták volna védeni magukat.

Ha a kizoruló egy részére igazak is a fenti negatív címkék, esetükben is a devianciák nemcsak okai, hanem ugyanolyan mértékben következményei is társadalmi és ezen belül munkaerő-piaci kudarcainak. Az egyéni kiválóság és az egyéni hiba középpontba állítása a munkaerő-piaci sikerek és kudarcok magyarázatakor megkönnyíti az önmagukat megvédeni nem tudó (pl. szegény, szakképzetlen, fogyatékos és beteg emberek stb.) társadalmi csoportjainak a munka világán kívülre

rekesztését. A fejére állított logika annál is veszélyesebb, mert a fogyatékos és a beteg, és általában a normától eltérő és ezért kizorításra alkalmasabb emberek jó része egy idő után hajlamos is lesz arra, hogy saját magában keresse a sikertelenségek okát. Az ennek következtében kialakuló frusztráció tovább erősíti a hátrányt okozó viselkedést (alkoholizmus, bűnözés, önkéntes kivonulás a munkaerő-piacról stb.).

A fogyatékos emberek esetében a foglalkoztatás ugyanúgy hozzájárulhatna a közösségi terhek csökkentéséhez, mint a fogyatékos személyek saját szociális beilleszkedésének javításához. A fogyatékos emberek foglalkoztatásának sokoldalú szükségessége mellett érvelve Tegyei így összegezte álláspontját: „a munkaképességében gátolt fogyatékosok elhelyezkedésénél annak a szempontnak kell érvényesülnie, hogy a gátlási akadályok dacára számukra a legmegfelelőbb munkalehetőséget biztosítsuk, vagyis olyan munkaalkalmat, ahol a munkaképességet leginkább tudják érvényesíteni, ahol termelni tudnak annyit, amennyi elégséges arra, hogy számukra megfelelő megélhetést nyújtsunk. Ezen elgondolás, tehát a munkaképesség fejlesztése és annak kiművelése mellett a lehetőség határain belül az összes fogyatékosok szociális problémái meg lennének oldva. Bebizonyított tény az, hogy a fenti fejtegetéseink alapján a fogyatékosok legnagyobb részében rejlik annyi munkaképesség, amely által magát a fogyatékosot tesszük az ő szociális problémája megoldójává” (1991, 155. o.).

A fogyatékos és a beteg személyek munkaerő-piaci helyzetét illetően úgy véljük, hogy

1. a fogyatékos és a beteg emberek munkaerő-piaci nehézségeit a jelen magyar viszonyok között alapvetően nem fogyatékoságuk, illetve betegségük gyógypedagógiai vagy orvosi értelemben vett jellemzői magyarázzák, hanem az, hogy a társadalom mely rétegéből származnak, milyen érdekérvényesítési lehetőségeik vannak;
2. alapvetően ugyanazok a szociális esélytényezők érvényesek az ő esetükben is, mint az épek esetében, azaz a fogyatékos és a beteg személyeknek nagyobb az eshetőségük, hogy elveszítik a munkahelyüket, ha alacsony státusú társadalmi csoportból származnak.

A fogyatékos személyeknek a munka világán belüli helye és lehetősége sem érthető meg tehát a szociológiai aspektusok figyelembevétele nélkül.

Empirikus vizsgálati tapasztalatok

Az 1990-es évek elején Ladányi és Csanádi közgazdász egyetemi hallgatókkal elvégezte a 15 évvel korábban a kisegítő iskolásokkal kapcsolatos budapesti felmérésének (Csanádi et al. 1978) nyomkövetéses interjú és kérdőíves utóvizsgálatát. A született összegző dolgozatok egyike a kisegítő iskolát végzettek munkaerő-piaci helyzetét vizsgálta meg. A tapasztalatok szerint „... azok, akik elkerülhették volna a kisegítő iskolába való áttelepítést, foglalkozásukat tekintve nagyon hasonló helyzetben vannak, mint az átlag magyar szegények. A fellelhető némi különbség a hajdani kisegítő iskolai diákok hátrányára a kisegítő iskolai múltból származik. ... Megállapítható, hogy többségük megállta a helyét az életben, a munkaerőpiacon hasonló pozícióba került, mint ami státusuk alapján determinált. ... Meg kell azonban említeni, hogy ehhez sokkal kevesebb segítséget kaptak, mint általános iskolába járt kortársaik” (Simon 1992, 45. o.). A kutatásban megvizsgált 76 volt kisegítő iskola közül később 8 fő szakmunkásképzőt végzett, 3 fő pedig érettségit tett, ami arra utal, hogy nem voltak értelmi fogyatékos személyek. Ráadásul 3 fő szellemi dolgozó lett, öten szakmunkássá váltak, négyen pedig vállalkozók lettek. Figyelemre méltó azonban, hogy már 1990 körül is, amikor pedig a munkanélküliség még csak szórványos jelenség volt Magyarországon, a vizsgált 76 volt kisegítő iskola között öt személy már munkanélküli volt.

Az Életminőség '95 vizsgálat adatai is jelzik a családi-társadalmi meghatározók jelenlétét a fogyatékosok munkavállalási képességei és lehetőségei kapcsán.

**AZ ENYHÉN ÉRTELMI FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK MUNKAVÁLLALÁSI JELLEMZŐI
AZ APÁK ISKOLÁZOTTSÁGA SZERINT (%)**

	Az apák iskolázottsága			
	Max. 7 osztály	8 osztály	Gimnázium	Felsőfokú
Nem dolgozik	38,7	48,6	69,2	47,8
Munkavállaló	42,6	48,6	30,8	52,2
Vállalkozó	0,0	0,7	0,0	0,0
Háztartásbeli	12,9	0,7	0,0	0,0
Nyugdíjas	1,3	0,0	0,0	0,0
Munkanélküli	4,5	1,4	0,0	0,0

Nemcsak az értelmi fogyatékos emberek, hanem az egyéb fogyatékossgal élők számára is nagymértékben megnehezültek a munkavállalási feltételek a 90-es években, amikor a munkanélküliség egyre tömegesebb méreteket kezdett öltetni. A hallássérült személyek helyzetét jellemezve a Hallássérültek című újság a következőket írta: „A vállalatok megszűnésével sok hallássérült került az utcára, maradt munka nélkül. Sajnos a mai helyzetben a munkáltatót nem fűzi érdek a fogyatékos emberek foglalkoztatásához. Felmerült a vád, amely szerint a hallássérültek elmenekülnek a rokkantnyugdíjba, csak hogy ne kelljen dolgozniuk. Ez nem igaz, sőt sértő számunkra. A vállalatok megszűnésével a hallássérülteket belekényszerítették a rokkantnyugdíjba. A vállalatok így jól jártak, hiszen nem kellett végkielégítést fizetniük. Elhitették a hallássérülttel, hogy milyen jó lesz neki a rokkantnyugdíj, csak sajnos azt felejtették el közölni, hogy így szinte lehetetlen munkát találniuk, hiszen a munkáltatók inkább felvesznek egy munkanélkülit, mint egy rokkantnyugdíjast – ami érthető is, de a hallássérült számára nem elfogadható. Egy dolgozni tudó és akaró fiatal ember számára a rokkantnyugdíj megalázó, így ha lehet, ezt elkerülik. A kilátástalan munkakeresésbe és a szülők vagy más által való eltartásba belefáradnak, szégyellik, de megpróbálják újra meg újra. A munkáltatókban is él az előítélet. Ha tudomást szereznek a hallássérülésről, nem merik vállalni a foglalkoztatást, félnek a kommunikációs nehézségektől, ami érthető, de kis türelemmel legyőzhető” (1995.1., 9. o.).

Egy másik vizsgálat éppen a munkanélküliségi probléma kapcsán foglalkozott a különböző típusú fogyatékossgal élő személyek munkaerőpiaci helyzetével (Bánfalvy 1994 és 1997). A munkanélkülivé válás módját elemezve azt tapasztaltuk, hogy az épek és a fogyatékos emberek esetében is az a leggyakoribb, hogy vállalati létszámleépítés során veszítik el a munkahelyüket. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy a vizsgálatban szereplő fogyatékos munkanélküli személyek között többen vannak azok, akik az iskola elvégzése után egyáltalán nem találtak munkahelyet, bár nem voltak átlagosan lényegesen képzetlenebbek az épeknél. Tehát még ha nincs is drasztikus eltérés az épek és a fogyatékosok között a munkanélkülivé válás módjában, a fogyatékossg hatása mégiscsak egyértelműen kimutatható. A fogyatékos emberek ugyanakkor nem voltak lényegesen elégedetlenebbek a megelőző munkahelyükkel, nem azért, és nem önként váltak munkanélkülivé, mert így kedvezőbb életlehetőséget reméltek volna. Az adatok azt mutatták, hogy a dolgozó fogyatékos személyek közérzete jobb, mint a nem dolgozóké, de elmarad a nem dolgozó épekétől. A fogyatékos emberek számára is alapvető tehát a közérzet javulása szempontjából az, hogy legyen munkahelyük. A megkérdezettek között a munkanélküli fogyatékos személyek közérzete volt a legrosszabb, és ők értékelték a legkevésbé megbecsültnek és társadalmilag elismertnek magukat.

Keménynek az 1980-as évek elején végzett vizsgálatait azt bizonyították, hogy a munkába állt volt kiegészítő iskolai tanulók 4%-a nem vált be a munkakörében, „a munkatársakkal való kapcsolat ... jó és megfelelő ... a túlnyomó többségnek (83%), időnként konfliktusos a vizsgáltak 16%-ának. A tarthatatlan helyzetűnek minősítettek aránya 1% alatti. A balesetek előfordulása 7%-os, ezen belül a saját hibából bekövetkezett balesetek aránya mintegy 3%. Ez általában megegyezik a vállalatoknál kimutatott baleseti arányokkal – egyes adatok szerint aoknál kevesebb” (Kemény 1985, 500. o.).

A fogyatékos emberek iránti attitűd

Láthattuk, hogy a fogyatékoság nemcsak egyszerűen tény és állapot, hanem sajátos társadalmi viszony is. Fogyatékos embernek lenni egyszerre jelenti a fogyatékosok társadalmához való tartozást (annak objektív és szubjektív jellegzetességeivel együtt) és az épek világához való nem tartozást. A fogyatékos élethelyzetét és társadalmi integrálódási lehetőségét nem utolsósorban ez utóbbi határozza meg; az, hogy milyen a fogyatékos ember viszonya a környezetével.

A fogyatékosok személyeknek a környezetükkel való viszonya nemcsak tudományos szempontból érdekes vizsgálendő probléma, hanem a fogyatékos emberek sorsát is befolyásolja. A korábbiakban megmutattuk, hogy a fogyatékosok iskolai és társadalmi előmeneteli lehetőségeit például nem utolsósorban ez a környezettel kialakuló kapcsolat dönti el. Ennek a viszonyoknak az egyik aspektusa, hogy milyen a kapcsolatuk a velük foglalkozó segítő szakemberekkel, illetve gyógypedagógusokkal. Ezt a viszonyt nemcsak az árnyalja, hogy a fogyatékoság ténye elválasztja a fogyatékos és a nem fogyatékos embereket, hanem az is, hogy a társadalmi környezetnek és a segítő intézmények szakembereinek milyenek a szociológiai jellegzetességei. Ezek az összefüggések érvényesek mind az épek, mind a fogyatékos személyek esetében. Éppen az iskolai vizsgálatok kapcsán tűnt ki az, hogy a tanulók iskolai sikerességében és teljesítményeik értékelésében nagy a jelentősége annak, hogy a tanító és értékelő pedagógusok többsége középosztálybeli nő, aminek nemcsak az iskolai osztályban működtetett normarendszerben és viselkedési követelményrendszerben, hanem a tanároknak a tanulókkal kapcsolatos pozitív és negatív előítéleteiben és elvárásaiban, sőt a pedagógiai szempontból hasonló teljesítményt mutató tanulók eltérő értékelésében is szerepe van. A Zala megyei vizsgálat például kimutatta, hogy a pedagógusok pozitívabban értékelik a magasabb státusú vagy a velük egyforma státusú családokból származó gyerekek teljesítményét, mint a társadalmilag alacsony státusból származókékat, még akkor is, ha a gyerekek azonos értelmi képességűek (lásd: B. Aczél—Darvas 1986, Bánfalvy—Bass 1986, Bass—Muth 1986).

Az állami hivatali döntéshozatal során is tapasztalható néha, hogy a döntések háttérében nem áll gyógypedagógusi szakmai tudás, a döntések laikus döntések, amelyek a szükséghelyzetek nyomása és a laikus megítélés normái szerint születnek, és az érintettek sorsát meghatározó hivatali határozatok nem mindig veszik figyelembe a szakszerű gyógypedagógiai szempontokat. Az egyik szakosított foglalkoztató igazgatójának nyilatkozata szerint például: „A beutaló határozatokat gyártó hivatalnokok többsége tán még egyszer sem látta belülről azokat az intézményeket, amelyekbe nagy fellélegzések kíséretében küldözgeti a gondozásra szorulókat. A többség nem tudja, hogy egy-egy ilyen alkalommal milyen sorsot mér a beutalatra – vagy ellenkezőleg, a vele majd együtt élni kénytelenekre” (A kastély új urai. Telegráf 1995. január 6., 7. o.)

Ami a fogyatékosügyet illető általános társadalmi megítélést illeti, ennek egyik fontos eleme az épek fogyatékoságképe és a fogyatékosok emberekhez való viszonya. Utaltunk már korábban arra, hogy a fogyatékoságok és a fogyatékosok elnevezésére használt, eredeti szándékuk szerint semleges, leíró kifejezések a használat során fokozatosan értéktelítettekké alakulnak. A „bolond” és a „hülye” szavak mára már sértéssé változtak a magyar nyelvben, holott eredetileg az értelmi fogyatékos emberek semleges megjelölésére jöttek létre. Érdekes módon azonban (és ez minden bizonnyal nem véletlen, hanem azzal van kapcsolatban, hogy szociálisan milyen társadalmi csoportokból kerülnek ki az egyes fogyatékoskategóriák alá sorolódók) a „dadogó”, a „vak” és a „siket” kifejezések nem váltak olyan mélyen negatív kicsengésűekké az idők során, mint amilyené a „béna” vagy még inkább a „hülye” szavak váltak.

Egybecseng a fentiekkel az a tény, hogy például az 1978-as kiadású Magyar szinonima szótár szerint éppen a dadogókkal kapcsolatban van a legkevesebb szinonimánk (1 darab), míg a vak emberekre hat, a siket személyekre nyolc, és a leginkább a fogyatékoságok körébe sorolt és leginkább negatív közmegítélés alá eső értelmi fogyatékosok emberekre harmincegy (!) szinonimát ismer a magyar nyelv, ezek többsége vicces, gúnyos, lenéző (Bass—Torda 1988). Mesterházi az értelmi fogyatékos személy és az értelmi fogyatékoság kifejezések következő szinonimáit sorolja fel:

- hülye, korlátolt, cretin, tompaelmájú, gyengeelmájú, együgyű, gyengetehetségű, gyöngeszellemű, fogyatkozásokkal terhelt, fogyatékos elmájú, fogyatékos értelmű, csökkent értelmű, szellemi fogyatékos, debilis, imbecillis, idióta, oligofrén, akadályozott, korlátozott, gátolt, zavart, nehezített, eltérő értelmi fejlődést mutató stb.

- hülyeség, gyengeelméjűség, tompaelméjűség, cretinizmus, idiotizmus, szellemi gyengeség, fatuitas (= tompaelméjűség), imbecillitás (= gyengeelméjűség), szellemi fejletlenség, butaság (= imbecillitas ingenii), gyenge- és tompaelméjűség (= idiotizmus), butaság (= cretinizmus), elmebetegség, szellemi zavarodottság, ingerült – szenvtelen – tunya hülyeség, szellemi fogyatkozás, bárgyúság (= idiotia), gyenge tehetség (= Imbecillité, Schwachsinn), gyengeelméjűség (Debilité, schwache Begabung), értelmi fejlődési zavar, debilitas, imbecillitás, idiotia, oligofrénia, értelmi fejlődésben megmutatkozó gátoltság, akadályozottság, eltérő értelmi fejlődés, tanulási akadályozottság stb.” (1985, 232–233. o.).

Az elnevezésekben azonban nemcsak tükröződik a megítélés, hanem a nyelvhasználat alakítja is azt. „Az emberi lények nem csupán az objektív világban élnek, és még csak nem is csupán csak a társadalmi tevékenység világában – miként azt általában hiszik –, hanem jelentős mértékben ki vannak szolgáltatva annak a nyelvnek is, amely az illető társadalom kifejezésének az eszköze. Naiv dolog azt hinni, hogy az emberek a valósághoz a nyelv nélkül viszonyulnak, s hogy a nyelv csupán a kommunikáció és a reflexió alkalmi eszköze. A való helyzet az, hogy a világképet jelentős mértékben a nyelv határozza meg” (Sapir 1971, 46–47. o.).

Stollár szerint „társadalmunk iskolázottabb tagjai a vak embereket tisztelettel vegyes sajnálattal kezelik. Támogatásukkal, segítségükkel bármilyen formában egyetértenek. Kevésbé iskolázott tagjai reális támogatásukkal egyetértenek.

- A siket személyeket a társadalmi közvélemény általában nem tartja támogatásra, segítségre szorulóknak. Többé-kevésbé ez a hivatalos adminisztráció és a szakmai ismeretekkel rendelkezők véleménye is.
- A mozgássérült emberek esetében különbség található a balesetet szenvedett és a születésétől mozgássérült emberek megítélése között. Míg az előbbinél az együttérzés dominál, a születésétől súlyos mozgássérült személlyel szemben (a „nyomorék ember gonosz, ezért távol kell tartani magunktól”) elutasítóan viseltetnek.
- Az értelmi fogyatékos embert pedig a társadalom iskolázottabb rétege elmebetegnek tekinti, úgy véli, hogy zárt intézetben a helye. A kevésbé iskolázottak az értelmi fogyatékos embert (személyes ismeretség hiányában) közveszélyesnek tartják, vagy úgy bánnak vele, mintha nem is ember volna (ételmaradékot neki adják stb.)” (Stollár 1985, 137–138. o.). Mindezzel kapcsolatban Stollár megjegyzi, hogy „a fogyatékos ember helyzetét minden társadalmi formációban az átlagos képességű állampolgár (akikkel nap mint nap találkozik) fogyatékosról kialakult képzelete határozza meg. A fogyatékosok és hozzátartozóik, valamint a fogyatékosokkal hivatásszerűen foglalkozók csak pozitív, vagy negatív irányba befolyásolhatják e képzet kialakulását”, „miután a fogyatékosokról való gondoskodás színvonalát, milyenségét a laikusok érzelmi hozzáállása fogja mindig is meghatározni, szükséges azt ismerni”.

Egy 80-as évekből származó 400 főre kiterjedő budapesti reprezentatív vizsgálat szerzői (Illyés—Erdősi 1986) szerint „a fogyatékosokkal szembeni megkülönböztető és elzárkózó magatartás ... fontos, humanisztikus értékeket sért meg, és éppen ezért egy érett és strukturált társadalom számára nem elfogadható”. A kutatás előzményeire vonatkozóan a szerzők megjegyzik, hogy számos korábbi vizsgálat azt mutatta, hogy „az épek olyan mértékben fogadják el, vagy utasítják vissza a fogyatékos partnert, amilyen mértékben az a szükségletkielégítési lehetőségeket növeli vagy csökkenti”. Az értelmi fogyatékos embereket azonban a különböző vizsgálatokban feltűnően sokan utasították vissza és ezt a szerzők egy, a valóságnak nem megfelelő sztereotípiá hatásának tulajdonítják. „Az elutasítás mértéke egyedül az értelmi fogyatékosok csoportjánál jelzi az előítéletek jelentősebb torzító hatását”. A kutatási eredmények szerint „az átlagos budapesti felnőtt elsősorban értelmi-szellemi fogyatékosagra (78%), másodsorban pedig testi-mozgásszervi fogyatékosagra (73%) gondol” a fogyatékoság kapcsán. „Ennél jóval kevesebben említettek valamilyen érzékszervi fogyatékoságot (22%)” (20). Az adatok azt mutatták, hogy az épek részéről „a legnagyobb érdeklődés a vakok felé fordul (49%), a legnagyobb arányú közömbösség viszont a súlyos értelmi fogyatékosokkal szemben nyilvánul meg (38%)”. A vizsgálat szerint az emberek „a súlyos értelmi fogyatékoság ... mellett a látás elvesztését ... és a tolókosci használatára kényszerítő mozgásfogyatékoságot ... tekintik nehezen elviselhetőnek. Az enyhe értelmi fogyatékoságot és a siketséget közepesen ..., a dadogást pedig viszonylag könnyen elviselhető fogyatékoságok közé sorolták ...”.

Illyés és Erdősi érdekes összefüggést tapasztaltak abban a tekintetben, hogy miként változik az érdeklődés a fogyatékos emberekkel kapcsolatban korábban meglévő ismeretek mértéke szerint.

MILYEN ARÁNYBAN NÉZNÉNEK MEG EGY TÉVÉMŰSORT (%)

	Azok közül, akik		Különbség
	tudnának	nem tudnának	
	beszélni róla		
A vak emberekről	83	69	14
A siket emberekről	75	56	19
A kerekesszéket használókról	74	54	20
Az enyhén értelmi fogyatékos személyekről	72	50	22
A súlyosan értelmi fogyatékos személyekről	76	45	31

Minél kevesebbet tudnak tehát az emberek az egyes fogyatékoságokról, annál kevésbé is érdekelné őket a velük kapcsolatos tévéműsor. Ez rámutat arra, hogy milyen nehéz az emberek ismereteinek összetételét és tartalmát befolyásolni, és így a fogyatékos személyeket illetően informálttá tenni őket.

Eredményei értelmezésekor a szerzőpár arra jutott, hogy a fogyatékoságokkal szembeni averzió, illetve negatív címkézés tendenciáját szignifikánsan befolyásolják a megkérdezettek egyéni jellemzői és ennél kevésbé a megkérdezettek fejében élő fogyatékoságkép jellegzetességei. Az affiliáció (elfogadás) esetében a helyzet fordított, nagyobb jelentőséggel bírnak az emberek fejében lévő elképzelések a fogyatékoságokról, mint az egyes emberek egyéni jellemzői. „Röviden tehát azt mondhatjuk, hogy azok a megnyilatkozások, amelyekben az épeknek a fogyatékosokhoz való viszonyulása fejeződik ki, nem egyetlen dimenzió két pólusán, hanem két egymástól független, különböző dimenzió mentén rendeződnek el. S ezek a dimenziók nemcsak függetlenek egymástól, hanem más-más tényezők határozzák meg erősségüket is. Azt ugyanis, hogy az egyes ép ember milyen mértékben hajlik arra, hogy a fogyatékos embereket címkézzék, ill. averziót tápláljon velük szemben, elsősorban az határozza meg, hogy ő maga milyen tulajdonságokkal rendelkezik, ill. milyen értékeket és normákat tekint a magáénak. Az viszont, hogy különböző személyes jellegű társas kapcsolatokban milyen mértékben hajlandó partnerként elfogadni a fogyatékos személyeket, elsősorban attól függ, hogy milyen kép alakult ki benne ezekről a fogyatékos emberekről” (Illyés—Erdősi 1986, 56. o.).

A beszédhibásokkal szembeni attitűd vizsgálatában Genzelmann is úgy találta, hogy „a szélesebb ismeretek ... nem járnak feltétlenül együtt a magasabb mértékű elfogadással. Feltételezhetően ez azért van így, mert a magasabb ismeretek segítségével könnyebben felismerhetők a beszédhibásokkal való kapcsolat nehézségei, a kommunikációs problémák stb. ... Az viszont, hogy valaki nem utasítja el a fogyatékosokat, még nem jelenti azt, hogy el is fogadja őket” (1999, 179. o.).

Barthel iskolások között végzett vizsgálata szerint: „A különböző típusú fogyatékoságokhoz különböző fajta, különböző intenzitású sztereotípiák kapcsolódnak. Jellemző, hogy a legenyhébbnek tartott ... beszéd fogyatékos, illetve a legsúlyosabbnak ítélt látás- és mozgásfogyatékos emberekkel kapcsolatban merülnek fel leggyakrabban pozitív sztereotípiák” (2001, 56. o.). „A kérdezettek elfogadó-elutasító attitűdje és a sztereotíp gondolkodás között is összefüggés mutatkozik, és több magyarázó változó esetében azonos tendenciák figyelhetők meg. A nagyon elfogadók körében a pozitív sztereotípiák gyakoribbak. ... Az elutasítók, és ezzel párhuzamosan negatív sztereotípiákat megjelölők körében ... valós averziókat, hiányos ismereteket sejtek. ... A negatív sztereotípiák az alapfokú, a pozitívak a középfokú végzettségű szülők gyerekei körében gyakoribbak, míg a felsőfokú [végzettségű] szülők gyerekeinek esetében a semleges válaszok a jellemzőbbek” (55. o.).

Vékássy (1993, 1994) a dadogó emberekkel foglalkozva azt vizsgálta, hogy a velük kapcsolatban nem lévők és a velük együtt dolgozók megítélései hogyan térnek el egymástól. Megállapítja, hogy „... a közgondolkodás alapvetően hibás ismeretekkel rendelkezik a dadogókról, a dadogásról ...” Azok azonban, akik közvetlen napi kapcsolatban vannak dadogó személyekkel sokkal reálisabban és pozitívabban ítélik meg őket: „A közvetlen munkatársak ugyanis úgy látják, hogy a dadogók egészséges és jó értelmi képességekkel rendelkező emberek, akik ugyanúgy megállják helyüket az életben, mint a nem dadogók; vezető állásra bárhol alkalmasnak találják őket; a megkérdezettek ismeretséget vagy párkapcsolatot a dadogókkal is vállalnának; dolgaik intézését fenntartás nélkül rábíznák a dadogókra is; színpadi-filmbeli meglevenítésük nem váltana ki belőlük nevetést” (1994, 165. o.). A vizsgálat

tapasztalatainak összegzéseként megállapítja: „akik a dadogókhoz közel állnak, tehát akik ismerik a dadogókat, azok teljesen másként ítélik meg a dadogók tulajdonságait (»normálisnak«), mint akik csak »messziről« (»nem normálisnak«). Tehát a személyes ismeretség, a közvetlen munkakapcsolat, a közös tevékenység pontosabb képet ad a dadogó személyiségéről” (Vékássy 1994, 165. o.).

Az eddigi eredményekből levont konklúziók tehát ellentmondásosak: vannak, akik szerint a fogyatékos emberekkel kapcsolatos bővebb ismeretek az elfogadó attitűddel járnak együtt, mások viszont nem találtak kapcsolatot az ismeretek mennyisége és az attitűd között, sőt olyan vélemény is van, amelyik szerint a nagyobb informáltság éppen a kisebb elfogadást eredményezi.

Az előítéletekkel foglalkozó szakirodalomban gyakran írnak le olyan eseteket, amikor a negatív előítélettől sújtott társadalmi csoportok maguk is hasonló előítéleteket táplálnak más csoportokkal szemben, például az amerikai feketék a koreaiakkal szemben (Allport 1977, Csepeli 1997). Hasonló módon, a fogyatékos személyekkel szembeni negatív attitűd érdekes módon a fogyatékos társadalmon belül is megfigyelhető. Az egyik fogyatékosági csoportba tartozók megítélése a másik csoportba tartozókról nem egyszer ugyanúgy előítéletes, mint az épeknek a fogyatékos személyeket illető véleménye. Egy értelmi fogyatékos vak embereket vizsgáló dolgozat szerzője úgy találta, hogy „a vakok társadalmi megítélése kedvezőtlen, ugyanis sztereotípiákon alapul. Az ép értelmű látássérültek tovább vetítik a kialakult stigmát a gyengébb képességű társaikra. ... Ez azt bizonyítja, hogy az értelmi fogyatékosok az úgynevezett vak társadalmon belül perifériára szorulnak” (Szombati 1994, 30. o.). Köztudottan külön sportmozgalmuk is van az értelmi fogyatékos embereknek és az egyéb fogyatékosággal élő csoportoknak.

A fogyatékos emberekről a sajtóban megjelenő fogyatékosképet Bass és Torda elemezte a 80-as évek végén. Többek között arra a megállapításra jutottak, hogy a sajtó a fogyatékos személyekkel kapcsolatban legtöbbször nem a reális képet rajzolja meg, és eufemisztikus kifejezésekkel elkeni a fogyatékoságügyi igazi problémáit. Mint írják: „A fogyatékosok eufemisztikus megjelenítése, értékeik egyoldalú tükröztetése arra hívja fel a figyelmet, hogy a vizsgált írások nem annyira a fogyatékosokról szólnak, mint inkább arról a mikro- és makrotársadalmi környezetről, amelyben a fogyatékosok élnek” (Bass—Torda 1988, 105. o.). A szerzők arra is rámutatnak, hogy a gyógypedagógusokkal kapcsolatos sajtómegnyilatkozások is egyoldalúak; a cikkekben a gyógypedagógus „végtelen türelmű”, „magas szinten képzett”, „nehéz a dolga”, „hisz a lehetetlen elérésében”, „éjjel-nappal foglalkozik a fogyatékosokkal” – egy sor olyan sztereotípiás megjelölés, amely sem a valóságot nem tükrözi tárgyyszerű hűséggel, sem nem szól a szakma reális problémáiról, sem pedig nincs összhangban azzal a ténnyel, hogy a verbálisan magas társadalmi értékelés nem jár együtt a megfelelő anyagi megbecsültséggel és alkalmas munkakörnyezettel, munkavégzési feltételekkel a gyógypedagógusok számára.

A kisebbségeknek a tömegkommunikációban való megjelenése, illetve megjelenítése hatással van a közvélemény egészének vélekedésére (Csepeli 1997). Göllös (1993, 17–19. o. és a 15., 16. mellékletek) kutatásai azt mutatták, hogy a gyógypedagógusok és az egyéb fogyatékoságügyi szakemberek vélekedése szerint a tömegkommunikáció nemcsak nem foglalkozik megfelelő terjedelemben a fogyatékoságüggyel, hanem a megnyilatkozások jelentős része is főleg a sajnálkozást sugallja és kevésbé mozdítja elő a hatékony segítséget. (A kérdőívet kitöltő 369 személy 81%-a nagyobb teret engedne a tömegkommunikációban a fogyatékos emberekkel kapcsolatos kérdéseknek.)

A fogyatékoságügy néhány politikai aspektusa

A fogyatékos emberekkel szembeni társadalmi attitűd egy sajátos eleme, következménye és egyben megnyilvánulása is a fogyatékoságügy politikai megjelenése. Ennek legalapvetőbb jellemzője az, hogy a társadalom „a biológia nevében törvényesít egy hatalmi viszonyt, holott ez a biológia maga is természetivé tett társadalmi konstrukció” (Bourdieu 2000, 31. o.).

A fogyatékoságügy politikai jelentősége – ha a kérdést leegyszerűsítjük – azon múlik, hogy

1. a fogyatékoságügy hogyan hat az egyes társadalmi csoportokra,
2. ezek a társadalmi csoportok mennyire tekintik a fogyatékoságügy hatásait politikai kérdéseknek, politikai jelentéstartalommal értelmezik-e azt, és
3. van-e olyan politikai tényező (párt vagy mozgalom), amelyen keresztül az állampolgárok kifejezhetik a fogyatékoságüggyel kapcsolatos érdekeiket.

Az ezredforduló a korábbi történelmi korszakokhoz viszonyítva olyan időszakot reprezentál, amelyben a fogyatékoságügy problémáira egy sor tényező csillapítólag hat és ezért a politika általában is kevésbé fogékony a fogyatékos emberek gondjait illetően.

Mindenekelőtt, a szociális védőháló második világháború utáni kiépítése képes enyhíteni a fogyatékosággal járó anyagi deklasszáció, kiszolgáltatottságot és társadalmi marginalizálódást. Nemcsak a fogyatékos embereknek járó segély és járadék, hanem az emellett rendelkezésre álló egyéb segélyalapok (közlekedési, lakásbérleti támogatás stb.) is megóvják a fogyatékos személyeket attól, hogy éhezniük kelljen vagy hajléktalanokká váljanak.

A fogyatékoság elviselése azért is viszonylag kisebb teher ma, mint korábban, mert létrejöttek a fogyatékos emberekkel foglalkozó szociális intézmények (szövetségek, tanácsadók stb.), és így a fogyatékos személyek nem érzik magukat teljesen perspektíva nélkülieknek és magukra hagyottaknak. A fogyatékos emberek magasabb iskolázottsága és az információs szolgáltatások sokasága is elősegíti, hogy az érintettek racionalizálják gondjaikat, és önálló megoldási stratégiákat dolgozzanak ki életvitelükkel kapcsolatban.

Ezek a csillapító mechanizmusok sokáig képesek elejét venni annak, hogy a fogyatékoság katasztrofális egyéni és közösségi sorsproblémává és politikai gyűanyaggá váljon.

A fogyatékoságügy politikai megfogalmazódását az is hátráltatja, hogy a fogyatékoságügy nem egyforma mértékben érinti a különböző társadalmi csoportokat. Tendenciaszerűen a társadalom hátrányos helyzetű csoportjaiból kerül ki a fogyatékos emberek legnagyobb százaléka, az ezekhez a csoportokhoz tartozóknak nagyobbak – az életviszonyaiból adódóan – a kilátásai arra, hogy fogyatékos személyekké, rokkantakká váljanak.

Nem szabad elfelejtenünk ugyanakkor azt sem, hogy mást jelent az, hogy a fogyatékoságügy objektíve milyen mértékben érinti az egyes személyeket és társadalmi csoportokat, és megint mást, hogy az érintettek mennyire érzékenyek a fogyatékoslét nehézségeire. Eltérőek az egyének és az egyes társadalmi csoportok a tekintetben, hogy képesek-e alkalmazkodni sajátos élethelyzetükhöz, ki tudnak-e alakítani aktív alkalmazkodási stratégiákat, vagy csak passzívan elszenvedik a fogyatékoslét tényét és következményeit. Nem mindig a fogyatékoság által legveszélyeztetettebbek vagy leginkább érintettek azok, akik a leginkább megszenvedik a fogyatékos létet, és az is lehetséges, hogy még a fogyatékos lét okozta hasonló veszteségek esetén is más-más politikai artikulációt hoz magával a jelenség az egyes fogyatékos emberek és embercsoportok esetében.

A fogyatékoságügyet érintő politikai jellemzők között talán a legfontosabb (és a legkevésbé vizsgált) az, amit „szimbolikus uralomnak” nevezhetünk. Bourdieu szerint „a jelképes uralom hatása (vonatkozzon bár etnikumra, nemre, kultúrára, nyelvre stb.) nem a megismerő tudat tiszta logikájában érvényesül, hanem a habitust alkotó észlelési, értékelési, cselekvési mintákon keresztül, amelyek a tudatos döntéseken, az akarati kontrollon belül építenek fel egy önmaga előtt is mély homályba burkolózó rendelkezési viszonyt. ... Az alárendelt habitus (akár nemi, akár kulturális, akár nyelvi vonatkozásban) ... nem olyasmi, ami felfüggeszthető pusztán a szándék latba vetésével az öntudatra ébredés felszabadító lendületében. ... amikor a külső kényszer megszűnik, és megadatnak a formális szabadságjogok – választójog, tanszabadság, szabad pályaválasztás, beleértve a politikai karriert is –, az önkirekesztés ... működteti tovább a korábban leplezetlen tilalmakat” (Bourdieu 2000, 46. és 48. o.). A fogyatékos emberek esetében tipikusan az tapasztalható, hogy az iskolai, családi stb. szocializáció során olyan mértékben bevésoedtek számukra a társadalmi helyzetüket konstruáló érték-, gondolkodási, viselkedési minták, olyan mértékben bensővé teszik azokat, hogy a későbbi életükben „tudják a helyüket” a társadalomban, elfogadják, meg sem kérdőjelezik a számukra sok szempontból előnytelen pozíciót, hogy hátrányos helyzetük fenntartásához nincs is szükség nyílt külső tiltásokra, parancsokra, erőszakra. Erre idéztük példaként korábban azt, hogy a fogyatékos személyek gyakran maguk sem keresnek munkát, hanem járadékból, segélyekből próbálnak megélni. Ugyanilyen példa a szimbolikus hatalom hatékony működésére, hogy a fogyatékos emberek politikailag passzívak az iskoláztatásban, a közlekedésben, a politikai jogaik gyakorlásában meglévő akadályok lebontásával kapcsolatban. Ezek az egyenlősítő politikai mozgalmak legtöbbször a fogyatékos társadalmon kívülről szerveződnek, ami hatékonyságuk egyik fontos korlátozója.

Nem könnyű megmondani, hogy a fogyatékoságügynek mikor, mekkora a politikai jelentősége. Nehéz eldönteni, hogy a kormányok és a választók mennyire érzik a jelen és a jövő megítélésakor fontosnak a fogyatékoságügy alakulását. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a fogyatékos emberek országoként mást-mást gondolnak arról, hogy a fogyatékos létből adódó nehézségeknek

mennyiben oka a kormány politikája, és hogy a kormányok mennyire kötelesek törekedni a fogyatékos emberek társadalmi gondjainak felszámolására. Vannak országok, ahol a lakosság a fogyatékos létet alapvetően egyéni problémának és a társadalmi lét „normális” és sorsszerű gondjának tekinti, más országokban viszont az emberek nagy része úgy vélekedik, hogy a fogyatékos emberek gondja kollektív és nem csak egyéni gond, és a politikai vezetésnek (pl. a kormánynak) a politika alakításán keresztül lehetősége és kötelezettsége van a fogyatékosok problémáinak kezelésében.¹⁹

Magyarországon a lakosság vélekedése a fogyatékosügygel és a fogyatékos emberekkel kapcsolatban ambivalens, nem egyértelmű (lásd a fogyatékos emberekkel szembeni attitűddel kapcsolatban mondottakat). Mivel azonban a fogyatékosügy nemcsak magukat a fogyatékos személyeket, hanem családjukat, szűkebb környezetüket és az egész társadalmat is érinti, feltételezhető lehetne, hogy a szélesebb társadalmi közeg előbb-utóbb érdeklődést mutat a fogyatékos emberek helyzetének javításával kapcsolatban. Mint ahogy azonban a politikai szociológiai vizsgálatok kimutatták, a nem közvetlenül érzékelhető hatású, nem az egyéni döntés által befolyásolható, az egyén által pontosan nem átlátott nagypolitikai kérdések – amilyen például a makroszintű társadalompolitika alakítása – szinte semmilyen mértékben nem foglalkoztatják, vagy csak felszínes verbalizmusokra készítetik az egyes állampolgárokat. Mint Schumpeter írja: „... az egyéni felelősségből fakadó ösztönző erők hiányában az emberek nem veszik figyelembe a rendelkezésre álló nagyszámú és átfogó információt. Ez még akkor is így van, ha nem egyszerűen csak eléjük teszik az információkat, hanem előadások, demonstrációk és viták formájában megpróbálják az emberek számára használhatóvá is tenni őket. A tipikus állampolgár a mentális teljesítmény alacsonyabb fokára esik vissza, amikor a politika területére lép. Érvéle és elemzése olyanok, amelyeket maga is infantilisnek tekintene, ha a saját valódi érdeklődési területén belül találkozna velük. Újra primitívvé válik. Gondolkodásában az asszociatív és az affektív elemek dominálnak” (Schumpeter, 166. o.).

A fogyatékos emberek (főleg a nem evidens fogyatékos emberek) ugyanakkor nagyrészt a társadalom olyan csoportjaiból kerülnek ki, amelyek kevésbé képesek arra, hogy érdekeiket politikailag értelmezzék, artikulálják és képviseljék. A leginkább érintett, ugyanakkor érzékenyen reagáló és érdekeit politikailag artikulálni és képviseltetni képes fogyatékosember-csoportok (amilyenek a mozgásérült emberek) kisebbségben voltak a fogyatékos embereken belül, és területi szétszóródottságuk is nehezítette érdekeik szervezett országos képviseletét.

Nem teszi könnyűvé a fogyatékos személyek számára az érdekreprezentációt, hogy a fogyatékos személyek szociális összetétele heterogén. A kor, a nem, az iskolai végzettség, a korábbi munkahelyi pályafutás, vagyoni helyzet, az eltérő lakóhelyi adottságok stb. nehezítik a közös, a fogyatékos személyek nagy részének érdekeit megfogalmazó politikai platform létrehozását. Az is hátráltatja a „fogyatékos személyek pártja” vagy valami ehhez hasonló politikai mozgalom létrejöttét, hogy a fogyatékos létet senki nem tekinti identitása alapjának, ezt az állapotot sok (főleg felnőtt korban fogyatékosná vált) fogyatékos ember szégyelli, és igyekszik nem hangsúlyozni.

A fogyatékosember-csoportok társadalmi gyengesége és szervezetlensége azzal is jár, hogy a fogyatékos emberekkel kapcsolatos döntések a fogyatékos társadalmon kívül születnek. Vagy a döntéshozók egyéb döntéseinek fogyatékosügyre vonatkozásaiként, vagy a professzionális és a laikus segítők (gyógypedagógusok, szociális munkások, szülők stb.) elhatározásaiként. Ez egyes fogyatékosember-csoportok (értelmi fogyatékos emberek) esetében részben (de csak részben!) érthető, más esetekben egyszerűen abból következik, hogy a fogyatékos személyeknek nincs vagy csak alig van saját értelmisége. Mivel tipikusan a fogyatékos emberek alacsonyan iskolázottak, kevés a diplomás vak, siket stb. személy, aki képes lenne a fogyatékosügyben meghatározó szerepet vinni.

A kívülről jövő érdekképviselet azonban gyakran ugyanakkora vagy nagyobb mértékben jelenti az érdekképviselőket, mint a képviseltek érdekeinek megjelenítését. A gyógypedagógus érdeke pedig nem teljesen ugyanaz, sőt sok esetben éppen ellentétes azzal, ami a fogyatékos emberek érdeke. A nagy intézmények (intézetek, iskolák, elkülönült gyógypedagógus-képző intézmények) fenntartása például

¹⁹ Az olyan szélsőséges esetekről nem is beszélve, hogy a fasiszta kormányú országokban a fogyatékos emberek sterilizálása, illetve megölése a hivatalos politika rangjára emelkedett. Ugyanakkor – és ez kevésbé köztudott – a fejlett demokráciák némelyikében is aktívan és hosszú időn keresztül alkalmazták a fogyatékos emberek sterilizálásának államilag jóváhagyott programját: az Egyesült Államokban, Virginiában például 45 éven keresztül, egészen 1972-ig folyt ez a program.

inkább a gyógypedagógusok érdekében áll, mintsem a fogyatékos személyekében. A fogyatékoság-ügyben a gyógypedagógiai szakmai, szervezeti, egyéni érdekek kusza és ellentmondásos együttese létezik, amelyben a segítők és segítettek, az egyes segítő csoportok (laikusok és profik), sőt az egyes fogyatékosember-csoportok érdekei is sok esetben diszharmonikusak – a segítők hatalmi fölénye mellett.

A fogyatékos szerep és a fogyatékosok életmódja

Fogyatékoság és fogyatékos szerep

A fogyatékos szerepnek vannak olyan elemei, amelyek minden kisebbségi csoportot jellemeznek, vannak továbbá olyanok, amelyek minden fajtájú és súlyossági fokú fogyatékoság esetében jelen vannak a fogyatékos emberek életében, és vannak e szerepnek olyan mozzanatai is, amelyek az egyes fogyatékosági típusok és súlyossági fokok esetében a fogyatékosok társadalmán belül is elkülönülő fogyatékos szerepeket hoznak létre. Vannak tehát a fogyatékos szerepnek általános és különös vonásai és természetesen a fogyatékos szerep egyénenként is eltérő változatokban valósul meg.

A fogyatékos személynek – éljen bármilyen típusú és súlyossági fokú fogyatékosaggal – van vagy nincs családja, dolgozik vagy nem dolgozik, vannak vagy nincsenek baráti és egyéb társas kapcsolati, van vagy nincs jövedelme, fogyaszt, megtakarít, politizál és még millió olyan dolgot csinál életében, amit a nem fogyatékosok is tesznek. Életének ezek a tényei és eseményei azonban számára sok esetben át vannak szőve a fogyatékoság mint állapot és a fogyatékoság mint társadalmi megítélés aspektusaival. Valamilyen módon ezért – akármilyen fogyatékos személyekről essék is szó – mások a fogyatékos emberek gazdasági, szociális, pszichológiai, politikai stb. sajátosságai az életmódban és az életvezetésben, mint a nem fogyatékosoké. Vigotszkij ezekre a biológiai alapokon társadalmilag ki-fejlődő következményekre mutat rá: „Az emberiség kultúrája a biológiai embertípus ismert stabilitása és állandósága mellett jött létre. Ezért anyagi eszközeit és szerszámain, szociális-pszichológiai apparátusait és intézményeit normális pszichológiai felépítésre tervezték. Ezen eszközök és berendezések használata kötelező előfeltételként követeli meg az emberre jellemző intelligencia, szervek, funkciók meglétét. A gyermek »belenövését« a civilizációba megfelelő funkciók és apparátusok létrehozása idézi elő. Bizonyos stádiumban a gyermek megtanulja a nyelveket, ha agya és beszéd szervei normálisan fejlődnek. Az intellektus fejlődésének másik, magasabb fokán a gyermek megtanulja a tízes számrendszert és a számtani műveleteket. A civilizációba történő »belenövés« folyamatának fokozatosságát és következetességét a szervi fejlődés fokozatossága idézi elő.

[Mivel a] fogyatékoság [nyomán] – azáltal, hogy a stabil biológiai embertípustól való eltérés az egyes funkciók kiesését, valamint a szervek elégtelenségét vagy károsodását idézi elő – a fejlődés többé vagy kevésbé alapvetően módosítva, új alapokon, új típus szerint zajlik, a fogyatékoság természetesen felborítja a gyermeknek a kultúrába való belenövése normális folyamatát. Hiszen a kultúra a normális, tipikus emberrel van összeegyeztetve, alkotához van igazítva és a fogyatékoság által előidézett, a tipikustól eltérő fejlődés nem tud közvetlenül és egyenesen »belenőni« a kultúrába, mint ez a normális gyerekekkel történik” (Vigotszkij 1987, 41–42. o.).

A másság ténye és élménye nagymértékben abból adódik, hogy a társadalmi intézmények és a társadalom tárgyi elemei a modern világban a többségi nem fogyatékosember-csoportok igényeinek megfelelően vannak kialakítva és az élet számos területén nem léteznek a fogyatékosági állapotot figyelembe vevő alternatív megoldások az emberi életvitelre. Ez aztán a fogyatékoságot, mint más-ságot egyben sokszor hátránnyá is változtatja. Az eltérő testi adottságok így válnak társadalmi hátrá-nyokká például akkor, amikor a mozgássérült személy közlekedni akar, amikor a siket személy nem tud kommunikálni a hivatalokban, a vak ember nem talál munkahelyet vagy az értelmi fogyatékos személy nem a neki megfelelő iskolában tanul.

A többségi világ ilyen módon spontánul is kirekeszti a fogyatékos embereket maga közül. Ugyan-akkor a kirekesztettségben szocializálódó fogyatékos személyek gyakran maguk is szívesebben választják a saját fogyatékoságcsoportjukon belüli életet, mint a társadalom többségi részével való problémákkal teli és konfliktusokkal terhes integrációt. Az elkülönített gyógypedagógiai intézmények-

ben tanuló gyerekek például sokszor ezért is nem vágnak arra, hogy az épek iskolájába járjanak. A felnőtt fogyatékos emberek között is sokan vannak olyanok, akik a munkavállalás és az ennek nyomán az épek társadalmával való konfliktusos együttélés helyett inkább megelégszenek azzal, hogy segélyből éljenek és nem is keresnek állást maguknak (a kérdés munkaerőpiaci vetületéről vö.: Novák 1990, Tardos 1990, Winter 1990, Bánfalvy 1994, 55–64. o.).

A fogyatékos emberek élete tehát abban az értelemben zárt világ, hogy valamiből való kizártságon alapul. A fogyatékos emberek élete ennek a kizártságnak a napi megélésével zajlik. Ezért az élet egyik alapvető gondja számukra úgy határozódik meg, hogy a tőlük eltérő külső és domináns közegben kell éljenek. Helyzetük, gondjaik, terveik és tetteik részben ebben a kapcsolatrendszerben értelmeződnek, és csak nagy erőfeszítéssel és csak kevesen képesek arra, hogy a mai feltételek mellett integrálódni tudjanak az épek társadalmába. Az integráció megvalósítása szempontjából mindenesetre a szociális közegbe helyezés ugyanolyan fontos, mint magának a fogyatékosnak a megszüntetése (egyes beszédhibák esetében) vagy kompenzálása, azaz a szűken vett gyógypedagógiai és gyógypedagógusi tevékenység. Méhes a rehabilitáció kapcsán hangsúlyozza a szűkebb gyógypedagógiai és a tágabb társadalmi aspektusok összefonódottságát. Megfogalmazása szerint „a gyógyító nevelés minden ágazatában és problémakörében a rehabilitációs szempontoknak a defektuozitás miatt előtérben kell állniuk. Ma már sehol sem vitatják, hogy az adaptatív úton kompenzált defekt gyermekek gyógyító nevelése csak akkor mondható sikeresnek, ha eljuttatjuk őket a társadalmi rehabilitáció fokára. Lényegében arról van szó, hogy a defektuozitás, csökkentvén a gyermek szociabilitását, rekeszti ki őt a korának megfelelő gyermeki csoportosulásokból, közösségekből. A gyógyító nevelés ezt az állapotot tervszerűen kiegyenlíti, kompenzálja úgy, hogy az ifjúvá serdült tanulót meghatározott munkába helyezve, társadalmilag rehabilitálja. A gyógyító nevelés tehát visszavezeti a fogyatékos személyt a társadalomba. Ahhoz, hogy a fogyatékos ifjú a termelő közösségben megállhassa a helyét, a munkavégzésen kívül magatartásában, tehát pszichésen is szociabilisnak kell lennie. A szociális rehabilitációt kompenzáló neveléssel kell mindig előkészíteni. Ha a szociális rehabilitációt nem sikerül elérni, akkor aránylag rövid időszakon belül – leépülési jelek mellett – előáll az ismert dekompenzáció szomorú képe. Összefoglalva: a rehabilitációval az ifjút a társadalomba bekapcsoljuk, és így nevelési eredményeinket tartósítjuk. – A részlegesen rehabilitáltak esetében egy ideig védőkörnyezetet kell biztosítanunk, mert ezeknek a tanulóknak jó része utógondozást igényel” (Méhes 1962, 18. o.).

Másfelől azonban a fogyatékos emberek relatíve zárt szubkultúrát is alkotnak és az integráció gyakran kényszerítő erejénél fogva jelent terheket számukra. A „fogyatékos” elnevezésben ugyan elsődlegesen az érintetteknek az épek társadalmához viszonyított mennyiségi eltérése („a kevesebbség”) hangsúlyozódik, a fogyatékos emberek azonban – a biológiai és a csatlakozó szocializációs és szociokulturális elérések miatt – másnyelven is, mint az ép társadalom. Ez a másság az élet mikro-elemeiben (a tér, az idő észlelése, a környezet érzékelése és használata stb.) és az életmód és az életvitel formai eltéréseiben (eltérő táplálkozás, ruházkodás, kommunikáció stb.) is megmutatkozik, de ugyanígy megjelenik a világ egészét és az ember világbeli perspektíváit és ambícióit, értékeit és attitűdjeit érintő eltérő elképzelésekben is (a munka- és a pályakép, a családalapítási és a gyermekvállalási elképzelések és lehetőségek, a közéleti érdeklődés és részvétel stb.). A fogyatékos személyek ilyen értelemben a szó széles értelmében vett szubkultúrát, illetve a fogyatékoság jellegének és mértékének megfelelően, egymástól is egyes elemeikben eltérő szubkultúrákat alkotnak a társadalom egészén belül. Társadalmi helyzetüket nem lehet egyszerűen csak a klasszikus szociodemográfiai kategóriák mentén értelmezni, hanem – a szociológiai elemzés szokásos kompetenciáján részben kívül eső – szociálintropológiai, kultúrantropológiai és szociálpszichológiai fogalmakkal is le kell írunk a fogyatékos emberek világát mint szubkultúrát, illetve belsőleg differenciált szubkultúrákat.

A fogyatékosági szubkultúrát többek között az egységesíti, hogy a csoportba tartozók mindegyikének van „fogyatékos emberi identitása”. A „fogyatékos személy vagyok” tudat és a kapcsolódó fogyatékos viselkedés (bármilyen fejlett vagy fejletlen formát és szerkezetet is öltön) a más hasonlókkal összekapcsol és a különbözőektől elválaszt. Az identitás mellett ez az identifikáció egyik alapja is. Az életstílus kialakításában ennek az identitási és identifikációs aspektusnak legalább olyan jelentősége van, mint a fogyatékoság objektív és tárgyias jellemzőinek. A fogyatékosági szubkultúrát a rideg közgazdasági, szociológiai, makrotársadalmi, kvantitatív és tárgyias meghatározók mellett a mentalitás, a tradíciók, az informális kapcsolat és kommunikációs hálózatok, a szubkultúrán belüli szocializációs rendszerek, minták, szimbólumok, a belső és külső konfliktusok és konszenzusok, érdekreprezentációs és érdekérvényesítési törekvések és képességek valamint életérzések is alkotják.

Ezeknek a jellegzetességeknek a tudományos részletességű feltárása még nem történt meg. Annyi azonban a mai ismeretek szintjén is világos, hogy a fogyatékos emberek integrálása nem jelentheti a fogyatékos emberek asszimilálását; az integráció nem jelentheti azt, hogy a fogyatékosági szubkultúra alapvető vonásai ellenére vagy azok felszámolására törekedve, a fogyatékoságot mint szubkultúrát generáló kvantitatív és kvalitatív tényrt figyelmen kívül hagyva az érintetteket bele akarjuk gyömoszolni az épek társadalmába. Az integráció révén egyenlő esélyekhez lehet ugyan juttatni a különféle társadalmi szubkultúrákat, de nem lehet a szubkulturális eltéréseket felszámolva egyformává tenni az eltérő szubkultúrákat. A társadalom multikulturális heterogenitását figyelembe nem vevő integrációs törekvés egyaránt ártalmára van az integrálandóknak és az integrálóknak is.

A fogyatékosági szubkultúra integrálódási nehézségei például gyakran pszichoszomatikus betegségek formájában is a felszínre törnek. Mint ahogy a siket emberek kapcsán Balázs írja: „A siketek társadalmi beilleszkedésének problémája reálisan létezik. Személyiségfejlődésüket számos külső és belső tényező gátolja. Az állandó segítségre szorulás önbizalomhiányt, egyoldalú érdeklődést, egoizmust eredményez. A tanulók túlnyomó többsége intézetben lakik, így a hospitalizmus veszélye és a család hiánya determinálja egyéniségük kialakulását. ... a siketek sokkal nagyobb számban szenvednek pszichoszomatikus megbetegedésben, mint a jól hallók, például dermatózist 6-szor, asthma bronchialét 8-szor, gyomorfekélyt 4-szer, szívinfarktust 2-szer és hipertónia betegséget 2 és félszer annyit találtunk. ... nem tűnik túlzónak, ha megállapítjuk, hogy a siketek potenciálisan veszélyeztetettnek számítanak a pszichoszomatikus betegségcsoportokban. ... A hallás hiánya súlyosan érinti az embert, aki környezetével nem tud megfelelően kommunikálni, akit fogyatékosága megfoszt a tudomány és a technika számos pótolhatatlan, a siket egyén számára utolérhetetlen és megfoghatatlan varázssától” (1993, 15–16. o.).

A fenti sorok azt hangsúlyozzák, hogy a fogyatékos emberek számára milyen terheket jelent a többségi és domináns ép környezetben való élet. Azok a problémák azonban, amelyek a fogyatékos személyeknek az épekkel való kapcsolatában az említett helyzetben felbukkannak (pl. a kommunikációs nehézségek), gyakran nemtapasztalhatók az azonos erőpozícióban lévő emberek alkotta és azonos jellegű fogyatékosember-csoporton belül (a siket személyek például gond nélkül kommunikálnak egymás között). Másfelől viszont az épek számára is traumatizáló hatású, ha úgy kerülnek kapcsolatba a másfélékkel (például a külföldi emberekkel, a fogyatékos emberekkel stb.), hogy nem ők uralják a szituációt, hanem alá vannak rendelve a másféléknek (Swift Gulliverjében, L. Carroll Alice csodaországban című könyvében és a modern tudományos-fantasztikus irodalomban is olvashatóak erre szép példák).

A fenti mondanivaló főleg az ép társadalom és a tényleges fogyatékos emberek kapcsolatára vonatkozott. A fogyatékos emberek társadalmi helyzetét azonban a „fogyatékosítás” is alakítja. A fogyatékosítás többértelmű jelenség, amely elsődlegesen az úgynevezett minősítési vagy címkézési szociológiai elmélet keretében érthető meg. E szerint az elmélet szerint az emberek társadalmi megítélése nemcsak az objektív tulajdonságaiktól függ, hanem attól is, hogy a társadalmi környezet, illetve annak erre hivatott tagjai ezeket a tulajdonságokat hogyan értékelik, minősítik. A minősítési mechanizmusok vizsgálata azt is feltárta, hogy az emberek pozitív vagy negatív társadalmi minősítése függ az illető emberek társadalmi helyzetétől és attól, hogy a minősítők és a minősítettek társadalmi helyzete között milyen hasonlóság vagy eltérés van (Allport 1977, Goffman 1961, Andorka 1990).

Míg az evidens fogyatékoságok esetében lehetetlen az olyan „fogyatékosítás”, amikor nem fogyatékos személyt fogyatékosnak minősítenek (mert valaki vagy nyilvánvalóan rendelkezik a meghatározott leíró jegyekkel vagy nem), a nem evidens fogyatékoságok esetében gyakran éppen az a helyzet, hogy valakit vagy valakiket objektív gyógypedagógiai jellegzetességeik ellenére fogyatékos személynek „neveznek ki”, és ezzel mintegy igazolják a velük szembeni negatív diszkriminációt és a rájuk erőltetett „fogyatékos szerepet”. Gyakran az eltérő külső jegyeket a társadalmi egyenlőtlenségek post festum legitimáció alapjaként kezelik. A néger, a cigány, a nő, a máshogy gondolkozó vagy a kisegítő iskolás megjelölések ilyen szempontból ugyanolyan kvázi ideológiák kialakulásakor játszanak szerepet. Szociológiailag bizonyított ugyanakkor például az, hogy Magyarországon az evidens fogyatékos (siket, vak, súlyosan értelmi fogyatékos és mozgássérült) emberek között viszonylag egyenletesen vannak reprezentálva a társadalom különböző osztályaiból, rétegeiből, csoportjaiból származók, ugyanakkor a nem evidens fogyatékosok (főleg az enyhén értelmi fogyatékos) emberek között messze túlreprezentáltak a társadalom alsó és marginális csoportjai (az alacsony iskolázottságú, a szakképzetlen, a cigány, a szegény) emberek (Csanádi et al. 1978, Ladányi et al. 1996). A negatív címkézés fő kárvallottjai tehát az egyébként is a társadalom gyengébb csoportjaiba tartozók.

A már korábban említett címkézési elmélet, illetve az attitűddel kapcsolatos vizsgálatok (Allport) mutattak rá arra, hogy a „minősítettek” esetében sajátos szerepek és „karrier” alakulnak ki és rögződnek. Ilyen a „fogyatékos szerep” és a „fogyatékoskarrier” is. A tényleges és a „fogyatékosított” fogyatékos személyek esetében is tapasztalható, hogy a fogyatékosná minősítés hatására megváltoznak ezeknek az embereknek a külső körülményei (pl. a fogyatékosok iskoláiba kerülnek), és ezek az emberek maguk is megváltoztatják önértékelésüket, önképüket és életvitelüket. A minősítést részben a közvetlen környezet (a család, az ismerősök, a szomszédok, a munkatársak stb.) végzi, de jelentős szerepet kapnak a minősítésben a társadalom különféle intézményei is (a jogi szabályozás, az iskola-rendszer stb.).²⁰ Goffman úgy fogalmaz, hogy a minősítettek „stigmát” kapnak. Ennek következtében környezetük is elvárja tőlük, hogy a címkének megfelelően, az épek fejében élő fogyatékos-sztereotípiák szerinti fogyatékos személyként viselkedjenek. Hozzájárulnak ehhez azok a tanulási folyamatok, amelyek során a fogyatékos emberek más fogyatékosok személyektől is elsajátítják a társadalmilag kirótt fogyatékos szerepet. Végül olyan helyzet is kialakulhat, hogy a fogyatékos minősítés menedéket jelent a fogyatékos személyek számára, mert mentesíti őket a többségi társadalom tagjaival kapcsolatos bizonyos elvárásoktól (pl. a munkavállalástól), és kialakul a fogyatékos emberek az épekétől relatíve elkülönülő szubkultúrája, amelyen belül a fogyatékos személyek sajátos biztonságot, otthonosságot élveznek.

A fogyatékosági szubkultúra maga is belsőleg rétegzett és más szerepek és karrier jellemzik az egyes fogyatékosember-alcsoportokat. Ezek a szerepek sok esetben olyan speciálisak, hogy kifejezetten csak az illető fogyatékosági szubkultúrában lelhetőek fel. A századelő egy ízes megfogalmazását kívánkozok idézni a fogyatékos, nevezetesen a mozgásfogyatékos személyek egy sajátos foglalkozási alcsoportja, a koldusok, belső szociális strukturálódásának leírásaként, és bár a leírás nem a máról szól, olyan szemléletes, hogy a mára vonatkozóan is pontosan megvilágítja az alapvető mondanivalót: „Képzeld csak el a magyar haza szerető gondoskodását, a midőn jogot ad béna fiának, hogy koldulhasson! Aztán a koldusok nem mind egyenlők ám; vannak telepengedélyhez kötött rangosztályok, a melyek sokszor már egyházi adományozás tárgyai. Van olyan hely, a hol a Nepomuki János szobra szaporább jövedelmet ad, mint a Szűz-Mária; másutt meg a Flórián ér többet mindennél; a juhászok temploma előtt a Szent-Mihály koldusa az úr; a templom belsejében rangosabb a hely, mint a küszöbön kívül. Aztán micsoda nagy szerencse a koldusok között egy-egy szépen korcsosult kéz, vagy béna láb; a nagy púp, az undorító sebek úrrá teszik gazdájukat. Aztán a koldus észjárás hogyan settenkedik az urak pszichológiája után! A legtöbb házban pénteken jár ki az alamizsna, de vannak kivételek is, a melyeket üzletileg is érdemes számon tartani. Aztán meg az alkalmoszerű tolvajkodás, a cselédekkel való pajtáskodás szintén hozhat valamit a konyhára” (Zigány 1990, 63. o.).

Nemcsak a fogyatékos emberek általában, hanem az egyes fogyatékoságok szerinti fogyatékosember-csoportok (a vak, a siket, a mozgássérült stb. személyek) is saját belsőleg strukturált és gyakran belterjes szubkultúrákat hoznak létre és sztereotípiákat alakítanak ki – nemcsak az épekkel, hanem a másféle fogyatékos emberekkel kapcsolatban is (Illyés—Erdősi 1986, Szombati).

A fogyatékosná minősítés és a fogyatékos szerep kialakulása során az egyik legfontosabb címkéző maga a gyógypedagógia és maguk a gyógypedagógusok. Miközben munkájuk elengedhetetlen előfeltétele a fogyatékoság megállapítása és pontos diagnosztizálása, ennek során a fogyatékoság hordozóit fogyatékos személyekké is változtatják, amivel radikálisan átalakítják az érintett személyek társadalmi státusát és az általuk betöltött szerepet. A minősítés nyomán végbemegy az érintett személyek „státuseróziója”, vagyis a korábbi státus és szerep leomlik és új státusnak és szerepnek adja át a helyét. Ez nemcsak a fogyatékosnak tekintett nem fogyatékos személyek, hanem azok esetében is igaz, akik valóban rendelkeznek a gyógypedagógiai értelemben vett fogyatékosági jellemzőkkel.²¹

²⁰ Goffman már-már humorba hajlóan írja le a címkézésben rejlő sztereotipizálás egyik mechanizmusát: „Van egy pár ember, akivel előfordul, hogy tétozások megérinteni, vezetni a vakot, míg mások az észlelt látásbeli fogyatékoságot a képtelenségeknek szinte totális mintájává általánosítják, mint például az az egyén, aki úgy kiabál a vak emberrel, mintha az siket volna, vagy megpróbálja felemelni őt, mintha nyomorék volna” (1981, 186. o.).

²¹ Ebben a tekintetben hasonló folyamat megy végbe a fogyatékoságügyben, mint a pszichiátriában, amelynek kapcsán Szasz arról beszél, hogy a pszichiáter elmebeteggé tesz, vagy ezért állítja Illich, hogy az egészségügy megbetegít (Szasz 2002, 1971, Illich 1977).

A kialakuló fogyatékoszserepek egyike a viktimizáció folyamatában keletkezik. Ennek okait vizsgálva Pálhegyi a fogyatékos emberek társadalmi helyzetét pszichológiai szempontból „börtönszerű frusztrációs helyzetnek” nevezi, és azt érti ezalatt, hogy a fogyatékos személynek nemcsak bizonyos célok eléréséről kell lemondania, hanem pszichológiai értelemben vett mozgásszabadságáról is, mert „szűk az élettere” (1981). Az ennek nyomán létrejövő viktimizáció Göllesz megfogalmazása szerint „a minoritásban élőknél újabban megfigyelt jelenség, amelynek lényege abban van, hogy a kényszerű kisebbségben élő személy(ek) a kisebbségi körülményektől független hátrányait, bántalmait is a kisebbségi léte vezeték vissza, és végső megfogalmazásban ennek áldozataiként, sértettként élék meg a mindenki mással megeshető nem kívánatos jelenségeket. Hozzá kell tennünk ehhez, hogy a viktimizációra való hajlam előtérbe kerülése egyenes arányban áll a személyiségjegyek eltorzulásával, az antiszociális jellemzők jelenlétével, neuraszténiás, paranoid beállítottságokkal.” (1985, 60–61. o.).

Többről van tehát szó a fogyatékoságügy kapcsán, mint a fogyatékosról vagy magáról az egyes fogyatékos emberről, illetve valamelyik fogyatékoság-csoportról – a fogyatékos személy életének döntő ténye a komplex és totális társadalmi integrálódás vagy integrálódásképtelenség. Ha a fogyatékoságügyi szakember kompetenciára tart igényt a klienseivel való foglalkozás során, akkor tehát ezt az alapvető élethelyzetet kell elfogadnia tevékenysége tárgyául, és nem elégedhet meg a magával a fogyatékosággal vagy az egyes fogyatékosok személyek belső világával való belterjesebb foglalkozással (bár nem is kerülheti ki).

Fogyatékoság és életmód

Az életmód-jellegzetességek egy részét már a fogyatékos emberek családi, iskolai és munkavégzési jellemzői kapcsán bemutattuk. Ebben a fejezetben ezért inkább az életmód néhány elvi vonatkozására koncentrálnak, és ennek fényében kíséreljük meg a korábban részenként elmondottak új szempontból való megvilágítását. Az életmód-jellemzőket tekintve a korábbi fejezetekhez hasonlóan itt is azt a kérdést kell megvizsgálnunk, hogy

- mik a leíró sajátosságai a fogyatékos emberek életmódjának,
- mennyiben határozza meg a fogyatékosok életmódját a fogyatékoság és mennyiben az általános szociodemográfiai jegyek,
- van-e sajátos fogyatékosemberi-életmód,
- milyen objektív és szubjektív elemek alakítják a fogyatékos személyek életmódját,
- fogyatékos-e a fogyatékos személyek életmódja.

Az életmódot vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy vannak a fogyatékos személyek életmódjában olyan elemek, amelyekben nem térnek el lényegesen az épektől. Ez azért van így, mert életük társadalmi szervezeti keretei sokszor hasonlóak vagy azonosak. A fogyatékos gyerekek például ugyanúgy iskolában tanulnak, mint az épek; életmódjuknak része a tanulás és az iskolában töltött idő. Az iskola az ismeretanyagon túl viselkedési és életmódmintákat is átad a gyerekeknek, és ezek a minták az ép és a fogyatékos személyek esetében sok vonásukban hasonlóak (olyan értékekre gondolok, mint a pontosság, a sikeresség, a verseny stb. és olyan mintákra, mint a tanítóké). Viselkedésükben és érdeklődésükben ezek miatt is sokszor hasonlítanak a fogyatékos személyek az épekhez. Iskoláskorú enyhén értelmi fogyatékos tanulók életmódját tanulmányozva például egy Vas megyei vizsgálat a kérdőívek elemzése során az értékek és az életmód néhány fontos sajátosságát fedte fel. Eszerint a gyerekek 16%-a rendszeresen, 16%-a alkalmanként dohányzik (Pócz 1993). Esetenként alkoholt fogyaszt a megkérdezettek 30%-a. Megvizsgálták a gyerekek ismeretkörét is és kiderült, hogy a gyerekek ismeretei erősen hiányosnak mutatkoztak a társadalmi szervezetekkel kapcsolatos témakörökben, jól tájékozottak voltak viszont a háztartási munkákat, a családjaikat, a pályaválasztást, a gazdálkodást és az emberi szaporodást illető témákban. A vizsgált vonatkozásokban a fogyatékos emberek az épekhez hasonló vonásokat mutatnak.

Vannak ugyanakkor a fogyatékos személyek életmódjának olyan sajátosságai is, amelyek – biológiai és társadalmi, objektív és szubjektív tényezők hatására – lényegesen másfajta, mint az épek életmódvonásai. Az életmód ma jellemzően hiányzó eleme például a fogyatékos embereknél a sport. A közvéleményben és a fogyatékos személyek egy részében általában fel sem merül az a gondolat, hogy

a fogyatékos emberek, ugyanúgy, mint az épek sportolhatnak is.²² Ugyancsak jellemzően nem élnek aktív közéleti életet a fogyatékos emberek, és nincs Magyarországon ismert és befolyásos országos politikai személyiség, aki (gyógy)pedagógiai értelemben) fogyatékos személy lenne.²³

Az életmódbeli eltérések egyik oka – amint azt már korábban részletesen kimutattuk – a fogyatékos emberek izolált élete, amely az izolált iskolai képzésben és a munka világán való kívül kerülésben és kívül maradásban egyszerre testet ölt és rögzül. Az izolált életmód szűkebb társasági kört, szegényesebb információ- és élményszerzést, a fogyatékosági szubkultúra szociális és pszichikus belterjességét eredményezi. Ezt az izolációs következményt csak erősítik a fogyatékos emberekkel szembeni társadalmi elvárásokban és a fogyatékos személyeknek saját magukkal kapcsolatos aspirációiban megjelenő tipikus fogyatékosági-szerepek.

Az izoláció, a fogyatékos emberek iránti társadalmi attitűd, a fogyatékos szerep és a fogyatékos emberek önértékelése egyaránt hozzájárul ahhoz az életmód-sajátossághoz, ami a fogyatékos személyek esetében talán a legjellemzőbb: a dependenciához, a függőségi viszonyhoz. A függőség nemcsak az objektív állapot, hanem a felsorolt és a korábbiakban részletesebben tárgyalt szubjektív identifikációs és identitási jellemzők terméke is. Az nem vitatható, hogy a súlyos fogyatékoság (különösen az értelmi fogyatékos emberek esetében) már eleve azt eredményezi, hogy az érintett személy korlátozott az önálló életvitelben. Nem áll azonban fenn ez a korlátozottság ilyen egyértelmű biológiai okokra visszavezethetően a mozgássérült, a siket és a beszédhibás személyek esetében, holott közülük sokan többé-kevésbé dependens életet élnek. Az iskola, a család, a munkaadók, a társadalmi közmegejtés, az intézményi és a jogi szabályozási rendszer az ő esetükben ugyanolyan erővel konstruálja a függőségi helyzetet, mint maga a fogyatékoság.

Nemcsak a fogyatékos emberek vannak persze függő helyzetben. Hasonló szituáció jellemzi a gyerekek és a munkanélküliek társadalmi helyzetét is és az ő esetükben is kialakul egyfajta „függőségi kultúra”. Ennek az a jellegzetessége, hogy a benne lévők – a függőség felszámolására képtelenek lévén, vagy képtelennek érezvén magukat – kialakítanak olyan viszonylag hatékony életmód-stratégiákat, amelyek az adott helyzet keretein belül az előnyök maximalizálására és a hátrányok minimalizálására, sőt előnnyé változtatására alkalmasak. A munkanélküli személy például berendezkedhet arra, hogy az összes jogszabályi lehetőséget kihasználva maximális pénzbeli támogatáshoz jusson és ezzel nemcsak az anyagi deklaszálódást odázza el, hanem egy idő után le is tesz arról a szándékáról, hogy elhelyezkedjen. A szociális segélyezésre szoruló szegény emberek is gyakran az egyetlen megélhetési forrássá változtatják a maguk számára a segélyezést és „segélyfüggő” életvitelre rendezkednek be. A fogyatékos személyek esetében is gyakran tapasztalhatjuk, hogy az izolált nevelés szocializációs hatásaként és a reménytelennek ítélt társadalmi előmenetel tudatában aktív segélyezett-ségi stratégiák szerint rendezik be az életüket. Ez persze csapdahelyzet, hiszen a segélyek nemcsak arra kényszerítik az érintetteket, hogy a szűk segélyösszeg mértékéig szállítsák le fogyasztásuk szintjét és életminőségük nivóját, hanem a segélyek fokozatosan még tovább növelik a dependenciát és folyamatosan csökkentik a dependens helyzetből való kitörés esélyét is. A gyakran hivatkozott Életminőség '95 vizsgálat (Bánfalvy 1995 és 1996[a]) mindenesetre azt tapasztalta, hogy a felnőtt értelmi fogyatékos emberek jelentős része teljesen vagy részlegesen képes önálló életvezetésre.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOS FELNŐTTEK MEGOSZLÁSA AZ ÖNÁLLÓSÁG FOKA SZERINT (%)

	A fogyatékoság			
	Enyhe	Közepesen súlyos	Súlyos	Halmozott
Teljesen vagy nagyrészt önálló	86,6	22,0	5,7	19,7
Irányítást igényel	9,3	44,0	23,8	18,9
Önállótlan	4,1	34,0	70,5	61,4

²² Ebből a szempontból is kiemelkedő fontosságú az egyre nagyobb publicitást nyerő és egyre több fogyatékos embert bevonó Magyar Speciális Olimpia mozgalom, amely nemzetközileg is jegyzett sikereket könyvelhet el, vagy a Magyar Értelmifogyatékosok Sportszövetsége (Gruiz 2002).

²³ Az első kiadás megjelenése óta ez már nem teljesen igaz. Szekeres Pál személye és funkciója 1998 és 2002 között az Ifjúsági és Sportminisztériumban üdvözlendő kivételt jelent.

Nyilvánvaló, hogy a fogyatékoság mint állapot az érintettek számára olyan objektív adottság, amelyben eltérnek az épektől és amely az életmód egyik alapvető befolyásolója. Az életmód olyan mély rétegeit illetően, mint például amilyen az idő és a tér észlelése és használata, a fogyatékoság determináló erejű az életmódban. Az érzékelési és testi állapot más információkat ad a fogyatékosok számára a környezetről (pl. bizonyos észlelések hiánya, mások kompenzatórikus felerősödése), mint amilyen az épek számára adott, és ez más fajta pszichikus folyamatokat, reakciókat, cselekvéseket vált ki. Nemcsak olyan evidenciákról van szó, hogy a vak emberek nem járnak képtárba vagy moziba, a siket személyek koncertre, a mozgássérült emberek pedig többnyire nem másznak hegyet, hanem arról is, hogy legtöbbször közülük ilyesfajta készítményt vagy az ilyesfajta tevékenységek nem létéből fakadó hiányt sem érznek.

A fogyatékoság okozta életmódigények, aspirációk és korlátok az egyes fogyatékosági típusok esetében más-más életmódhatásokkal járnak, azaz az egyes fogyatékosember-csoportok (vak, siket, mozgássérült stb. személyek) életmódja ugyanúgy sok vonatkozásban hasonló egymáshoz, más vonatkozásokban eltérő egymástól, mint az ép és a fogyatékos emberek életmódja. A másságot ebben az aspektusban sem lehet egyszerűen fogyatékoságnak tekinteni. Mert miközben a vak ember egyes aspektusokban „kevesebb”, mint a látó, nevezetesen a látásban, más aspektusban, például a hangok szerinti tájékozódásban „több”, mint bármely más ép vagy fogyatékosember-csoport. A siket személy a gesztuskommunikációban mindenkit felülmúl (e tekintetben mindenki másnak hozzá viszonyítva „fogyatékosága” van), de nem hall. Általában is a fogyatékos és a fogyatékoság fogalma, az állapotnak az értelmezése viszonyításon múlik. Az ép társadalom, számszerűleg domináns és hatalmi pozíciója miatt olyan normalitásmérce, amely nemcsak a fogyatékosfogalom megalkotásában, hanem az úgynevezett normális életmód fogalmának kialakításában is etalonként, és „referenciacsoportként” szolgál. Az épektől eltérő életmód nevezetesen ily módon egyoldalúan „korlátozottnak”.

Az ép társadalom normalitásfogalma az életmód kapcsán is olyan erővel hathat (miközben tudjuk, hogy ebben a fogalomban egyoldalúan csak azok a fogyatékosági aspektusok hangsúlyozódnak, amelyekben a fogyatékos személy elmarad az épek képességeitől, és nem esik latba a képességeknek az a köre, amelyben a fogyatékos emberek képességei meghaladják az épekét), hogy a fogyatékos emberek és a fogyatékoságügyi szakemberek egy részében inadekvát és irreális ambíciók jönnek létre, amelyek azt tűzik ki célul, hogy a fogyatékos személy formailag is megfeleljen az épek életmód-sajátosságainak. Ilyenkor tragikomikus helyzetek jöhetnek létre, mint amilyen az, amikor a rokkant kerekesszékekkel mássza meg a hegyet, tanulmányi versenyt rendeznek értelmi fogyatékosok számára, vagy a vakokat tájékozódási futóversenyre viszi a lelkes győypedagógus (megtörtént esetek!). Az egyenrangúság demonstrálása ilyen esetben abban a hibás felfogásban vall kudarcot, miszerint az egyenlőség ugyanazt jelentené, mint az egyformaság. Nemcsak a fogyatékoságügy kapcsán találkozhatunk persze az egyenlőséget az azonossággal összekeverő téves eszmével, hanem az épek társadalmában is. A XIX. századi lelkes „kékharisnyák” azzal is demonstrálni akarták a férfiakkal való egyenlőségüket, hogy alkoholtartalmú italt fogyasztottak, dohányoztak és páran közülük borotválkoztak! A XX. században az amerikai és az európai fehér országokban az asszimilálódni akaró színes bőrű személyek közül nem egy plasztikai műtétnek veti alá magát, „kiegyenesíti” a haját és „kifehériti” a bőrét, hogy „fehérebb” legyen a fehérnél. Ugyanez a helyzet a rockstárhoz vagy mozicsillaghoz hasonlítani akaró tinédzser esetében is. Ennek az analóg jellegzetességnek ellenére a fogyatékos emberek életmódja kapcsán talán kevésbé van végiggondolva a két fogalom – az egyenlőség és az azonosság – között szükséges különbségtétel, mint egyéb területeken.

A fogyatékos emberek életmódját nemcsak a „fogyatékos” által meghatározott objektív feltételek és a „vonakoztatási csoport” által adott minta követésében rejlő szubjektív adottságok befolyásolják, hanem az objektív és szubjektív szempontokkal összefonódottan megmutatkozó társadalmi pozíció, a fogyatékos személynek és családjának a társadalmi munkamegosztásban elfoglalt helye is. Mint ahogy azt már a család, az iskola és a munka világa kapcsán taglaltuk: az, hogy a szűk életmesgék az egyes fogyatékos személyek számára mégis pontosan mennyire tágak, attól függ, hogy milyen a fogyatékos emberek általános társadalmi pozíciója. A szülők és általában a család, továbbá a fogyatékos személy neme, kora, lakóhelye, iskolai végzettsége és szakképzettsége, valamint a fogyatékos emberekkel szembeni attitűd egymással is összefüggő rendszerben hatnak az egyes fogyatékos emberek és fogyatékosember-csoportok társadalmi érvényesülési esélyeire. Még azonos típusú és mértékű fogyatékoság esetén is eltérő társadalmi érvényesülési feltételek adódtak például a városi értelmiségi családból származók és a falusi szakképzetlen családi háttérrel rendelkező fogyatékos emberek

számára (Illyés [szerk.] 1984–1990, Balázs—Tóth 1993). Így aztán a fogyatékos személyek életmódjában nemcsak a fogyatékoság jellege és foka szerint vannak eltérések, hanem belsőleg rétegzett a fogyatékos emberek társadalma aszerint is, hogy a szociodemográfiai eltérések milyen csoportokat hoznak létre közöttük. A falun élő fogyatékos emberek nemcsak fogyatékoságuk miatt nem járnak színházba (a beszédhibás vagy a mozgássérült falusi ember ettől még mehetne), hanem azért sem, mert nincs a közelben színház. A fogyatékos nemcsak azért nem utazik repülővel, mert fogyatékos, hanem mert nincs rá pénze, ha viszont van rá pénze, akkor ő is repülőre szállhat. Leegyszerűsítés lenne tehát, ha a fogyatékos emberek életmódját csakis a fogyatékosági típusok szerinti csoportokat összehasonlítva, vagy a fogyatékosok és az épek életmódját összevetve próbálnánk megérteni: az életmódnak a fentiekkel egyenrangú meghatározója a szociális helyzet, a társadalmi struktúrában, a társadalmi munkamegosztásban elfoglalt hely.

Ami ebből a szempontból mára Magyarországon az egyik fontos életmód-alakító és -differenciáló tényező egyikévé vált az a munkavégzés, illetve a munkanélküliség. A fogyatékos és a fogyatékosnak minősített nem fogyatékos emberek (a kisegítő iskolát végzettek egy része) egyaránt egyre romló munkavállalási lehetőségekkel néznek szembe. Bár – mint megmutattuk – még a súlyosan fogyatékosok személyek jelentős része is potenciális munkavállaló, a nehezedő magyarországi munkavállalási feltételek közepette (az 1990-es évek derekán a hivatalosan nyilvántartott munkanélküliségi arány 14% körüli volt) a fogyatékos emberek egyre nagyobb arányban szorulnak ki a munkaerőpiacról, és vagy el sem tudnak helyezkedni, vagy állásukat elveszítve munkanélküliekké válnak. Ami ennek kapcsán az életmód és az életminőség vonatkozásában a legfontosabb az egyrészt az, hogy ezek az emberek még az épekénél is nagyobb jelentőséget tulajdonítva a munkának súlyosabban élnek meg a munkanélküliséget, mint azok, akiknek nagyobb esélyük van az elhelyezkedésre. Ugyanilyen fontos ugyanakkor az is, hogy a munka világából való kiszorulás – az iskolai és a családi szocializációs hatásokra ráépülve – még tovább fokozza a dependenciára való készletét. A munka világában még azok az integrációs sikerek is semmissé válhatnak, amelyeket a család és az iskola elérhet, és a munkavállalásra való képtelenség révén kiteljesedhetnek azok az izolációt és dependenciát konstruáló hatások, amelyek a fogyatékos embereket a munka világába való belépést megelőzően már az épek társadalmából való kiszorulásra és a társadalmi szegregáció irányába taszítják.

Az életmódbeli sajátosságok egyik megjelenési helye és egyben alakítója is az a közösség, amelyben a fogyatékos emberek élnek. Ennek a közösségi létnek a települési eltéréseit bemutató nemcsak illusztráljuk az eddig elmondottakat, hanem újabb tanulságokra is bukkanunk.

Az életmód eltérései a különböző településtípusok esetében

A település, amelyen az emberek élnek nemcsak a földrajzilag körülhatárolható lakóhelyet jelenti, hanem az anyagi és a szellemi adottságok és korlátok komplex és egymástól eltérő együttesét, a kultúrát, illetve szubkultúrát. A települési eltérések elemzése tekintetében – más átfogó vizsgálatok hiánya miatt – az Életminőség '95 kutatás értelmi fogyatékos emberekkel kapcsolatos tapasztalataira tudunk támaszkodni.

A vizsgálat azt jelezte, hogy a falvakban élő értelmi fogyatékos személyek könnyebben integrálódtak a körülvevő társadalomba, mint a városiak és a budapestiek.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA ASZERINT, HOGY KIKKEL ÉLNEK EGYÜTT, TELEPÜLÉSENKÉNT (%)

	Budapest	Város	Falu
Szülőkkel, rokonokkal	75,5	77,4	64,2
Saját családjában	6,4	14,7	27,2

Látható, hogy a falun élők gyakrabban élnek saját családjukban, feleségükkel, gyerekeikkel, míg a városiak inkább szüleikkel és rokonaikkal élnek együtt. Még pregnánsabbak az eltérések az enyhén értelmi fogyatékos emberek esetében, akiknél azt tapasztaltuk, hogy a budapestieknek 11, a falusiaknak viszont 51%-a alapított saját családot. Míg a Budapesten élő értelmi fogyatékos embereknek csak 5%-a tulajdonosa a lakásának vagy házának, a falusiak esetében az arány 16%. A budapesti enyhén értelmi fogyatékos emberek 6%-a tulajdonos, a falusiaknak viszont 29%-a.

**AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA
CSALÁDI ÁLLAPOT ÉS LAKÓHELY SZERINT (%)***

Családi állapot	Budapest	Város	Falu
Házass	5,4	10,0	17,7
Élettársal él	9,7	4,6	10,1
Nőtlen/hajadon	82,8	82,1	70,4
Elvált vagy külön él	1,1	2,9	1,8

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Abból a szempontból is önállóbbak és integráltabbak a vidéken élő fogyatékos emberek, hogy többen élnek vagy éltek közülük házasságban vagy élettársi kapcsolatban. A falusi enyhén értelmi fogyatékos személyek 55%-a házass, volt már házass vagy élettársal él, Budapesten az arány csak 26%. A katonaviselték aránya az enyhén értelmi fogyatékos férfiak között Budapesten kevesebb mint a fele a falusiakénak.

A másik fontos megfigyelés az volt, hogy a magasabb vidéki társadalmi integráció annak ellenére ment végbe, hogy a vidéken élők iskolai végzettsége és szakképesítése is alacsonyabb a városiakénál. Például az enyhén értelmi fogyatékos budapesti emberek 74%-a, a falusiaknak viszont csak a 65%-a végezte el az általános iskolát, továbbá a budapestiek 9%- eljutott a normál középiskolákba is, míg az egyéb városokban ezeknek az értelmi fogyatékosoknak személyeknek az aránya csak 5%, a falvakban lakók esetében pedig csak 4% volt. A budapestiek 50%-ának van valamilyen szakmai képzése, míg a falusiaknak csak 15%-a rendelkezik szakképesítéssel.

A sikeresebb falusi integráció valószínűleg ugyanazzal magyarázható, mint a már korábban említett másik sikeres integrációs jelenség: falun a fogyatékos ember ugyanúgy nem rí ki olyan durván a környezetéből, mint az alacsonyabb státusú társadalmi csoportokban. Minél nagyobb a fogyatékos ember és ép környezete között a képzettségbeli, iskolázottságbeli eltérés, annál nehezebb számára az épekhöz hasonló életvezetést kialakítani.

A vidék általános hátrányából adódóan azonban a formális munkavállalásban a vidéki értelmi fogyatékos személy hátrányban van a budapestivel szemben. A budapesti enyhén értelmi fogyatékos emberek 66%-a munkavállaló vagy munkanélküli, a városiaknak és a falusiaknak azonban csak 35-36% kapcsolódik vagy kapcsolódott valaha be a bér munka világába. Jelentősen rosszabb a vidéki és főleg a falusi értelmi fogyatékos emberek családi háttere is, ami részben szintén magyarázza az eltérő integrálódási feltételeket és társadalmi előmeneteli lehetőségeket. Erre példaként megmutatjuk, hogy milyen eltéréseket találtunk az apák iskolai végzettségében.

**AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA AZ APÁK ISKOLÁZOTTSÁGA
ÉS LAKÓHELY SZERINT (%)***

Az apa iskolázottsága	Budapest	Város	Falu
Max. általános iskola	24,0	40,1	78,6
Szaktanulásképző	28,0	23,4	11,8
Szakközépiskola	18,7	10,0	3,5
Gimnázium	2,7	5,5	3,9
Felsőfok	26,6	11,0	2,2

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Az egyes települési típusokon élő értelmi fogyatékos emberek tehát sokoldalúan eltérnek egymástól mind szociális eredetüket, mind életvitelüket és a környező társadalomba való integrálódásukat tekintve. Hasonlóan ahhoz, amit az alacsonyabb státusú családokkal kapcsolatban korábban megfigyeltünk, az egyszerűbb életvitelű és alacsonyabb iskolázottsági követelményeket támaztató falusi társadalom is kedvezőbb környezetet jelent a fogyatékos emberek integrálódása szempontjából, mert ebben a közegben még a városiakhoz képest kevésbé képzett értelmi fogyatékos személyek is az ép környezethez hasonló életvitelre képesek.²⁴

²⁴ A BNO-10 szerint is „Abban a szocio-kulturális környezetben, amely nem támaszt magasabb szellemi elvárásokat, az enyhén retardáltak problémamentesen beilleszkedhetnek” (WHO-MPT 1994, 339. o.).

A sikerebb vidéki integrálódásnak természetesen az is magyarázata lehet, hogy a társadalmilag védtelenebb, alacsonyabb státusú családokból származó falusiak nem képesek olyan sikeresen kivédeni az iskolai kontraszelekciót, és nem fogyatékos gyerekek vidéken és szegényebb származással nagyobb eséllyel kerülnek úgy a fogyatékos gyerekek iskolájába, hogy valójában alacsony iskolai teljesítményüknek nem az értelmi fogyatékos az oka. Ennek a – korábban már ismertetett – kontraszelekciós mechanizmusnak a vizsgálatára a jelen kutatás nem vállalkozott, ezért e tekintetben a kérdést csak felvetjük, de nyitva is hagyjuk.

ELLÁTOTTSÁGI ELTÉRÉSEK A TELEPÜLÉSEK KÖZÖTT

Az egyes települések infrastrukturális fejlettségi szintje eleve behatárolja, hogy a rászorult emberek milyen terápiás kezelést tudnak igénybe venni. A falvakban lakók ebből a szempontból határozottan hátrányban vannak a városiakkal szemben. Az elérhetőség hiánya a legnagyobb probléma a kis településeken, az ár a nagyobb gond Budapesten.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA A SZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBE VÉTELE ÉS LAKÓHELY SZERINT (%)*

Szolgáltatás	Budapest	Város	Falu
Mozgásterápia	11,7	10,1	3,9
Speciális nevelés	13,8	4,4	1,1
Beszédterápia	6,4	3,4	0,4
Hallásfejlesztés	0,0	1,1	1,1
Fizikoterápia	2,1	1,1	0,4
Kondicionáló terápia	7,4	10,7	3,5
Közlekedési szolgáltatás	8,5	2,5	2,5

Ugyanakkor az is kiderül az adatokból, hogy a vidéken élő embereknek kisebb is az igénye az egyes szolgáltatásokra, ami nemcsak a fogyatékoság szintjében megfigyelt eltérésekből, hanem a vidéken élők kisebb „szükséglettudatából” is adódhat.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA A SZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBE NEM VÉTELÉNEK OKA ÉS LAKÓHELY SZERINT (%)*

Okok	Budapest	Város	Falu
Nincs megfelelő	11,8	16,6	15,2
Túl drága	12,9	2,6	1,8
Nincs rá szükség	37,6	41,2	57,4

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Mindent összevetve az egyes szolgáltatások és a legtöbb anyagi jellegű rendszeres és esetenkénti szociális támogatás igénybevételében a vidékiek, különösen a falvakban élők hátrányos helyzetben vannak.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA AZ EGYES TÁMOGATÁSI FORMÁK IGÉNYBE VÉTELE ÉS LAKÓHELY SZERINT (%)*

Támogatás	Budapest	Város	Falu
a társadalombiztosítástól			
Családi pótlék	51,1	50,7	45,0
Rokkantnyugdíj	27,7	24,4	12,1
Rokkantsági járadék	35,1	26,6	26,2
Átmeneti járadék	1,1	0,2	0,4
Árvaellátás	6,4	8,1	5,3
Munkanélküli-segély	0,0	0,7	1,4

Államtól, önkormányzattól			
Ápolási díj	4,3	2,8	4,6
Rendszeres szoc. segély	2,1	7,7	18,8
Átmeneti segély	1,1	7,0	4,3
Közügygyeállítás	67,0	48,3	44,3
Utazási kedvezmény	43,6	22,9	20,9
Lakástámogatás	2,1	3,0	1,8
Munkanélküli-segély	0,0	1,7	2,5

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Csak a falusiak hátrányos helyzetét más oldalról megvilágító támogatási formákból részesednek jobban a falvakban élők, olyanokban mint a munkanélküli-segély és a rendszeres szociális segély.

ÉLETVITEL ÉS TÁRSAS KAPCSOLATOK AZ ELTÉRŐ TELEPÜLÉSTÍPUSOKON

Nem lesz meglepő az olvasónak ha azt állítjuk, hogy a budapesti, a városi és a falusi életvitel ég és föld távolságra van egymástól. Nincs ez másként az értelmi fogyatékos emberek esetében sem. Részben a vidék fejletlensége, részben pedig a falvak eltérő szociokulturális karaktere áll az eltérések hátterében. Az értelmi fogyatékos emberek szempontjából azonban a vidék elmaradottsága és informális bensőségessége nem kifejezetten hátrány! Az enyhén értelmi fogyatékosok esetében például az látszik, hogy az „egyszerűbb” vidéki környezet mérsékli az egyéb tekintetben a városiakkal szemben fennálló hátrányaikat, és a közösségbe való integrálódás szempontjából határozottan jobb helyzetben vannak a falusi értelmi fogyatékos személyek, mint a városiak.

AZ ENYHÉN ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA AZ EGYES ÉLETVITELI ASPEKTUSOKBAN LAKÓHELY SZERINT (%)

	Budapest	Város	Falu
Rendszeres napi tennivalói vannak	64,7	79,2	80,8
Közösségi életet él	94,2	82,6	85,6
Vannak barátai	76,5	57,8	72,6
Olyan életet él, mint mások	62,5	75,0	86,2

A szabadidő eltöltésében számos olyan aspektusra bukkanunk, amelyek csak egy-egy településtípus esetében értelmezhetőek. A séta, a kirándulás, a sportolás a falvak emberei számára alig létező időtöltési módok – e tekintetben a városi és a falusi értelmifogyatékos emberek életmódja szinte összemérhetetlen. Olyan aspektusokban azonban, mint amilyen a moziba és a színházba járás vagy az olvasás, a szociokulturális másságon túl a falusi hátrányok is megmutatkoznak (ti. a falvak többségében nincs színház, mozi és könyvtár).

A ENYHÉN ÉRTELMI FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA A SZABADIDŐ ELTÖLTÉSE ÉS LAKÓHELY SZERINT (%)

Elfoglaltság	Budapest	Város	Falu
Tanul	52,9	60,1	77,4
Olvas	35,3	25,9	13,0
Moziba, színházba jár	20,6	16,1	4,8
Tévézik, rádiózik	73,5	86,0	82,2
Barátkozik	26,5	29,8	26,0
Sétál, kirándul	58,8	32,9	6,2
Sportol	23,5	11,4	6,2
Zenél	8,8	3,4	2,7

A másság és a hátrány/előny aspektusok mellett az is figyelemre méltó a különféle településeken lakó és azonos fokú értelmi fogyatékos emberek szabadidőeltöltési jellemzőiben – és egész életminőségükben

is –, hogy a közösségbe való tartozásnak a falusi másságok és hátrányok nem akadályozói, sőt mintha kifejezetten kedvező lehetőségeket jelentenének a fogyatékos emberek közösségi integrációjához.

Összegző következtetések

Ennek a résznek az egyik mondanivalója az, hogy a fogyatékos emberek életútja jelentős mértékben függ attól, hogy milyen az illető fogyatékos emberek szociológiailag leírható általános társadalmi pozíciója. A szülők és általában a család szociodemográfiai jellemzői, a fogyatékos személy neme, kora, lakóhelye, iskolai végzettsége és szakképzettsége, valamint a fogyatékos emberekkel szembeni attitűd egymással is összefüggő rendszerben befolyásolják az egyes fogyatékos emberek és fogyatékosági csoportok társadalmi érvényesülési esélyeit. Még azonos típusú és mértékű fogyatékoság esetén is eltérő társadalmi érvényesülési feltételek (családi anyagi biztonság, iskolai karrier, munkavállalási lehetőségek stb.) adottak például a városi értelmiségi családból származó és a falusi szakképzetlen családi háttérrel rendelkező fogyatékos személyek számára.

Mindez azt jelenti, hogy a fogyatékoság és a fogyatékos emberek gyógypedagógiai jellemzői az életmód és az életminőség tekintetében összefonódottan léteznek a szociológiai jellegzetességekkel.

A fogyatékos személyek életének egyik paradoxona az, hogy társadalmi előrejutásuk ugyan szüleik társadalmi státusától függ, amennyiben a magasabb státusú szülők gyerekei jobb iskolai teljesítményre képesek és jobb pozícióban vannak a munkaerőpiacon, ugyanakkor az életminőségük szempontjából alapvető társadalmi integráció az alacsony státusú szülők által alkotott, egyszerűbb környezetet és kisebb kihívást jelentő családi miliőben eredményesebb. A társadalmi előrejutást, az életminőség javulását és a társadalmi integrációt tehát egymással gyakran ellentétes szociális feltételek szolgálják jobban a fogyatékos emberek számára. A magasabb iskolázottságú és foglalkozási státusú családokból származó és városokban élő fogyatékos emberek a többi fogyatékosember-csoporthoz viszonyítva ugyan iskolázottabbak, a munkaerőpiacon is jobb lehetőségeik vannak és életvitelük is aktívabb és szociálisanabb, de a köztük és az őket körülvevő normál társadalom közötti szakadék mégis nagyobb, mint az „egyszerű” környezetben élő fogyatékos személyek esetében. A fogyatékos emberek társadalmi integrációja szempontjából azonban a legfontosabb az ép és a fogyatékos emberek társadalma közötti eltérés mértéke, így módon az „egyszerű” környezetből származó és abban élő fogyatékos emberek társadalmi integrációjára több lehetőség van, mint a magasabb státusú családokból származók számára.

A fentiek másik tanulsága az, hogy a gyógypedagógusok által biztosított segítséget különböző okokból és eltérő elvárásokkal veszik igénybe az emberek. A különböző társadalmi csoportok eltérő igényeket támasztanak a gyógypedagógusokkal szemben. Az enyhe értelmi fogyatékoság esetében például azt láthatjuk, hogy már maga a helyzet is eltérően jelentkezik a különféle társadalmi környezetben élők esetében. A gyengébb tanulási képességgel rendelkező emberek értelmi fogyatékosná nyilvánítása, annak a ténynek a bevállása és hivatalos címkével való ellátása, hogy valaki értelmi fogyatékos személy, számos társadalmi nehézséggel sőt hátránnyal járhat. Ezért hacsak tehetik a ténylegesen vagy vélten értelmi fogyatékos emberek megkísérlik elkerülni a hivatalos fogyatékosná nyilvánítást. Így aztán a gyógypedagógiai munka során a megfigyelt és segítségben részesített értelmi fogyatékos emberek többnyire a társadalom alacsonyabb rétegeiből kerülnek ki, olyan gyenge pozíciójú társadalmi csoportokból, amelyek a fenti önvédelmi stratégiákat nem képesek hatékonyan alkalmazni.

Az enyhe értelmi fogyatékoság jelenségénél maradvá arra is fel kell hívnunk a figyelmet, hogy az értelmi fogyatékosná nyilvánítás erősen függ annak a társadalmi környezetnek az értékrendszerétől, amelyben az illető személy él. Bizonyos társadalmi csoportok esetében a gyengébb tanulási képesség például nem bír különösebb jelentőséggel, ugyanakkor olyan társadalmi csoportok is vannak, amelyek szélsőségesen negatívan vélekednek a gyengébb értelmi képességgel rendelkezőkről. A környezet problémaérzékenysége és problémaértékelése határozza meg, hogy ugyanaz az ember mikor nyilvánul fogyatékosnak és mint ilyen speciális kezelést, ellátást igénylő személynek, olyan „problémának”, amelynek esetében a gyógypedagógusok kompetenciája esetleg elvileg felmerül. Amikor tehát a gyógypedagógus egy probléma megoldásában segítséget nyújt, addigra már az illető jelenség egy sajátos bonyolult, de hatékony társadalmi szűrőn ment keresztül, ennek a szűrésnek a nyomán válik a jelenség egyáltalán problémává vagy marad meg a jelenség szintjén, és így bekerül vagy nem kerül be a gyógypedagógus látókörébe. Az iskolakerülő gyerekek esetében ugyanez a helyzet. Az iskolából sokszor igazolatlanul hiányzó gyerek iskolakerülőnek minősülhet, de nem feltétlenül és nem mindig egyforma súllyal minősül annak. A gyerek tanárai annak kell hogy minősít-

sék, a szülők annak kell hogy tekintsék stb. ahhoz, hogy ez a gyerek a gyógypedagógus számára klienssé, feladattá váljon.

Azt láthattuk tehát, hogy a gyógypedagógia által kínált szolgáltatásokra potenciális rászorulóknak nem ugyanazok, mint akik tényleg (önként vagy kényszerből) igénybe is veszik a gyógypedagógusok segítségét. A pácienseket és a klienseket a társadalmi mechanizmusok válogatják ki és a gyógypedagógus már egy kiválogatott személy, csoport vagy problémásor készen adott rendszerében végezheti munkáját. Az előzetes szűrő és szelektáló folyamat azonban nem merül ki egyszerűen csak a jelenség problémává minősítésében vagy ennek a minősítésnek a hiányában. Ha egyáltalán problémaként definiálódik valamely egyéni vagy csoportviselkedés, akkor is különbözőképpen határozódik meg a probléma mibenléte.

A gyógypedagógiai munka hatásfoka eltérő a különböző helyzetű és igényű társadalmi csoportokhoz tartozó fogyatékosokkal foglalkozva, sőt a sikeresség mércéje is egészen más (az értelmi fogyatékos család esetében már a szakszerű alapiskoláztatás biztosítása is siker, az értelmiségi család azonban olyan ambíciókkal is rendelkezhet, hogy a fogyatékos gyermek továbbtanulva szakmához tudjon jutni). A mércét az a szélesebb társadalmi értékelési mechanizmus határozza meg, vagy legalábbis alakítja, amely maga a jelenség problémává minősítését elvégezte. A probléma típusa határozza meg a megoldás útját és a gyógypedagógusok feladatát.

Milyen jellemzőkkel bírnak azonban szociológiai szempontból maguk a gyógypedagógusok, és ezek a jellemzők hogyan hatnak a gyógypedagógiai munkában? Erről szólunk a II. részben.

Az I. részben használt fontosabb fogalmak

alkalmazkodás	dependencia (függőség)
alrendszer	deviáns
attitűd	Életminőség '95
Budapest-vizsgálat	életminőség, életmód,
címkézés	érdekérvényesítés
család	fogyatékosítás
fogyatékoskarrier	mobilitás
fogyatékos személyek, fogyatékoság	munkanélküliség
fogyatékos szerep	munkavállalás
gyógypedagógiai szociológia	normalitás
integráció	referenciacsoport
izoláció	szakiskola
kisegítő iskola	szerep
kommunikáció	szerepkonfliktus
kontraszelekció	szocializáció
korreláció	szubkultúra
laikus tudás	Zala megyei vizsgálat

Ajánlott irodalom

Bánfalvy Csaba: Fogyatékoság és szociális hátrány. In: Illyés (szerk.) 2000, 81–116.. o.

Bánfalvy Csaba: A felnőtt értelmi fogyatékosok életminősége. Budapest, 1996

Czeizel Endre—Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes—Rátay Csaba: Az értelmi fogyatékoságok kóreredete a „Budapest vizsgálat” tükrében. Budapest, Medicina, 1978.

- Csanádi Gábor—Ladányi János—Gerő Zsuzsa: Az általános iskolai rendszer belső rétegződése és a kisegítő iskolák. Valóság 1978. 6.
- Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Budapest, ELTE BGGYFK, 2000.
- Illyés Sándor (szerk.): Nevelhetőség és általános iskola. I–IV. Budapest, OKI, 1984–90.
- Ladányi János—Csanádi Gábor—Gerő Zsuzsa: A „megszüntette megőrzött gyógyó”. A kisegítőiskola egy nyomkövetéses vizsgálat tükrében. Kritika 1996. július, 8–11. o.

A gyógypedagógusok társadalma

A gyógypedagógusi szakma meglehetősen új keletű. Kialakulása és formálódása együtt haladt a gyógy-pedagógiával. A szakma bővülése és a gyógypedagógusként dolgozók létszámának ugrásszerű emelkedése akkor következett be, amikor a második világháborút követő évtizedekben a világ fejlett országaiban gazdasági és társadalmi struktúraváltás ment végbe. Ennek egyik fontos eleme az úgynevezett szolgáltató tevékenységet végző szektorok foglalkoztatási létszámának és arányszámának emelkedése volt. A szolgáltatásokon belül jelenleg is gyorsan növekszik az oktatásban, az egészségügyben, a közlekedésben, a személyi szolgáltatásokban, a banki és biztosítási területeken, valamint a kommunikációs szolgáltatásokban foglalkoztatottak száma.

A gyógypedagógia és a vele rokon területek foglalkoztatási szintje várhatóan a jövőben is jelentős növekedésen megy keresztül. Az előrejelzések az 1990-es foglalkoztatási szinthez viszonyítva a fejlett országokban az egyes gyógypedagógiai és gyógypedagógiával érintkező foglalkoztatási kategóriákban 50–95% közötti létszámnövekedést prognosztizálnak (forrás: Illyés 1993[a], 280. o.). A magyarországi trendek is hasonló jövőt sejtetnek. Eszerint a gyógypedagógus szakma „... is nyertese lesz a társadalom várható mozgásának. Növekedni fog a gyógypedagógiai szolgáltatások iránti igény. A társadalom 8-10 év távlatában többet fog tudni a gyógypedagógiáról, mint ma, ezáltal a gyógypedagógus szolgáltatásaival kisebb mértékben lesz a társadalom peremére szorítva és munkája is jobban integrálódik magába a társadalomba” (Illyés 1993[a], 280. o.)

Kik ma a gyógypedagógusok és mi jellemzi a gyógypedagógusok társadalmát?

A gyógypedagógus szociológiai jegyei

A fogyatékos emberek számára a gyógypedagógusok alkotják az elsődleges „vonatkoztatási csoportot”.²⁵ A meghatározott testi vagy szellemi jellemzőkkel bíró személyt a társadalom nyilvánítja (vagy nem nyilvánítja) fogyatékos személynek, a társadalomban elfoglalt helyét a társadalom szabja meg (értékein, attitűdjén, cselekvésein, szabályain, intézményein stb. keresztül), ebben a meghatározódásban a legközvetlenebb szerepet éppen a gyógypedagógusok játsszák. Olyannyira, hogy időnként fennáll a veszélye annak, hogy a gyógypedagógusok „túlsúlyos tényezőkké” válnak: a fogyatékoságügy döntően nem a fogyatékos emberekről, hanem a gyógypedagógusokról szól, nem a gyógypedagógusok vannak a fogyatékos emberekért, hanem fordítva.

A fogyatékos embereknek a társadalmi struktúrában elfoglalt helyét a gyógypedagógusok a saját társadalmi helyük szerint határozzák meg. A gyógypedagógusok nemcsak ellájták a „készen talált”

²⁵ „... a vonatkoztatási csoport elméletének célja rendszerezni azoknak a folyamatoknak a meghatározó tényezőit és következményeit, amelyekben az egyén értékeléseiben és önértékelésében más egyének és csoportok értékeit vagy mérceit tekinti összehasonlítási alapnak” (Merton 2002, 317. o.).

fogyatékos embereket, hanem „létre is hozzák” őket, méghozzá azoknak a szociológiai jegyeknek a prizmáján keresztül, amelyek a gyógypedagógusokat a társadalmi struktúrában betöltött helyüknek megfelelően jellemzik. Ugyanakkor a meghatározódás vissza is fordul: a gyógypedagógusok társadalmi helyét klienskörük (is) szabja meg. Ettől függ jövedelmük, szakmai tevékenységük karaktere, közmegítélésük stb.

A gyógypedagógusok és a fogyatékos emberek tehát egymást kölcsönösen konstruáló csoportok a társadalmi struktúrában. Ugyanúgy, mint minden más társadalmi csoport esetében is, a meghatározódás relációs és reflektív, és, mivel a relációk és reflexiók változnak, dinamikus is.

A gyógypedagógusok számos karakterisztikus közös szociológiai jellemzővel írhatóak le, amelyek révén láthatóvá válik, hogy – belső heterogenitása ellenére is – több olyan alapvető szociológiai jellemző érvényes a gyógypedagógusok többségére, amelyek alapján joggal tekinthetjük ezt a világot „gyógypedagógus-társadalomnak”.

A gyógypedagógusok családi hátterüket tekintve legtöbb esetben a középosztályból kerülnek ki és maguk is ahhoz tartoznak. Sokan vannak közöttük olyanok, akiknek a szülei is hasonló területen dolgoztak (pedagógusok, gyógypedagógusok, államigazgatásban, közigazgatásban dolgozók, egészségügyi középalkalmazottak stb.). Viszonylag kevés viszont közöttük a szakképzetlen fizikai dolgozók gyermeke, de kevés a magasan kvalifikált vezető állású értelmiségi szülők gyermeke is.

Sokan vannak a gyógypedagógiai szakemberek között a kisvárosi és a falusi háttérrel rendelkezők, bár az oktatási intézmények nagyvárosokba való koncentrálása nyomán a képző felsőoktatási intézményeknek otthont adó városokból (főleg Budapestről) származók némileg kiegyenlítik az arányt a nagyvárosiak irányába.

Túlnyomó többségben vannak közöttük a nők. Ez az arány a 90%-ot is eléri, bár a vezető állásúak között (az egyéb társadalmi intézményekhez hasonlóan) a férfiak aránya magasabb, mint amekkora a gyógypedagógusok közötti arányuk.

A gyógypedagógus-társadalom életkori összetételét az jellemzi, hogy minden korosztály képviselve van (eltérően az olyan új szakmáktól, mint amilyen például a szociális munkás vagy a bróker). Ez abból a szempontból fontos, hogy a „szakmai átörökítésnek” az idősebb korosztálytól a fiatalabb felé komoly szerepe van a szakmai szocializációban. Másfelől az életkor előrehaladtával a szakmai hierarchiában való emelkedés is együtt szokott járni, és ez a fiatalok számára egyfajta „sorbanállást” tesz szükségessé az előmenetelben, a vezető pozíciók elérésében, a fizetés emelkedésében stb. Ezért a gyógypedagógus-mikro- és makroközösségekben nem ritka a generációs feszültség vagy konfliktus.

A gyógypedagógusok iskolai végzettségüket legtöbbször a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán szerzik, tehát felsőfokon kvalifikáltak, bár csak az iskolai hierarchia csúcsát jelentő felsőoktatás középső sávjából kerülnek ki.

Általános társadalmi pozícióját tekintve a gyógypedagógus-szakma ellentmondásos helyzetben van. Verbálisan ugyan az emberek túlnyomó többsége fennkölt szavakban szokta méltatni a gyógypedagógiai szakemberek fontosságát, áldozatvállalását, a pálya szépségét és nehézségét. Ez a verbális megnyilatkozásokban mutatkozó magas presztízs azonban nem nagyon konvertálódik gyakorlati, főleg anyagi megbecsültséggé. A gyógypedagógusok az értelmiség más csoportjaihoz viszonyítva rosszul fizetettek, ami csökkenti a szakma vonzerejét, és ezért nincs is megfelelő számú, tudású és képzettségű szakember a pályán. Bár a felsőoktatási intézményekben egyes szakok esetében (pl. a logopédia) többszörös a túljelentkezés, a bekerülési ponthatár kényszerűen alacsonyabb, mint a legtöbb egyetem, illetve egyetemi kar esetében (bár magasabb, mint a többi főiskolán) és a lemorzsolódás is minimális.

A rossz anyagi megbecsültség valószínűleg azzal is kapcsolatban van, hogy a gyógypedagógiai szakemberek szokásos klientúrája zömmel a társadalom kevésbé befolyásos és a közvéleményt csak kis mértékben formáló társadalmi csoportjaiból adódik. A tipikus kliens anyagilag nincs olyan helyzetben, hogy támogatni tudja a gyógypedagógiai szolgáltatásokat, és nem is rendelkezik olyan társadalmi befolyással, amelynek révén ilyen támogatást szerezhetne. A klientúra gyenge társadalmi befolyása és rossz anyagi helyzete azt is eredményezi, hogy sok esetben a gyógypedagógiai szakemberek számára a munkavégzés anyagi-technikai feltételei relatíve rosszak.

A gyógypedagógusok helyzetét tehát erős státus-inkonzisztencia jellemzi. Státusuk különböző meghatározó aspektusaiban (erkölcsi megbecsültség, fizetés, kereset, munkakörülmények, társadalmi befolyás stb.) ellentétes tendenciák figyelhetők meg. Ez a státus-inkonzisztencia státusbizonytalansággal és identitászavarral is együtt jár. Mint ahogy a szociális ellátásban dolgozók egészéről Martin írja: „Hosszabb időn keresztül az alacsony fizetés összeegyeztethetetlen marad a magas pro-

fesszionális státussal, mégis a fizetés emelése érdekében való határozott szakszervezeti jellegű fellépés (industrial action) azzal a kockázattal jár, hogy veszélyeztetik vele a szakma professziószerű megítélését; a státus kockáztatását még csak növeli az, hogy – amint az a szociális ellátásban fellelhető foglalkozások esetében jellemző – a résztvevők viszonylag alacsony társadalmi származásúak és ráadásul főleg nők. Ha a fizetés alacsony voltát részben az magyarázza, hogy a szakma kialakulásának korai szakaszában rejtett támogatásban (subsidy) részesült annak révén, hogy magas státusú, nemfizetett önkéntes tevékenységnek számított, akkor a megkötöttség kettős. A harcoss fellépés (industrial militancy) végül is tönkretelhetné azt az egyetlen vékony érvet, amelynek alapján a szakma magas státusra tarthat igényt” (1981, 195–196. o.).

A helyzetet tovább bonyolítja az, hogy, bár a diplomás gyógypedagógusok a felső középrétegekhez tartoznak, azért a ténylegesen gyógypedagógiai munkát végzők társadalma, alapvető homogenitása ellenére, belsőleg sok tekintetben relatíve heterogén. Előképzettségük például eltérő: vannak közöttük szakképzetlenek, felsőfokú nappali és levelező képzésből kikerült gyógypedagógus végzettségűek, de vannak gyógypedagógiai jellegű munkát végző orvosok, pszichológusok, pedagógusok is. Nem minden, a gyógypedagógiai ellátásban dolgozó személy rendelkezik ugyanakkor a hivatalosan kötelező egyetemi vagy főiskolai diplomával, így munkahelyükön a gyógypedagógiai szakemberek sok esetben a relatíve legképzettebbek (iskola, közigazgatás), más esetben a szintén felsőfokú, de egyetemi képzettségűek fölébük kerülnek a munkahelyi hierarchiában (pl. az egészségügyben). Vannak a gyógypedagógusok között városiak és falusiak, férfiak és nők, öregek és fiatalok – ez megintcsak eltérő értékrendszerekkel, normákkal, elvárásokkal stb. jár. Valamennyi fentebb sorolt gyógypedagógus-alcsoport magával hozza a pályára saját szakmai beállítódását, ismereteit, értékeit és előítéleteit, ami a gyógypedagógus-társadalom heterogenitását követve a gyógypedagógiai gyakorlatot is heterogénné teszi.

Szociológiai jellemzőit tekintve tehát a szakma egyik fontos jellegzetessége az, hogy sok szempontból heterogén és inkonzisztens, a gyógypedagógiai szakemberek társadalmi összetétele pedig eltér a társadalom egészének és az egyéb értelmiségi pályáknak az összetételétől; a gyógypedagógiai szakemberek világa sajátos, sok vonásában egyedi szubkultúra. Ami azonban még ennél is fontosabb az az, hogy a gyógypedagógiai szakemberek szubkultúrája csak ritkán esik egybe klienseik szubkultúrájával. Sem a szegény, sem a gazdag, sem az öreg, sem az iskolás, sem a vezető állású, sem a munkanélküli, sem az alkoholista, sem pedig a fogyatékos emberek nem azt a társadalmi környezetet jelentik, amelyet a gyógypedagógusok születésük és foglalkozási státusuk által tipikusan elfoglalnak. Ebből még akkor is sok nehézség adódik, ha a gyógypedagógiai szakemberek mindennek tudatában vannak és megkísérik „uralni a helyzetet”, hát még ha nem is ismerik fel ezt az alapvető inkongruenciát szakember és kliens között. Hadd utaljunk néhány sajátos össze nem illési aspektusra.

Az, hogy a gyógypedagógusok ma Magyarországon a társadalom értelmiségi középrétegeihez tartoznak sajátos értékrendszert is magával von. Anélkül, hogy ennek részletes elemzésébe belemenjünk, vagy minősítésére vállalkoznánk, annyit kívánunk leszögezni, hogy ez az értékrendszer eltér a magasabb társadalmi állású és az alacsony társadalmi besorolódású csoportokétól. Ennek következtében a gyógypedagógusok megítélései a gyakorlatukban felbukkanó személyek és csoportok problémái kapcsán elvileg eltérhetnek és a gyakorlatban sokszor el is térnek a „problémát hordozó” személyek és csoportok problémaértékelésétől és (amint az a fentiekből következik) a gyógypedagógusok nemcsak más jelenséget definiálnak problémaként, mint a „problémahordozók”, hanem máshogyan is fogják fel a probléma mibenlétét, másféle mércével mérik munkájuk eredményességét stb. Az eltérő szociális közeg, az ebből adódó különböző értékek, elvárások sokszor megnehezítik a gyógypedagógusok és a gyógypedagógiai munka rászorultjainak konstruktív egymásra találását. A gyógypedagógus könnyen úgy járhat, mint a valamikori etnográfusok, akik vagy csak egzotikumot találtak a „primitív” kultúrák tanulmányozásakor, vagy saját civilizációs értéküket mércéül használva barbárnak, elmaradottnak, fejletlennek minősítették az Európán kívüli világot. Az etnocentrizmushoz hasonló hibás minősítési mechanizmusok akkor is felbukkannak, ha egy társadalmon belül a különböző társadalmi csoportok, eltérő szubkultúrák, saját értékrendszerüket kritikátlanul elfogadva, más társadalmi csoportok és szubkultúrák minősítésébe fognak.

A gyógypedagógiai iskolákban (főleg az alapfokú iskolákban) túlnyomórészt nők tanítanak. A női viselkedési minták, a női szerepek, elvárások dominálnak az osztályokban. A fiúk által otthon tanult férfiszerepek és viselkedési minták ettől eltérőek, és az iskolán kívüli világ sem csak női szerepeket kíván meg, főleg nem a miénkhöz hasonlóan még mindig alapvetően férfiak által dominált és vezetett társadalomban. Az „életben” a férfiak, az iskolában a nők vannak vezető szerepben a diákok számára.

Az iskolai osztályokban a XX. század első felében létezett „hagyományos tanítói, tanári szerepek megszűnésével, amelyek az illető korban létezett férfi- és apaszerepek iskolai meghosszabbításának is felfoghatók (nem megfeledkezve arról, hogy egyben meghatározott értelmiségi szerepek is voltak), háziasszonyi attitűdök jelentek meg az iskolai osztályokban. A modern vasbeton, szalagablakos iskolaépületek osztálytermei intim lakásbelsőkre emlékeztetnek: a tanári asztalon hímzett terítők, ugyancsak hímzett borítású naplók, a falakon kis köcsögök, tányérok, virágcserepek. E külsőségek arra utalnak, hogy ma a tanár(-női), tanító(-női) szerepek a női, háziasszonyi szerepek iskolai meghosszabbításai” (Kuczi, 1986, 226. o.). Ugyancsak tetten érhető a női szerepek hatása a felnőtt értelmi fogyatékos személyek számára működő intézetekben, ahol Király szerint „a belső élet harmóniáját jelzi, hogy a testi erőnek nem tulajdonítanak különösebb jelentőséget. Összefüggésben lehet ez azzal is, hogy a gondozók, ápolók, nevelők többsége nő” (1995, 106. o.).

Ha a gyógypedagógus nincs tisztában az iskolai tanítónői nemi szerepek domináns egyoldalúságai- ból következő gyermeki szerepzavarral, akkor az iskolában a gyerek rossz magatartásával, lustaságá- val, gyenge képességeivel magyarázza azok iskolai problémáit. Ugyanilyen gondok jelentkezhetnek a gyógypedagógusoknak mint középosztályi társadalmi csoportnak a fogyatékos emberekkel kapcso- latos erkölcsi megítélésében is. Mint ahogy kérdőíves vizsgálatának eredményeit összegezve Király írja: „[az intézeti gyógypedagógusok] türelmetlenek ... a gondozottak erkölcsi vétségeinek megítélé- sében. Magas a fenyegetést, megszégyenítést és büntetést kilátásba helyező választások száma. Mér- cénk az épek számára megfogalmazott, írott vagy íratlan társadalmi elvárás és a saját norma. E meg- ítélésben egyéni felfogásuk fejeződik ki.” (1995, 116. o.)

A normalitásfogalomról korábban már elmondtuk, hogy történelmi-társadalmi, csoport eredetű. A gyógypedagógus sokszor a saját értékrendje szerinti normák szerint minősíti a kliensek viselkedését. Rossz vagy jó véleményt formál róluk, ahelyett, hogy megpróbálná a kliens élethelyzetébe beleélve magát, megérteni a kliens viselkedésének, gondolkodásának, értékrendjének belső logikáját. Az ilyen, normatív hozzáállás lehetetlenné teszi azt, hogy a gyógypedagógiai szakember reálisan ítélje meg a kliensek igényeit, viselkedésük változtatásának hatékony módját és reális esélyeit. Nem egyszerűen csak a pszichológia által vizsgált empátikus képesség hiányáról van szó, és nem is arról, amit az infor- mációelmélet kommunikációs zavarnak hív. Éppen, hogy azt állítjuk, hogy a pszichológia által leírt empátiahiány, valamint a kommunikációelméletben feltárt kommunikációs zavar gyökere az eltérő társadalmi csoporthoz, szubkultúrához tartozás; az empátia hiánya és a kommunikáció zavara az egyes társadalmi csoportok tudásának, értékeinek, aspirációinak inkongruenciájában gyökerezik.

Az össze nem illés tartalmi vonatkozásait különösen felerősíti, hogy a gyógypedagógusok kliensei sok esetben nem önként kerülnek a gyógypedagógiai tevékenység körébe. A kiegészítő iskolába helyezettek például sokszor nem maguk választják az iskolát, az egyéb fogyatékos gyerekek esetében pedig túlnyomórészt nem létezik más oktatási intézmény, mint a fogyatékosági típusok szerint spe- cializált és izolált állami gyógypedagógiai iskolák.

A fenti inkongruenciák potenciális vesztesei persze főleg a kliensek. A gyógypedagógusok olyan kliensekkel találkoznak, akiknek nehézségeik vannak, akik segítségre szorulnak és akik ugyanakkor meglehetősen kiszolgáltatott helyzetűek. Az iskolai tanár–diák-konfliktusban ugyanúgy, mint a börtön- ben dolgozó gyógypedagógus és a rabok, vagy a kórházi gyógypedagógus és a betegek viszonyában a gyógypedagógiai szakember egyoldalúan előnyösebb hatalmi helyzetben van.

Hosszabb távon azonban a gyógypedagógiai szakember számára is csak akkor okoz örömet, szerez kielégülést a saját munkája, ha (azon túl, hogy rendszeren megfizetik érte) eredményeket ér el, problémákat képes megoldani, embereken képes segíteni. A belső szakmai és morális ösztönzőkön túl a gyógypedagógiai szolgáltatások piaci szférájában közvetlenül is érdekelt a gyógypedagógiai szak- ember abban, hogy munkáját a kliens megelégedésére végezze, hiszen ettől függ munkájának sikeressége és a jövedelme.

A gyógypedagógus képzettsége

A 90-es évek derekán az oktatási intézményekben fogyatékos emberekkel foglalkozó gyógypedagó- gusok száma mintegy 6000 fő. A közoktatásban jelenleg gyógypedagógus-hiányról szoktak beszá- molni a szakemberek, akik úgy becsülik, hogy országosan a közoktatási gyógypedagógiai szaktanári állásoknak csak mintegy kétharmadát tudják betölteni. Ezen túl azonban számos gyógypedagógus dol-

gozik az államigazgatásban, a tömegkommunikációban, a különböző kutatóintézetekben és még sok olyan intézményben, ahol a fogyatékosügy szakembereit (gyógypedagógusként vagy – ha más irányú képzettséget is szereztek – pszichológusként, szociológusként, tanítóként stb.) akkor is hasznosítani tudják, ha azok nem gyógypedagógiai tanári munkát végeznek. Helytelen lenne ezért az összes nem gyógypedagógiai tanárként dolgozó gyógypedagógust pályaelhagynak tekinteni.

A II. világháború óta a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán (illetve, 2000-től – a főiskola és az ELTE integrációját követően – az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karán) kiképzett több tízezer gyógypedagógusnak csak egy része gyógypedagógiai tanár, miközben a többiek is jelentős részben kapcsolatban állnak a fogyatékosügygel, sőt gyakran végeznek szorosan vett gyógypedagógiai munkát (például a fogyatékos felnőtt emberek ellátása terén vagy a fogyatékos emberek érdekvédelmi szervezeteiben stb.). Ez problémákat vet fel a főiskolai képzés jellegét, tartalmát és szerkezetét illetően.

A Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola egyik fontos képzési dilemmája, hogy felkészült elméleti szakembereket képezzen-e, akik elsajátítják a gyógypedagógiai elmélet mellett a számítógépek használatát, magas általános műveltségűek, gyakran külföldi résztanulmányokat folytatnak és nemegyszer több nyelven is beszélnek, vagy inkább a szorosan vett konkrét gyógypedagógiai munkahelyi igényeket figyelembe vevő, gyakorlatorientált gyógypedagógus-képzést folytassanak.

A főiskolán, illetve a karon a gyógypedagógus szakma elméleti „krémje” oktat, akik akaratlanul is törekszenek a legfrissebb nemzetközi elméleti és gyakorlati eredményeknek a főiskolai oktatásban való meghonosítására és a gyógypedagógiai tudósképzés szintjének az elérésére. Az ily módon elméletileg „túlképzett” végzett gyógypedagógusok a silány munkahelyi viszonyok között nemcsak magas fokú szakmai elméleti tudásukat, hanem megszerzett készségeiket sem tudják hasznosítani, és folyamatosan konfliktusba kerülnek a gyakorlatorientált konkrét munkahelyi elvárásokkal, amelyek teljesítésére felkészületleneknek, felkészítetleneknek bizonyulnak.

A felsőoktatás és az „Élet” konfliktusait az is felerősíti, hogy a gyógypedagógiai munkahelyek többsége vidéki kis és közepes méretű településeken van, ahol az életmód és az életvitel jellegzetességei messzemenően eltérnek a főiskolának, illetve a karnak helyet adó fővárosétól. A főiskolai évek alatt megismert és megszokott, és az értelmiségi létet jobban biztosító városi életmódot sokan nem kívánják feladni és vidékre költözni. Különösen nehéz helyzetben vannak a hallgatók 90%-át adó nők, akik számára a vidékre költözés nemcsak az életmód általános vonatkozásait tekintve, hanem a partnerkapcsolat és a párválasztás szempontjából is nehézségeket vet fel. A vidéki gyógypedagógiai munkahelyek tartós betöltetlenségét nem utolsó sorban ezek a szociológiai inkongruenciák magyarázzák.

A felsőfokú gyógypedagógus-képzés ugyanakkor nemcsak a közvetlen szakmai képzést foglalja magában, hanem a szélesebb értelemben vett értelmiségi tudás, magatartás és szemlélet formálást is. Ez nemcsak az általános műveltség magas szintjét és az értelmiségi életmód elemeit öleli fel, hanem a komplex társadalmi látásmódot és a szakmai munka végzésének a szűk szakmai szempontokon és technikákon túlmutató konstruktív módját is. Olyan látásmódot, amelyben a szakmai és a társadalmi értékek egyszerre érvényesülnek. Ebből a szempontból a gyógypedagógusi értelmiség társadalomismereti és társadalomtudományi tájékozottsággal és készséggel is fel kell legyen ruházva. Nemcsak az értelmiségi szerep eleme ez, hanem a szakmai munka hatékonyságát fokozó ismeret- és készségkészlet is.

A gyógypedagógus képzettséggel szembeni követelmények sorában azonban ma még (hallgatók és oktatók egyaránt) gyakran csak marginális jelentőséget szoktak tulajdonítani a társadalomismereti és a szociológiai képzésnek, mintegy az általános műveltség egyik elemévé degradálva a szociológiai tudást és nem tekintve a szociológiai ismereteket a szakmai tudás részének. Az ebben a könyvben megfogalmazódó szociológiai felfogásból az is következik azonban, hogy a gyógypedagógus-képzés nemcsak gyógypedagógiai specialisták képzését kellene hogy jelentse, hanem a szélesen vett fogyatékosügy szakemberek és értelmiségiek képzésének kell lennie. Ebben a szociológia nem kiegészítő tantárgy, hanem (az orvostudománnyal, a pedagógiával, a pszichológiával stb. együtt) a szakmai tárgyakon végighúzódnó vezérfonal és az azokat kiegészítő tudás és készségek egyik fontos forrása.

Ez a felfogás nem új, hiszen Tóth Zoltán már a 30-as években a szűk szakmai kompetenciánál szélesebben fogta fel a gyógypedagógia és a gyógypedagógusok illetékességi körét, valamint társadalmi „küldetését” és ehhez szabta a gyógypedagógusok képzési programját is. Mint írta: „A gyógyító nevelés elméletének felépítése érdekében végzett munkámmal azt a célt szeretném elérni, hogy a megelőzés és védelemre vonatkozó kérdések rendszeres összeállításával a gyógypedagógiának a fogyatékosügyre vonatkozó egész tartalma megismerhető és áttekinthető legyen. Olyan programot kívánok összeállítani,

amely az elméleti munkássággal tevékenykedők számára a gyógyító nevelői gondolat szellemében irányítást ad, a gyógyítva nevelői tevékenység megvalósítását pedig nevelői és társadalmi eredmények biztosítása által segíti elő. ... arra törekszem, hogy az iskolai és társadalmi megelőzés és védelem a gyógyító nevelői gondolkodás körébe juthasson. A felmerült kérdéseket elméleti és gyakorlati diszciplínák keretébe kívánom beosztani és a tanügyi, valamint a társadalmi kérdésekkel foglalkozó különböző diszciplínák fogalmát törekszem megadni abban a sorrendben, ahogyan azok egymás után, természet-szerűen következnek” (idézi: Gordosné 1984, 222. o.). Máshol is hasonlóan fogalmaz: „Az iskolai gyógyító nevelés mellett a fogyatékoságügynek egyben oly társadalmi kérdései merülnek fel, amelyeknek szolgálatára szintén megfelelő képzettségű pedagóguskart állítani szükséges” (idézi: Gordosné 2000[a], 63. o.). Tóth a tananyagot három részre osztja. Az első az Általános gyógyító nevelés, a második az Általános fogyatékoságügyi társadalompolitika. Ez utóbbi részben olyan témák merülnek fel, mint a Fogyatékosági oktatás, a Törvényszéki gyógypedagógia és a Gazdasági gyógypedagógia. A harmadik rész a gyógypedagógia történetét tartalmazza, amelyben „a gyógypedagógia történetének főbb kérdéseit kívánom kifejteni úgy, hogy a gyógyító nevelésre vonatkozó tények és értékelések történetét a társadalmi és gazdasági, valamint az egész megelőzési tevékenységre vonatkozó kérdések fejlődésének történetétől külön tárgyalom” (uo., 218. o.).

Korábban rámutattunk már arra, hogy a gyógypedagógusnak a fogyatékos emberekkel foglalkozva azok komplex és totális élethelyzetével kell számolnia. Akkor, amikor értelmezi a fogyatékoságot, felderíti ennek hatásait, terapeutaként vagy tanárként segítséget nyújt a fogyatékos személyek számára és védi a fogyatékos személyek társadalmi jogait és érdekeit stb., állandóan társadalmi intézményekben tevékenykedik. Még a megtanult legegyszerűbb módszertan sem alkalmazható hatékonyan, még a legközkeletűbb technikai segédeszköz sem használható megfelelően, ha a gyógypedagógus nem veszi figyelembe azt a szociológiailag értelmezhető társadalmi közeget (az iskolát, a családot, a munkahelyet, a lakóhelyet, a nemi és korosztályi csoportot stb.) amelyben a gyógypedagógiai eljárás hatékonyan bizonyul vagy alkalmazása nehézségekbe ütközik. Még az olyan szűken vett szakmai tárgyak, mint a gyógypedagógiai anatómia és kórtan is társadalmilag kialakult és koronként és társadalmi csoportonként variálódó anatómiai és kórtani jellegzetességeket vizsgálnak, és a gyógypedagógusok képzésekor nem függetleníthetik magukat a biológiai jellemzők leírásakor ezen jegyek bioszociális kialakulásának tényétől.

A gyógypedagógus szociológiai képzettsége nemcsak a szociológiai ismeretek körét jelenti, hanem azt is, hogy a hallgatók és a gyakorló gyógypedagógusok a szociológiai szemléletet a gyógypedagógia szaktárgyi és szakmai területein is érvényesíteni tudják. A gyógypedagógia-történetől a módszertanig, a szakirányú tárgytól a készségtárgyakig mindenhol érvényesíteni kell a szociológiai megfontolásokat. Nem a meglévő tudásanyag helyett, hanem annak egyik vezérfonalaként. Nemcsak a szakmai munka végzésében, hanem az értelmiségi életmód szerves elemeként is.

A pszichológia és gyógypedagógia kapcsolatát elemezve Lányiné, a szociológia illetékességének említését sem elkerülve a következőket állítja: „A gyógypedagógiában magában is van hangsúlyeltolódás a tudományközi, illetve a háttértudományok szerepét illetően. A fogyatékos emberre irányuló gyógypedagógiai tennivalók meghatározásában, tervezésében napjainkban nagyobb hangsúlyt kapnak a szociálpszichológiai-szociológiai ismeretek és háttérbe szorul a biológiai orientáltság. Andreas Möckel... ezt egy szellemes hasonlattal így világította meg: A vakok leendő tanára vajon miért főleg a szem anatómiáját és fiziológiáját tanulja, ahelyett, hogy a száj és a fül szociológiáját tanulná? A siketek leendő tanárával miért a fül élettanát kívánjuk mindenáron megismertetni, ahelyett, hogy a szem és a kéz beszédével ismertetnénk meg?” (1984, 24. o.).

A gyógypedagógia és a gyógypedagógus imázsa (szakma, foglalkozás, hivatás)

A gyógypedagógia a társadalmi megítélésben háromféle imázst is hordoz. Egyrészt, sokan úgy tekintenek a gyógypedagógiára és a gyógypedagógusokra, mint akik a szegény fogyatékosokon segítenek (etikai felfogás). Mások a fogyatékosoknak mint kisebbségi csoportnak a támogatását és érdekvédelmét tekintik a gyógypedagógiai munka legpozitívabb elemének (kisebbségjogi felfogás). Harmadrészt pedig, a gyógypedagógiát sokan hatékony feladatmegoldó, szolgáltató és konkrét eredményeket produkáló szakmának tekintik (professzionizációs felfogás). A három egymás mellett élő felfogás

közül koronként és társadalmi csoportonként is más és más dominált. A középkor például inkább az etikai megközelítésre hajlott, a XX. század végén Európában és a világ fejlett országaiban inkább a jogi és a professzionalizációs felfogás az uralkodó.

Illyés szerint a mai magyar társadalmi közmegítélésben „azt a nézetet, hogy »azokkal a szerencsétlenekkel úgy sem lehet csinálni semmit«, egyre szélesebb körben fogja felváltani az a felismerés, hogy »azokkal a szerencsétlenekkel a gyógypedagógus tud valamit csinálni«. A gyógypedagógiáról, mint altruista, emberbaráti tevékenységről élő kép professzionalizálódni fog és ki fog egészülni a hatékonyság, a szaktudáson alapuló változtató képesség felismerésével. ... A fogyatékos, a sajátos szükségletű gyermekek nevelési szükségleteinek kielégítésében a gyógypedagógus minden élethelyzetben egyre nagyobb szerepet fog kapni, egyre nyilvánvalóbb lesz, hogy a gyógypedagógus mihez ért és hogy mi az, amihez csak a gyógypedagógus ért (1993, 280–281. o., kiemelés – B. Cs.). Mindezt figyelembe véve Illyés szükségesnek tartja, hogy „hatékonyságunkat mérhetővé, diagnosztizálhatóvá kell tennünk, mert eljárásaink csak ezáltal válnak összehasonlíthatóakká. Eljárásaink objektív vizsgálatára alkalmas módszerek nélkül nincs szakmai előrelépés, nincs professzionalizálódás és nincs tudomány” (281. o.).

A professzionalizálódási tendencia következő elemeket foglalja magában:

- a szakszerűségeen alapuló problémakezelést,
- az áttekinthető, mérhető és minősíthető szakszerű funkciók kialakulását,
- a szakszerű funkciók gyakorlása világos kompetenciahatárainak kialakulását,
- a minősítések szakmai alapú rendszerét,
- a szakemberek intézményes képzését,
- a szakmai szervezetek létrehozását.

A professzionalizációt vizsgáló különféle elméletek számos dologban eltérnek egymástól, abban azonban egységes vélemény alakult ki, hogy

- az elmúlt kétszáz év alatt a professzionalizált tevékenységek köre kiterjedt,
- a professzionalizálódás része egy szakma státusa megszilárdulásának a modern társadalmakban,
- egy szakma professzionalizálódása alapvető jelentőségű a modern társadalomban abban a tekintetben, hogy a szakma közmegítélése pozitív-e.

A professzionalizált gyógypedagógia létrejötté olyan történelmi folyamat, amely radikálisan megváltoztatja a gyógypedagógia karakterét és társadalmi helyét. A korábban a gyógypedagógiai ellátások jelentős körét vállaló egyházi gyógypedagógiai munkának a professzionalizált világi munkával való felváltását leíró Martin elemzése szerint „a huszadik században az összes ipari társadalomban megfigyelhető univerzális folyamat, hogy az Egyház elveszíti társadalmi monopóliumát az ismeretek és azok legitim tartalma meghatározása felett; az oktatásban, a családi élet szabályozásában, a hatalom és a hierarchia legitimálásában, a társadalmi erőforrásokkal való rendelkezésben. A szervezeti differenciálódás folyamatában az Egyház a társadalom központjából annak periferiájára került” (1981, 192. o.). Az egyház helyét specializálódott modern szervezetek vették át, amelyek ugyanakkor professzionálissá változtatták a szolgáltatások korábbi tradicionális és etikailag, valamint ideologikusan kiformált képlékeny karakterét. Olyannyira alapvető változás ment végbe, hogy maga az egyház is professzionalizálódni és bürokratizálódni kezdett, és „ezzel jár a szervezeti rendszer átalakulásán túl az is, hogy a hatékonyság mérésére kritériumokat állítanak fel, annak analógiájára ahogy az »outputot« szokás mérni. Az egyházat fokozatosan bürokratizálták és a működtetés új kritériumai olyannyira elterjedteké váltak, hogy az egyházi személyzet »hatékonyságát« és »termelékenységét« kezdték vizsgálni” (192. o.). Ebben a folyamatban kétségtelenül megőrződtek ugyan a korábbi egyházi ellátásra is jellemző humanitáriánus és vallási értékek, ugyanakkor azonban „alapvetően és egész nyilvánvalóan az vált a később a szociális ellátás néven nevezett önkéntes és hivatalos szociális ellátási formák társadalmi céljává, hogy ellenőrzés alá vonják a devianciákat és kulturális kontroll alá vonják a szegényeket, lehetőleg oly módon, hogy ha lehet belsővé tegyék számukra a társadalmi normákat vagy ha ez nem sikerülne, akkor erőszakkal és felügyelettel kényszerítsék őket ezek elfogadására. ... Mindez a XX. századra a professzionális és fél-professzionális tevékenységek széles körének kialakulását eredményezte, amelyeket állami forrásból finanszíroznak” (193. o.).

A professzionizálódott szervezeteket bürokratikus működés jellemzi, ami kiiktatja a személyes és eseti, a kliens individuális igényeihez alkalmazkodó és gyakran gazdaságossági szempontból nem hatékony szolgáltatások lehetőségét. Egy komplex és eredetileg rendszertelen, nem folyamatos és inkonzisztens működési rend, ami korábban a különféle nem professzionális önkéntes és közösségi gyógypedagógiai tevékenységeket jellemezte, átalakul egyfajta uniformizált, specializált és átfogó rendszerré.

Bármilyen módon is értékeljük a professzionizálódás fent leírt XX. századi folyamatát, az tény, hogy a professzionizálódás a modern társadalomban alapvető feltétele a gyógypedagógia társadalmi befolyása növelésének is. Mindazonáltal, a gyógypedagógusi munkára máig egyszerre tekinthetünk úgy mint szakmára, mint foglalkozásra és mint hivatásra, ami számos ellentmondás forrása. Szakmaként a gyógypedagógusi munka szaktudást jelent, azt amihez a gyógypedagógus ért. Foglalkozásként úgy értelmezzük a gyógypedagógusi munkát, mint amiért az ember fizetést, jövedelmet kap. E két szempont sok más munkatevékenység esetében, így a vízvezetékszerelőjében, a fodrászában, az adminisztrátorában is jelen van. Vannak azonban olyan szakmák és foglalkozások, amelyek ugyanakkor hivatások is, ami azt jelenti, hogy az ilyen foglalkozásokat végzők nem egyszerűen szaktudásukat használják egy foglalkozás végzésére és így jövedelemszerzésre, hanem személyiségük, értékrendjük szerves eleme is az illető tevékenység végzése és az ezzel kapcsolatos élmények.

A szakma, a foglalkozás és a hivatás szempontjai azonban gyakran ellentmondanak egymásnak. Mutatis mutandis, a tanári, a terapeutai és a segítő gyógypedagógiai munkára is igaz, amit Musgrave ír: „Azt mondják, a hivatását gyakorló ember nem azért dolgozik, hogy megfizessék, hanem azért fizetik, hogy dolgozhasson. Ironikus módon azonban, miután bízunk a hivatását gyakorló emberben, úgy érezzük magas társadalmi állásban kell lennie, és ez annyit jelent, hogy magas fizetést kell élveznie. Mégis hajlamosak vagyunk feltételezni, hogy egyes értelmiségiek magas hivatástudattal rendelkeznek. Az orvos az éjszaka kellős közepén is segít a betegen; a jogász, ha szükséges, éjszakára hazaviszi a munkát anélkül, hogy ezt túlórának tekintené; a pap nem tagadja meg az imát csupán azért, mert alacsony a fizetése. A tanárok számára az egyik legnehezebb kérdés mindig is az volt, hogy mikor kell sztrájkba lépniük. Ez több mint pusztán erkölcsi probléma. Szociológiailag is fontos. A tanári foglalkozás az ügyfelek, a gyermekek segítségét jelenti. A sztrájk lerombolhatná a gyermek érdeklődését, s ezért a nagyközönség a pályához méltatlan viselkedésnek tekintené, amely ellentmond az egyes értelmiségi pályákon elvárt etikai szabályzatnak. A tanárok viszonylag alacsony fizetésük ellenére is ritkán sztrájkolnak” (in: Ferge—Háber 1974, 317. o.).

A szakmai, a foglalkozási és a hivatásszerű, továbbá a professzionizációs és a nem professzionizációs jellegzetességek szituációtól függően és koronként más erővel jelentkeznek. Van, amikor az egyik, van, amikor a másik dominál. Gyakran mindhárom elem együtt van jelen a gyógypedagógia világában, ami nemritkán anakronisztikus helyzeteket is létrehoz. Közben például a gyógypedagógia professzionizálása áll a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, illetve a kar céljai között az első helyen, fel sem merül, hogy a felvett főiskolai hallgatók rituális évnnyitó eskütételét levonnék a szokásszerű tevékenységek kötelező listájáról. Nyilvánvaló, hogy ebben az esetben a nem professzionális karakterű szakrális esküritus a tradíciók ápolásán túl a jogi és az orvosi szakmákkal való státusegysíntűséget (vagy legalábbis ennek igényét) is hivatott jelezni.

A „gyógypedagógia” elnevezés maga is hordozza ezen tevékenységterület képviselőinek hagyományos vegyes identitását: a természettudományi (orvosi) és a társadalomtudományi (pedagógiai) kettős kötődést. Ennek kapcsán igaz az, amiről Szasz a pszichiátriával összefüggésben ír: „Mivel a kutató fizikusok presztízse nagyobb, mint azoké, akik a pszichológia vagy az emberi kapcsolatok területén vizsgálódnak, a pszichiátereknek és a pszichoanalitikusoknak előnyösebb, ha azt mondják, hogy alapvetően ők is a testi betegségek fizikai, fiziológiai okait keresik. Ettől persze még álfizikusok és ál orvosok maradnak, aminek számos sajnálatos következménye van. Ám a természettudósok presztízsmegfontolásokból való utánpótlása sikeresnek is mondható, legalábbis társadalmi vagy érvényesülési szempontból. A »siker« alatt itt azt értem, hogy a társadalom elfogadja a pszichiátriát és a pszichoanalízist alapvetően biológiai ... tudományként, és presztízzsel ruházza fel képviselőit – részben – azon az alapon, hogy állítólagos tevékenységük megegyezik azzal, amit más (orvos) tudósok ténylegesen csinálnak” (2002, 113. o.).

Összegző következtetések

Ahogy a fogyatékos emberek sem egyszerűen biológiai értelemben fogyatékosok, hanem egyben valamely társadalmi csoport tagjai is, úgy a gyógypedagógusok sem egyszerűen csak professzionális szakemberek, hanem szociológiailag sajátos karakterrel rendelkező szociális csoport. Ennek a társadalmi csoportnak az értékei és aspirációi elkerülhetetlenül szerepet játszanak az általuk végzett munkában, még akkor is ha ezt a munkát nagy szakmai felkészültséggel, hivatástudattal és tisztességgel igyekeznek végezni. A fogyatékos emberek és a gyógypedagógusok kapcsolatának egyik lappangó potenciális konfliktuspontja a két társadalmi csoport szociális státusának és szubkulturális hovatartozásának az inkongruenciája, az a tény, hogy szociológiailag a fogyatékos emberek és a gyógypedagógusok eltérő jellemzőkkel bírnak.

A gyógypedagógiai munka – akár az iskolákban, akár az azon kívüli intézményekben zajlik, akár az állami vagy a magánszektorban végzik – nemcsak szakmai, hanem szociális tevékenység is egyben. Teljes megértése nem lehetséges a szociológia szempontjainak alkalmazása nélkül. A gyógypedagógus ugyanakkor nemcsak egy meghatározott szakma ismerője és foglalkozás űzője, hanem értelmiségi is, akinek létformája a társadalom egészével kapcsolatos tudatos és kritikus viszony kialakítása.

A gyógypedagógiáról és a gyógypedagógusról kialakított társadalmi kép és önkép egyszerre tartalmaz szakmai, ideologikus és szociális elemeket, amelyek változásának kívánatos, de ellentmondásos folyamata a gyógypedagógia professzionális tevékenységként való értelmezése felé tart.

A II. részben használt fontosabb fogalmak

csoport	kompetencia
érdekérvényesítés	mobilitás
érték	norma
foglalkozási státus	presztízs
gyógypedagógusok	szakma
hivatás	szerep
identitás, identifikáció	szubkultúra
imázs	tradíció

Ajánlott irodalom

Kozma Tamás: Bevezetés a nevelésszociológiába. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1994.

Musgrave, P. W.: Értelmiségi szakma-e a tanítás? In: Ferge—Háber (szerk.): Az iskola szociológiai problémái. Budapest, KJK, 1974, 311–334. o.

Szasz, T. S.: Az elmebetegség mítosza. A személyes magatartás elméletének alapjai. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2002.

A gyógypedagógia egésze

A gyógypedagógiai szociológia nemcsak azzal foglalkozik, hogy leírja a gyógypedagógiai tevékenység szereplőinek szociodemográfiai jellemzőit, hanem arra is törekszik, hogy a gyógypedagógiai tevékenység tartalmát, formáját és mindezek társadalmi oda-vissza hatását elemezze. Azért is fontosnak tűnik a szélesebb társadalmi keretek és ezen belül az egyes társadalmi alrendszerek fontosságának hangsúlyozása, mert ennek a tág és mély társadalmi-történeti alapzatnak az ismerete nélkül a gyógypedagógiai élet szociológiai elemzését az a veszély fenyegeti, hogy formalistává válik. A vizsgálódás bevett szociológiai technikái akkor vezetnek megalapozott mondanivalóhoz, ha a csoportok, rendszerek és folyamatok technikailag korrekt bemutatása és elemzése a társadalmi egészbe ágyazott értelmezéssel párosul. Nemcsak az a fontos a család, az iskola, a munka, az egyes szociális csoportok és társadalmi szervezetek megismerésekor, hogy azok hogyan működnek, hanem ugyanilyen lényeges annak megértése, hogy mi magyarázza a működés mikéntjét és miértjét – hogyan jelenítik meg és termelik újra az alrendszerek azokat a társadalmi viszonyokat, amelyeknek termékei és konstruálói is.

Ha az elemzés formális szintjével megelégednénk, akkor nem lehetne rámutatni azokra a tartalmi és funkcionális eltérésekre, amelyek az egyes társadalmi berendezkedések között léteznek a fogyatékos-ságügy terén, és azt sem érthetjük meg kielégítően, hogy a magyar társadalom átalakulásai során a fogyatékos-ságügy milyen módon értelmeződik át az eltérő társadalmi-gazdasági viszonyok közepette.

Hogy azonban ne lépjük a szükségesnél nagyobb mértékben túl a szociológiai elemzés kompetenciáját, a gyógypedagógiának a komplex társadalmi alappal való dialektikus viszonyát úgy ábrázoljuk, hogy a társadalmakat három társadalmi alrendszer (valamelyik alrendszer dominanciájával jellemezhető) történetileg változó összefonódásaként mutatjuk be. Ennek keretében a továbbiakban a következő kérdéscsoportokat vizsgáljuk meg:

1. Hogyan alakult ki a modern értelemben vett intézményesült gyógypedagógia?
2. Mi és hogyan változik a gyógypedagógia illetékességi köre?
3. Milyen intézményesült és nem intézményesült keretben folyik gyógypedagógiai tevékenység, és miben különböznek a tevékenység végzésének terepei, szereplői és céljai?

A gyógypedagógia társadalomtörténete

A gyógypedagógia történetileg alakult ki, történetileg fejlődik és változik, ezért a gyógypedagógia története a gyógypedagógia társadalomtörténete. A gyógypedagógia kialakulása meghatározott társadalmi közegehez és meghatározott történeti időszakhoz kapcsolódik. Nem volt mindig gyógypedagógia és a világ számos országában – például a fejlődő országok egy részében – ma sem létezik elkülönült gyógypedagógiai ellátás, gyógypedagógiai tevékenység. E történetiség azt is jelenti, hogy a gyógypedagógia története nem egyszerűen csak a gyógypedagógiában törtéteknek kronologikus és

tényszerű számbavétele, egyfajta „gyógypedagógiai bogárgyűjtemény”, amelyben név, kor és idő szerint vannak egymás mellé tűzdelve a gyógypedagógusok és műveik, valamint a gyógypedagógiai események, hanem ugyanilyen joggal vetődik fel a kérdés, hogy vajon hogyan jött létre a gyógypedagógia, és hogyan változtak az idők során azok az alapelvek, amelyek befolyásolták a gyógypedagógiai elméletet és gyakorlatot. Mik azok a törvényszerűségek, amelyek történelmileg kialakították és ma is formálják a gyógypedagógiát? A gyógypedagógia mai állapotát megértendő egyszerre kell figyelembe venni tudománytörténeti és társadalomtörténeti tényezőket (ugyanúgy, mint ahogy ezt például egy rokon terület, a pszichiátria történeti fejlődése kapcsán már mások elemzései megtették (például: Foucault 2000[a])). A következőkben erre a kérdésre csak vázlatosan és utalásszerűen térünk ki.

Tudománytörténeti tényezők

A gyógypedagógia fiatal tudomány, amely csak a XIX. században egységesült. Azok az alapok, amelyek a gyógypedagógia kialakulásakor nyugodott, orvostudományi és a pszichológiai ismeretekből álltak és a gyógypedagógia éppen ezeket az ismereteket alapul véve és ezektől a diszciplínáktól megszüntetve-megőrizve, elhatárolódva jött létre.

A gyógypedagógia mint elkülönült praxis és teória kialakulása azt jelentette, hogy a más tudományterületeken szerzett tudást újszerű módon integrálva a korai gyógypedagógusok új, szintetikus tudásra tettek szert. Ez a tudás azokra a fogyatékosember-csoportokra terjedt ki, amelyekkel az orvostudomány és a pszichológia csak részlegesen foglalkozott. Mind a fogyatékoságkategória mint a fogyatékoságok tipológiája, mind pedig a gyógypedagógia és a gyógypedagógusi munka határainak kijelölése fontos tudományos innováció volt, aminek az volt a lényege, hogy a korábbi – ugyancsak korhoz kötött (Foucault 2000) – orvosi és pszichológiai ismeretek a fogyatékoságok szempontjából átértelmeződtek.

A különböző érdeklődés, az eltérő megközelítési mód a fogyatékosági szakirodalomban eltérő definíciókat és tipológiákat eredményezett (vö.: Gordosné 1976, 2000, Mesterházi 1985). Ezeknek a megközelítési módoknak és rendszereknek az érvényességét nem lehet megkérdőjelezni. Ugyanakkor az egyéb tudományterületek ismereteinek a gyógypedagógia révén való integrált újraértelmezése szakadatlan folyamat. Miközben a gyógypedagógia kezdeteinél az új tudományos fogalmak és a tényleges praxis főleg az orvostudomány és a gyógyászat, illetve a pszichológia és a pszichiátria kategóriáiból építkeztek, a későbbi fejlődés során sor került más tudományok fogalmainak integrált átértelmezésére és a gyógypedagógia fejlesztő gazdagítására. Így szüremlettek be a gyógypedagógia értelmzési tartományába, szemléletébe, eszköztárába a pedagógia, később az államigazgatás, a szociálpszichológia, a gazdaságtan kategóriái.

Az orvostudomány, a pszichológia és a pedagógia a maga érdeklődési területén számtalan érvényes ismerettel gazdagította a gyógypedagógiát, sok esetben pedig éppen az orvostudomány, a pedagógia és a pszichológia mutatott rá arra, hogy megállapításai csak a társadalomszerkezet egészét figyelembe vevő szociológiai elemzésben nyerik el teljes jelentésüket. Hadd utaljak itt most csak Mérei egy, eredetileg 1948-ban publikált érdekes elemzésére, amelyben a pedagógia és a pszichológia szociológia felé való nyitottságának és vele szembeni igényének szép példáját adja. Híres vizsgálatában arra kereste a választ, hogy az általános iskolákban milyen tényezőktől függ a csoportosulás és a társas szerkezet a tanulók között, és azt figyelte, hogy a gyerekek neme, életkora és az iskola típusa (népiskola – polgári – gimnázium) milyen mértékben magyarázó az iskolákban megfigyelt eltérő társas szerkezetnek. Konkludáló megállapításai a következők: „A társas szerkezet fejlettségének két lényeges és egy másodlagos feltételét mutattuk ki. Lényeges feltételek az életkor és az iskolafajta, másodlagos feltétel a nemi különbség. Maga az iskolafajta azonban nem homogén, egyértelmű meghatározó, hanem számos, alig szétbontható, összefüggő feltételegyüttes jelentkezése. Közülük a szociális helyzetre és a gondolkodási, logikai színvonalra mutattunk rá” (1989, 154. o.). Mérei azt is fontosnak tartja kiemelni, hogy a következő vizsgálatok feladata „a nevelői légkör és a szociális szerkezet összefüggéseinek módszeres vizsgálata” (u.o.). A pedagógiai és a pszichológiai elemzés konzekvens végigvitele szükségszerűen szociológiai kérdésfeltételekhez vezet.

Tudománytörténeti szempontból a gyógypedagógiának szociológiai alapokra helyezése azonban csak viszonylag későn – szórványos kísérletekben az I. világháborút követően, de szisztematikusan valamikor a II. világháború után – vált időszerűvé. Ez szorosan összefügg a tudománytörténeti folyamatok társadalomtörténeti alapjaival.

Társadalomtörténeti tényezők

Az ugyanis, hogy maga a gyógypedagógia létrejöhetett, nem csak a tudománytörténeti folyamatok belső törvényszerűségeitől függött. Mint ahogy Bárczi rámutat: „... a társadalmak fejlődésének késői korszakáig nem foglalkoztak a defektusban szenvedőkkel. Még a vakok és némák mindenki által észrevehető fogyatékosága sem vonta magára a közösség figyelmét Senki sem gondolt arra ezekben az időkben, hogy számukra intézményeket létesítsenek és szervezett foglalkozást biztosítsanak A polgári forradalmak számukra is nagy változást hoztak A francia forradalom utáni társadalom humanizmusával felkarolta ügyüket. Lehetővé tette számukra, hogy szakszerű nevelés és oktatás révén, a munka jogán, a termelőmunka részesei legyenek” (1959, 5–6. o.). A gyógypedagógia kialakulása és fejlődése tehát mindenekelőtt azon múlt, hogy létezett-e és ha igen, konkrétan milyen formában és struktúrában a gyógypedagógia iránti társadalmi igény, „kereslet”.

A középkor európai társadalmában a fogyatékos embereket illetően ellentmondásos megítélés létezett. „... az antikvitást követően, a nagyközépkor évszázadai során nem előzmények nélkül, és Európában a zsidó-keresztény kultúra hatására az addiginál sokkal inkább a figyelem középpontjába került a szegény, az elesett, a fogyatékos ember. ... Megítélésük mégis, a kereszténység dominanciája mellett is erősen ambivalens volt. Mert míg a róluk történő gondoskodás kiemelkedően fontos erkölcsi kötelességgé vált, addig a fogyatékoságot továbbra is a Gondviselés valamiféle megtorló akciójának vélték. Így kerültek át és termelődtek újjá a mindennapokban a korábbi, az európai kultúra fejlődését jelentősen befolyásoló görög, sőt asszír, illetve a továbbélő régi zsidó társadalmi tradíció egyes karakteres elemei. Az utóbbi egyértelműen az elkövetett bűn folyományának tekintette a súlyos betegséget és a fogyatékoságot, amelytől azonban tisztulás útján gyakran volt menekülés. A görögség a betegséget, károsodást az istenek bosszújától származtatta. A régi Mezopotámiából ránk maradt ékírásos táblák a betegség, a szenvedés okai között első helyen említik a gonosz rontást és a bűnöket” (Könczei 1992, 46. o.). Bachman szerint „az értelmi fogyatékos, a ... testi fogyatékos emberek, mint ahogy az elmebetegek története is, valójában a XIX. századig kevésbé pogány babonák története, mint dokumentálhatóan inkább teológiai spekulációk, elsősorban a katolikus egyház inhumánus felfogásának következménye. Eme, a fogyatékos emberekkel szemben tanúsított elutasító magatartás hatásai és az ezzel járó kultúrsoikk a mai időkig vezetnek, és részben rejtetten, részben nyíltan mindig újra jelentkeznek” (idézi: Könczei 1992, 34. o.). Az ambivalens ideológiai állásfoglalás és közmegítélés ellenére létező nem rendszeres fogyatékosellátás a karitatív tevékenységek formáját öltötte.

A modern polgári társadalmak radikálisan változtattak a fogyatékos személyekkel kapcsolatos felfogáson és a fogyatékos személyekkel való foglalkozás praxisán. Megjelent a szakszerű és szervezett ellátás igénye. Ez az újfajta társadalmi igény a XIX. századig elsődlegesen a humanizmus, a racionalizmus és a társadalmi igazságosság elvont elveiből nőtt ki, ami pedig a fizetőképes keresletet illeti, a vagyonos rétegek gyógypedagógia iránti privát keresletében és a központi állami finanszírozású szűk körű ellátást nyújtó (csak az evidensen fogyatékos emberekre kiterjedő) izolált rendszerekben merült ki. A rendszer fontos és a korban progresszív sajátossága volt, hogy a fogyatékos személyeket nyilvántartásba vették, és elkülönített iskolai és egyéb intézményes ellátási formákat fejlesztettek ki számukra. Ekkoriban jöttek létre a fejlett világ néhány országában a normál iskoláktól függetlenül a vak, a siket stb. személyek számára elkülönített iskolák.

A társadalmi igény és kereslet ugrásszerű emelkedésében jelentős szerepe volt annak, hogy mind az első, mind a második világháborúban nagy számban váltak emberek fogyatékosá, márpedig ezeknek az embereknek a háború után gyógypedagógiai ellátást kellett biztosítani. Az ellátottak körének növekedése az ellátottak társadalmi összetételében is változást hozott, és megnövelte az állami szerepvállalás jelentőségét. Nem utolsósorban pedig a szolgáltatás iránti igény tömegessé válása azt is elősegítette, hogy az emberek egyre többet kezdtek tudni a fogyatékoságokról, a fogyatékoságügyről és a gyógypedagógusokról.

Az első világháború idején, 1915-ben Magyarországon kelt rendelet szerint a „csonkított és béra katonák orvosi utókezeléséről, mesterséges testrészekkel való ellátásáról és gyakorlati oktatásáról” gondoskodni kell. Az első világháború utáni helyzetet jellemezve 1931-ben Horváth Mihály így foglalta össze a tapasztalatokat: „Ha láttunk is az utca sarkán alamizsnát kérő, eltorzult testű, mankóra támaszkodó vagy földön csúszó gyermeket, megszántuk ugyan s talán dobtunk is néhány fillért a kalapjába, de ezzel a magunk személyére vonatkozólag legtöbbször elintéztünk is tekintettük az egész kérdést, legfeljebb bosszankodtunk, ha ez többször történt meg velünk.

Ma azonban – a nagy háború után – mindenki megtanulhatta, hogy mit jelent az, ha elveszítettük testünk épségét.

A háborúba elküldöttük ifjuságunk virágát... sokan közülük azonban visszatértek, s most rokkant testtel s megzavart lélekkel kénytelenek viselni az élet megnagyobbodott terhét. Ilyen tanulságok után nem mehetünk el többé közönyösen a kérdés mellett...” (in: Tóth Gy. 1990, 95. o.).

Amint növekedett a klienskör és a fizetőképes kereslet, rentábilissá vált a gyógypedagógiai technológia (eszközök, készülékek, kézikönyvek stb.) fejlesztése a vállalkozók számára, ami kínálati oldalról járult hozzá a „gyógypedagógiai piac” szélesedéséhez és differenciálódásához.

Az átalakult társadalmi környezetből adódó és máig ható új igény a fogyatékos emberek társadalmi rehabilitációja, integrációja. A korábbi elkülönített fogyatékosügy intézményeket közelíteni kívánták a normál intézményekhez és a fogyatékos emberek számára lehetővé akarták tenni a társadalomba való minél hatékonyabb integrálódást. Az integrációs igény szembekerülése az elszigetelt iskolai és egyéb intézményi ellátási formákkal fokozta az integrációban nagy jelentőséget kapó szociológiai aspektusok – a lakóhely, az iskolai végzettség és a szakképzettség, a munkavállalási lehetőségek, a családok szociális státusa, értékrendje, életmódja, vagyoni helyzete stb. – iránti érdeklődést.

A XX. század harmincas éveitől, de főleg a második világháborút követően a fogyatékos személyek ellátása a demokratikus, gazdag és a jóléti állam elveit valló társadalmi rendszer keretében kezdett átalakulni a fejlett kapitalista országokban. A társadalmi kereslet a tömeges fizetőképes magánkereslet felé és a központilag fenntartott és finanszírozott állami intézmények felé tolódott el. A gyógypedagógiai ellátás fokozatosan kezdett kiterjedni a nem evidens fogyatékossgal élőkre is. Az ellátottak számának növekedése az ellátottak szociális összetételét is alapjaiban megváltoztatta, mert a marginális (alsó és felső) társadalmi csoportok helyét a szolgáltatás igénybevevői között a középosztályok és az intézményi nagy fogyasztók vették át. A tömeges kereslet kialakulása mellett az is jellemezte a fogyatékosügyet, hogy a kliensek és hozzátartozóik egyre inkább beleszólást követeltek abba, hogy az általuk igénybe vett vagy vásárolt szolgáltatás mit tartalmaz és milyen módon kínálják számukra.

A szolgáltatás tömegessé válása és a klienskör átalakulása magával hozta a szakemberképzés intézményesülését és tömegesülését is. A gyógypedagógiában felerősödtek a pedagógiai vonatkozások, ami az államigazgatási szempont felülértékelődésével is együtt járt, hiszen a képző intézmények (a gyógypedagógus- és a fogyatékosügy szakemberképzők egyaránt) döntően állami kezelésben voltak. A gyógypedagógia, amely a XIX. századig tudományos diszciplínává fejlődött, a XX. században szervezeti egységgé vált az állami oktatási és szociális szolgáltatási és ellátási rendszereken belül.

Magyarországon a XX. század elején jöttek létre az általános szociális ellátás államilag koordinált rendszerén belül, de részben egyházi és magánfinanszírozással és működtetéssel, a gyógypedagógiai intézmények, amelyek fejlődése azonban a II. világháború utáni politikai és társadalmi rendszerben megszakadt (az előzményekről vö. Subosits—Göllesz 1991 és Gordosné 1972). A II. világháború után a szocialista társadalom központosított rendszerében a gyógypedagógia főleg orvosi, pedagógiai és államigazgatási fogalom volt. A korszakban fennállt gyógypedagógiai ellátási rendszert „kínálati piac-ként” is jellemezhetjük, mivel a szolgáltatást igénybe vevőknek csak kevés lehetőségük volt arra, hogy a gyógypedagógiai ellátási rendszer egészét befolyásolják. Csak a szocialista társadalmi és politikai rendszer végső évtizedeiben, az általános demokratizálási tendenciák egyik elemeként, erősödött fel a gyógypedagógiai szolgáltató szakembereknek és az igénybe vevő klienseknek az a képessége és igénye, hogy áttekintést és beleszólást nyerjenek a szolgáltatások mechanizmusába és tartalmába. Erre az igényre reagálva kezdődtek el a fogyatékosvá válás okait firtató elemzések, a fogyatékos emberekkel szembeni társadalmiattitűd-vizsgálatok. Számtalan főiskolai szakdolgozat témája volt a gyógypedagógusok rekrutációjának, pályaképének, pályafutásának szociológiai elemeket is tartalmazó vizsgálata, a különféle fogyatékosember-csoportok társadalmi összetételével kapcsolatos tapogatózó vizsgálatok, az ellátó intézmények megreformálásának kísérleteivel összefüggő kutatások stb. (Tóth Gy. 1976, Czeizel et al. 1978, Illyés [szerk.] 1984–90. o.). A korábban megkérdőjelezhetetlennek látszó társadalmi és politikai keretek fellazulása és az általános átalakulási tendenciák közepette egyre nyilvánvalóbb lett az is, ami korábban rejtve volt: a gyógypedagógia társadalomtörténeti és szociológiai meghatározottsága. Ezen a ponton a gyógypedagógia tudománytörténete mellett egyre izgalmasabb kutatási problémává vált a gyógypedagógia társadalomtörténete.

A gyógypedagógiai praxis társadalmi meghatározottsága hatott abba az irányba is, hogy a gyógypedagógiában mint tudományban és mint napi praxisban melyik elméleti paradigma volt az uralkodó.

A száz évvel ezelőtti, főleg ellátásra koncentráló gyógypedagógiai intézményes keretek az orvosi és a pszichológiai paradigma megerősödésének kedveztek („gyógyító pedagógia”), a XX. század közepén az iskolai képzés fejlődése magával hozta a pedagógiai paradigma dominanciáját („fejlesztő pedagógia”), a fogyatékos emberek társadalmi integrációjának mai szempontja pedig a szociológiai paradigmának a gyógypedagógiába való fokozott hatását eredményezi („integráló pedagógia”).

A társadalomtörténeti vonatkozások a magyar gyógypedagógiában azért is csak később kezdtek tudatossá válni, mert más tudományokkal – például a kibernetikával, a pszichológia bizonyos irányzataival, a genetikával stb. – együtt a szociológia – mint „polgári áltudomány” – a szocialista tudománypolitikai és oktatáspolitikai rendszerben majd negyed századon keresztül, egészen a 70-es évekig tiltva volt az oktatási és a tudományos intézményekben. Ha beszélhetünk ebben az időszakban szociológiáról, akkor ez csakis valamilyen „bújtatott szociológiát” jelenthet, a szociológiai szempontok be nem vallott, de tényleges alkalmazását más tudományterületi megközelítéseken, nemegyszer „tudományos szocializmus” vagy „történelmi materializmus” címkével. Negyed századon keresztül olyan gyógypedagógus-generációkat képeztek, amelyek szinte semmit nem tudtak a szociológiáról és még a 80-as években is csak mint tantárgy élt a gyógypedagógusok tudatában a szociológia.

Mára már a magyar társadalom is kezdi felvenni azokat a jegyeket, amelyek a fejlett tőkés országokat jellemzik. A társadalmi demokratizálódás és pluralizálódás, a gazdasági és a politikai decentralizálódás, a piaci elemek kiterjedése és ezek nyomán a társadalmi csoportok életfeltételeinek átalakulása a fogyatékos személyek társadalmi helyzetét és a gyógypedagógia egészét is befolyásolja. Az új társadalmi feltételek új törekvéseket erősítenek fel (például a magán és egyházi ellátó intézmények létrehozását, az integrációs igény fokozódását, az eladható szolgáltatások kínálatára való törekvést stb.).

A politikai, társadalmi és gazdasági rendszerváltás egyik következménye és velejárója tehát előbb-utóbb szükségszerűen az oktatási és a szociális ellátási rendszer egészének átalakulása is. Ezzel együtt kell járnia a koncepcionális megújulásnak, ami nem elkerülhető, sőt bizonyos értelemben már folyamatban is van a gyógypedagógiában is (vö.: Illyés 1994, 1993). Ennek egyik eleme a gyógypedagógia szisztematikus társadalomtudományi megalapozása.

A gyógypedagógia illetékességi köre

A gyógypedagógia társadalmi szerepének és a gyógypedagógia belső szakmai fejlődésének is egyik alapvető kérdése – amely ugyanakkor koronként más válaszokat is igényel – az, hogy mire terjed ki a gyógypedagógia illetékességi köre. A szociológiai felfogás szerint a gyógypedagógia illetékessége a fogyatékoságügy egészére kiterjed, és csak a fogyatékoságügyre terjed ki. Ez azt jelenti, hogy a gyógypedagógus feladata szélesebben értendő, mint amit a gyógypedagógiai tanár fogalma takar. Ugyanakkor azt is kimondja, hogy a gyógypedagógia nem illetékes a nem fogyatékos emberek különféle társadalmi beilleszkedési problémáinak kezelésében.

Eszerint a gyógypedagógia kompetenciája nemcsak a fogyatékosok kezelésére-gyógyítására és/vagy a fogyatékos személyek oktatására-képzésére terjed ki, hanem a fogyatékoságügy egésze, a fogyatékos emberek életének minden eleme a gyógypedagógiai vizsgálódás és tevékenység feladata. Ezáltal a gyógypedagógia közelít a szociális munkához. Komplex szolgáltatása azonban csak a fogyatékos emberek problémáinak kezelésében hatékony és elveszíti gyógypedagógiai karakterét, ha olyan problémák megoldásával próbálkozik, amelyek alapja nem a fogyatékoság.

Már a századelőn és a két világháború között is voltak, akik a gyógypedagógiának a tanítás értelmében vett pedagógián túlterjedő szélesebb illetékességének a kérdését felvetették. Tóth Zoltán például így írt: „A gyógyító nevelés területén oly egyének iskolai és társadalmi védelméről kell gondoskodni, akik fejletlenségük miatt nem alkalmasak a normális oktatásra és társadalmi életre. Világosan áll tehát előttünk az oktatástól különvált nevelői és társadalmi tevékenység szükségessége. A fogyatékosok megelőzése pedig a gyógyító nevelői gondolatban olyan kérdés, amely a fogyatékosok számának csökkentése által kívánja a gyógypedagógiai feladatokat a nemzetvédelem keretében megoldani. Ezen tények igazolják, hogy a fogyatékosügy nem egyszerű oktatási kérdés, hanem a tanügynek és társadalompolitikának külön-külön meggondolások alapján megoldandó alkalmazott kérdése” (in: Gordosné 1984, 215. o.).

Ez a felfogás arra vezette Tóthot, hogy a gyógypedagógiát egynek tekintse a fogyatékoságüggyel. Így fogalmaz: „... a gyógypedagógia, mint az egészre vonatkozó legáltalánosabb fogalom, jelenti:

1. a normálisok nevelése mellett kifejlődött nevelési irányzatot,
2. a hibás, fogyatékos és rendellenes gyermekek érdekében végzett nevelői tevékenységet,
3. a gyógyító nevelésre vonatkozó összes elméleti és gyakorlati problémát,
4. a fogyatékoságügy egész munkaterületét és
5. egész szervezetét” (uo., 222–223. o.).²⁶

Nem arról van persze szó, hogy a gyógypedagógus egyedül foglalkozna a fogyatékos emberek szociális problémáival, elhelyezkedési gondjaival, állampolgári jogainak védelmével stb., hanem arra lenne szükség, hogy ezeken a területeken a gyógypedagógus is jelen legyen és szakmai tudását felhasználva a fogyatékos személyek sajátos problémáit segítsen figyelembe venni akkor, amikor a fogyatékos embereket is érintő kérdésekben országos és helyi döntések és intézkedések születnek. Ha azonban a gyógypedagógus főleg csak az általános és a középiskolai oktató és nevelő munka végzésére van kiképezve, akkor nem sok lehetősége lehet arra, hogy a más területeken képzett szakemberekkel együtt, azok méltó társaként kompetensen részt vegyen a fogyatékos gyereke iskolai életén kívül eső kérdésekben a fogyatékos embereket érintő döntések meghozatalában.

A gyógypedagógusként végzett szakemberek is jelentős számban dolgoznak olyan munkakörökben (például az államigazgatásban, a tudományban, társadalmi és politikai szervezetekben stb.) amelyek kívül esnek a hagyományos gyógypedagógiai profilon. A szociológia értelmezése szerint ezek a szervezetek, intézmények, illetve azok a tevékenységek, amelyeket ezek végeznek a szélesen vett gyógypedagógia részei, ha a fogyatékos személyeket érintő munkát végeznek. Ezért létezésüket és működésüket a fogyatékoságügy szempontjából elemzés alá kell venni, a velük kapcsolatos információkat át kell adni az érintett fogyatékos embereknek és gyógypedagógusoknak, az ezekben és a hasonló iskolán kívüli szervezetekben való munkavégzésre is fel kell készíteni a gyógypedagógusokat.

Ugyanakkor a gyógypedagógia nem illetékes olyan kérdések megoldásában és az olyan kliensekkel való foglalkozásban, amelyeknél nem fogyatékoság az alapja a társadalmi beilleszkedés, az alacsony iskolai teljesítmény, a munkaerő-piaci problémák vagy a családi konfliktusok stb. megjelenésének. Ha ilyen területeken vagy ilyen tevékenységtípusokban gyógypedagógus tevékenykedik, akkor nem a gyógypedagógiai szakma elvei szerint jár el, és ezért munkája gyógypedagógiai szempontból értelmezhetetlen (még akkor is, ha az általa végzett munka más szempontból hasznos). A kisegítő iskolák éppen arra szolgálnak példát, hogy az ott dolgozó gyógypedagógusok munkája jól szolgálja az enyhe fokban értelmi fogyatékos emberek oktatását és nevelését, de pedagógiailag alacsony hatékonyságú és szociálisan a hátrányos helyzetet újratermelő és legitimáló funkciójú a nem értelmi fogyatékos, de a normál általános iskolákban szociális okokra visszavezethetően tanulási zavarokat mutató gyerekekkel való foglalkozásban (Illyés [szerk.] 1984–90). Az nem minősít egy tevékenységet vagy szakmát, ha az illető tevékenység szakembereit a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolának nevezett intézményben képzik. Mint ahogy a főiskola (illetve a kar) nemcsak gyógypedagógiai tanárokat képez, hanem más területeken gyógypedagógusként tevékenykedőket is, ugyanúgy, nem minden szakember tekinthető gyógypedagógusnak, akit a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán képeznek.

A szakmai kompetenciát kijelölő egynemű közeg alapozza meg a szakma szilárd identitását és identifikációját, azt, hogy a gyógypedagógusok fejében mi él a szakma egészével kapcsolatban, és azt is, hogy a gyógypedagógust milyennek látja a közvélemény. A gyógypedagógia identitásának egyik alappillére az, hogy a gyógypedagógia a fogyatékoságügy egészében illetékes, az identitás másik alapja a fogyatékoságügyön kívül eső területektől való elhatárolódás.

A kompetencia markáns kijelölése ad lehetőséget arra, hogy a gyógypedagógia a fogyatékos személyeket érintő leglényegesebb ügyekben szakszerűen segíteni tudjon. Csak a gyógypedagógiának a

²⁶ Tóth Zoltánnak a két világháború közötti törekvése, hogy a fogyatékos emberek ellátását tökéletesítse, abban a történelmi kontextusban még külön is érdekes és érdemes, hiszen az ő működésének idején ment végbe a fasiszmus előrenyomulása, amely politikai rendszer alapelveiben és praxisában egyaránt tagadta a fogyatékos embereknek magához az élethez való jogát is. Ebben az összefüggésben nyomatékos jelentőségű Tóth 1936-ból való kijelentése, miszerint: „Minden egyénnek joga van az őt megillető emberi életre, még akkor is, ha annak elérése az emberek és a társadalom részéről nagyobb munka, és súlyosabb anyagi áldozatot kíván” (idézi: Gordosné 2000[a], 71. o.).

fogyatékoságügy egészét lefedő extenzív tágulása adhat módot a gyógypedagógusok élet- és munkafeltételeinek javítására, főleg az életnek azokon a területein, amelyek kívül esnek az iskoláztatáson és a fogyatékoságügyi intézményeken, és ahol a fogyatékos emberek segítése ma még nem teljesen megoldott (például a munkaerőpiacon). Ugyanakkor a gyógypedagógia kompetenciájának a fogyatékoságügyre való korlátozása és a nem fogyatékosügytől való elhatárolása olyan homogenizációs szempontot emel ki, amely markánsan vonja meg a szakma határait és felelősségét. A gyógypedagógia kompetenciájának a fogyatékoságügyön túl való kiterjesztése ugyanis parttalanná tenné a gyógypedagógiai tevékenységet, ami az egységes szemlélet és az egységes feladatfelfogás, ismeretalap és készségkészlet megragadását veszélyezteti.²⁷

A gyógypedagógia illetékességi körének egyértelmű megvonása elejét veheti annak, hogy a rokon területek szakembereivel való kapcsolatban a tisztázatlan felelősségi körök miatt konfliktusok alakuljanak ki. Csak így lehet mód arra is, hogy a gyógypedagógia versenytársak helyett szövetségeseket és partnereket találjon az egyéb tudományterületek, intézmények és szervezetek között.

Figyelembe kell persze venni azt is, hogy, bár ezek a kompetenciahatárok elvileg egyértelműen értelmezhetőek, a konkrét határvonalak történetileg módosulnak, néha átjárhatóakká válnak. A kérdés alapvetően azon múlik, hogy a szakember által kezelt problémakör, illetve a vele kapcsolatban álló kliens elvileg kapcsolatba hozható-e a fogyatékosággal. Vannak esetek, amikor a konkrét jelenség fogyatékoság volta kérdéses (ilyen például a balkezesség, az epilepszia, az autizmus), ez azonban nem érinti azt az elvi alapállást, hogy a gyógypedagógus a fogyatékoságügyben illetékes. Az illető konkrét jelenség besorolása és a szakma elvi kompetencia határaink a kijelölése két különböző probléma.

A gyógypedagógia mai konkrét illetékességét vizsgálva például azt láthatjuk, hogy a korábban hagyományosan a gyógypedagógusok által művelt területeken többé-kevésbé rokon szakmák reprezentánsai is egyre nagyobb számban tevékenykednek. Ugyanakkor sok esetben a megoldandó probléma jellege eleve interdiszciplináris megközelítést és eltérő szakmák szakértőinek együttműködését követeli meg. A korábbi merev kompetenciahatárok mára részben fellazultak és elmosódtak. Illyés a következőképpen fogalmaz: „Sok vita folyik ma a gyógypedagógia intézményes határaitól. ... Az intézményes határok hagyományosan a szaktudás, a szakmai kompetencia határaival, a kompetencia határai pedig általában a szakképzettség határaival függnek össze. E három elem szoros kapcsolata azonban már ma is lazul és a jövőben még további elmozdulások várhatók. Jól példázza ezt a dyslexia vagy a tanulási zavarok területén az utóbbi évtizedben lezajlott fejlődés. Ma leginkább e két területen kialakult módszerek felelnek meg az ideálisnak tartott professzionális szaktudás követelményeinek, mert ezek tudnak a módszerek három alapkérdésére választ adni. De vajon melyik professzió kompetenciakörébe tartozik e módszerek igényes és ezért szakmai presztízszt növelő tudása. Az iskolapszichológuséba, a fejlesztő pedagóguséba, az óvónőébe, a tanítóéba vagy a gyógypedagóguséba? A jövőképhez valószínűleg az is hozzátartozik, hogy ez a kérdés végérvényesen soha nem lesz megítélhető. Nyilvánvaló, hogy az a szakma lesz leginkább kompetens valamilyen állapot korrekciójára ... amelynek a legváltozatosabb és leghatékonyabb eljárásai lesznek a korrekcióra, amelyik a legjobb magyarázatot tudja adni az eljárások hatásmechanizmusára és amelyik objektív bizonyítékot tud felsorakoztatni a hatásmechanizmus igazolására. Ez a magas szintű szaktudás azonban már ma is függetlenedhet a szakmától és szakmaközi szakértői kompetencia formájában is létezhet. A világ 20 legjobb dyslexia-szakembere között ma valószínűleg orvos, pszichológus, pedagógus, gyógypedagógus egyaránt található. A szaktudásbeli professzionális kompetencia ma sok esetben nem szakmai és nem szakképzettségbeli, diplomához kötött kompetencia. Az interdiszciplinaritás várható erősödésével valószínű, hogy az ilyen jellegű szakértői kompetencia a jövőben még erősebben függetlenedni fog a diplomával vagy az intézményi határokkal jelzett illetékességtől. Különbő szakmák és különféle szakképzettségek képviselői juthatnak el azonos szakértői kompetencia birtoklásához. ... Ma még talán utópisztikusnak tűnik az, hogy egy agykutató fiziológus, egy mesterségesintelligencia-kutató és egy számítógépes szakember gyógypedagógiai intézményt alapít, ahol olyan területeken végeznek

²⁷ Végletesen gondolkodva, a gyógypedagógia kompetenciájának a fogyatékoságügyön túl való kiterjesztése például a nehezen nevelhető gyerekek, a nem fogyatékos deviáns személyek kezelésén át az idősellátásig is elvezethet. Belátható, hogy ilyen sokféle tevékenység és módszer egy fogalom alá sorolása szétfolyóvá és kezelhetetlenné tenné a gyógypedagógus vagy a gyógypedagógia kifejezéseket, hiszen megszűnne a fogalom alapját adó egynemű közeg.

minden korábbinál hatékonyabb terápiát, amely területek eredetileg a gyógypedagógus illetékességi körébe tartoztak. ... Mindebből az következik, hogy az illetékességet a jövőben egyre nagyobb mértékben a hozzáértés és nem az intézményes munkaterület, a foglalkozás törvényi meghatározása vagy a diploma mint jogosítvány fogja legitimálni” (Illyés 1993[a], 282. és 283. o.).

Szasz a „pszichiátria imperializmusának” nevezi azt a folyamatot, amikor minden „hibás működést” a pszichiátria illetékességi körébe vonnak a pszichiáterek: „... egyre nagyobb buzgalommal kezdtek »betegségnek« (azaz természetesen »elmebetegségnek«) nevezni mindent, amiben – mindegy, hogy milyen norma alapján – »hibás működést« véltek felfedezni. Így hát betegség az agorafóbia, mert senkinek sem kellene félnie a nyílt terektől; a homoszexualitás, hiszen a heteroszexualitás a társadalmi norma; betegség a válás, mivel a házasság kudarcát jelzi. A bűnözést, a művészetet, a nemkívánatos politikai vezetést, a társadalmi életben való részvételt vagy éppen annak hiányát mind-mind az elmebetegség tünetének tekintik manapság – és a lista távolról sem teljes” (Szasz 2002, 73. o.). A „más fogyatékoság” fogalom meghonosítása a gyógypedagógiai fogyatékoság kategorizáláson belül ugyancsak felveti a kompetenciahatárok mesterséges kiterjesztésének a gyanúját (lesz olyan is, hogy „más gyógypedagógus”?). Van azonban egy alapvető különbség a pszichiátria és a gyógypedagógia között: a pszichiátria hajlamos arra, hogy túlterjeszkedjen a határain, a gyógypedagógiára azonban rendszerint ráerőszakolnak olyan feladatokat, amelyet más intézmények, illetve diszciplínák nem akarnak felvállalni.

A gyógypedagógiai munka színterei és szereplői

A fogyatékoságügy, a gyógypedagógia nagy kiterjedésű és széles hatású „üzem”. Széles tömegeket érint közvetve és közvetlenül is: magában foglalja a fogyatékos emberek százazreit; a családjaikat; a fogyatékoságügyi szakemberek ezreit, a gyakorló gyógypedagógustól, a gyógypedagógusok képzésében résztvevőkön keresztül, a fogyatékosüggyel foglalkozó kutatókig; az intézmények széles skáláját a fogyatékos személyeket és a fogyatékoságügyi szakembereket képző iskoláktól a minisztériumokig, az alapítványoktól az egyesületekig; a fogyatékoságügyi sajtót, a rádió és a televízió ilyen jellegű műsorainak készítőit és még a témával kapcsolatba kerülő laikusok, szakemberek és fogyatékos emberek millióit. A fentiek következtében gazdasági tekintetben a fogyatékoságügy óriási kiterjedésű: a fogyatékos emberek anyagi ellátása, a fogyatékoságügyi szakemberek képzési költségei és bére, az iskolák és az egyéb intézmények működési költségei, a fogyatékoságügyben meglévő tárgyi és eszközszükségletek kielégítése (az intézmények tárgyi felszerelésétől és a fehér bottól, a kerekesszéken át, a hallókészülékig és a releváns szakirodalomig) a fogyatékoságügy egésze minimum több tíz milliárd forintos kiterjedésű gazdasági szférát alkot. A közhangulatra, a politikai döntésekre gyakorolt hatása révén ugyanakkor a fogyatékosügy társadalmi befolyása is óriási. Ezen szféra működésének megértése ezért nemcsak a gyógypedagógus-szakma, hanem a társadalom egésze szempontjából is sokoldalúan fontos.

A gyógypedagógia gyakorlata és elmélete szervesen kapcsolódik az azt létrehozó és fenntartó társadalmi környezethez. A gyógypedagógia a számára keretet adó társadalom komplex viszonyrendszerében határozódik meg és létezik. Ez a történetileg változó társadalmi viszonyrendszer a gyógypedagógiai tevékenység tartalmán és módszerein, valamint a gyógypedagógia kompetenciáján túl a gyógypedagógus és a fogyatékos személy sajátos szerepeit is kialakítja. E szerepek alapvető általános vonásait és a „szereplők” szociológiai jellegzetességeit az I. és a II. rész már elemezte. Nem vizsgáltuk meg azonban azt, hogy ezek a szerepek, valamint a szereplők közötti viszonyok hogyan formálódnak aszerint, hogy milyen társadalmi szervezeti keretben, melyik társadalmi alrendszerben kerül a két fél kapcsolatba egymással.

Abban az értelemben, ahogy a következőkben tárgyalni fogjuk, a társadalmi szervezeti kereten a gyógypedagógiai tevékenység piaci, bürokratikus-újraelosztó és informális-önellátó társadalmi alrendszereit értjük. A szervezeti keret fogalmát ilyen szélesen értve mindenekelőtt azt állapíthatjuk meg, hogy egészen más vonásai vannak a gyógypedagógus és a fogyatékos személy közötti viszonyoknak akkor, ha a két fél a piacon, mint szolgáltatások eladója és vevője találkozik; ha az állami intézmények valamelyikében mint szakember és kliens kerülnek kapcsolatba egymással, vagy ha informális családi, baráti, ismerősi kapcsolat keretében találkoznak össze. Más a felek státusza a három különböző „szervezetben” és más szerepeket szab rájuk a három eltérő működési keret, csakúgy, mint ahogy lényegi eltérések tapasztalhatóak a társadalom egészének működésekor az eltérő „reprodukciós alrendszerek” esetében. (Polányi 1976, Konrád—Szelényi 1989).

A piaci, a bürokratikus-újraelosztó és az informális-önellátó alrendszerek minden társadalmon belül együtt vannak jelen, az egyes társadalmak azonban eltérnek egymástól abban, hogy a három alrendszer közül melyik van központi helyen; kiterjedésénél és a többi alrendszerre való hatásánál fogva melyik szabja meg az illető társadalom szociális ellátási rendszere egészének az arculatát. Bár a mai magyar társadalomban egyre kiterjedtebbé válik a gyógypedagógiai munka végzésének piaci szférája, amelyben a gyógypedagógiai munka végzői vállalkozásként kínálnak gyógypedagógiai szolgáltatást a vásárlóknak, ugyanakkor az a domináns, hogy a gyógypedagógiai munkát professzionális gyógypedagógusok részvételével az állami vagy az egyházi intézményekben végzik. Figyelmen kívül hagyhatatlan azonban az a tény is, hogy a gyógypedagógiai munkával hasonlítható tartalmú feladatokat a családok és a kisebb közösségek gyakran a saját belső ügyeikként, nem professzionális jelleggel, informálisan, önkéntes és emberbaráti részvétellel oldanak meg, végeznek el.

A következőkben arra teszünk kísérletet, hogy leírjuk a három különböző alrendszer működését, rámutassunk kapcsolatuk lehetőségeire és problémáira, és megkíséréljük megmagyarázni, hogy a gyógypedagógiai munkát végzők, illetve a gyógypedagógusok szolgáltatásait igénybe vevők milyen módon, milyen indítékokkal, milyen elvárásokkal és milyen szerepekben vannak jelen a három különböző szférában.

Az ellátás piaci alrendszere

A piaci alrendszerben a javak és a szolgáltatások adásvétel során forognak. A javakat és a szolgáltatásokat anyagi (leggyakrabban pénzübeli) térítésért lehet megvásárolni.

A rászorultság ilyen viszonyok között csak akkor bír önmagán továbbmutató gyakorlati jelentőséggel, ha egyben fizetőképes keresletet is jelent. Ha valakinek csak szükségletei (pl. nehézségei, fogyatékosága, betegségei) vannak, de nincs pénze, hogy javak vagy szolgáltatások vásárlásával gondjain enyhítsen, akkor nem is tesznek neki mások ilyen szolgálatokat. Mindenért kell valakinek fizetni, mindenki fizet azért, amit megkap. Akik rendelkeznek a vásárláshoz szükséges eszközökkel, azok számára a piaci mechanizmus gyors, gördülékeny és színvonalas szükségletkielégítést biztosít. Azok számára azonban, akik nem fizetőképesek, a piaci alrendszerben nincs legális lehetőség szükségleteik kielégítésére.²⁸

A társadalmaknak azonban minden időben léteztek olyan csoportjai, amelyek saját hibájukon kívül, rajtuk kívül álló okokból nem rendelkeztek elegendő jövedelemmel, és így szükségleteiket nem tudták vásárlás útján kielégíteni. Ilyenek például a fogyatékos, a beteg, az öreg emberek, a gyerekek, a menekültek. Ezeknek az embereknek a piaci mechanizmus az egyszerű életbemaradást sem biztosítja. Ebben az alrendszerben mindazok, akik nem tudnak fizetni, a társadalom elesettjei közé sorolódnak. A piaci mechanizmusok által dominált ellátási alrendszerek ezért mindig két pólusra osztják a lakosságot: a rendszeren belüliek és a rendszeren kívül rekedők tulajdonképpen két társadalmat alkotnak. Az ellátás maximuma és teljes hiánya egyszerre van jelen a rendszerben.

Ez az alrendszer decentralizált és demokratikus. A piaci alrendszerben olyanok szerepelnek, akik rendelkeznek saját jövedelemmel és akik maguk dönthetnek arról, hogy jövedelmüket mire használják fel. Ezek a személyek vagy intézmények a piacon találkoznak, ahol adásvétel zajlik. Ha például valaki megbetegszik, akkor fizet az orvosnak, hogy az megvizsgálja (szolgáltatásvásárlás), és megvásárolja azt a gyógyszert, amit az orvos felírt neki. Ha nincs pénze, akkor nincs módja arra, hogy a fenti javakhoz és szolgáltatásokhoz legálisan hozzájusson.

A piaci alrendszerben a gyógypedagógusok vállalkozókként vagy egy vállalkozó alkalmazottjaiként fizetség ellenében végzik a munkájukat. Amikor a gyógypedagógusok a piaci alrendszerben magán-személyeknek díjazás ellenében kínálnak gyógypedagógiai munka tartalmú szolgáltatásokat, akkor a gyógypedagógusok munkáját igénybe vevők vásárlókként szerepelnek.

²⁸ Marx a Gazdasági-filozófiai kéziratokban így fogalmaz: „A demande (kereslet, kívánság) bizonyára exisztál annak számára is, akinek nincs pénze, de az ő demande-ja pusztán képzetbeli lényeg, amelynek számomra, a harmadik számára, a többiek számára nincs hatása, nincs exisztenciája, tehát önmagam számára nem valóságos, tárgyaltalan marad. A hatékony, pénzre alapozott és a nem hatékony, szükségletemre, szenvedélyemre, kívánságomra stb. alapozott demande közötti különbség a lét és gondolkodás különbsége, a pusztán bennem exisztáló képzeté, ahogyan az valóságos tárgyként rajtam kívül van számomra” (1977, 181. o.).

A piaci rendszerben a gyógypedagógusok képzése is piaci törvények szerint zajlik, a képzésért fizetni kell, az iskolák a tandíjából tartják fenn magukat.

A gyógypedagógiai munka ezen piaci alrendszere az igénybe vevők számára jelentős anyagi-pénzbeli ráfordítással jár, viszont megbízható ellátást nyújt. Mivel csak azok képesek ennek a szférának a szolgáltatásait igénybe venni, akik rendelkeznek a megfelelő vásárlóerővel, ezért a piaci szférában zajló gyógypedagógiai munka a társadalom vagyonosabb csoportjai számára segítség. Ennek a szférának a szelektált társadalmi összetétele és a szolgáltatás árujellege a gyógypedagógusok és az igénybevevők között sajátos viszonyokat alakít ki. Bár a viszony gazdasági alapja a piaci személytelen adásvétel, annak következtében, hogy ezen a piacon a társadalom szelektált gazdasági elitje vesz részt a tranzakciókban, kialakul egyfajta elitista bensőségesség a szolgáltatók gyógypedagógusok és a szolgáltatást igénybe vevő elit tagjai között.

Még egyáltalán nem vizsgálták meg azt, hogy Magyarországon kik a tipikus gyógypedagógus vállalkozók, és azt sem igen tudjuk, hogy mely társadalmi csoportokból kerül ki a piaci szolgáltatások tipikus pácienszereplője. Érdekes lenne tudni, hogy milyen előfeltételei és motivációi vannak a sikeres gyógypedagógiai piaci vállalkozásoknak, hogyan szerveződnek ezek a vállalkozások, honnan származnak pénzügyi forrásaik és hogyan rekrutálódnak a piaci szektorban dolgozó szakemberek. Azt is fontos lenne látni – a vállalkozók számára és a képző intézmények szempontjából is –, hogy mekkora a piacon a gyógypedagógiai szolgáltatások iránt a fizetőképes kereslet, és milyen ennek a keresletnek a területi, szükségleti, életkori stb. struktúrája. Mennyiben kiegészítője vagy konkurense a piaci szféra az állami és az önellátó szférának?

A ma még nem létező szisztematikus empirikus szociológiai vizsgálat híján csak a kis mintán alapuló, „puha” módszereket alkalmazó és anekdotikus leírásokon nyugvó sporadikus szubjektív információk értelmezésével és a társadalom más szféráinak megismerésekor szerzett kutatási tapasztalatok hasznosításával kísérletezhetünk a vállalkozó gyógypedagógusok jellemzőinek körülírásakor.²⁹ Eszerint Magyarországon a piaci vállalkozások száma robbanásszerű növekedésen ment keresztül az 1980-as évek óta. A sikeres vállalkozások azok, amelyek vagy specializált szaktudáson alapuló javakat vagy szolgáltatásokat hoznak létre vagy/és amelyek komoly pénzügyi és kapcsolati tőkével rendelkeznek. A tipikus sikeres vállalkozók önként hagyják ott az állami-újraelosztó szektort (bár a „kilépők” mellett „kiszoruló” is szép számmal vannak közöttük) és határozott üzleti elképzelésekkel és stratégiával rendelkeznek (Kolosi—Róbert 1991).

A vállalkozó gyógypedagógusok leírásakor szisztematikus vizsgálatok helyett csak saját kutatásomra támaszkodhatom (Bánfalvy 1995), amelynek keretében többek között vállalkozó gyógypedagógusokkal is interjúkat készítettünk. Az egyik interjúalany így foglalta össze azokat a motivációkat, amelyek a vállalkozásszerű gyógypedagógiai munka végzésére ösztönözték: „... szabadabb az ember. Ha a szakmai követelményeket és szabályokat betartjuk ..., akkor ettől kezdve szabadok vagyunk.

K: Miben korlátozza az embert az állami intézmény, a hagyományos gyógypedagógiai szervezet?

V: Olyan előírásokkal, mint például a szociális foglalkoztató és a napközi szétválasztása törvényi szinten. ... Az élet ezen már réges-régen túllépett, ... a fogyatékosok már régen nem olyan szabályos és sokkal több a halmozottan sérült ... Nem hiszek abban, hogy ez a hagyományos modell azokat az igényeket ki tudja elégíteni, amiket a valóság felvet. Egy más oldalról közelítve: nem hiszem azt – akárhogy szabályozza is a szociális törvény – hogy Budapesten kerületenként kell egy-egy ÉNO-t [értelmi fogyatékosok napközi otthona] csinálni, mert biztos, hogy vannak olyan szituációk, amikor a kerület egyik sarkából a másik sarkába sokkal nehezebb eljutni, mint esetleg egy centrális helyen lévő ÉNO-ba. ... Tehát mindenféleképpen át kellene lépni a kerületi határokat és inkább profil szerint csoportosítani a felnőtt fogyatékosok ellátását. Olyan területi szempontokat kellene figyelembe venni, ami a szülőnek is komforthelyzetet teremt... mi állítjuk, hogy feloldottuk a területi határt, feloldottuk a napközi és a »szoci-fogi« elválasztását és egyesítettük a tanácsadást az ellátással.”

Az interjúkból az derült ki, hogy a sikeres vállalkozásnak inkább kritériuma a vállalkozói attitűd megléte és kevésbé a magas szintű szaktudás; a tipikus vállalkozó nem feltétlenül a legjobb gyógypedagógus szakember, de törekszik arra, hogy jó szakembereket alkalmazzon, és megpróbálja a

²⁹ A 80-as évek fontos tanulmányai közül: RUPP 1983, BELL 1984, Galasi—Sziráczi 1985, Kornai 1982, Gábor R.—Horváth D. 1987, Szelényi 1988. A 90-es évek elejének elemzésére lásd például: Árvay—Vértes 1994, Krémer 1995.

gyógypedagógia szakmai erőit a vállalkozás keretében érvényesíteni. „A vállalkozásunknak nagyon érdekes összetevője, amin: az igazi vállalkozók elcsodálkoznak, hogy a szakmai ötlettel nyerjük a befektetni valót. Tehát nem kell magántőke, nem kell bankhitel stb., egy szakmai koncepció nyerte pályázaton azt a sok milliót.... Ezt biztos, hogy lehetne tanítani és biztos, hogy több embernek kellene azt tudni, hogy egy jól felvázolt és jól megvalósított szakmai koncepció együttérzésre bírja azokat a pénzosztó alapokat és alapítványokat, amelyeknél pénzt lehet találni.”

A piacszerű tevékenység fő akadályát abban jelölték meg a megkérdezettek, hogy a gyógypedagógus semmiféle ilyen irányú szakmai készséggel nem rendelkezik: sem a piackutatáshoz, sem a reklámhoz, sem a könyvvitelhez, sem az adózási szabályokhoz, sem a bankkölcsönök alapjául szolgálható üzleti terv elkészítéséhez nem ért. Mindezeket a tudásokat és készségeket a spontán autodidakta tanulás útján tudják csak megszerezni a vállalkozó gyógypedagógusok – sok-sok kudarcon keresztül: „Nem akarjuk nagyobbítani a vállalkozást, mert eddig még nem sikerült olyan embert találni magam mellé, aki erre képes lenne. Tudniillik, annyira még sosem voltunk gazdagok, hogy eleve meg tudjunk fizetni egy igazi menedzsert, aki ezt tudná csinálni ... A menedzsment nem alakul ki...elérkeztünk a professzionalizálódás határára, amire én nem vagyok elég felkészült, és ebben már mások is tönkrementek. ... Én magam vagyok – és ez már sok..., nem szabad engedni, hogy ennyire egyszemélyessé váljék ez a része a dolognak. Állandó a létbizonytalanságunk nyilvánvalóan, mert azért a gazdasági eredményeink nem akkorák, hogy ne emésztenénk fel.”

A páciensek köréről még annál is kevesebb információ van, mint a vállalkozókról. A vállalkozás piaci jellegéből adódóan feltételezhetjük, hogy a páciensek többnyire a közepes vagy annál magasabb státusú és jövedelmű társadalmi csoportokból kerülnek ki (ezért vannak informálva a vállalkozások szolgáltatásairól és van is pénzük megfizetni a szolgáltatásokat), és mint ilyenek foglalkozás, iskolai végzettség és lakóhely szerint jól körülírható szociodemográfiai indikátorokkal rendelkeznek: legalább középiskolát végeztek, vállalkozók vagy legalább közepes beosztásúak és földrajzilag a városokban, azoknak is az elit (főleg a belvárosi vagy kertvárosi) régióiban koncentrálódnak. A már korábban idézett interjúban a páciéntúra szociális összetételét illetően is jelzést kaptunk, miszerint: „Szociális hátterük: bizony az az igazság, hogy három családunk van, aki mélyebbről jött, az összes többi meglehetősen magas színvonalú anyagi háttérrel rendelkezik, vállalkozók, ügyvédek, bankigazgató, diplomás emberek. Valószínűleg azért van ez így, mert ezek a szülők eleve keresik a jobb színvonalú ellátást, másrészt pedig azért, mert olyan istenverte rosszul nevelik a gyerekeiket a nagy igényességben, hogy sehol nem tudnak megmaradni. Komolyan ... borzasztó rosszul nevelt emberkéket vettünk át ... az egyszerű családokban sokkal problémamentesebben, praktikusabban beilleszkedik a fogyasztó. Nem bonyolítják annyira túl, hogy egy enkoprézist megmagyarázzanak kétezer anyagcserebetegség vélt egyikével, ami soha meg nem neveződött, viszont akkor az orvosok nyüzsögnek körülötte. ... Tehát ilyen, a gyerekeket nagyon elnevelő családok keresték a jobb feltételeket.”

A gyógypedagógiai vállalkozások iránti társadalmi attitűd érezhetően ugyanúgy pozitív-elfogadó irányban változott az 1990-es években, mint ahogy ilyen irányú elmozdulás figyelhető meg a vállalkozásokkal szemben általában is. Ma már senki nem tartja elítélendőnek, ha egy gyógypedagógus magániskolát vagy szakmai könyvesboltot nyit, de azért ugyanúgy elmarasztalják a szakmát elhagyó gyógypedagógus vállalkozót, mint ahogy azt az 1980-as években tették a magántaxissá, a maszek kiskereskedővé és az esernyőkészítő kisiparossá vált kollégáikkal. Ebben az elítélésben azonban inkább a hivatás és a szakma közötti különbségtétel, a gyógypedagógusi munka mint hivatás védelmének az igénye tükröződhet, mintsem magának a vállalkozásnak az elutasítása.

A realitás ma nemcsak az, hogy a vállalkozásszerű gyógypedagógiai ellátás szélesedik, hanem az is tény, hogy sok gyógypedagógiai innováció ezen a területen valósul meg.

Az ellátás állami újjraelosztó alrendszere

Más a működési mechanizmusa, más a szociális funkciója és ugyanakkor más a tipikus szakember- és kliensköre a gyógypedagógia munka újjraelosztásos állami alrendszerének.

Általánosságban tekintve a kérdést azt mondhatjuk, hogy az újjraelosztásos állami intézményes ellátási alrendszerben a központi igazgatási szervek rendelkeznek a társadalmi jövedelmekkel (amelyeket a lakosságtól adókkal vagy más módon korábban elvontak), és ezek felhasználásáról is központi döntések intézkednek. A lakosság úgy jut hozzá a javakhoz és a szolgáltatásokhoz, hogy az

állam kiutalja azokat (vagy az azokra szóló jogosítványokat: bont, pénzt stb.), és a központi szervek rendelkeznek arról is, hogy ki, milyen munkát köteles végezni, ezáltal kinek milyen javakat kell előállítania és milyen szolgáltatásokat kell kínálnia.

Ebben az alrendszerben tehát a kiutalás és a központi elosztás rendelkezik a javak újratermeléséről és elfogyasztásáról, nem pedig a magánszemélyek spontán piaci tranzakciói szabályozzák a termelést és a fogyasztást. A magánjövedelmek is csak úgy léteznek, hogy az állam az egyes embereket központiilag a javakra és szolgáltatásokra szóló jogosítványokkal látja el. A piaci alrendszerben attól függ a szükséglet kielégíthetősége, hogy az ember rendelkezik-e vásárlóképességgel, az elosztási alrendszerben viszont az szabja meg a szükséglet kielégíthetőségét, hogy a központi elosztás jogot ad-e a szükségletkielégítéshez elengedhetetlen javak és szolgáltatások megszerzésére.

Mivel ebben az alrendszerben akkor képesek az emberek kielégíteni a szükségleteiket, ha ezeket a szükségleteket a központi szervek reálisaknak ismerik el és hozzájuttatják az illető személyeket azokhoz a javakhoz és szolgáltatásokhoz, amelyekre szükséglet mutatnak, és mivel a szolgáltatások olcsók vagy ingyenesek, rendszeresen túlkereslet mutatkozik irántuk, ami krónikus hiányt hoz létre, és emiatt az illegális második gazdaságnak, a protekciónak és a korrupciónak is szerepe van abban, hogy a rászorultak „jogosítványhoz” jussanak és ténylegesen ki is elégíthessék szükségleteiket (Kornai 1982).

Az elosztási szisztéma széles körre kiterjedő alapszükséglet kielégítésre képes, bár ez lassú és bürokratikus procedúrával megy végbe. Egalitáriánus elvek szerint biztosítják a széles tömegeknek a szükségletkielégítés központiilag jóváhagyott típusát és szintjét. Differenciált szükséglet kielégítésre az alrendszer nem képes és ez nem is áll szándékában. Rászorultság esetén az emberek elmennek a hivatalos intézményrendszer valamelyik intézményébe, és ott a létező ellátási típusok valamelyikét igénybe vehetik. Legálisan nem kérhetnek a meglévőktől eltérő ellátási formákat.

Klienseken ebben az alrendszerben azokat értik, akik az államilag legitimnek elismert szükségletek kielégítésére az államilag létrehozott mechanizmusokban jogosultak. A krónikus túlkereslet és a hiányjelenségek nyomán létrejövő protekciózás a szolgáltató gyógypedagógusra bízta, hogy a rászorultak közül ki válik klienssé, és így a gyógypedagógusok a kliensekhez viszonyítva egyoldalú szakmai-hatalmi monopolpozíciót birtokolnak, ami paternalista attitűdöt is kialakít bennük a rászorultak iránt.

Ez az alrendszer a kapitalizmust megelőzően sok helyen elterjedt volt. Újraéledése a szocialista társadalmi kísérletekben és a fasiszta totalitárius rendszerekben következett be, ahol a társadalom egészét és ezen belül a szociális ellátást is ilyen elvek és mechanizmusok segítségével kívánták megszervezni. E század folyamán tartósan beépült a fejlett kapitalista rendszerekbe (a jóléti államokba) is, ahol a piaci mechanizmussal együtt, egymással versenyezve és egyben egymást kiegészítve alkotják a szociális ellátás és a társadalom egésze működésének két tartópillérét.

Ebben az alrendszerben a szociális szakemberek és a gyógypedagógusok professzionális állami alkalmazottak, akiknek nemcsak a javadalmazása függ az állami előírásoktól, hanem szakképzésük jellegét és szintjét, munkakörülményeiket, az általuk igénybe vehető eszközöket, módszereket, intézményeket és az általuk kezelhető problémákat is államilag, jogi, bürokratikus előírásokkal szabályozzák. A szakemberek képzése állami iskolákban, központiilag meghatározott, kötelező tanterv és szabályozás szerint zajlik; a képzés ingyenes állami juttatás, de szabályozva van azok létszáma, akik a képzésben részt vehetnek. A gyógypedagógusok ezért a szelektált magasan képzett diplomás társadalomba tartoznak, állami privilégiumokat élveznek.

Az állami intézményes szociális gondoskodás és gyógypedagógiai ellátás ma is domináló széles körű és specializált rendszerét az 1948 utáni szocialista társadalom fejlesztésének koncepciója keretében hozták létre Magyarországon. Ebben a szférában mind a mai napig nemcsak specializáltan szakképzett professzionális gyógypedagógusok dolgoznak, hanem az egyes problémák fő profiljának megfelelő egyes ellátási területek eltérő képzettségű szakemberei is: orvosok, pszichológusok, pedagógusok, államigazgatási alkalmazottak, szociális szervezők és szociális munkások, szakképzetlen alkalmazottak stb. Magukat a problémákat is szétparcellázottan definiálták, így lett a fogyatékos fiatalok ügye főként iskolai-pedagógiai feladat, a felnőtteké főként szociális munkási, orvosi, vagy államigazgatási, segélyezési feladattá. A gyógypedagógiai munka részterületi specialisták konkrét tevékenységének elvont egységesítő fogalmai alá sorolódott és a gyógypedagógus-világ részekre szakadt.

A gyógypedagógiai munka tartalmi, funkcionális és szervezeti differenciálódása a társadalomfejlődés és a társadalmi önkép változásának függvényében módosult. A 90-es évekig a gyógypedagógus-képzés célja a rászorultaknak az állami ellátó intézmények keretében való segítésére képes professzionális szakemberek kiképzése volt. A képzés logikája, valamint az intézményes ellátás alrendszere jól illeszkedett az egész társadalomszerveződési rendszerhez – ugyanúgy a tömeges alapellátás extenzív mechanizmusait működtették, mint a gazdaságban az állami szektor nagy szervezetei, az oktatás, a kultúra, a szórakozás, az egészségügyi ellátás, a politikai részvétel és az egyéb társadalmi tevékenységszférák monopolisztikus, bürokratikus, monolit és hierarchikus intézményei.

A gyógypedagógiai munkában ugyanúgy érvényesültek a fenti típusú szerveződés sokoldalú előnyei és hátrányai, mint a társadalmi élet más hasonló szféráiban. Mindenekelőtt a rendszer lehetőséget adott a széles körre kiterjedő alapellátási hálózat működtetésére. A rendszer egyes részei normatív módon, azonos formális szabályoknak megfelelően működtek. Egyszerűen áttekinthető volt a teljes szolgáltatási és képzési hálózat, teljesítménye mérhető, vagy legalábbis a mérhetőség illúzióját adó módon számszerűsíthető volt. Ugyanakkor bürokratikus, monolit normativitásából következően az individuális törődés nehezen volt megvalósítható a rendszerben, a konkrét problémák mikromiliójá nem érvényesülhetett, az intenzív minőségi működést nehezítette az extenzív mennyiségi ellátásra való törekvés. A rendszer még legjobban működő állapotában is elsősorban arra volt jó, hogy a széles körre kiterjedő minimális ellátást biztosítsa a rászorulóknak, de nagyrészt alkalmatlan volt arra, hogy a konkrét egyedi-egyéni és differenciált csoportigényeket (mind a rászorulókat, mind a gyógypedagógusok tekintetében) legálisan figyelembe vegye.

Ily módon az 1980-as, de még inkább az 1990-es évek folyamán az ellátási feladatok differenciálódásával, a specializált igények megjelenésével párhuzamosan a rendszer egyre erőteljesebben akadályává vált egyes újfajta egyedi igények hatékony felmérésének és kielégítésének. A rendszer ugyanakkor olyan értelemben is rugalmatlan volt, hogy nem tudott hatékonyan alkalmazkodni a társadalmi környezet átalakulásával együtt jelentkező új típusú igényekhez. Ezen a sajátosságon csak részlegesen segítettek a rendszer alapvető jegyeit érintetlenül hagyó decentralizálási próbálkozások (földrajzilag decentralizált kihelyezett képzési tagozatok létesítése, egyes képzési elemeknek a pedagógusképző intézményekben való meghonosítása). Mint ahogy a bürokratikus rendszereket általánosságban jellemezve Kornai írja: „... a paternalizmus magas fokozatai együtt járnak az allokáció és az elosztás kiutalásos sémáinak alkalmazásával. Az erőforrások és a termékek adminisztratív kiutalása, mind a vállalati és a közületi szektorban, mind pedig a háztartások számára megvalósítható addig, amíg a társadalom aránylag szegény, s a termelés és a fogyasztás kevésbé differenciált. Ilyenkor a természetbeni formában történő allokáció még aránylag áttekinthető feladat. Ahogy azonban nő a termelés és a fogyasztás differenciáltsága, úgy válik egyre inkább megoldhatatlanná a kiutalásos séma alkalmazása valamennyi input elosztásra. A differenciálódás előbb-utóbb kikényszeríti a döntések és az információáramlás számottevő decentralizációját, a mikro szervezetek nagyobb önállóságát” (1982, 581. o.).

Az intézményes állami professzionális gyógypedagógiai munka eredményessége ellen hatott Magyarországon az egész nem termelő szférát illető fenntartásos állami-gazdasági megítélés is, amely szerint a társadalmi tevékenységek ezen nem termelő köre fogyasztja a társadalom javait, ahelyett, hogy termelné azokat és ezért a gyógypedagógiai munka, általában a szociális segítség és az egyéb „improduktív” területek fejlesztésére csak akkor és annyiban adódott mód és pénzügyi támogatás, ha a „produktív” szféra fejlesztéséhez szükséges ráfordításokon felül erre még maradtak erőforrások. A „maradék-elv” negatív következménye az volt, hogy az állami intézményes szociális ellátás még azt a színvonalat sem érte el, amelyre szervezetileg potenciálisan alkalmas lett volna. Az ellátás ebben a szférában nemcsak személytelen, nehézkes és tömegszerű volt, hanem az egyre csökkenő anyagi támogatás következtében egyre szegényesebb is.

Mindez azzal a kettős hatással járt, hogy a társadalom gyenge marginális csoportjai egyre inkább kiszorultak a valódi gyógypedagógiai ellátásból, a tehetősebb és befolyásosabb társadalmi csoportok pedig alternatív orvoslai lehetőségek felé fordultak és elhagyták az állami intézményes gyógypedagógiai munka kereteit. Kialakult néhány olyan társadalmi csoport (például a szociálisan halmozottan hátrányos helyzetű és egyes halmozottan fogyatékos emberek, valamint a fogyatékos felnőttek), amely rászorultsága ellenére kívül rekedt a gyógypedagógiai munka hatókörén. Másrészt, a társadalom tehetősebbjei egyre inkább önként elhagyták az állami gyógypedagógiai szolgáltatások szféráját és a piaci szektor felé orientálódtak.

Az állami gyógypedagógiai ellátásból kilépők és az onnan kívül rekedtek rákényszerültek a piacon pénzért kínált szolgáltatástípusok igénybevételére, illetve a családi és kisközösségi önellátó gondozói hálózat informális formáinak használatára.

Az ellátás családi-informális alrendszere

A családi-informális önellátó alrendszerekben az egyének vagy kisebb közösségek saját problémáikat maguk orvosolják, szükségleteiket a maguk által létrehozott javak és szolgáltatások felhasználásával elégítik ki. A javak létrehozásáról és felhasználásáról is a közösségek döntenek és rendelkeznek. Ilyen önellátó alrendszer a család mellett például a háztartás, a szomszédsági és baráti csoport stb. Az önellátás ebben a rendszerben vagy szó szerinti önellátást, vagy a közösségen belüli kölcsönösséget (reciprocitást) jelent (például, vagy mindenki maga vigyáz a gyerekére, vagy kooperálnak a szomszédok, ismerősök és felváltva vigyáznak egymás gyerekére). A képzés ebben a rendszerben egymástól való spontán tanulást és a saját gyakorlati tapasztalatokból való okulást jelent.

Ez a rendszer, mint alrendszer, minden társadalmi berendezkedésen belül jelentős szerepet játszott. Annak ellenére, hogy a fejlett piaci gazdaságokban és a magyar társadalomban (illetve kelet-európai rendszerekben) is sokféle és nagy mennyiségű jószág és szolgáltatás létrehozása és felhasználása megy végbe az önellátó alrendszeren belül, a hivatalos megítélés, a statisztikai nyilvántartás, a politikai tervezés, általában a makrointézmények tendenciózusan alábecsülik ennek az alrendszernek a jelentőségét. Pedig az önellátó alrendszer:

1. sok család és háztartás szükségletkielégítésében nagyobb kiterjedésű, mint más alrendszerek (házimunka, javító-szerelő munka, otthoni spontán egymástól tanulás, beteg és fogyatékos személyek gondozása, gyermeknevelés stb.)
2. a makrointézmények által nem teljesített funkciók ellátásában kizárólagos jelentősége van (pl. a sokoldalú családon belüli mikroszocializáció: nemi szerepek, kooperáció, munkamegosztás, életviteli technikák átadása stb.)
3. nagy jelentősége van a társadalom egészének stabilizálásában, hiszen az egyének és kisebb csoportok olyan hálózatát jelenti, amelyet szilárdabb kötelékek (vérség, személyes kapcsolatok, területi és munkabeli egymásrataltság, érzelmi szálak) kapcsolnak össze, mint amilyen a bürokratikus vagy a piaci makrotársadalmi szerveződéséé.

A családban és a kisközösségekben az emberek közötti kapcsolatok személyesek a segítség kérésekor és a segítség adásakor, az együttműködés az érintettek között rugalmasan változik, nem kötik szabályok, előírások. A segítség során a szerepek gyakran módosulnak, sőt nemegyszer fel is cserélődnek. A családban, illetve a mikroközösségekben az emberek viszonyai nem a hivatali szabályok és hierarchia, hanem inkább a tradíciók szerint horizontálisan rendeződnek, a rászoruló és a segítők viszonyait ennek megfelelően más fajta szervezeti belső stratifikáció mentén lehet értelmezni, ebbe beleágyazni.

A családok és a hagyományos mikroközösségek tehát nem egyszerűen csak plusz területei a társadalmi segítségnek, hanem sok szempontból más fajta mechanizmusok is jellemzik, mint az állami és a piaci szektorban zajló gyógypedagógiai munkát. A professzionális munkavégzésben megfigyelhető specializált feladatellátás helyett a családokban „diffúz” és egymást átfedő szolgáltatási funkciók dominálnak (Parsons 1964, Polányi 1976).

Ez a hagyományos, tradicionális értékekkel és szerepmegosztással jellemezhető spontán és informális segítő közösség még ma is nagy hatékonysággal lát el olyan funkciókat, amelyekre a nagy szervezetek keretében dolgozó gyógypedagógusok nem képesek. A tradicionális bensőségességnek ez a világa olyanok számára is mentséget jelent (ilyen például az intézményes ellátásban nem részesülő sok ezer felnőtt fogyatékos személy), akik valamilyen okból kiszorultak a gyógypedagógia állami és piaci szféráiból.

A 90-es évek során a társadalom egészének differenciálódása két szélsőséges jellegzetességnek, az állami és a piaci alrendszerből való „kilépésnek”, illetve „kiszorulásnak” a nyomán a családi-naturális szolgáltatások két fejlődési típusát hozta létre.

A családok egy részében (ezek az alkalmazotti és a vállalkozói rétegeket jelentik) egyre erőteljesebben zajlik a hagyományos családi mikroközösség felbomlása mert a többkeresős alkalmazotti

és vállalkozói családok esetében megnehezült a családi mikroközösségen belüli segítő mechanizmusok működtetése. A helyzet odáig fajult, hogy sok család ma már egyszerűen nem engedheti meg magának a családon belüli gondoskodási alrendszer további fenntartását (az idős betegek gondozását, a gyerekek iskolai előmenetelével való foglalkozást, a fogyatékos emberek gondozását stb.), mert idejének jelentős részét a családon kívüli feladatok ellátására kényszerül fordítani.

Másfelől azonban a 90-es évek során kialakult a munkanélküliek több százezres tömege, akik között sokan vannak olyanok (főleg a munkanélküli nők), akik önként vagy kényszerből a háztartás és a család felé fordulva próbálnak a munkanélküliség teremtette állapotokhoz alkalmazkodni (Bánfalvy 1994 és 1997). A családpolitikai szabályok változása (például a főállású anyaság intézményének létrehozása) szintén a család felé orientálja a fiatalabb nők jelentős részét. Ezekben az esetekben a háztartás és a család egyfajta reneszánszának vagyunk tanúi és a családon belüli szociális szolgáltatások kiterjedését figyelhetjük meg.

A családon belüli szociális és gyógypedagógiai ellátás kiterjedtsége, típusa, indítékai és hatékonysága mindenesetre sokoldalúan összefügg a család és a család egyes tagjai általános szociális helyzetével, anyagi teljesítőképességével és tehervállalásával, értékrendjével, a család működésének szélesebb összefüggései által is befolyásolt szerkezeti és kvalitatív jellemzőivel.

A vegyes rendszerek

A szociális ellátás és a gyógypedagógiai tevékenység a valóságos társadalmakban mindig vegyes rendszerben működik. Minden korban és minden társadalomban egyszerre létezett a piaci, az újraelosztó és az önellátó alrendszer. A valódi szociális ellátási rendszer vegyes rendszer, amelyben az alrendszerek egyszerre állnak komplementer és kompetitív viszonyban egymással. Vannak olyan ellátási típusok és ellátási feladatok, amelyeket egy-egy alrendszer kizárólagosan teljesít (például az intézményes alapellátás az állami szektor feladata, a piaci szektor pedig az egyedi igények kielégítője), sok esetben azonban az alrendszerek egymással konkurálnak³⁰.

A XIX. század végéig a világ fejlett országaiban a piaci alrendszerek mellett a családi és a karitatív tevékenységek is alapvető szerepet játszottak a szociális ellátásban. A XX. század első harmadában a fejlett tőkés országokban fokozatosan létrejöttek az állami és a piaci alrendszert ötvöző jóléti állam mechanizmusai. Ha a világban ma létező alapvető szociális ellátási mechanizmusokat összehasonlítjuk, akkor nagyjából a következő négy típust találjuk:

Típusok	Ellátási alrendszerek		
	Piac	Elosztás	Önellátás
I. Liberális	***	*	*
II. Jóléti	**	**	*
III. Szocialista	*	***	*
IV. Tradicionális	*	*	***

* = kis jelentőségű, ** = közepes jelentőségű, *** = nagy jelentőségű

Ami az egyes embereket illeti, az a jellemző rájuk, hogy minden társadalomban, szinte mindenki bekapcsolódik a szociális ellátásnak legalább két, de gyakran mindhárom szférájába. Vagy mint professzionális munkavégző (szociális munkás, gyógypedagógus, államigazgatási dolgozó), vagy mint segítő (szülő, rokon, szomszéd stb.), vagy pedig rászoruló kliensként, vásárlóként.

Magyarországon az elmúlt fél évszázad folyamán olyan szociális ellátási rendszer alakult ki, amelyben az állami újraelosztó szféra bír kitüntetett szereppel és mesterséges előjogokkal. Mindazonáltal még az 1950-es évek merev központosított államrendjében is létezett, később pedig egyre növekvő jelentőségre jutott a szociális ellátás „második gazdasága”, amely a piaci és az önellátó (legális vagy illegális) alrendszereket foglalta magában. Az állami formális szervezetekben végzett gyógypedagógiai

³⁰ Ráadásul, számos olyan intézmény van, amelyik hol állami, hol pedig piaci szerepet játszik. Ilyenek az alapítványok különböző típusai, amelyek egyidejűleg lehetnek az állami tevékenység egyszerű „kihelyezett tagozatai”, amelyeket az állami költségvetés tart fenn és ugyanakkor bevételeik egy részét szolgáltatásaik üzletszerű értékesítéséből biztosítják.

munka is mindig együtt létezett a családokon belül, nem professzionális módon végzett hasonló tartalmú szolgáltatásokkal. A családon belül hagyományosan jól működő informális mechanizmusok léteznek számos társadalmi beilleszkedési zavar, egyéni életviteli nehézség, betegség okozta gond feloldására, fogyatékosságokból adódó korlátozottságok terheinek csökkentésére, az ezzel kapcsolatos segítségre. A gyógypedagógiai segítség e „naturális” szférája – miközben formailag gyakran azonos nehézségek kezelésére hivatott – az állami formális intézményekétől alapvetően eltérő módon működik.

Az 1980-as és az 1990-es évek Magyarországa a szocialista rendszerből a jóléti rendszerbe való átmenet esete volt. Szűkülőben volt az állami intézményes szociális és gyógypedagógiai ellátási alrendszer és bővült az ellátás piaci szektora – és ez a tendencia folytatódik az új évezred elején is. Mivel azonban a magyar társadalomban a piaci mechanizmus ma még mindig csak marginális kiegészítő ellenlábas a domináló állami ellátási mechanizmusnak, a piaci működés átítatódik olyan elemekkel, amelyek egy tiszta piaci rendszer szempontjából inadekvátak lennének, de a jelenleg formálódó magyar társadalmi makrorendszerben elősegítik a piaci és a nem piaci mechanizmusok, viselkedések, értékek érvényesülését és az érdekek összehangolását működőképes vegyes társadalmi szolgáltatási rendszerre. Miközben, például, intézményesen mereven elkülönül egymástól a piaci és az állami gyógypedagógiai ellátás, nem ritka, hogy az állami gyógypedagógiai iskolákban tanító gyógypedagógus tanárok, iskolán kívül pénzért külön is foglalkoznak fogyatékos gyerekekkel, sőt saját iskolai tanítványaikkal is. A Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola (Kar) állami alkalmazott tanárai is gyakran vesznek részt oktatóként olyan képzési programokban, amelyeket a főiskolán kívül, vállalkozási alapon szerveznek gyógypedagógusok számára. Bár a három alrendszert merőben eltérő működési szabályok jellemzik, más indítékok mozgatják, eltérő szervezeti formákat jelentenek, mások a három szféra szereplői stb., mégis az emberek többsége képes arra, hogy akár naponta többször is alrendszert váltson és ezzel együtt változtassa a szerepét. Az eltérő szerepek merőben eltérő követelményeinek a gyógypedagógusok gyakran egyforma jó szinten tudnak megfelelni és képesek szerepeiket rugalmasan változtatni.

Kliensként hasonlóan gyors és megterhelő szerepváltoztatások fordulhatnak elő. Ha beteg vagyok, kliensként igénybe vehetem a nekem járó állami ellátást, a gyerekeimet, mint vásárló maszek fogorvoshoz hordhatom, a betegeskedő nagymamát pedig magam láthatom el otthon stb. Juttattak nekem, vásároltam, illetve adtam – anélkül, hogy tudatosult volna bennem, hogy ezek között a tranzakciók között milyen különbségek vannak.

A napi praxisban a gyógypedagógusok legtöbbszörében is szinte ösztönösen kialakulnak a páciensekhez és az adott környezethez és terephez adekvát viselkedési és stiláris alkalmazkodási módok és a gyakorló gyógypedagógusok ösztönös virtuozitással és többé-kevésbé hatékonyan változtatják munkavégzési jellemzőiket. Érzékenyen felismerik, hogy az egyes szerepek és terek nem tiszta formában jelentkeznek, gyakran felcserélődnek, összeecsúsznak. Spontánul hasznosítanak olyan tudást, amelyet a gyógypedagógiai szociológia szisztematikusan tár fel.

Mivel azonban a gyógypedagógiai munka végzésének és igénybevételének három szociológiailag jól elhatárolható színterén eltérő szabályok irányítják a gyógypedagógusok tevékenységét, ebből adódóan evidens követelmény, hogy a gyakorló gyógypedagógus tudatosítsa is magában azt, hogy mikor milyen munkavégzési stílus lehet adekvát a napi gyakorlat során. Hogy odaillő módon, a megfelelő elvárásokkal, viselkedési formákkal és módszerekkel közelíthessen a gyógypedagógiai segítségre rászorulókhhoz, ahhoz nemcsak azzal kell tisztában lennie, hogy az illető személy vagy csoport, akivel a gyógypedagógus foglalkozik, milyen fogyatékossgal él, mely társadalmi rétegbe, csoportba tartozik, hanem azzal is, hogy a gyógypedagógiai munkát mely terepen és milyen „szociális eszközkészlettel” lehet hatékonyan végezni.

A III. részben használt fontosabb fogalmak

alrendszer	piac
bürokrácia	protekció
a gyógypedagógia kompetenciája	rendszer
kiutalás	reprodukció
kliens	segélyezés
önellátás	szociális ellátás
páciens	újraelosztás
pályakép	vásárlás

Ajánlott irodalom

Bárczi Gusztáv: Általános gyógypedagógia. Budapest, 1959.

Gordosné Szabó Anna: A magyar gyógypedagógusképzés története. Budapest, ELTE BGGYFK, 2000.

Szasz, T. S.: Az elmebetegség mítosza. A személyes magatartás elméletének alapjai. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2002.

Zárszó

A könyv három részben tárgyalta a fogyatékoságügy egészét. Célom az volt, hogy szociológiai aspektusból mutassam be a fogyatékoságügy szereplőinek jellemzőit és a fogyatékoságügy egészének működési módját. A szociológiai megközelítést nem a hagyományos szakdiszciplínák helyett, hanem azok kiegészítőjeként kívántam alkalmazni, azzal a meggyőződéssel, hogy a fogyatékoságügy alapvetően a benne szerephez jutók mint szociális lények problémáit és tetteit foglalja magába. Mind a gyógypedagógiai fogalmak értelmezése, mind a gyógypedagógiai tevékenység folytatása társadalmi erők hatására alakul és ezért a gyógypedagógiai tevékenység, mint társadalmi jelenség szociológiailag is értelmezhető.

Remélem, hogy könyvem nyomán az olvasók nem egyszerűen kiegészítő elemnek tekintik a szociológiai szempontok használatát a gyógypedagógiában, hanem sikerült meggyőzőnöm őket arról, hogy a szociológiai szemléletet a gyógypedagógiai élet minden színterén és minden problémájának értelmezésekor és megoldásakor gyümölcsözően lehet alkalmazni. Mint ahogy Giddens mondja: „A szociológiai képzelőerő azt jelenti, hogy képesek legyünk elvonatkoztatni mindennapi életünk rutincselekvéseitől, hogy ily módon friss szemmel újra szemügyre vegyük azokat” (1995, 49. o.).

Végül, de nem utolsósorban azt remélem, hogy ez a könyv számos új kutatásra ösztönöz és olyan területek szisztematikus szociológiai megismerését segíti elő, amelyek fehér foltnak számítanak a fogyatékoságügyben ható társadalmi mechanizmusok megismerésében. Különösen fontosnak tartanám a gyógypedagógiai intézetek működésének elemzését, a gyógypedagógus-társadalom jellegzetességeit leíró kutatásokat, a fogyatékos emberek által alkotott családok szociológiai szempontú megismerését és annak nyomonkövetéses vizsgálatát, hogy a jelenlegi gyorsan változó társadalmi környezethez hogyan alkalmazkodik (vagy nem alkalmazkodik) a fogyatékosügy. Külön kutatásokat igényelne annak tisztázása, hogy az esélyegyenlőségi törvény elvei és előírásai milyen módon és milyen mértékben valósulnak meg a gyakorlatban.

Irodalom

- Ainlei, P.—Corney, M.: Training for the Future. London, Cassel, 1990.
- Allen, S. et al.: The experience of unemployment. British Sociological Assoc. 1986.
- Allport, Gordon W.: Az előítélet. Budapest, Gondolat, 1977.
- Amrein, Christine—Záskaliczy Péter (szerk.): Die Sonderpädagogik im Prozess der europäischen Integration. Freiburg, VHN 1994.
- Andorka Rudolf: Társadalmi változások és társadalmi problémák, 1940–1990. Statisztikai Szemle 1992. 4–5. o., 301–324. o.
- Andorka Rudolf: A társadalmi problémák szociológiája. Budapest, Tankönyvkiadó, 1990.
- Andorka Rudolf: Társadalomstatisztikai adatok a felnőttvédelmi szociális gondoskodásra szorulóknak jelenlegi és várható számára vonatkozóan. Szociális Gondoskodás 1977. 1., 7–15. o.
- Apró Antal Zoltán—Varga Tiborné—Tantó Zsuzsa—Molnár Lajos: A foglalkoztatási rehabilitáció fejlesztési lehetőségeiről. Munkaügyi Szemle 1995. 4., 8–12. o.
- Aries, Philippe: Gyermek, család, halál. Budapest, Gondolat, 1987.
- Árvay János—Vértes András: A magánszektor és a rejtett gazdaság súlya Magyarországon. Statisztikai Szemle 1994. 7.
- B. Aczél Anna—Darvas Ágnes: Veszélyeztetettség és hátrányos helyzet az általános és kisegítő iskolában. 1986. In: Illyés (szerk.) 1984–90, II., 117–146. o.
- Balázs Anna—Tóth Olga: Autisztikus gyermekek és családjaik élethelyzete. Egy szociológiai vizsgálat eredményeiből. In: Buday (szerk.) 1993, 123–130. o.
- Balázs Boglárka: A siketek pszichoszomatikus megbetegedéseiről. Fejlesztő Pedagógia 1993. 3.
- Bánfalvy Csaba: Szakképzés a szakképzés főáramán kívül. Educatio 2001 nyár, 278–295. o.
- Bánfalvy Csaba: Az iskolából a munka világába való átmenet nehézségei. (Egy budapesti szakképzőiskolai vizsgálat eredményei) Budapest, 2000.
- Bánfalvy Csaba: Fogyatékoság és szociális hátrány. In: Illyés (szerk.) 2000, 81–116. o.
- Bánfalvy Csaba: Struktúraváltás a szakképzést folytató középiskolákban. Szakképzési Szemle 1999. 1., 7–18. o.
- Bánfalvy Csaba: Tudósítás és gondolatok egy fontos konferencia kapcsán. Szociális Munka 1998. 3., 204–206. o.
- Bánfalvy Csaba: Az intézetekben élő értelmi fogyatékosok életminősége és a kitagolás aktualitása. In: Záskaliczy (szerk.) 1998, 177–190. o.
- Bánfalvy Csaba: A munkanélküliség. 2. kiadás. Budapest, Magvető, 1997.
- Bánfalvy Csaba: A gyógypedagógusok és a gyógypedagógia. Szociális Munka 1997. 4., 163–172. o.
- Bánfalvy Csaba: A felnőtt fogyatékosok munkavégzési jellemzőiről. Esély 1997. 4., 43–52. o.

- Bánfalvy Csaba: A fogyatékosok társadalmi integrációja és a gyógypedagógia szociológiai értelmezése. In: Csepeli et al (szerk.) 1997, 293–299. o.
- Bánfalvy Csaba: Oktatás, szakképzés. In: Kovács—Tausz (szerk.) 1997, 59–73. o.
- Bánfalvy Csaba: A felnőtt értelmi fogyatékosok életminősége. Budapest, 1996[a].
- Bánfalvy Csaba: A fogyatékosok iskoláztatása és a (gyógy)pedagógusok. Kritika 1996. 12., 46–47. o.
- Bánfalvy Csaba: Életminőség a 90-es években. Három társadalmi csoport életminőség jellemzői. Budapest, 1995.
- Bánfalvy Csaba: Szébb időkre várva. Munkanélküliség és munkanélküliek Magyarországon az 1990-es években. Budapest, OTKA, 1994.
- Bánfalvy Csaba: A „Budapest-vizsgálat” vitaanyagának szociológiai szempontú összefoglalása. 1986. In: Illyés (szerk.) 1984–90, II., 7–87. o.
- Bánfalvy Csaba: Szelekció és kontraszelekció az értelmi fogyatékosok iskolai áthelyezésében. 1990. In: Illyés (szerk.) 1984–90, IV., 191–230. o.
- Bánfalvy Csaba: Fogyatékosok a munkaerőpiacon. Szociális Munka 1989. 4.
- Bánfalvy Csaba—Bass László: Az általános- és kisegítő iskolai pedagógusok megítélései tanítványaikról és azok családjairól. 1986. In: Illyés (szerk.) 1984–90, III., 203–266. o.
- Barcza Erika: A fogyatékosok pályalehetőségei és pályaalkalmassági vizsgálata. Magyar Gyógypedagógiai Tanárok Közlönye 1939.10., 361–369. o. újra megjelent: Szociális Munka 1993. 4., 312–319. o.
- Bárczi Gusztáv: Általános gyógypedagógia. Budapest, 1959.
- Barham, Peter: Closing the Asylum. The Mental Patient in Modern Society. Penguin Books 1992.
- Barthel Betty: A fogyatékkal élő emberek elfogadását-elutasítását és a velük kapcsolatos sztereotip gondolkodást befolyásoló tényezők általános és középiskolai tanulók körében. Szakdolgozat. ELTE Szociológiai Intézet, 2001.
- Barnes, B.—Bloor, D.—Henry, J.: A tudományos tudás szociológiai elemzése. Budapest, Osiris, 2002.
- Bass László—Muth János: A pedagógusok képe a gyenge teljesítmény okairól és az iskola lehetőségeiről. 1986. In: Illyés (szerk.) 1984–90, III., 147–202. o.
- Bass László—Torda Ágnes: „Ők” és „Mi”. A fogyatékoság témája a magyar sajtóban. Gyógypedagógiai Szemle 1988. 3., 101–107. o.
- Báthory Zoltán—Falus Iván (szerk.): Pedagógiai lexikon. Budapest, Keraban, 1997.
- Bausz Márta: Kisegítő iskolát végzett fiatalok társadalmi beilleszkedése. Családgondozói Műhely 8. FPI 1989.
- Bell, D.P.: Peasant in Socialist Transition: Life in a Collectivized Hungarian Village. Berkeley, University of California Press 1984.
- Berthoud, R.—Lakey, J.—McKay, St.: The economic problems of disabled people. London, PSI, 1993.
- Billédi Katalin: Emberi kapcsolati jellemzők összehasonlító vizsgálata segítő és más hivatásra készülő hallgatók körében. (Doktori értekezés tézisei) Szociális Munka 2002. 3.
- Blatt, Burton—Kaplan, Fred: Christmas in Purgatory. Human Policy Press – Syracuse, 1974.
- Borbély Sándor (szerk.): Emlékkönyv a Siketnémák Váczi Országos Királyi Intézete 100 éves fennállásának ünnepe alkalmára. Budapest, 1902.
- Borbély Sjoukje—Csányi Yvonne—Földiné Angyalossy Zsuzsa—Kiss Ágota—Miseta Zsuzsa—Papp Gabriella—Perlusz Andrea—Rózsáné Czigány Enikő—Szabó Ildikó: Fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében. Budapest, BGGYTF, 1995.

- Borbély Sjoukje—Jászberényi Márta—Kedl Márta: Az értelmi fejlődésben zavart gyermekeket nevelő családok helyzete. In: Kedl—Borbély (szerk.) 1991, 22–29. o.
- Bourdieu, Pierre: Előadások a televízióról. Budapest, Osiris Zsebkönyvtár, 2001.
- Bourdieu, Pierre: Férfiuralom. Budapest, Napvilág Kiadó, 2000.
- Bourdieu, Pierre: A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. Budapest, Gondolat, 1978.
- Bölling, H.—Behinger, D.: A gyermek és a szülő közötti kapcsolatzavar problémája. Gyógypedagógiai Szemle 1987. 1.
- Buday József (szerk.): Nemzetközi tudományos konferencia Bárczi Gusztáv születésének centenáriuma alkalmából. Budapest, BGGYTF, 1993.
- Canning, Joseph: A középkori politikai gondolkodás története. 300–1450. Budapest, Osiris, 2002.
- Comte, Auguste: A pozitív szellem. Budapest, Magyar Helikon 1979.
- Csanádi Gábor—Ladányi János—Gerő Zsuzsa: Az általános iskolai rendszer belső rétegződése és a kisegítő iskolák. Valóság 1978. 6.
- Csányi Yvonne: A speciális nevelési szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelése-oktatása. In: Illyés (szerk.) 2000, 377–408. o.
- Csányi Yvonne (szerk.): Bevezetés a hallássérültek pedagógiájába. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1993.
- Császár Éva: „Gyógypedagógusok”. BGGYTF, Szakdolgozat 1986.
- Csatószegi Győzőné: A felnőtt nagyothallók életének pozitív alakítása az önszerveződéssel létrejött Török Béla Baráti Kör tevékenységével. Gyógypedagógiai Szemle 1994. 3.
- Csepeli György: Kisebbségek képe a többségi tömegkommunikációban. In: Csepeli et al (szerk.), 38–47. o.
- Csepeli György et al (szerk.): Kisebbségsszociológia. Szöveggyűjtemény egyetemi és főiskolai hallgatók számára. Budapest, ELTE Kisebbségsszociológiai Tanszék, 1997.
- Csepeli György: Vita Czeizel Endre intejűjára nyomán. Valóság 1977/10., 101–102. o.
- Cseresnyés Ferenc: Hírlapi tudósítások a vakokról. In: Siketnémák és vakok oktatásügye. Budapest 1929, 238. o.
- Cser János: A szociális irányú szakképzés. Szociális Munka 1992.3, 222–239. o., Eredetileg: Nép- és Családvédelem, 1942 augusztus, 282–298. o.
- Cser János: Felsőoktatásunk és a szociális irányú szakképzés. Szociális Munka 1991.1, 63–79. o., Eredetileg: Magyar Pedagógia, LII, 3–4. szám, 184–202. o.
- Czeizel Endre—Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes—Rátay Csaba: Az értelmi fogyatékosok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében. Budapest, Medicina, 1978.
- Dean, Hartley—Taylor-Goody, Peter: Dependency Culture. Harvester, 1992.
- Demeter Miklós (szerk.): Ábrahámhegyi Napok. 1990.
- Diósi Ágnes: Cigányút. Szépirodalmi Könyvkiadó, 1988.
- Drew, C.J.—Logan, D.R.—Hardman, M.L.: Mental Retardation. A Life Cycle Approach. Merill Publishing Company, 1984.
- Ecker Zita: Az idősödő értelmi fogyatékosok specifikus szükségletei. Szociális Munka 2002.1., 41–50. o.
- Eörsi János: A képesség számítsen, ne az állapot. A fogyatékos emberek jogai. Beszélő 1993. október 13, 11–13. o.
- Fábián Katalin: A Makoldi család. Budapest, Szépirodalmi Könyvkiadó, 1977.
- Farkas Péter: A leszakadó rétegek oktatása. Educatio 1996. tavasz, 50–59. o.

- Farkas Miklós—Perlusz Andrea: A hallássérült gyermekek óvodai és iskolai nevelése és oktatása. In: Illyés (szerk.) 2000, 505–533. o.
- Ferge Zsuzsa: Az iskolarendszer és az iskolai tudás társadalmi meghatározottsága. Budapest, Akadémiai Kiadó 1974, 1984.
- Ferge Zsuzsa: Társadalompolitikai tanulmányok. Budapest, Gondolat, 1980.
- Ferge Zsuzsa—Gábor László—Szalai Júlia: A szakmunkásképző pedagógusairól. In: Ferge Zsuzsa: Társadalompolitikai tanulmányok. Budapest, Kossuth Könyvkiadó, 1980, 230–283. o.
- Ferge Zsuzsa—Háber Judit (szerk.): Az iskola szociológiai problémái. Válogatott tanulmányok. Budapest, KJK, 1974.
- Foucault, Michel: Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése. Budapest, Corvina, 2000[a].
- Foucault, Michel: A szavak és a dolgok. Budapest, Osiris, 2000.
- Foucault, Michel: Felügyelet és büntetés. A börtön története. Budapest, Gondolat, 1990.
- Frey Mária (szerk.): EU-konform foglalkoztatáspolitikai. Budapest, OFA, 2001.
- Gábor R. István—Horváth D. Tamás: Bukás és visszavonulás a magánkisiparban. Közgazdasági Szemle 1987. 4.
- Galasi Péter—Sziráczi György (szerk.): Labour Market and Second Economy in Hungary. Frankfurt, Campus Verlag, 1985.
- Gayer Gyuláné—Krausz Éva—Hatos Gyula: Az 1961–64 között született közép súlyos értelmi fogyatékos fiatal felnőttek helyzetének vizsgálata. In: Közép súlyos értelmi fogyatékos felnőttekről. MTA Szociológiai Kutató Intézete, Szociálpolitikai Értesítő 1985.2, 15–90. o.
- Gaszó Ferenc—Gaszó Tibor—Laki László: Fiatalok a munkaerőpiacon. Kutatási zárótanulmány. Budapest, OKKER, 1998.
- Gaszó Ferenc—Stumpf István (szerk.): Vesztesek. Ifjúság az ezredfordulón. Budapest, Ezredforduló Alapítvány, 1995.
- Gehlen, Arnold: Az ember. Budapest, Gondolat Könyvkiadó, 1976.
- Genzelmann Györgyi: Egy beszédhibásokkal szembeni attitűdvizsgálat. Szociális Munka 1999. 4., 169–180. o.
- Gere Ilona: A megváltozott munkaképességű emberek bekapcsolása a munka világába. In: Frey (szerk.) 2001, 221–246. o.
- Giddens, Anthony: Szociológia. Budapest, Osiris, 1995.
- Goffman, Erving: Az én bemutatása a mindennapi életben. Budapest, Thalassa Alapítvány – Pólya Kiadó, 1999.
- Goffman, Erving: A hétköznapi élet szociálpszichológiája. Budapest, Gondolat, 1981.
- Goffman, Erving: Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Harmondsworth, Penguin, 1961.
- Goode, David : Quality of Life for Persons with Disabilities. Cambridge, USA, Brookline Books, 1994.
- Gordosné Szabó Anna: A magyar gyógypedagógusképzés története. Budapest, ELTE BGGYFK, 2000[a].
- Gordosné Szabó Anna: A gyógypedagógiai iskoláztatás fejlődése. In: Illyés (szerk.) 2000, 331–356. o.
- Gordosné Szabó Anna: Bevezetés a gyógypedagógiába. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1996.
- Gordosné Szabó Anna: Adalékok a XX. századi gyógypedagógia történetéhez. Budapest, BGGYTF, 1993.

- Gordosné Szabó Anna (szerk.): Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia történet” – hez. Budapest, BGGYTF, 1984. (13. változatlan kiadás)
- Gordosné Szabó Anna: Differenciálódás, integrálódás, interdiszciplinaritás a gyógypedagógiában. In: Göllesz (szerk.): A gyógypedagógia alapproblémái. Budapest, Medicina, 1976, 41–91. o.
- Gordosné Szabó Anna: Gyógypedagógia. Budapest. Tankönyvkiadó, 1975.
- Gordosné Szabó Anna: Gyógypedagógia történet. I–II. Budapest, Tankönyvkiadó, 1972.
- Gould, Artur: Capitalist Welfare Systems. Longman, 1993.
- Göllesz Viktor (szerk.): Hétköznapi-ünnepnapok. (Köszönet újságíróknak) Budapest, 1993.
- Göllesz Viktor (szerk.): Életminőség-fejlesztő speciális mozgalmak a fogyatékosügyben. SZMA kiadványai 9. 1993.
- Göllesz Viktor: Gyógypedagógiai rehabilitáció. Budapest, Tankönyvkiadó, 1985.
- Göllesz Viktor (szerk.): A gyógypedagógia alapproblémái. Budapest, Medicina, 1976.
- Göllesz Viktor: A fogyatékosok munkavállalásának néhány problémája az egyén és a környezet kölcsönhatása szempontjából. In: A Gyakorló Orvosok Első Országos Tudományos Konferenciája. Pécs, 1970, 350–352. o.
- Göllesz Viktor—Hegedűs György—Pajor Bertalanné—Páricska Katalin: Értelmi fogyatékos gyermekek családon belüli életmódjának néhány jellemző vonása. Gyógypedagógiai Szemle 1978. 4.
- Gruiz Katalin: A normalizáció és az integráció elve a sérültek sportjában és megvalósulásuk A Magyar Értelmi Fogyatékosok Sportszövetségének gyakorlatában. Szociális Munka 2002. 1., 1–18. o.
- Gyenes Sándorné—Pajor Bertalanné: Utóvizsgálatok kisegítő iskolát végzett fiatalok körében. Gyógypedagógiai Szemle 1993. 3.
- Gyöngyösi Tamás: Az általános iskolai szelekció hatása kisegítő iskolásokra. Nyomkövetéses vizsgálat összefoglalása. Szakdolgozat, BKE, 1994.
- Halász Gábor—Lannert Judit (szerk.): Jelentés a magyar közoktatásról. 2000. Budapest, Országos Közoktatási Intézet, 2000.
- Hansen, J.C. (szerk.): Families with handicapped children. Rockville, Aspen Systems Corporation, 1984.
- Hatos Gyula (szerk.): Emberek értelmi akadályozottsággal. Dokumentumgyűjtemény az értelmi akadályozott emberekkel foglalkozó szervezetek, intézmények, társaságok állásfoglalásaiból. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1993.
- Hatos Gyula (szerk.): Az imbecillitás, a társadalom és a gyógypedagógia. Budapest, BGGYTF, 1989.
- Hettlage—Varjas, A.—Hettlage, R.: Kulturális köztesvilágok. Szociológiai Figyelő 1988. 2, 59–87. o.
- Horváth Mihály: A testileg fogyatékos gyermekek szociális védelme. In: Tóth Gy. 1990.
- Hugyecz Edit: A kisegítő iskolát végzettek életút vizsgálata. Szakdolgozat. BKE, 1990.
- Huszár Tibor (szerk.): A magyar értelmiség a 80-as években. Budapest, Kossuth Könyvkiadó, 1986.
- Illich, Ivan: Limits to Medicine. Harmondsworth, Penguin Books, 1977.
- Illyés Gyuláné—Illyés Sándor—Lányi Miklósné: Gyógypedagógiai lélektan. I. Budapest, Tankönyvkiadó, 1989.
- Illyés Gyuláné—Illyés Sándor—Lányi Miklósné: Gyógypedagógiai pszichológia. Budapest, Tankönyvkiadó, 1968.
- Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Budapest, ELTE BGGYFK, 2000.
- Illyés Sándor: Az évezredforduló új kihívásai a gyógypedagógiával szemben. Gyógypedagógiai Szemle, 1995. április–június, 115–122. o.

- Illyés Sándor: A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola fejlesztési stratégiája és programja 2000-ig. Budapest, 1994.
- Illyés Sándor: A magyar gyógypedagógia tervei az ezredfordulón. *Gyógypedagógiai Szemle* 1993. 4[a].
- Illyés Sándor: Rendszerváltás és gyógypedagógia. In: Buday (szerk.) 1993, 91–98. o.
- Illyés Sándor (szerk.): Nevelhetőség és általános iskola. I–IV. Budapest, OKI, 1984–1990.
- Illyés Sándor—Erdősi Sándor: Az épek fogyatékosképe és fogyatékosokhoz való viszonya. In: Kolozsi Béla—Münnich Iván (szerk.): Társadalmi beilleszkedési zavarok. *Bulletin VI.* Budapest, TBZ és TTI 1986, 3–57. o.
- Imre Sándor: Szociálpolitika és művelődéspolitikai. *Szociális Munka* 1992. 2., 135–159. o., Eredetileg: In: Mártonffy Károly (szerk.): A magyar szociálpolitika. 1939, 74–95. o.
- Iversen, L.—Sabroe, S.: Psychological Well-Being Among Unemployed and Employed People After a Company Closedown: A Longitudinal Study. *Journal of Social Issues* 1988. 4
- Jacobs, L., L.: Rights and Deprivation. Clarendon Press 1993.
- Jahoda M.: Employment and unemployment. A socialpsychological analysis. Cambridge, CUP, 1982.
- Jahoda M.—Rush H.: Work, employment and unemployment. University of Sussex, 1980.
- Jantzen, Wolfgang: Perspektiven der Behindertenpädagogik nach dem Systemwandel in Ost und West. In: Amrein—Záskaliczky (szerk.) 1994, 201–214. o.
- Javaslat a szakképzés távlati fejlesztési koncepciójának céljaira és alapelveire, valamint az előkészítő munkák ütemezésére. 2. változat, Vitaanyag kézirat, MÜM 1995. január.
- Johan Béla: Az egészségügyi és szociális érdekvédelmünk bírálata. *Szociális Munka*, 1992. 1., 67–79. o., Eredetileg: Szent István Akadémia IV. osztályának Értekezéseiben, IV. kötet, 1. szám 1942.
- Kaszásné Mayer Ágnes: Hátrányos helyzetű fiatalok képzése a keszthelyi Speciális Szakiskolában. In: Kezdeményezések a hátrányos helyzetű fiatalok szakképzésében. Budapest, NSZI és Habilitas, 1993.
- Kedl Márta—Borbély Sjoukje (szerk.): Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből. I. kötet: Szemléleti kérdések. Budapest, Tankönyvkiadó, 1991.
- Kemény Ferenc: Kisegítő iskolát végzettek társadalmi beilleszkedésének néhány kérdése. In: Sáhó (szerk.) 1985, 495–501. o.
- Kemény István: A magyarországi cigányság helyzete. In: Csepeli et al (szerk.) 1997, 113–118. o.
- Kerékgyártó László: Realitások és lehetőségek. Szükségszerű-e a kudarc nyolcadik után? Budapest, NSZI, 2001.
- Kertesi Gábor: Cigány foglalkoztatás és munkanélküliség a rendszerváltás előtt és után. *Esély* 1995. 4.
- Kessler, R.C.—Turner J.B.—House J.S.: Effects of Unemployment on Health in a Community Survey: Main, Modifying, and Mediating Effects. *Journal of Social Issues* 1988. 4.
- Király Károly: Jelzések. A felnőtt értelmi fogyatékosok intézeti gondozásának, szocializációjának sajátosságairól. Budapest, SZMA Kiadványai 10. szám 1995.
- Klug Péter—Simon József (szerk.): A magyarországi gyógypedagógiai intézetek működése az 1926–27-es tanítási évben. Budapest, 1927.
- Kókai Nagy István: Mezőgazdasági speciális szakiskola – az értelmi fogyatékosok rehabilitációjának újszerű intézménytípusa. *Szociális Munka* 1992. 4., 284–288. o.
- Kolosi Tamás—Róbert Péter: A rendszerváltás társadalmi hatásai. *TÁRKI Gyorsjelentések*, 5. szám 1991.
- Konrád György—Szelényi Iván: Az értelmiség útja az osztályhatalomhoz. Budapest, Gondolat, 1989.
- Kornai János: A hiány. Budapest, KJK, 1982.

- Kovács András—Tausz Katalin (szerk.): Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről. Budapest, Szociális Szakmai Szövetség, 1997.
- Kovács Krisztina: Látássérült gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés (szerk.) 2000, 461–503. o.
- Kovács Lajos (szerk.): A nagyothallók képviselőinek 1992. évi országos tanácskozásának eseményeiről. Szociális Munka 1993. 1., 28–63. o.
- Kovácsné Máté Beatrix: Hallássérültek munkahelyi körülményei a kommunikáció tükrében. BGGYTF, Szakdolgozat. 1987.
- Kozma Tamás: Bevezetés a nevelésszociológiába. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1994.
- Könczei György: Fogyatékosok a társadalomban. Budapest, Gondolat, 1992.
- Krausz Éva: Mi ilyenek vagyunk. Hogyan éljünk együtt értelmi fogyatékos embertársainkkal? Budapest, ÉFOÉSZ 1992.
- Krémer Balázs: Cigányutak a vállalkozások kalandos világában. Esély 1995. 1., 46–61. o.
- Kuczi Tibor: A pedagógusszerep néhány szociológiai jellemzője. In: Huszár Tibor (szerk.): A magyar értelmiség a 80-as években. Kossuth Könyvkiadó, 1986, 220–240. o.
- Kuhn, T., S.: A tudományos forradalmak szerkezete. Budapest, Gondolat, 1984.
- Kullmann Lajos: Az orvosi rehabilitáció sajátosságai. In: Huszár Ilona—Kullmann Lajos—Tringer László (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 2000, 13–21. o.
- Kullmann Lajos: A fogyatékos emberek és rehabilitációjuk. In: Katona Ferenc—Siegler János (szerk.): Orvosi rehabilitáció. Budapest, Medicina, 1999, 13–28. o.
- Kullmann Lajos: Gondolatok az életminőség értelmezéséről. In: Göllész (szerk.): Életminőség-fejlesztő speciális mozgalmak a fogyatékosügyben. Budapest, SZMA Kiadványai 9. 1993, 4–17. o.
- Ladányi János—Csanádi Gábor: Szelekció az általános iskolában. Budapest, Magvető Kiadó, 1983.
- Ladányi János—Csanádi Gábor—Gerő Zsuzsa: Elkülönített gyógypedagógiai képzés vagy gyógypedagógiai integráció. Kritika, 1996. december, 47. o.
- Ladányi János—Csanádi Gábor—Gerő Zsuzsa: A „megszüntetve megőrzött gyógyó”. A kiegészítőiskola egy nyomkövetéses vizsgálata tükrében. Kritika 1996. július, 8–11. o.
- Ladányi János—Csanádi Gábor—Gerő Zsuzsa: Még egyszer a kiegészítő iskolába járó gyerekekről. Valóság 1978. 10.
- Lakatos Miklós—Tóth Ildikó—Ujvári József: A rokkantak és fogyatékosok helyzete. Statisztikai Szemle 1988. 8–9. o.
- Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): Kiscsoportos lakóotthonok. Hol is tartunk? Két munkakonferencia tapasztalatai. Budapest, Soros Alapítvány, 2002.
- Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes: Gyógypedagógia és rehabilitáció. In: Katona Ferenc—Siegler János (szerk.): Orvosi rehabilitáció. Budapest, Medicina, 1999, 319–328. o.
- Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes: Értelmi fogyatékosok pszichológiája. I. kötet. Budapest, BGGYTF, 1996.
- Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes: A pszichológiai és a pedagógiai diagnosztika néhány elméleti kérdése. In: Torda (szerk.) 1992, 5–11. o.
- Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes: A szegénységkutatás és a hajléktalan kérdés gyógypedagógiai és szociálpedagógiai összefüggései. Gyógypedagógiai Szemle 20, 1992.1, 43–54. o.
- Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes: Reflexiók Bánfalvy Csaba tanulmányához. 1986. In: Illyés (szerk.) 1984–90, II., 105–134. o.

- Lányiné Dr. Engelmayer Ágnes: A gyógypedagógiai pszichológia megjelenése a terápiás és fejlesztő programokban a fogyatékosügy különböző területein. In: Sáhó E.(szerk.) Budapest 1984, 21–25. o.
- László András: A hallási fogyatékosok gyógypedagógiájának alapjai. In: Göllész 1976. 228–262. o.
- Lewis, Oscar: Sanchez gyermekei. Budapest, Magvető Kiadó, 1968.
- Liskó Ilona: Társadalmi esélyek és iskola. Új Pedagógiai Szemle 2000. 1.
- Liskó Ilona et al: A hátrányos helyzetű tanulók szakképzése. Kutatási zárótanulmány. Budapest, Munkaügyi Minisztérium, Phare Foglalkoztatás és Szociális Fejlesztés Program 1997.
- Lukács György: A társadalmi lét ontológiájáról. Budapest, Magvető Kiadó, 1976.
- Madácsi M.—Tarnai O. (szerk.): Integrált nevelés. Szöveggyűjtemény. Nyiregyháza, Stúdium, 1994.
- Martin, Bernice: A Sociology of Contemporary Cultural Change. Oxford, Basil Blackwell, 1981.
- Marton Klára: A gyógypedagógus-képzés kihívásai az Amerikai Egyesült Államokban. Szociális Munka 2001. 4., 242–246. o.
- Márkus Eszter: Pedagógiai és szociális rehabilitáció. In: Huszár Ilona—Kullmann Lajos—Tringer László (szerk.): A rehabilitáció gyakorlata. Budapest, Medicina, 2000, 22–34. o.
- Mártonffy Károly (szerk.): A magyar szociálpolitika. Budapest, 1939.
- Marx, Karl: Gazdasági-filozófiai kéziratok 1844-ből. Budapest, Kossuth Könyvkiadó, 1977.
- Méhes József: Rendszerezendő gondolatok a magyar gyógypedagógia történelmi és jelenkori értékeiről, jövőbeli lehetőségeiről. Szociális Munka 2000. 2., 85–89. o.
- Méhes József: A gyógypedagógia eredményei, gondjai és távlatai. Budapesti Nevelő 1970. 1.
- Méhes József: Ophtalmodefektológia. Budapest, Tankönyvkiadó, 1962.
- Mérei Ferenc: Csoportosulás és társas szerkezet az általános iskolában. In: Gerő Zs.—Fischer E. (szerk.): Társ és csoport. Tanulmányok a genetikus szociálpszichológia köréből. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1989, 138–154. o.
- Merton, Robert K.: Társadalomelmélet és társadalmi struktúra. Budapest, Osiris, 2002.
- Mesterházi Zsuzsa (szerk.): Gyógypedagógiai lexikon. ELTE BGGYFK, 2001.
- Mesterházi Zsuzsa (szerk.): A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése. Budapest, BGGYTF, 1998.
- Mesterházi Zsuzsa: A tanulási képességről és a tanulási akadályozottságról. Gyógypedagógiai Szemle 1995. 1., 12–33. o.
- Mesterházi Zsuzsa: Az értelmi fogyatékoság változó meghatározásainak előfordulása gyógypedagógiai nevelési dokumentumokban. 1985. In: Illyés (szerk.) 1984–90, II. 185–241. o.
- Mihók Viktória: Kisegítő iskolában végzett tanulók nyomonkövetéses vizsgálata. Szakdolgozat, BKE, 1991.
- Mikecz Pálné: A speciális szakiskolák helyzete a magyar közoktatásban. Szociális Munka 1993. 2, 103–109. o.
- Murányi-Kovács Endréné (szerk.): Tanulmánygyűjtemény az inadaptált serdülők pedagógiája köréből. Budapest, Tankönyvkiadó, 1990.
- Musgrave, P., W.: Értelmiségi szakma-e a tanítás? In: Ferge—Háber (szerk.) 1974, 311–334. o.
- Nagy Gyöngyi Mária: Közoktatási intézmények és szolgáltatások a fogyatékos gyermekek számára. In: Illyés (szerk.) 2000, 357–376. o.
- Nagy László: Speciális szakiskolai osztály a gyömrői enyhefokban sérült értelmi fogyatékosok általános iskolájában és diákotthonában. In: Bödör Jenő (szerk.): Jubileumi szemle. Gyömrő, 1993.
- Novák Mária: Munka – munkahely – rokkantság. Szociálpolitikai Értesítő 1990. 3., 24–39. o.

- Papp Gabriella: Tanulásban akadályozott gyermekek a többségi általános iskolában. Doktori disszertáció. Budapest, ELTE, 2001.
- Pálhegyi Ferenc: Az emberképek gyógypedagógiai konklúziói. In: Buday (szerk.) 1993, 221–228. o.
- Pálhegyi Ferenc: A látás nélkül meghódított világ. Budapest, VGYOSZ, 1981.
- Parsons, Talcott: The Professions and Social Structure. In: Essays in Sociological Theory. New York, The Free Press, 1964, 34–49. o.
- Perlusz Andrea: A hallássérült gyermekek integrációja. Budapest, ELTE BGGYFK, 2000.
- Perlusz Andrea (szerk.): Fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében. Budapest, BGGYTF, 1995.
- Perlusz Andrea—Zsoldos Márta: Hallási fogyatékosok szakmákról alkotott nézete, előítélete. Gyógypedagógiai Szemle 1994. 4.
- Peters, S.J.: Education and Disability in Cross-Cultural Perspective. New York—London, Garland Publishing Inc., 1993.
- Pik Katalin: Roma gyerekek és a speciális szakoktatás. Educatio 1999 Nyár.
- Pilgrim, D.—Rogers, A.: A sociology of mental health and illness. Open University Press, 1994.
- Platt S.: Recent trends in parasuicide („attempted suicide”) and unemployment among men in Edinburgh. In: Allen et al. 1986.
- Pócz Gáborné: Az önálló életre való felkészítés helyzete Vas megyében, az enyhe fokban értelmi fogyatékos tanulók általános iskoláiban. Fejlesztő Pedagógia 1993. 3.
- Polányi Károly: Az archaikus társadalom és a gazdasági szemlélet. Budapest, Gondolat 1976.
- Ranschburg Pál: Elmélgedések a gyógypedagógia jelenéről és jövőjéről. In: Gordosné (szerk.) 1991, 189–203. o.
- Réthy Endréné: Integrációs törekvések Európában. Szociális Munka 2000.1, 9–22. o.
- Rupp Károly: Entrepreneurs in Red: Structure and Organizational Innovation in the Centrally Planned Economy. Albany, State University of New York Press 1983.
- Sapir, Edward: Az ember és a nyelv. Budapest, Gondolat, 1971.
- Sáhó Erzsébet (szerk.): Tanulmányok a szociális gondozás köréből. Budapest, Tankönyvkiadó, 1989.
- Sáhó Erzsébet (szerk.): Az ifjúságunkért. XIII. Országos Szakmai Konferencia. Budapest, MAGYE, 1985.
- Sáhó Erzsébet (szerk.): A gyógypedagógia határterületi problémái. Budapest, MAGYE, 1984.
- Schumpeter, P.: Two Concepts of Democracy. In: Quinton, A. (szerk.): Political Philosophy. Readings on Philosophy. Oxford, Oxford University Press, 1967.
- Segal, S.: Society and Mental Handicap: Are We Ineducable? Chambers Green, 1984.
- Simon Márta: Kisegítő iskolában végzett tanulók nyomonkövetéses vizsgálata. Kisegítő iskolások munkaerőpiaci helyzete. Szakdolgozat, BKE, 1992.
- Somogyi Ferenc: Egyetemeink a szociális képzésről. Szociális Munka 1992.3, 310–319. o., Eredetileg: Nép- és Családvédelem 1942. 7, 241–246. o.
- Sontag, Susan: A betegség mint metafora. Budapest, Európa Könyvkiadó, 1983.
- Stollár János: A fogyatékosok (különösen az értelmi fogyatékosok) társadalmi beilleszkedési lehetőségei. In: Középsúlyos értelmi fogyatékos felnőttekről. MTA Szociológiai Kutató Intézete, Szociálpolitikai Értesítő 1985. 2.
- Subosits István: Válasz a körkérdésre. Szociális Munka 2000. 2, 91–92. o.

- Subosits István—Göllesz: Viktor: Szociálpolitikai szemlélet Magyarországon a két világháború között. Szociális Munka 1991. 1., 1–13. o.
- Szabó Ákosné (szerk.): Szemelvénygyűjtemény a nevelésszociológia tanulmányozásához. Budapest, BGGYTF, 1992.
- Szakály Ildikó: Családban és nevelőotthonban élő enyhe fokban értelmi fogyatékos tanulók összehasonlító vizsgálata. Szakdolgozat, BGGYTF, 1988.
- Szasz, T. S.: Az elmebetegség mítosza. A személyes magatartás elméletének alapjai. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2002.
- Szasz, T. S.: The manufacture of madness. London, 1971.
- Szelényi Iván: Socialist Entrepreneurs. Embourgeoisement in Hungary. Oxford, Polity Press, 1988.
- Szilágyi Vera: Látássérült fiatalok szakképzésének elemzése és fejlesztésének lehetőségei. Szakdolgozat. Budapesti Közgazdasági és Államigazgatási Egyetem, 2002.
- Szombatfalvy György: Milyen legyen a szociális tanfolyam. Szociális Munka 1993.1, 77–79. o., Eredetileg: Társadalomtudomány 1942.3, 395–398. o.
- Szombati Zsigmondné: A tanulásban akadályozott látássérült fiatalok helyzete ma Magyarországon. Szakdolgozat, Eszterházy Károly Tanárképző Főiskola, 1994.
- Tardos Katalin: Csökkent munkaképességűek a belső munkaerőpiacon. (A foglalkoztatási rehabilitáció vállalati gyakorlata) Szociálpolitikai Értesítő 1990. 3., 40–63. o.
- Tegyey Jenő: A fogyatékosok szociális problémái. Szociális Munka 1991. 2., 150–159. o., Eredetileg: Siketnémák és Vakok Oktatásügye 1929. 3–6., 84–93. o.
- Temmel Márta—Németh Márta: Felmérés a Vakok Állami Intézete kollégiumából kiköltözöttek életéről. Gyógypedagógiai Szemle 1995. április–június, 85–94. o.
- Timár János: Átmenet a tanulásból a munka világába. OECD Tanulmányok. 1999.
- Torda Ágnes (szerk.): Pszichodiagnosztika I. Tanulmányok a gyógypedagógiai lélektan pszichodiagnosztikai eljárásainak köréből. Budapest, Tankönyvkiadó, 1992.
- Tót Éva: A hátrányos helyzetű gyerekek családi körülményei. In: Liskó et al 1997, 63–138. o.
- Tóth Gabriella: Áthelyező bizottság elé utalt, de általános iskolai oktatásra javasolt gyermekek sorsának nyomkövetése. Szakdolgozat, BGGYTF, 1979.
- Tóth György (szerk.): Szemelvénygyűjtemény a Gyógypedagógia történet – hez. III: Szomatopedagógia történet. Budapest, 1990.
- Tóth György (szerk.): Kommunikáció – nehezített társadalmi beilleszkedés. Budapest, Tankönyvkiadó, 1985.
- Tóth György: A gyógypedagógia szociológiai problémái. In: Göllesz (szerk.) 1976, 92–128. o.
- Tóth Zoltán: Általános gyógypedagógia. In: Gordosné (szerk.) 1984, 214–237. o.
- Tóth Zoltán: A vakok képzetvilága. Budapest, 1927.
- Vargáné Kalocsai Adrienn: A nappali ellátásban részesülő értelmi akadályozottak és családjaik helyzete Veszprémben. Szociális Munka 2001. 3., 161–193. o.
- Vékássy László: Milyenek a dadogók? (dadogók közvetlen munkatársai a dadogókról) Gyógypedagógiai Szemle 1994. 3.
- Vékássy László: Milyenek a dadogók? – egy kérdőíves vizsgálat adatai. Gyógypedagógiai Szemle 1993. 4.
- Vigotszkij, L., Sz.: A defektológia alapjai. Budapest, Tankönyvkiadó, 1987.
- Virágh Károlyné (szerk.): Hallássérült fiatalok pályaválasztása. Budapest, OPI, 1985.

- Volentics Anna: Pedagógusok speciális tudástartalmai és tapasztalataik a segítő szervezetekkel való együttműködésről, valamint a vonatkozó jogi szabályozásról. Szociális Munka 2001. 2, 115–119. o.
- Volentics Anna: Gyógypedagógia és pszichopedagógia az ezredfordulón. Szociális Munka 2000. 2, 93–98. o.
- Vulturné Révay Klára: A speciális szakiskolai tanulók elhelyezkedési esélyei Budapesten. Kézirat. Göllesz Viktor archívumából.
- Walters, Brian: Management for Special Needs. Cassell, 1994.
- Warr, P.: Work, Employment and Mental Health. Oxford, Clarendon Press, 1987.
- Winter Zsuzsa: A védett foglalkoztatás hazai története. (Különös tekintettel a célszervezetek 1980-1989 közötti évtizedére) Szociálpolitikai Értesítő 1990. 3., 89–106. o.
- Zászkaliczky Péter (szerk.): A függőségtől az autonómiáig. Helyzetértékelés és jövőkép a kiscsoportos lakóotthonokról. Budapest, Kézenfogva Alapítvány – Soros Alapítvány, 1998.
- Zigány Zoltán: A szegényügy. Szociálpolitikai Értesítő 1990. 1, 52–68. o., Eredetileg: Huszadik Század 1901. 1., 50–64. o.
- Zsegrács Zsuzsanna: Gondolatok a kisegítő iskoláról. Szakdolgozat, BKE, 1990.

Törvények, dokumentumok

- BNO-10. A mentális- és viselkedészavarok osztályozása. WHO-MPT, 1994.
- Declaration of the Rights of the Disabled. New York, United Nations, 1975.
- Disabled Workers in Central and Eastern Europe. ILO, 1994.
- Az Emberi és állampolgári jogok érvényesülése a fogyatékosokat ápoló-gondozó otthonokban. Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosának jelentése. 1996.
- Emberi jogok és elmeegészségügy: Magyarország. Mental Disability Rights International.
- Economic aspects of special education. UNESCO, 1978.
- A fogyatékos személyek védelméről és jogegyenlőségük biztosításáról szóló 1997. évi CXL. törvény
- ILO 2002, Vocational Rehabilitation and Training in EU Accession Countries. Seminar Report 2001, ILO, Geneva.
- The International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO, 2001.
- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO, 1980.
- A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény
- Az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
- Munkaerő-piaci Információk, OMK, 1994.
- Nemzeti Alaptanterv. MKM, 1995.
- A népesség egészségi állapota. KSH 1989.
- Situation of the Youth in the 1980s. Paris, UNESCO 1981.

Fogalmak jegyzéke

alapellátás	fogyatékosügy
alkalmazkodás	függőség
alrendszer	gyógypedagógia
attitűd	<ul style="list-style-type: none">• fogalma• jövője• kompetenciája• története
Budapest-vizsgálat	gyógypedagógiai szociológia
bürokrácia, bürokratikus	gyógypedagógusok
címkézés	<ul style="list-style-type: none">• értékei• jövedelme• rekrutációja• státusa• szociális jellemzői
család	hivatás
csoport	identitás, identifikáció
deviáns, deviancia	imázs
elit	integráció
életminőség, életmód	intézet
Életminőség '95	iskola
előítélet	<ul style="list-style-type: none">• kisegítő iskola• speciális szakiskola• izolált iskola
érdekérvényesítés	izoláció
érték	„kitagolás”
foglalkozás	kiutalás
fogyatékosellátás	kliens
fogyatékosítás	kommunikáció
fogyatékos emberek	kompetencia, kompetens
<ul style="list-style-type: none">• általában• értelmi• evidens és nem evidens• hallássérült, siket személyek• látássérült, gyengénlátó, vak emberek• mozgássérült, rokkant személyek• száma	konszenzus- és konfliktus-felfogások
fogyatékoság	
<ul style="list-style-type: none">• fogalma• típusok	

kontraszelekció
lakóhely
minta
mobilitás
motiváció
munka
munkavállalás, munkanélküliség
nem
normalitás
önellátás
örökletesség
páciens
pályaválasztás
piac
presztízs
protekció
referenciacsoport
rehabilitáció
reintegráció
rendszer
reprodukció
segélyezés
státus

- státus-inkonzisztencia
- státuserózió

szakiskola
szakma
szegénység
szerep, szerepkonfliktus
szervezet
szociális ellátás
szociális munka
szocializáció
szociológia
szubkultúra
társadalmi

- hierarchia
- mobilitás
- munkamegosztás
- re-integráció
- struktúra, rétegződés

település

- Budapest
- falu
- város

totális szervezet
tradíció
újraelosztás
viktimizáció
zala megyei vizsgálat

Summary

The Sociology of Disability

The book deals with the sociological aspects of the life of people with disabilities. The author points out that the definition and the typology of disabilities and the way people are labelled as handicapped are closely related to their sociological characteristics and also effected by the sociological, socio-cultural characteristics of the society they live in. The author explains why the sociological approach is necessary to understand the situation of people with disabilities and to establish an efficient care system.

The first part of the book describes the life of people with disabilities through investigating the characteristics of their family life, their schooling and their working life showing that people with disabilities are in many senses in a disadvantageous situation in the society. The author describes the way of life and the quality of life of people with disabilities and the changes in the social attitudes towards people with disabilities. The book demonstrates that in many respects people with disabilities form a sociologically heterogeneous group.

The second part of the book deals with the sociological features of those who either as special educators or as experts in other caring professions deal with the problems of people with disabilities. The author shows that the social origin, the educational background and the other sociological characteristics of the 'helpers' are very different in many respects from the social characteristics of the 'helped'. The incongruence between the social positions of people with disabilities and the special educators is a source of collisions. Special educators are able to control the general situation of the relationship and they are able to determine the form and the content of the care provided for people with disabilities. The author also discusses the process of professionalization of special education.

The third part of the book is an overview of the macro and micro system of special education (care). The author differentiates between three main sub-systems where services are provided for people with disabilities: the redistributive bureaucratic system, the entrepreneurial market system and the informal household and reciprocal self-help system. This part of the book explains how in the three different sub-systems the relationship between the helper and the helped is shaped by the specific goals, mechanisms, expectations and rules of the different sub-systems. The book shows how the professional helper, the entrepreneurial helper and the family/community helper roles are created for those who are providing services. The author also describes how the role of people with disabilities varies in the three different sub-systems, how people with disabilities is transformed into 'client', 'patient' and the 'one in need' roles according to the general rules of the sub-system where she or he is treated.

The author discusses the above mentioned issues through a theoretical analysis, in a historical perspective, concentrating on the case of Hungary and making an extensive use of available empirical data.

GYORSJELENTÉS A FOGYATÉKOS EMBEREK HELYZETÉRŐL

PILLANATKÉPEK

A Szociális Szakmai Szövetség sorozata



FT

DS

Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 1997

GYORSJELENTÉS

A FOGYATÉKOS EMBEREK HELYZETÉRŐL

Pillanatképek

A Szociális Szakmai Szövetség sorozata

A kötetet szerkesztette és a tanulmányokat írta
Kováts András, Tausz Katalin

A kötet a Phare Szociálpolitikai Fejlesztési Program
és a Népjóléti Minisztérium támogatásával készült

A kötet koncepciójának kialakításában
és az anyaggyűjtésben részt vett:
Bánfalvy Csaba, Domszky András,
Kovács Zsuzsa, Liling Tamás, Mészáros Gabriella,
Névéri Katalin, Pordán Ákos, Szekeres Tiborné,
Zalabai Gábor

Tartalom

Előszó	116
Bevezetés	117
A család	122
Az önálló élet	126
Intézetek	130
Egészségügyi rehabilitáció és rehabilitáció	135
Oktatás, szakképzés	144
Foglalkoztatás	150
Jövedelmi viszonyok, szegénység	160

Előszó

A kötet a Szociális Szakmai Szövetség gondozásában megjelenő szociálpolitikai Pillanatképek sorozat második darabja. Nem tudományos elemző mű, nem statisztikai adatok gyűjteménye, nem szociografikus leírás. Szemelvényekkel kívánja bemutatni, hogyan ítélik meg a szociális szakmák általunk képviselt munkatársai a fogyatékos emberek helyzetét a mai Magyarországon. Ha a fogyatékossgot csupán egészségügyi problémának tekintik, az erőfeszítések az egyén testi és szellemi állapotának megváltoztatására irányulnak. Ha a javak és az erőforrások egyenlőtlen elosztásából származó hátrányos helyzetként értelmezik, akkor a szociális ellátórendszer hivatott a hátrányok mérséklésére. Ha devianciaként kezelik, vagyis az elfogadott testi és egészségügyi normáktól való eltérésként fogják fel, akkor a „normaszerű” és attól eltérő csoportok zavartalan együttélésének megvalósításán kell fáradozni. Ha a fogyatékossgot társadalmi és emberi jogi kérdésként kezeljük, akkor nem az egyének és a csoportok testi és szellemi korlátaira helyezzük a hangsúlyt, hanem arra, miként korlátozza a testi és szociális környezet e csoportok és egyének életét.

E kötet és a Pillanatképek sorozat minden darabja vállalt értékeink szellemében íródik. Elsősorban a politikai közvélemény formálóihoz, a döntéshozókhoz kívánunk szólni, és egyúttal mindazokhoz, akiket érdekel, miként látja a szociális szakma azok helyzetét, akikkel munkája során nap mint nap foglalkozik.

Bevezetés

A WHO (Egészségügyi Világszervezet) becslése szerint a világ népességének 10 százaléka él valamilyen fogyatékossgal. A különböző fejlettségű országokban arányuk jelentősen eltér. A szegénységgel vagy háborúval sújtott országokban ez a szám nagyobb, míg másutt kisebb.

Az ENSZ már 1975-ben deklarálta a fogyatékos emberek jogát a gazdasági és a társadalmi biztonsághoz, a megfelelő életszínvonalhoz, a foglalkoztatáshoz, a családban éléshez, a kreatív és a szabadidős tevékenységekhez és a teljes körű társadalmi részvételhez. A WHO 1980-ban e szemlélet szellemében rögzítette a három alapkategória tartalmát.

A károsodás (impairment) valamilyen biológiai vagy pszichológiai hiányt jelent (például valamely végtag hiányát).

A fogyatékossg (disability) bizonyos tevékenységek (például közlekedés, táplálkozás, öltözködés, munkavégzés) elvégzésére való csökkent, vagy módosult képesség.

A hátrány (handicap) károsodásból vagy fogyatékossgból eredő társadalmi hátrány.¹

A fogyatékossggal kapcsolatban elsősorban megelőző állami politikára van szükség. A fogyatékossgból eredő hátrányok mérséklését az önálló élet (independent living) feltételeinek megteremtése, illetve a komplex, mindenki számára hozzáférhető rehabilitációs programok eredményezhetik. A hátrány, azaz a társadalom rokkantossító működésmódja megszüntetésének feltételei az emberi jogok kiterjesztése és az esélyegyenlőség megvalósulásához nélkülözhetetlen negatív és pozitív diszkriminációs intézkedések.

Az ENSZ által meghirdetett Rokkantak Évét követő Rokkantak Évtizede 1992-ben zárult le. Az ENSZ Közgyűlése által 1993 decemberében elfogadott A fogyatékkal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai című dokumentumban a bevezetés 15. pontja kimondja: „Az alapvető szabályok célja az, hogy biztosítsák a fogyatékossggal élő lányok és fiúk, nők és férfiak számára, hogy társadalmuk tagjaiként ugyanazokkal a jogokkal és kötelességekkel rendelkezzenek, mint mindenki más. A világ minden társadalmában vannak még akadályok, amelyek hátráltatják a fogyatékossggal élőket jogaik és szabadságjogaik gyakorlásában, és megnehezítik számukra a teljes részvételt a társadalmi tevékenységekben. A tagállamok felelőssége, hogy mindent elkövetssenek az ilyen akadályok elhárítására. Ebben a folyamatban a fogyatékossggal élő személyeknek és szervezeteiknek aktív szerepet kell vállalniuk. A fogyatékossggal élő esélyegyenlőségének biztosítása lényeges hozzájárulás az emberi erőforrások mozgósítására irányuló, egész világra kiterjedő erőfeszítésekhez. Különleges figyelmet kell fordítani az olyan csoportokra, mint a nők, a gyerekek, az idősebbek, a szegények, a vendégmunkások, a kétszeres vagy halmozott fogyatékossggal élők, az őslakosok és az etnikai kisebbségekhez tartozók. Emellett nagyszámú fogyatékos ember van a menekültek között, akiknek különleges igényeire figyelmet kell fordítani.”

Az Európa Tanács hasonló szemléletű ajánlást fogalmazott meg 1992-ben és az Európai Unió tagállamai számára is különböző dokumentumokat és programokat alakítottak ki, amelyek kidolgozásában vagy/és elfogadásában Magyarország is részt vett.

A fejlett polgári demokráciákban a fogyatékos emberek mozgalmainak központi követelése: szűnjék meg a jóakarátú paternalizmus, tegyék fogyasztóvá a fogyatékos embereket, s ennek érdekében a szociális ellátásokat lehetőleg pénzben és ne természetben kapják, a szolgáltatások legyenek személyre szabottak és intézményesüljön a velük kapcsolatos felhasználói kontroll, tegyék lehetővé számukra

¹ A magyar nyelvű szakirodalomban a handicap kifejezést gyakran rokkantságnak fordítják.

az önálló (független) életet, bontsák le a nagy, totális intézeteket, helyettük a maguk választotta lakókörnyezetben, családjukban, átmeneti, félutas, családотthonos lakásokban élhessenek, a döntéshozatal minden szintjén vonják be őket az őket érintő ügyekbe.

A Magyar Köztársaság Alkotmánya kimondja, hogy minden magyar állampolgárnak joga van az emberi méltósághoz, a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, valamint a szociális biztonsághoz.

„Magyarországot számos vonatkozásban Kelet-Európa számára fontos üzleti, politikai és gazdasági partnernek tekintik. A fogyatékosokkal való bánásmódban azonban sokkal inkább hasonlít egy fejlődő országhoz. Jelenleg nagyon kevés fogyatékos embernek van módja teljes, önálló életet élni Magyarországon. A fogyatékosokat elkülönítik és diszkriminálják. Szabad mozgásukat környezeti akadályok gátolják, hiányoznak a megfelelő segédeszközök, illetve a megfelelő segítő személyzet, és nincs információjuk arról, hogy hogyan javíthatnának helyzetükön. Nagyon sokan intézményesített mini-géttőkben laknak, ahol se szabadságuk, se magánéletük nincsen.”²

A magyar jogalkotás terminológiájában – tükrözve a lemaradást a nyugati polgári demokráciáktól – a fogyatékos ember megváltozott munkaképességű dolgozó, leszázalékolt rokkant, ápolásra szoruló, együtt haladásra képtelen fiatal.

Magyarországon – statisztikai adatfelvételek és nyilvántartások szerint – a népesség körülbelül 5 százaléka tartozik a fogyatékos emberek csoportjába, így a fogyatékos emberek hátrányos társadalmi helyzete (legközelebbi családtagokat is figyelembe véve) milliós nagyságrendű magyar állampolgárt érint.³

A FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA MAGYARORSZÁGON 1990-BEN*

A fogyatékoság jellege	Százalék
Testi fogyatékoság	9,8
Mozgáskorlátozottság	30,1
Értelmi fogyatékoság	18,9
Nagyothallás	11,1
Siketség	1,8
Beszéd fogyatékoság	13,2
Gyengénlátás	12,0
Vakság egyik szemére	4,9
Vakság	2,1
Egyéb	5,6
Ismeretlen	1,1
Összesen	100,0

Forrás: 1990. évi népszámlálás. A fogyatékosok életmódja és életkörülményei. KSH, 1995

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

A gyógypedagógiai szakirodalom szerint az enyhe fokban értelmi fogyatékos emberek arányát mindössze az iskolás korú népességen belül lehet becsülni: e korosztályban ez mintegy 2,9-3,3 százalék. A közép súlyos értelmi fogyatékos személyek aránya a népességen belül a gyógypedagógia szerint mintegy 0,5 százalék, a súlyosan értelmi fogyatékos embereké 0,1-0,2 százalék, számuk mintegy 60 000-70 000 lehet.

A súlyosan mozgássérült emberek száma a KSH adatfelvételei és a MEOSZ kérdőíves vizsgálata alapján 70 000 főre becsülhető. Közülük a kerekesszéket, járógépet, művégtagot használók száma mintegy 19 000 lehet.

² Sid Wolinsky—Patricia Kirpatrick: A fogyatékosok helyzete Magyarországon. Esély füzetek, 3. kötet az egészségkárosultakról. Esély Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat, 1995. 9. o.

³ A fogyatékos emberekre vonatkozóan három nagy adatbázistípus létezik. A társadalombiztosítás által nyilvántartott rokkantsági nyugdíjasok, járadékosok száma magasabb a klasszikus értelemben vett fogyatékos emberekénél, hiszen ilyen ellátásban részesülnek a tartósan egészségkárosodott emberek is. A fogyatékos emberek érdekvédelmi szervezeteinek tagnyilvántartása csak a tagokat tartalmazza, ezért kisebb érték a teljes populációnál. A statisztikai-szociológiai vizsgálatok adatai is némi ingadozást mutatnak, elsősorban az adatfelvételek módszertani sajátosságai miatt.

A vak emberek személyi járadékát – a NYEDOMO—KSH Információs Évkönyvének adatai alapján – 1995-ben 37 295 fő kapta. A népszámlálás során mintegy 8000 mindkét szemére vak embert regisztráltak. A népszámlálási adatok alábecsültségéből adódó torzításainak erőteljes korrigálásával a mindkét szemére vak személyek száma 15 000 főre becsülhető.

A siket emberekre vonatkozó népszámlálási adatok kiegészítéseként becsülhető adathoz segít, ha figyelembe vesszük, hogy az országban található 7 siket gyermekek számára működő általános iskolában évfolyamonként összesen mintegy 100 diák tanul. Rendkívül elnagyolt becsléssel a súlyos halláskárosodásban szenvedő népesség száma nagyságrendben 20 000 körül mozog. Némiképp igazolja ezt az adatot, hogy a Siketek és Nagyothallók Szövetségének 12 400 tagja van, akik közül 8000 fő nagyothalló és 4400 fő siket.

A közvélekedés a fogyatékossgot csupán egészségügyi problémaként, emberi tragédiaként kezeli, holott a fogyatékossg nem vonatkoztatható el a társadalomtól. Az emberek általában úgy vélik, hogy a fogyatékos emberek munkavégzési lehetőségeit főként funkcionális korlátozottságuk határozza meg, hogy a fogyatékos emberek elszigetelt egyének, akiknek a hétköznapi életben tapasztalt gondjainak gyökere személyes szerencsétlenségük. De a kérdés megfordítható: mit tesz a társadalom azért, hogy csupán fogyatékossga miatt senki ne szoruljon ki a munkaerőpiacról, a közintézmények használatából, ne veszítse el jogát lakóhelyének szabad megválasztására, vagy a családalapításra. Triviális példa: az autóbusz gyártható úgy, hogy csak erős, egészséges emberek juthassanak fel rá, de úgy is, hogy idős ember, babakocsival utazó kismama, mozgáskorlátozott ember is kényelmesen használhassa.

Ha a fogyatékossgot csupán egészségügyi problémának tekintik, az erőfeszítések az egyén testi és szellemi állapotának megváltoztatására irányulnak. Ha a javak és erőforrások egyenlőtlen elosztásából származó hátrányos helyzetként értelmezik, a szociális ellátórendszer hivatott a hátrányok mérséklésére. Ha devianciaként kezelik, vagyis az elfogadott testi és egészségügyi normáktól való eltérésként fogják fel, a „normaszerű” és attól eltérő csoportok zavartalan együttélésének megvalósításán kell fáradozni. Többek között ezért zárják a fogyatékos embereket speciális intézetekbe, hogy ne „veszélyeztessék” a többségi társadalom zavartalan, „normaszerű” működését.

Ha a fogyatékossgot társadalmi és emberi jogi kérdésként kezeljük, akkor nem az egyének és csoportok testi és szellemi korlátaira helyezzük a hangsúlyt, hanem arra, miként korlátozza a fizikai és szociális környezet e csoportok és egyének életét. Ekkor a társadalom és nem a fogyatékos emberek viselik az alkalmazkodás felelősségének súlyát. A társadalom fogyatékosító működési módjának megértéséhez kívánunk hozzájárulni.

A rendszerváltás nem hozott érdemi javulást a fogyatékos emberek életlehetőségeiben. A szociálpolitikai ellátórendszer pluralizálódása, a nonprofit szektor megerősödése gazdagította ugyan a szociális gondoskodás formáit, s számos ellentmondásra nyomatékosan felhívta a figyelmet, de új problémák születtek. A neoliberális felfogás szerint az „improdutív” fogyatékos és egészségkárosodott ember költségvetési teher, s feltételezik, hogy megfelelő ösztönzéssel vagy kényszerítéssel a könnyebb utat választó, szociális ellátásokért jelentkező „kliensek” száma csökkenthető.

A fogyatékos emberek társadalmi helyzetéről nagyon kevés adat áll rendelkezésre Magyarországon. A kevés (és esetenként meglehetősen pontatlan) empirikus adatfelvételtől egyértelműen kiderül, hogy többségük komoly társadalmi hátrányokkal küszködik, ennek ellenére ezekre mindmáig nem fordítanak kellő figyelmet. Ennek számos lehetséges magyarázata van, de az alapvető az, hogy a fogyatékossgot, a fogyatékos emberek problémáit Magyarországon a mai napig elsősorban orvosi, pszichológiai vagy gyógypedagógiai ügyként kezelik. Azt, hogy a fogyatékos ember szegény, munkanélküli, alacsony iskolázott, vagy az, hogy az önálló életvezetés lehetőségei nem biztosítottak számára, járulékos problémának tekintik. Ezen szemlélet szerint a társadalmi hátrányokért az egyén veleszületett vagy szerzett „fogyatéka” a felelős; tehát a kiváltó biológiai vagy pszichés ok megszüntetésén kell fáradozni, s az a társadalmi hátrányok megszűnését eredményezi. A fogyatékos emberek rehabilitációja ez esetben döntően csak az egyén rehabilitációja.

A fogyatékossgot leggyakrabban valamilyen súlyos betegség idézi elő, másodsorban veleszületett okok miatt következik be, és az előbbieknél jóval kisebb arányban baleset eredménye. A fogyatékos emberek között (az össznépességgel ellentétben) több a férfi. A fogyatékos emberek lényegesen kevesebben élnek párkapcsolatban; az önállóan (saját háztartásban) élők aránya is alacsonyabb. A fogyatékos embereknek a népesség egészénél lényegesen rosszabbak az iskolázottsági és a foglalkoztatási mutatói, ennek következtében a jövedelmi helyzetük is messze elmarad. Az iskolázottsági és a foglalkoztatási hátrányok leginkább az értelmi fogyatékos személyeket sújtják. A lakások állagát, kom-

fortfokozatát jellemző adatok is lényegesen rosszabbak a népesség egészénél. Több mint 10 százaléuk intézetben él; az intézetben élők háromnegyede értelmi fogyatékos személy. A fogyatékos emberek között lényegesen magasabb a hagyományos módon szegények, depriváltak aránya, és az is tény, hogy a szegények körében nagyobb a fogyatékosná válás kockázata.

„A fogyatékosokkal való bánásmód azoknak a normáknak sem felel meg, amelyek az egyenlőséget és az integrációt hangsúlyozzák, s amelyeket olyan nemzetközi szervezetek deklaráltak, mint az ENSZ és az EGK. A magyar kormány folyamatosan megsérti a fogyatékosok jogait, s ezzel az Egyetemes Emberi Jogok Nyilatkozatát (Declaration of Human Rights) valamint a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Megállapodását (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Mindez nagyon hasonlít egy etnikai kisebbség diszkriminációjához és jogainak figyelmen kívül hagyásához.”⁴

⁴ Sid Wolinsky—Patricia Kirpatrick: A fogyatékosok helyzete Magyarországon.

A család

A fogyatékoság – bár sok szülő reménykedik ebben – nem átmeneti állapot, nem betegség, amiből meg lehet gyógyulni, hanem valami olyasmi, ami „ezután már mindig így lesz”. Egy fogyatékos gyermek születése, vagy valamelyik családtag fogyatékosá válása alapjaiban változtatja meg a család életét.

A fogyatékos családtag ápolása, gondozása, a vele való foglalkozás sajátos terheket ró mindenkire, felborítja az átlagos, megszokott életstílust, és ehhez társul a fogyatékos gyermek vagy megrokkant felnőtt miatt érzett keserűség, az elveszett lehetőségek nyomasztó tudata. Ezt a legkifejezőbben a gyászhoz hasonlítható érzést nehezen, sokszor csak hosszú évek alatt sikerül feldolgozni, ha egyáltalán sikerül. Sok házasság felbomlik, családok hullanak szét. Ideális esetben megtanulnak együtt élni a fogyatékoság okozta megrázkódtatással, és az élet át- és újraszervezésével úrrá lesznek a problémákon. Számtalan példa bizonyítja, hogy a fogyatékos családtaggal is lehet boldog és harmonikus családi életet élni. Többnyire azonban nem ez történik. A családok nem képesek megbirkózni sem a pszichikai eredetű, sem az objektív körülményekből, a társadalmi feltételekből, lehetőségekből fakadó nehézségekkel. Az esetek többségében nem csupán az anyagi szűkösség vagy a technikai felszereltség hiánya, vagy elégtelen volta okozza a gondokat, hanem az a szemlélet, ahogy a társadalom a fogyatékoságot, a fogyatékos embert kezeli. Mindebben jelentős az állam felelőssége.

A problémák már ott kezdődnek, hogy az egészségügyi ellátórendszerben, például a szülészeti osztályokon dolgozók sem kellően felkészültek a szülők megfelelő tájékoztatására. Gyakran hallható tanács: „hagyja itt anyuka, úgysem lesz belőle soha rendes ember”. A fogyatékos emberek életéhez általánosságban kötődik a csökkentértékűség, egy-egy fogyatékos gyermek születése, vagy baleset esetén rendszeres vélekedés, hogy „jobb lett volna neki, ha nem marad életben”. Számtalan alkalommal a szülőket nem tájékoztatják megfelelően gyermekük fogyatékoságáról, alapvető fontosságú kezelésekhöz sokszor nem, vagy csak késve jutnak az információhiány miatt. Nemcsak a családok nem kapnak megfelelő felvilágosítást az igénybe vehető szolgáltatásokkal kapcsolatban, hanem az egészségügyi és a gyógypedagógiai intézmények között sincs meg a szükséges együttműködés, információáramlás.

Egységes társadalompolitikai koncepcióba ágyazott ellátórendszer nincsen. A fogyatékos emberek problémáinak kezelésével elszigetelt, egy-egy részproblémára összpontosító szervezetek, intézmények foglalkoznak.

A családok tehermentesítése általában egyáltalán nem, vagy csak az intézetbe adással oldható meg. Nem működik olyan kiterjedt gondozó-, szolgáltatóhálózat, amely a fogyatékos gyerekeket nevelő, vagy fogyatékos felnőtteket gondozó családok támasza lenne. A szociális ellátórendszer és a társadalombiztosítás hiányosságai miatt a fogyatékos emberek családban maradása szinte minden esetben egyet jelent a jelentős életszínvonal-romlással, az elszegényedéssel. A költséges kezelések, a segédeszközök megvásárlása, a gondozással foglalkozó családtag keresőképtelensége nagyon megviseli a többségében amúgy sem jómódú családokat. A fogyatékos családtagot gondozó háztartások anyagi gondjai nyomasztóan megoldhatatlanok. Az alábbi leveleket egy alapítványhoz írták. (Itt és a továbbiakban az idézett írások eredeti tolmácsolására törekedtünk, sem nyelvi, sem helyesírási hibát nem javítottunk.)

„Nagyon szépen megkérem, hogy ha lennének szívesek nekünk segíteni. Öt lánygyermeket neveltünk fel, ebből egy értelmi fogyatékos de már nem nálam van, férjhez ment, és így csak egyedül nevelem tizenöt éves kislányomat én 1993-ban lebéultam, három lábú bottal még csak egy kicsit elsétálok, de a kezemmel sajnos semmit se tudok csinálni. Ezért nagyon szépen kérem önöket ha lehetne, tessék szíves lenni negyvenezer forinttal segíteni.

Nincsen tüzelőnk és téli ruhánk se meg a kis házunk is olyan, hogy fürdőszoba sincs, de a vályogházunkban egér az sok van. Előre is köszönöm, sürgős lenne, mer az orvosok azt mondják, azért fázok mindig, mert a bal felemen nincs rendes vérkeringés. Még egyszer előre is köszönöm.”

„A mi kislányunk születése óta halmozottan fogyatékos magatehetetlen fekvő agyvérzéses, magát ellátni nem tudó 33 éves. Neveléséhez ellátásához sehonnan segítséget nem kapunk. Én rokkantnyugdíjas vagyok, állandóan a kislány mellett vagyok és ápolom. Feleségem negyven éve egészségügyi dolgozó és most nyugdíjazás alatt áll.

Most rá sem merünk gondolni, hogy mi lesz velünk, mert a feleségein nyugdíja is kb. 14 000 forint lesz. Az én rokkantsági nyugdíjam 13 200 forint, én is az egészségügyben dolgoztam. A rezsink havi 15 000 forint.

A kislányunk születése óta igyekeztünk mindent megadni még a mi nélkülözésünk árán is. Attól félünk, hogy az elkövetkezendő időben ez nem fog menni és mi lesz velünk.

Nagy szüksége lenne meleg pizsamára és lepedőkre mert nem tudjuk megvenni.

Kérem ha lehet látogassanak meg bennünket. Szeretettel várjuk önöket. Köszönöm.”

„Igen hosszú töprengés után fogtam a levél írásához.

A férjemnek 285 nap munkaviszony mellett egy árva fillér ellátása nincs mivel vállalkozó volt 1995-ben, de sajnos a vállalkozás pénz nélkül nem megy. [...] születtem, itt éltem le életem javát sajnos a helyi önkormányzat egyes emberekhez igen kegyes; egyesekkel pedig elutasító. Rendezett életet éltünk, amíg férjemnek rendes munkahelye volt. A gyerekek 15-14-13 évesek akik közül a 14 éves Ildikó sajnos születésétől fogva mozgássérült, a betegségét enyhén szellemi fogyatékoság, epilepszia és még számos betegség kíséri. Gyógytornára, fürdőbe és egyéb kezelésekre nem tudjuk vinni mivel a havi jövedelmünk a betegápolási díj, családi pótlék és Ildikó nevelési segélye aminek együttes összege 19 600 forint. Ugyanakkor a kiadásom víz, villany, palackos gáz, a fiúknak a buszbérlet, TV díj, 6000 forint, nekem maradt 13 600 forint ezt elosztva 31 nappal 438 Ft marad napi kiadásra. Bizonyára nem kell kommentár mire elég. Sajnos az 1992-ben induló gázprogramra én is felvettem a Takarékszövetkezettől hitelt amit bizony egy éve nem fizetek a gázunk ki van kapcsolva. Itt a nagy lakás és csak egy szobát tudok fűteni a régi kályhával, abba is a fát a férjem úgy gyűjtögette össze az erdőben amit az erdészeti bizonyos összeg befizetése után engedélyezett. Itt a tavasz, a gyerekeknek lábbeli, némi ruha, zokni és egyéb kellene, de képtelen vagyok megvenni. Ezért kérném önöket, valamennyivel segítsenek nekem a holtpontonról való kimozdulásomban.”

Az alábbi két idézet önkormányzatokhoz benyújtott segélykérelmekből származik:

„A gyerekek közül egy értelmi fogyatékos. Az anya legkisebb gyermekével GYES-en van. Jövedelmük a családi pótlékból (10 200 Ft) és a GYES-ből (9024 Ft) áll.

A család albérletben lakik, melyért 8000 Ft-ot fizetnek, és más lehetőség híján villannyal fűtenek, így a havi villanyszámlájuk 7-8 ezer forint. Mivel az anya a gyermekek miatt nem tud munkát vállalni, gyakorlatilag semmi jövedelmük nem marad megélhetésre.

Az elektromos berendezést azóta kikapcsolták. (97. I.)”

„T. Szoc. Biz.

Tárgy: Méltányossági kérelem 100 százalékos étk. díj mérséklésére.

P. István (2977 11. 19.) a [...] Napköziotthon gondozottja. 1996. febr. 19-én elköltözött a kerületből a [...] kerületi [...] u. 5. sz. házba. A család a XIII. kerületi lakás rezsijét nem tudta kifizetni és egy alacsonyabb komfortfokozatú lakásba költöztek. Az anya ápolási díjat kap (5414). Az apa munkánélküli járadékot kap 6700/7600 Ft.

P. Istvánon kívül van még egy kiskorú gyermekük, aki iskolába jár. Családi pótlékot még két hónapig kap a család (8600 Ft)

P. István nyugdíja 8700 Ft.

A családban az egy főre jutó jövedelem 6000 Ft.

A fentiek alapján P. István esetében az étkezési díj 100 százalékos mérséklését indokoltnak tartom és kérem a T. Szociális Bizottság hozzájárulását.
96. márc. 1. [...] napköziotthon vezetője”

A fogyatékos családtagot gondozó családok többsége mindent megtesz, hogy helyzetén valamelyest javítson, de gyakran minden igyekezet hiábavalónak tűnik.

„Először is szeretnék bemutatkozni. 6 pici gyermekem van. Judit 21 éves, Tamás 9 éves, Zita 7 éves, Gábor 6 éves, aki sajnos születése óta a bal szemére vak és a jobb szemére gyengén látó. Fejlődési rendellenességben szenved, testi és szervezeti lemaradottsága van. Jelenleg 12 kg a testsúlya, magassága 104 cm. Az iskolakötelezettség alól felmentették 1 évre. Állandó orvosi és kórházi kezelésre szorul. Több ízben műtötték a budapesti Mária utcai Szemészeti Klinikán. Jelenleg a Tűzoltó utcai Gyermekklinikán kezelik.

Krisztina lányom 4 éves, Csilla 1 éves. Férjem leszázalékolt nyugdíjas. Havi jövedelmünk 42 000 Ft családi pótlékkal együtt. Sajnos jövedelmünk egy részét felemészti beteg kisfiam orvosi kezeltetése. Alig marad a számlák kifizetésére. Sajnos ott tartunk, hogy a villanyunkat kikapcsolják. A telefont már nem tudjuk fizetni, pedig csak a legszükségesebb dolgok, illetve a beteg kisfiam kórházi kezelésének megbeszélésére használjuk. A téli tüzelő sajnos mindenünket felemészített. Húst, gyümölcsöt, édességet nem fogyasztunk, csak nagyobb ünnepnapokon. Ruhát, cipőt nem vásárolunk, családon belül használtan kapunk. Kézzel mosok, mert a tíz éves mosógépem a szolgálatot felmondta és megjavítani vagy újat venni nem tudunk. Fóliázunk, földet művelünk, de sajnos az időjárás évről évre mindenünket tönkretesz, hol a jég, hol a fagy. Sajnos egyre szegényebbek leszünk. Már ott tartunk, hogy a kenyér és a tej megvásárlása is nagyon megterhelő. A helyi önkormányzat az iskolába járó gyermekeimnek ingyenes közétkeztetést biztosít, de sajnos többet segíteni nem tud. Mivel nagyon kis település, sok a szegény és munkanélküli. Segítségért fordultam a Magyar Televízió belpolitikai stúdiójához, ahonnan el is jöttek forgatni, de sajnos érdemben segítséget nem kaptunk. A gyermekeimért az életemet adnám, csak nekik jó lenne. Már gondoltam, hogy eladom valamelyik belső szervemet, de nem tudom hol kell elintézni. Mindent megtennék a gyermekeimért, hiszen ők olyan ártatlanok, okosak és szépek, és előttük a jövő, de most jelenleg ők szenvednek a felnőttek bűneiért és ballépéseikért, felelőtlenségükért. Hívő emberek vagyunk. Gyermekeim hittanosak, templomba járnak. Hiszem és bízom egy jobb világban, hiszem, hogy jön egy jobb világ, hol nem a korrupció, a becsstelenség uralkodik, hanem a dolgos kezek, a becsületesség, emberség lesz a döntő. Kérem szépen tisztelettel, ha mód és lehetőség van rá segítsenek gyermekeim neveltetésében. Bármilyen segítséget hálás szívvel elfogadnák. Tudom, szegény a koldulás, de gyermekeimért, az életemet is oda adnám, csak nekik ne keljen nélkülözni, Kell a társadalomnak a gyerek hiszen ők lesznek a felnövő generáció, akik majd egy jobb világot teremtenek.”

A fogyatékos gyermek nevelése nemcsak anyagilag viseli meg a családokat, hanem komoly pszichés terheket is ró a szülőkre. A problémák feldolgozása megfelelő szakmai segítség, támogató környezet hiányában nem sikerül.

„Szeretnék írni a családom körülményéről, és arról, hogy most hol tartunk, azóta mióta írtam önöknek. Írtam önöknek, hogy Júliától nem tudtam elmenni dolgozni 3 hónapot, hogy tovább járt volna a jövedelempótló támogatás ezért lemondtam 1996. V. 31 én. Olvastam a népjóléti Minisztérium rendeletét, és járt is a falunkban a Minisztérium osztályvezető asszonya ő is mondta, hogy 1996. április 15-étől jár a tartós beteg gyermekekre a Méltányossági Gyes. Én akkor utána elkezdtem intézni Egerbe a Méltányossági Gyest. Hála a jó Istennek 2 hónap után míg végleg meg írták hogy 1997. októberig megkaptam a Gyest. Visszamenőleg küldték a pénzt és azóta is kapom minden hónapban rendszeren a 9.024 forintot. Júliáról még annyit, hogy már 3 betűt összeolvas nehezen ír, még most tartunk a cica farkánál a c betűnél összekötni a kettő cc betűt és a 2 l-t. Számolni és írni nagyon nehezen tud. Azt mondta az egri pszichológus, aki jár ki a falunkba, hogy olvasni nehezen meg fog tudni tanulni de írni és számolni lehet, hogy nem tud megtanulni. Most 12 éves és koronggal számolunk csak 5-ig, összeadni és kivonni. Most szeptembertől új tanárnőjük van nagyon rendes, sokat tanítja a kislányt, és nagyon sokat

fejlődött nála. Júlia nagyon szereti a tanárnőjét, és szívesebben jár iskolába most, mint tavaly. Nem győzöm eleget köszönni a tanárnőnek, hogy ennyit dolgozik és fárad a kislányom fejlődéséért. Ő azt mondja, hogy ez a dolga, hogy tanítja a gyerekeket akik ilyen szinten vannak mint az én lányom. A családról még annyit, hogy a férjem most is munkanélküli. A nyáron akadt egy két hetes napszámos munka de sajnós itt a tél és nincs munkája, se munkahelye, pedig mindig járt munka után, de nem vették föl sehová. Van még egy 16 éves fiam, ő már két éve elballagott a 8. osztályból. Tovább szeretett volna tanulni de sajnós az anyagiak miatt se tavaly, sem az idén nem tudott menni. A másik lányom most 8-ikos ő is szeretne menni továbbtanulni de sajnós ha még nem lesz a család olyan helyzetben. Hogyha a férjemnek akadna munkahelye talán megoldaná a problémáinkat. És akkor mind a két gyermekem tanulhatna tovább. Közepes tanuló mind a két gyermekem. [...]"

A fogyatékos gyermekét egyedül nevelő, vagy idős szülő nem rendelkezik az öregkorára szükséges támasszal. Előfordul, hogy anya és fia együtt vonulnak szociális otthonba. A felnőtt fogyatékos gyermekükről gondoskodó idősödő szülő életében állandó a jövőtől való rettegés, a félelem attól, hogy mi lesz a magára maradó fogyatékos gyermekével.

A családok társadalmi kapcsolatait is meghatározza a velük élő fogyatékos családtag. A barátok, ismerősök fokozatosan elmaradnak, sokan egyáltalán nem, vagy csak elvétve képesek kapcsolódni, nyaralni. Magyarországon jelenleg nagyon korlátozott számban vehető igénybe olyan szolgáltatás, ami megfelelő színvonalon és nem utolsósorban elérhető áron biztosítja a fogyatékos családtag szakszerű felügyeletét, egy-egy estére, esetleg gondozását néhány hétre, hogy a család többi tagja lélegzetvételnyi kikapcsolódáshoz jusson.

„Nem szeretek otthon lenni, mert semmit sem tudok csinálni. Reggel a testvérem segít mosakodni, öltözni, kiültet a toléshékbe és ott vagyok egész nap. Ha úgy megy el dolgozni, hogy nincs ideje beemelni a shékbe, akkor az ágyban maradok, mert az apusnak nem szabad emelnie a lába végett, az anyu meg nem bír el.

Olvasok, verseket szoktam írni. Sokat gondolok az érdekes, megmagyarázhatatlan dolgokra,, hogyan építették a piramisokat, mi vajon a titkuk. Az ufók is érdekelnek, szeretnék találkozni velük.

Az utcára nem tudok kimenni, csak ha segítenek, mert rossz a járda, megakad és felborul a toléshék. Volt, hogy kiestem belőle az utcán, anyuék meg nem tudtak visszarakni. Nem is szeretek kijárni, mert a szomszédok öregek, nincs a közelben hasonló korú fiatal, mind családosok.

Elvagyok a négy fal között egész nap, este meg várom, hogy jöjjön a bátyám lefektetni. Volt olyan is, hogy nem jött, én meg a toléshékben aludtam.

Szeretnék valamit tanulni, le szeretnék érettségizni, meg dolgozni. Nem tudom milyen munkát tudnék ellátni, mindegy. Biztosan sok mindent meg tudnék csinálni.

Anyámék eddig féltettek, nem engedtek el otthonba, de most már ők se elleneznék, hogy elkerüljek tőlük.”

Az intézeti elhelyezés sok család számára nem, vagy csak nagy meghasonlások árán vállalható, részben az intézetek többségében uralkodó embertelen körülmények miatt, részben az egyébként nem túl segítőkész környezettől várható „rossz szülő”, „lelkiismeretlen házastárs” vagy „hálátlan gyermek” címke miatt.

Az önálló élet

A fogyatékos emberek többsége a családalapítással, önálló életvitellel kapcsolatos területeken jelentős hátrányokat szenved, a fogyatékoságuk miatti hátrányos megkülönböztetés egész életüket végigkíséri. Az 1990-es népszámlálás idején a fogyatékos emberek kevesebb mint fele (47 százaléka) élt házastársi kapcsolatban, a teljes lakosságot tekintve ugyanakkor ez az arány 61 százalék volt. Általában elmondható, hogy minél súlyosabb valakinek a fogyatékosága, annál kisebb az esélye, hogy valaha is családot alapítson, vagy legalábbis önálló életet éljen. A megfelelő általános feltételek biztosítása a társadalom feladata. A fogyatékos emberek általában nem azért élnek életük végéig a szüleikkel vagy intézetben, mert ők így érzik jól magukat, hanem mert fokozottan másokra vannak utalva, s így nincs más választásuk.

„Problémái: veleszületett gerincvelő rendellenesség, incontinenca. A lábán kialakult fekély miatt 1993-ban amputálták egyik lábát. Apja alkoholista, anyja takarítónő. 3 testvére van, közülük egyik a gondozója, de nem törődnek vele. Nem ehetsz együtt a többiekkel, mert büdösnek tartják az incontinenca miatt, apjával él közös szobában. Az általános iskolában magántanuló volt, de decemberben még általában nem volt beíratva, nem voltak tankönyvei. Többszöri kórházi tartózkodásai alatt csak anyja látogatta, de amikor a lábamputációja volt, egy hétig ő sem jött, mondván, dolgozott, nem ért rá.

A gyerek karácsony előtt kétszer jelentkezett az osztályon, szerette volna, ha az ünnepekre bekerülhet a kórházba. Közben elvégezte a nyolc általánost, jelenleg gimnáziumba, elsőbe jár – úgy tervezte, marad otthon és bejárós lesz.”

„Az általános iskolában még voltak előnyei, hogy béna vagyok. Akkoriban még mankóval jártam, az órák alatt jelentkeztem, hogy ki kell mennem... Mindig akadt aki segített. Ellógtunk egy kis időt, s ezzel lehetett némi népszerűsége szert tenni. Aztán később már nem volt népszerűség, csak hátrányok. Érettségi után feljöttem Pestre, intézetbe, onnan költöztünk amikor felépültek a házak, a telepre. Önálló lettem, most is dolgozom. A család és az ismerőseim mégsem tudták elképzelni, hogy nekem gyerekem lehet. Pedig én mindig is akartam. Mégis meglepődtem kicsit, mikor kiderült, hogy terhes vagyok, mert talán nem időzítettem elég jól. De egy pillanatig sem volt kétséges, hogy megtartom. A kiságyát is én terveztem. Olyan magas, mint a tolokocsi, s középen egy ajtóval nyitható. Ma már öt éves, teljesen egészséges, eleven határozott kislány. Ma már ő segít nekem. Tereget és mosogat is. Igaz, szigorúan fogtam. Már egész kicsi korában meg kellett értenie, nem mehet el mellőlem, mert csak így sétálhatunk biztonságosan az utcán. Megértette. Talán kicsit hamarabb megtanult ezért mindent.”⁵

Az önálló életvitellel kapcsolatos gondok általában már az iskolai tanulmányok megkezdésekor kezdődnek. Két lehetőség áll a fogyatékos gyermekek előtt. Az egyik az integráció, de ennek nálunk a legalapvetőbb feltételei is hiányoznak. Az iskolaépületek többsége mozgássérült emberek számára megközelíthetetlen; nincsenek megfelelő kommunikációs segédeszközök, amelyeket az érzékszervi fogyatékosok igénybe vehetnének; a korai gondozás, családgondozás nem megoldott, nincsenek erre specializált pedagógusok. Az integrációs próbálkozások többsége kudarcra végződik, a gyermek csak

⁵ Hírlévl. Szerkeszti: Házi Magdolna

vegetál. Néhány esetben megtűrt „szegényke”, akit sajnálatból tartanak a többiek között. A másik lehetőség a szegregált képzés, azaz a speciális iskolák. Itt védett környezetben van a gyermek, de izolálva környezetétől, sokszor internátusi rendszerben, távol a családtól. A speciális tanterv csökkentett mennyiségű tananyagot és követelményszintet is jelent. A mozgás- és érzékszervi fogyatékos gyermekek esetében semmi nem indokolja az általános iskolai tananyagtól eltérő szintű ismeretek oktatását. A speciális iskolákban oktató pedagógusok többsége gyógypedagógus, és nem rendelkezik szaktárgyi végzettséggel. Így az innen kikerülő diákok jelentős hátránnyal indulnak a továbbtanulás területén, és rendkívül szűk a speciális tagozatok kínálata. A fiatalok többsége integrálódni kénytelen, de a hirtelen váltás, a speciális „védett” környezet elhagyása sokszor teljesítményromláshoz vagy végleges kimaradáshoz vezet. Mivel így a magasabb követelményeknek nem tudnak eleget tenni, számukra az elavult és nem túl keresett szakmák maradnak, sok esetben a speciális szakiskolák betanítottmunkás-szintje, csak néhányan jutnak el a szakközépiskoláig és csak kivételes esetben kerülnek gimnáziumba. A felsőfokú végzettség megszerzésére gyakorlatilag nincs esélyük, alapvetően azért, mivel a középfokú tanulmányoktól elkerülhetetlen integrációt, az ehhez tartozó speciális segéd-eszközöket az állam semmiféle támogatásban nem részesíti.

A fogyatékos embereknek a többnyire piacképtelen szakmai végzettségükkel esélyük sincs az elhelyezkedésre, így az iskolapadtól legtöbbjük számára egyenes út vezet a rokkantnyugdíjhoz. Ez a lehetőség is csak addig áll fenn, amíg az új nyugdíjrendelet ki nem szorítja őket ebből, és akkor féltő, hogy sokuknak semmiféle rendszeres jövedelmük nem lesz. A rokkantnyugdíjasok semmiféle átképzésre nem jogosultak, regisztrált munkanélkülivé sem válhatnak, a munkaerőpiac teljesen „leírta” őket.

A fiatalok elhelyezkedési, munkavállalási esélye a nullával egyenlő, pedig a munkahely az önálló életvitel alapvető feltétele. Az idősebbek – akik még dolgoznak – rendkívül féltik az állásukat, hiszen létszámleépítéseknel általában az elsők közt bocsátják el őket. A munkahelyekről elbocsátottak többsége elmegy rokkantnyugdíjba, a jobb érdekérvényesítő képességgel rendelkezők esetleg be nem jegyzett munka vállalásával próbálkoznak. Ezek természetesen a „klasszikus” rosszul fizető fizikai munkák.

A fogyatékos emberek lakhatási esélyei, lakáskörülményei lényegesen rosszabbak, mint az átlagos magyar háztartásokéi, pedig életükben a lakás, a lakóhely hangsúlyozottan fontos szerepet játszik, hiszen a közlekedésre, tágabb értelemben vett kommunikációra alkalmas környezet híján (kiszorulva a munka világából) életük java részét lakásukban töltik.

A lakások komfortfokozatában mutatkozó eltérések egyértelműen utalnak a népesség fogyatékos hányadának nehéz életkörülményeire, jelezve a szegénység és a fogyatékoság szoros összefüggését. 1990-ben a fogyatékos emberek 24,7 százaléka, az ország népességének pedig „csak” 18,6 százaléka élt minden komfortot nélkülöző lakásban. A vízöblítéses WC-vel ellátatlan lakások aránya például a népesség egészében 28,8 százalék, a fogyatékos emberek körében 59,6 százalék volt. A fogyatékos emberek és a népesség lakásainak tulajdoni jellegében nem voltak lényeges eltérések, csupán a nagyobb tőkeerőt igénylő társasházi és egyéb öröklakáshoz jutottak hozzá kevésbé.⁶

Komoly gondot jelent a mindennapokban, hogy a fogyatékos emberek háztartásai a legalapvetőbb rehabilitációs segédeszközökkel sincsenek felszerelve. A mozgássérült emberek közül csak kevesen élnek speciálisan kialakított terekben, többségük a keskeny ajtók, szűk mellékhelyiségek, magas bútorok miatt még saját lakásukban is nehezen képesek mozogni. A hallássérült emberek számára ébresztőlámpa vagy vibrációs párna hiányában – gondot jelent a reggeli felkelés, hiányzik a kisgyermek sírásának észleléséhez szükséges babasírásjelző vagy a telefonhívásokat jelző speciális készülék. A telefon használatához szükséges készülék sokszorosan drágább, mint a hagyományos, a szövegíró telefont Magyarországon nem forgalmazzák és a faxra sincs tb-támogatás.

Az információhoz jutás lehetősége is erősen korlátozott. Különösen az érzékszervi fogyatékos emberek szenvednek ettől. A látássérült személyek számára a köztéri feliratok, hirdetések olvashatatlanok, nyomtatott szöveget egyáltalán nem tudnak olvasni. Létezik ugyan számukra úgynevezett hangoskönyvtár (itt hangszalagra rögzített szépirodalmi műveket kölcsönözhetnek), ennek kínálata azonban elég szegényes, szakirodalom például alig található. A hallássérült emberek a rádiót egyáltalán nem tudják használni, a tévében minimális a feliratozott műsor, az újságok a többségében rokkant nyugdíjból élők számára túl drágák. Szükséges lenne, hogy a tévében legalább a közérdekű

⁶ 1990. évi népszámlálás. A fogyatékosok életmódja és életkörülményei. KSH, 1995

felhívásokat, hírműsorokat, ismeretterjesztő filmeket lássák el analóg felirattal. Minimális azon speciális műsorok adásideje – kéthetente 10 perc –, amelyben jeltolmácsot és feliratot is alkalmaznak. A közterületi hangosbemondók (állomások, forgalomirányítók, strandok stb.) esetében fénykiírókra lenne szükség. A nagyobb pályaudvarokon ez a probléma már megoldott és a BKV járatain is egyre gyakrabban találkozhatunk a hallássérült emberek tájékozódását megkönnyítő fénykiírókkal.

Az épített környezet akadályai szinte megoldhatatlanok a fogyatékos emberek önálló életében. A tömegközlekedési eszközök többsége mozgáskorlátozott emberek számára nem igénybe vehető, a járművekre kerekesszékekkel nem lehet felszállni. Budapesten a metróba és az aluljárókba nem lehet lejutni. De nemcsak az utazás, hanem a forgalmasabb útkereszteződéseken való átkelés sem biztosított. Furcsa fejlemények is adódnak. Tavasszal a Millenniumi Földalatti több állomásán speciális, mozgássérült utasok szállítására alkalmas liftet szereltek föl. A kezdeményezés öröndetes. A helyszín kiválasztásában vélhetően szerepet játszott a Mozgásjavító Általános Iskola közelsége is. A dolog abszurditása az, hogy nincs, aki működtesse a liftet, így számukra a földalatti használata a meglévő eszköz ellenére sem megoldott.

A magas járdaszegélyek és a járdákon parkoló gépkocsik miatt a városok utcáinak többsége kerekesszékekkel járhatatlan. Különösen aggasztó a helyzet ebből a szempontból a fővárosban. A távolsági közlekedés is komoly kihívást jelent a mozgáskorlátozott emberek számára. Többségüknek nincs elegendő jövedelme saját gépkocsi fenntartására, a költséges átalakítások finanszírozására. Távolsági buszokon lehetetlen kerekesszékekkel utazni, és a vasúti szerelvényekre is reménytelen a feljutás. A MÁV-nak ugyan van már tíz speciális – kerekesszékek beemelésére alkalmas szerkezettel ellátott – kocsija, azt azonban csak remélni lehet, hogy ezek éppen akkor és éppen oda indulnak, amikor és ahova a mozgáskorlátozott utas utazni akar.

A látássérült (különösen a vak) emberek is jelentős megpróbáltatásoknak vannak kitéve közlekedésük során. A jelzőlámpák csak a Vakok Állami Intézetének és Általános Iskolájának közvetlen közelében vannak hangjelzővel is ellátva, mintha természetes lenne, hogy valaki csak lakóhelye és iskolája 500 méteres körzetében éli az életét. A szabálytalanul parkoló gépjárművek, a nem megfelelően jelzett építési gödrök, a szakszerűtlenül elhelyezett postaládák, telefonfülkék és villanyszekrények megannyi veszélyforrást jelentenek az utcákon közlekedő látássérült emberek számára.

A középületekbe való bejutás, illetve a hivatalokban való tájékozódás sok fogyatékos ember számára lehetetlen. Nagyon kevés épületbe lehet például kerekesszékekkel bejutni. Bár 1987 óta jogszabály írja elő az újonnan épített középületek mindenki számára akadálymentes elérhetőségének biztosítását, a szankciók hiánya miatt sok építető nem fordít gondot az ilyen jellegű speciális igények kielégítésére. Tapasztalat alapján, a társadalmi közszemléletből eredően, senki nem készítette az építetőket arra, hogy a középület „köz” fogalmába mindenki kivétel nélkül beletartozzon. A probléma iránti érzéketlenséget legjobban az a tény bizonyítja, hogy a Gyógypedagógiai Főiskola épületeibe sem lehet a mai napig kerekesszékekkel bejutni.

A Nyitott Város Kalauza Akciócsoport 1992-1993-ban 12 budapesti kerület több mint 6000 középületében végzett felmérést arról, hogy azok fogyatékos emberek számára igénybe vehetőek-e. Az eredmény lehangoló volt. Látás- és hallássérült emberek igényeinek mindenben megfelelő objektumokat nem találtak. A vizsgált épületeknek alig 10 százaléka az, ami mozgáskorlátozott emberek számára alkalmas vagy részben alkalmas minősítést kapott. A közintézmények, oktatási, művelődési, szociális és egészségügyi intézmények jóval nagyobb arányban voltak nem megfelelő épületekben, mint a szolgáltatással foglalkozók.

A MOZGÁSSÉRÜLT EMBEREK SZÁMÁRA IGÉNYBE VEHETŐ KÖZÉPÜLETEK INTÉZMÉNYTÍPUSONKÉNT (12 BUDAPESTI KERÜLET)

Intézmény	Alkalmasak száma
Minisztérium (9)	
parkoló	3
bejárat	4
belső terek	6
WC	1

Rendőrség (13)	
parkoló	2
bejárat	3
belső terek	4
WC	0
Polgármesteri Hivatal (16)	
parkoló	11
bejárat	8
belső terek	12
WC	1
Egészségügyi épületek (125)*	
parkoló	52
bejárat	58
belső terek	76
WC	21
Művelődési oktatási épületek (94)**	
parkoló	39
bejárat	39
belső terek	54
WC	13

* Kórházak, klinikák, körzeti szakorvosi rendelők, háziorvosi rendelők, fogorvosi rendelők

** Színházak, koncerttermek, mozik, szabadidőközpontok, múzeumok, galériák, kiállítótermek

A Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége 46 városban készített felmérést akadálymentességéről. A kérdőívre válaszoló városok 43 százalékában előfordul letört, süllyesztett járdaszegély, 17 százalékában hangjelzést is adó közlekedési lámpa. Egyik településen sem található pontírástos tájékoztató.

Mindennek csak kevéssé elfogadható magyarázata, hogy az épületek többsége régi építésű. Sokkal inkább tetten érhető az a tény, hogy a nem piaci szférában ma sem fordítanak kellő figyelmet a fogyatékos emberek környezeti igényeire. Igaz, hogy a régi épületek átalakítása komoly anyagi ráfordítást és gondosságot igényel, de az újabban épült, azonos funkciójú épületek közül is még mindig sok a nem megfelelően épített.

A tapasztalatok szerint a mozgássérült emberek számára a síkos járófelület, a lépcsők, a liftek, a kapaszkodók, a korlátok és a rámpák hiánya, a keskeny ajtók, a szűk liftek és a keskeny folyosók nehezítették meg vagy tették lehetetlenné az épületekben való közlekedést. A vak és a gyengénlátó emberek számára hiányoztak a megfelelő gombokkal ellátott liftek, a kitapintható írásos információk, és sok helyen gondot okoztak az előre nem jelzett és nem látható akadályok. A siket és nagyothalló emberek nélkülözték a jeltolmácsokat; az egyértelmű írásos információkat, hanganyag esetén a speciális erősítést.⁷

A fenti problémák miatt a fogyatékos emberek között az átlagosnál lényegesen magasabb azoknak az aránya, akik családjukkal vagy távolabbi rokonaikkal kényszerülnek egy fedél alatt élni, mert megfelelő támogatási rendszer hiányában nem képesek az önálló otthonteremtésre. Időskorban gyakran előfordul, hogy a fogyatékos ember teljesen magára marad, sem rokoni, sem pedig intézményi segítségre nem számíthat. Sokuk számára az egyetlen lehetséges alternatíva a szociális otthon.

⁷ Budapesti Városkalauz sorozat. Motiváció Alapítvány, 1996

Intézetek

A KSH 1995-ös adatai szerint körülbelül 15 000 felnőtt él fogyatékos személyek számára fenntartott rehabilitációs vagy ápolási otthonokban. Az intézetekben élő fogyatékos emberek tényleges létszáma ennél lényegesen magasabb, mivel sokan élnek közülük idősök otthonában, pszichiátriai otthonokban és gyermekintézményekben. Az 1990-es népszámlálás mintegy 40 000 olyan fogyatékos embert regisztrált, akik tartós bentlakást kínáló intézetekben éltek. Ebbe a számba beletartoznak a gyermekek is, illetve azok az időskori érzék- és mozgásszervi korlátozottságban szenvedők, akiket a közvélemény általában nem sorol a fogyatékos emberek közé, de akiknek szociális otthoni elhelyezését vélhetően jelentősen befolyásolja „fogyatékoságuk”.

A fogyatékos emberek számára kialakított intézetek több mint fele nem jelenlegi céljára épült: kastélyokból, raktár- és istállóépületekből, laktanyákból és felvonulási épületekből alakították át, ha ugyan történt bármi átalakítás. Az intézetekben átlagosan annyian laknak egy szobában, hogy egy főre kevesebb mint 2 négyzetméter lakótér jut. (A büntetés-végrehajtási intézményekben minimum 4 négyzetmétert kell biztosítani minden elítéltnak!)

A NYEDOMO és a KSH által közösen kiadott információs évkönyvek csak a felnőttvédelemmel foglalkozó intézményekkel foglalkoznak. A kötelező statisztikai adatszolgáltatás keretében 1995-ben kitöltött kérdőívek alapján azonban lehetőség nyílik néhány, kiadványokban még nem publikált adat közlésére: eszerint harminckilenc a fogyatékos gyermekeknek lakhatást kínáló tartós bentlakásos otthonok száma. Ezek 56 telephelyen, 108 épületben működtek. Bennük 606 lakószoba, 116 ebédlő, 60 társalgó, 149 foglalkoztatóhelyiség, 39 oktatási terem, 95 vegyes rendeltetésű szoba, 8 könyvtár, 92 orvosi szoba, 98 betegszoba, 43 tornaterem van. Az intézmények közül 8 Budapesten, 19 más városokban, 12 pedig községben létesült.

A FOGYATÉKOS GYERMEKEKET GONDOZÓ TARTÓS BENTLAKÁSOS INTÉZETEK MEGOSZLÁSA FENNTARTÓK SZERINT (1995)

A fenntartó	Az intézmények száma
Települési önkormányzat	4
Megyei önkormányzat	22
Egyház	10
Alapítvány	1
Egyéb	2
Összesen	39

Az intézmények közül 17 tartós bentlakásos volt, 20 olyan, amelyben tartós bentlakás mellett rehabilitáció is folyt, 1 kizárólag rehabilitációs jellegű tevékenységet folytatott.⁸

⁸ Információs évkönyv. NYEDOMO-KSH, 1996

A GYERMEKINTÉZMÉNYEK MEGOSZLÁSA AZ ÉPÜLETEK ÉPÍTÉSI ÉVE SZERINT

Építési év	Az intézmények száma
1900 előtt	8
1901–1945	9
1945–1980	12
1981 után	8
Ismeretlen	2
Összesen	39

A GYERMEKINTÉZMÉNYEK MEGOSZLÁSA A JELENLEGI RENDELTETÉS KEZDETE SZERINT

Év	Az intézmények száma
1960 előtt	5
1961–1970	9
1971–1980	10
1981–1990	10
1990 után	2
Ismeretlen	3
Összesen	39

A GYERMEKINTÉZMÉNYEK MEGOSZLÁSA EREDETI RENDELTETÉSÜK SZERINT

Eredeti rendeltetés	Az intézmények száma
A jelenlegi funkcióra létesült	17
Kastély	5
Templom, kolostor	4
Oktatási, egészségügyi épület	1
Bölcsőde, óvoda	3
Laktanya, honvédségi épület	4
Lakóház	2
Egyéb	3
Összesen	39

E gyermekintézmények jelentős része régi épület, nem a jelenlegi szolgáltatásra létesült. 22 intézményben egyáltalán nem történt a funkcióhoz igazodó átépítés, 13 intézményben még felújítást sem végeztek. Ezekben az intézményekben az adatfelvétel szerint összesen 4984 fogyatékos gyermek élt, az intézetek egyenként átlagosan 128 gyermeket láttak el. Az egyéb funkciójú helyiségek mellett a 606 lakószobában szobánként átlagosan 8 gyermek lakott. Az adatok beszédesek: a fogyatékos gyermekek tartós bentlakásos intézetei többségében nem felelnek meg a korszerű egészségügyi és szociális szolgáltatások követelményeinek, sőt gyermekellenesek.

Az intézetek jelentős hányadában embertelen körülmények uralkodnak, és a jelenlegi szabályozás semmiféle jogi garanciát nem biztosít a körülmények megváltoztatásához. A lakók alapvető emberi és állampolgári jogaikban sérülnek, a jogorvoslat gyakorlatilag lehetetlen. A nagyméretű, zsúfolt intézetek eredendően alkalmatlanok az emberhez méltó életre. Ha kifogástalanul lennének felszerelve (amitől messze vannak), akkor sem tennék lehetővé a szabad lakóhelyválasztást, az intim tér kialakítását, a családalapítást, vagy az értelmes munkavégzést.

„Az autóbaleset után a baleseti sebészet intenzív osztályán feküdtem, majd az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetbe kerültem fél éves »továbbképzésre«. Mit ne mondjak, nagy élményt jelentett a felkészülés az új életre, mert a mostani valóban az. Közben a mamám teljesen kiborult. Kiderült, hogy az úgynevezett »állapotom« végleges. Nem bírta elviselni azt, ami velem

történt és véget vetett az életének. Én sem tudtam feldolgozni; sőt még ma sem tudom. Úgy éreztem, semmit sem ér az életem, és egyre jobban inni kezdtem. A Rehabilitációs Intézetből hazaköltöztem a bátyámhoz, de nem tudtunk sokáig egy fedél alatt élni. Jelentkeztem a Mozgás-sérültek Állami Intézetébe. Valamilyen szakmát akartam tanulni, de nem találtam meg önmagam. Hozzám hasonló elkeseredett emberekkel találkoztam és együtt keményen iszogattunk. Két évig elnézték a dolgaimat, aztán büntetésből áthelyeztek egy szociális »otthonba«. De nevezünk ezt otthonnak. Maradjunk a »láger« kifejezésnél.

Így szuperbénán van esély a tapasztalatszerzésre. A legmegdöbbentőbb az, hogy még az ügyeidet is mások intézik. És aki csak a munkáját látja bennünk, az nem igazán együttérző. [...] Már több mint tíz éve vagyok itt, hogy mit hoz a jövő, nem tudhatom, de nem tűztem ki életcélo-mnak azt, hogy itt maradjak. Remélem, egyszer kijutok ebből a zsákutcából.”⁹

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa fogyatékos embereket ápoló-gondozó otthonokban készített vizsgálatot, amelynek alapján 1996 novemberében jelentés készült, amely feltárta a jogi szabályozatlanságot, a fogyatékos emberek ellátásában mutatkozó hiányosságokat. A vizsgálat lakos-sági bejelentések alapján indult. Szülők jelezték, hogy az intézetekben gondozott gyermekeiket elhanyagolják, embertelenül bánnak velük, az intézményekben gazdálkodási problémák vannak. A szülői panaszokkal egyidejűleg napilapok (Népszabadság, Népszava) is foglalkoztak a kérdéssel. A probléma iránti társadalmi fogékonyságot jellemzi, hogy a Nők Lapja már 1994-ben cikket közölt az egyik vizsgált intézetben uralkodó állapotokról. A vizsgálat két év elteltével ugyanolyan állapotokat talált.

Az ország közel száz intézménye közül háromban folyt vizsgálat, kettő esetében súlyos jogsértéseket állapított meg. A helyzet cseppet sem nevezhető megnyugtatónak. Bár konkrét javaslatok születtek az érzékelt hibák, hiányosságok kiküszöbölésére, csak remélni lehet, hogy ezek maradéktalanul meg is valósulnak. A szociális ügyekben állandóan felmerülő és folytonosan megoldhatatlannak látszó két probléma (a forráshiány, a szakemberhiány) jelen esetben is bőséges publicitást kapott, bár a probléma gyökere a szemléletmód. Az emberi jogokkal, az emberi méltósággal, az ember alapvető szabadságá-val összhangba hozható-e az a tény, hogy az országban több mint tízezer ember átlagosan több mint századmagával éli az életét, többnyire távol a világtól, városok, falvak határában, erősen korlátozva szabad költözködési jogában, munkához való jogában, magántulajdonhoz való jogában, magánélethez és házassághoz való jogában, a neveléshez-oktatáshoz való jogában. Fogyatékoságuk súlyossága a környezeti és a kommunikációs akadályok megszüntetésével jelentős mértékben csökkenthető lenne, és ez nem a források, és még csak nem is a hagyományos értelemben vett szakértelem függvénye.

A fogyatékos emberek számára fenntartott intézetek az érintettek társadalmi integrációját nemcsak nem segítik, hanem sok esetben egyenesen lehetetlenné teszik. A félreeső helyeken épült, és a külvilágtól elzárt otthonok általában egy életre elnyelik a bekerülőt. A lakóknak szinte minden kapcsolatuk megszakad a külvilággal. Ilyen helyzetben szinte lehetetlen eldönteni; hogy az intézetben élők fogyatékosága (ahogy azt gyakran emlegetik: alkalmatlansága az önálló életvezetésre) az egyének fizikai vagy mentális állapotának következménye-e, vagy a teljes elszigeteltségé. Sok intézetben élő felnőtt fogyatékos ember egyszerűen azért nem képes önállóan öltözködni, mert a nap 24 óráját pizsamában tölti, azért nem képes késsel-villával enni, mert minden étkezéshez csak kanalat kap, nem képes megfelelően tájékozódni, mert évek óta nem hagyta el az intézet területét, és vásárolni sem tud, mert valódi pénz még soha nem volt a kezében.

Kiscsoportos lakóotthoni ellátó intézmény vezetője mondja a következőket: az otthonházaikban lakók többsége nagy állami szociális otthonokból érkezett, gyakran alapvető életvezetési hiányosságokkal. Az önellátással kapcsolatos műveleteket ezeknek az embereknek felnőttkorban kell elsajátítaniuk, ami ekkor már csak nagy nehézségek árán sikerül. Többségükről kiderül, hogy képességeik fokozottabb önállóságot is lehetővé tennének, az intézetekben azonban még azt is elfelejtik, amit az iskolai tanulmányaik során elsajátítottak.

„Ilona 12 évi szakosított szociális otthoni élet után került hozzánk bentlakásra. Értelmi fogyatékosága miatt munkára alkalmatlannak lett nyilvánítva. Fogait kihúzták (kettő kivételével).

⁹ LácSzem, 1996. 4.

Néhány szótól eltekintve nem beszélt. Haját vágni, igazítani nem engedte, mint később kiderült, intézetbe kerülésekor kopaszra nyírták. Jelentős gondok voltak a tisztálkodásával. Az intézetben, ahonnan jött, hetente egyszer lehetett fürödni, és sehogy sem értette, hogy is van az, hogy itt minden nap kell.”

Tartós, mély és intim emberi kapcsolatok kialakítására teljesen alkalmatlan az olyan tér, ahol a lakók hatodmagukkal élnek egy szobában, ahol sokaknak nemhogy a szobájuk ajtajához, még a fiókjukhoz sincs kulcsuk, ahol a személyzet kopogás nélkül bármikor bárhova bemehet, ahol jelentős vívmánynak számít, ha felnőtt emberek szexuális életet élhetnek az intézményvezető engedélyével, az arra kijelölt helyen és időben.

„Amikor felkerültem erre a helyre, a gerincsérültek külön pavilonban voltak, és én mint gyermek, bekerültem a felnőttek közé. Egyetlen egy kórterem volt, huszonegynéhányan voltunk. A kórteremben lévők mindegyike tudta, hogy mi történik a másikban, tehát annyira egymás előtt történtek a dolgok, hogy nem voltak titkok... Én gyerekfejjel fölszedtem egy csomó tapasztalatot, amikről nem is tudtam, hogy azok. Azt tudtam, hogy friss sérültként ki kell kerülni az ágyból és tolókcocsiba ülni, hogy mozoghasson az ember. Szóval volt bennem vágy – mint ahogy minden emberben van –, kikelni és mozogni, otthagyni az ágyat. [...] Egy ilyen helyen, mint ahol voltam, nem volt könnyű; nem volt más választásom, mint egész télen feküdni az ágyban. Úgy legalább nem voltam útban. Az ágy annyira legyengített, hogy mikor jött a tavasz és fel akartam kelni, azt vettem észre, hogy szédülök és minden bajom van. Ennek az egyetlen magyarázata, hogy fizikailag teljesen tropára mentem.”

A hazai szociális intézmények többségében tapasztalható totális intézményi kontroll az itt élő fogyatékos embereket olyan lehetőségektől fosztja meg, amelyekkel más körülmények között rendelkeznének és amik segítségével lényegesen jobb életminőséget teremthetnének maguknak. A legnagyobb probléma, hogy az intézetben élőknek csak nagyon kevés esetben van lehetőségük dönteni az őket érintő kérdésekben, akár a lakóhely megválasztásáról, akár a munkavégzésről, akár a párválasztásról van szó. Életük mássága nemcsak fogyatékoságuk tényéből fakad, hanem a számukra biztosított lehetőségek „fogyatékoságából” is.

Péter 46 éves, 19 éve él szociális otthonban. Egyszer megkérdezték tőle, ha lenne három kívánsága, mit kérne.

- „1. Álmaim álma, hogy legyen egy saját WC-m.
2. Több segítő szándékú nővért, esetleg több mentálhigiénés nővért. Mindegy, hogy milyen végzettségűek, csak rám nyissák az ajtót.
3. Újra a WC, esetleg zuhanyzó is.¹⁰„

A nagy intézetek fokozatos leépítése, kiscsoportos, emberi léptékű lakóközösségek kialakítása a legtöbb jelenleg tapasztalható, elsősorban az intézményi struktúrából fakadó problémát megoldana. Az utóbbi években megjelent és megerősödött néhány, főként nem állami, nonprofit intézmény, amely már kínál ilyen szolgáltatásokat. Az állami szektor azonban, úgy tűnik, az állandó problémafelvetés ellenére sem igazán hajlandó a radikális megoldásokra.

Érdekes jelenség, hogy a nevelőotthonok esetében egyre nagyobb az igény az intézetek „kiváltására”. A fogyatékos embereket gondozó intézetek – a nyilvánvaló működési nehézségek ellenére – sem érdeklődnek a lehetőségek iránt.

A Soros Alapítvány által támogatott felmérés során 105 tartós bentlakást kínáló intézetet vizsgáltak meg atekintetben, indítottak-e az intézményi struktúra lebontását, átalakítását célzó úgynevezett kitagolási programot. Összesen 14 felnőtt profilú otthon esetében lehetett megállapítani, hogy működik ilyen program. A 14 intézetben összesen 2481 személyt gondoznak, ám a kitagolási programban

¹⁰ Láncszem, 1997. 1.

részt vevők száma mindössze 232, közülük 152 értelmi fogyatékos személy. Ezt országos adatként is kezelhetjük, ami jelzi, hogy 1996-ban hány fogyatékos embernek volt lehetősége kitagolási programba kerülnie.”¹¹

Az újonnan létesülő, kiscsoportos ellátási formát pártoló intézmények számára jelentős akadályt jelent az ilyen intézmények alapítására és működtetésére vonatkozó jogszabályok nehézkessége. A jelenlegi szabályozás a hagyományos, nagy létszámú intézeti elhelyezést tekinti az egyetlen elképzelhető modellnek, és az intézményekkel szemben támasztott követelményeket is ehhez igazítja. Ezzel szemben az intézményi ellátások rendszerét olyan módon kellene kialakítani, hogy az maximális mértékben segítse elő a fogyatékos emberek károsodott funkcióinak, képességeinek helyreállítását, az optimum fenntartását, készségeik fejlesztését, egészségi állapotuk javítását, további egészségromlásuk megakadályozását, az önálló életvitelre való felkészítésüket. Ennek megvalósítása érdekében az egészségügyi, az oktatási, a foglalkoztatási és a szociális intézményrendszer keretei között, integrált formában, vagy szükség szerint a szakmai szempontok figyelembevételével elkülönítetten kellene a komplex korszerű habilitációt, vagy rehabilitációt biztosítani. Az egyes intézményi ellátásoknak egymásra kellene épülniük, az ellátási formáknak ki kellene egészíteniük egymást, speciális igények esetén biztosítaniuk kellene a személyre szabott egyedi ellátást. Az egyes ellátások igénybevételét könnyíteni kell megfelelő tájékoztatással, az egymással összefüggő, egymásra épülő ellátások összekapcsolásával. Az egész intézményrendszert kellene átalakítani, hogy a paternalista szemléletű, szegregációt eredményező intézményi keretekben kínált ellátások helyett azok az ellátási formák kerüljenek túlsúlyba, amelyek lehetővé teszik, hogy a szolgáltatást igénybe vevő személy családi keretek között maradjon, illetve amelyek az önálló életvitelre készítik fel, az önálló életvitelt segítik elő.

¹¹ Demeter Miklós: Tanulmány a tartós bentlakást biztosító állami (önkormányzati) fenntartású intézetekről, a bennük élő értelmi fogyatékos felnőttekről – különös tekintettel az eddigi és a folyamatban lévő kitagolási kezdeményezésekre. 1997 (Kézirat).

Egészségügyi habilitáció és rehabilitáció¹²

A hagyományos szemléletmód a betegséget azonosítja a fogyatékossgal, a fogyatékos embert betegnek tekinti. A betegség egészségügyi kategória, annak gyógykezelésére törekszenek. Egyes betegségek vezethetnek fogyatékossgához, illetve a fogyatékos emberek is lehetnek betegek. Betegségük természetesen az egészségügyi ellátórendszer kompetenciája. Fogyatékossguk azonban elsősorban nem gyógyításra szorul, hanem olyan rehabilitációra, ami minél inkább alkalmassá teszi őket a teljes társadalmi részvételre. A KSH 1994-es egészségiállapot-felvétele szerint a 15—64 éves fogyatékos népesség egyharmadának nincs tartós betegsége. A fogyatékossg medikalizációja, egyénileg megoldandó problémaként kezelése káros leegyszerűsítés, a lényegét takarja el: a társadalmi összefüggéseket. E szemléletmódot erősíti az egészségügyi szakmák magasabbrendűségének, megkérdőjelezhetetlenségének, a bonyolult, drága műszerek mindenhatóságának mítosza. Vagyis az egészségügy – Magyarországon is – mindent átfogó ellenőrzést gyakorolhat a fogyatékos ember életében: döntéseket hozhat arról, hol éljenek (intézetben vagy a családjukban), dolgozzanak-e vagy sem, milyen iskolába járjanak, milyen szociális ellátásokban és szolgáltatásokban részesüljenek. Az orvos, a terápiás (fizikoterápia, foglalkozási terápia, beszédterápia stb.) és rehabilitációs szakemberek közös vonása, hogy gondolkodásuk gyökere valamiféle, az „egészségről”, a „normalitásról” alkotott elképzelés: „normálissá” akarja tenni a fogyatékos embert, vagy állapotát a „normalitáshoz” lehető legközelebbi szinten akarja megőrizni.

Az egészségügyi szemléletmód túlsúlyát jelzi, hogy a valamilyen betegséggel kórházba kerülő fogyatékos emberek zárójelentéseinek többségében egyáltalán nem, vagy nem elsősorban a betegség, hanem a fogyatékossg diagnózisát rögzítik.

Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer nem felkészült a fogyatékos emberek gyógyítására, ápolására. Például a mozgásfogyatékos emberek fogorvosi ellátását nehezíti, hogy igen kevés az olyan rendelő, ahol kezelni tudják a kerekesszékekkel közlekedő mozgáskorlátozott személyt. Az értelmi fogyatékossgal élő emberek egy részét csak altatásban lehet ellátni, és a fővárosban csak több hetes előjegyzéssel vállalják az ily módon történő kezelésüket: Mindenkor nehezen megoldható a közepesen vagy súlyosan értelmi fogyatékos emberek kivizsgálása, esetleg műtété; és sok szakorvos nem vállalja ellátásukat.

„Ferenc 18 éves fiatalember. Erős mentális károsodása mellett rendellenes testi fejlődése (többszörösen görbült gerincoszlopa nyomja a belső szerveit) is nehezíti életét. Értelmiségi szülei – az újabb gyermekvállalást megelőzően – orvoshoz fordultak, hogy megtudják, mi okozta Ferenc fogyatékossgait. Nem kaptak kielégítő választ kérdésükre: második gyermekük autista. A szülők 1995 óta orvostól orvoshoz járnak, hogy a fiatalember életmentő műtétjét valahol elvégezzék. Seholy sem vállalták. Az egyik neves budapesti kórházban így fogalmaztak: »ők nem szoktak ilyen gyerekeket műteni«. A tb pedig kimerítette a külföldi gyógykezelésre szánt keretet.”

Az agyonterhelt egészségügyi ápolószemélyzet képtelen a mozgásukban korlátozott betegek napi ellátásával kapcsolatos többletterhek vállalására. A közép- és felsőfokú egészségügyi szakképzésben

¹² A fejezet Mészáros Gabriella Egészségügyi ellátás és rehabilitáció című kéziratának felhasználásával készült.

szinte alig esik szó a különféle fogyatékoságok, a fogyatékos emberekkel kapcsolatos ellátás sajátosságairól.

(A siket embereket például megalázó és jogfosztott helyzetbe hozzák az egészségügyi ellátás során fellépő kommunikációs nehézségek.)

„Egy siket és nehezen beszélő családapát lekötözték, katéttert szereltek rá és hagyták a székletében feküdni, míg két nap múlva a hozzátartozói megérkeztek. A fiatalember a mellékhelyiségbe igyekeztén nem hallotta meg az ápoló kérdését, hogy hova megy, majd mikor az megakadályozta a továbbhaladásban, próbálta annak kezét lelökni magáról, hiszen ő tudta, sürgős a dolga. Erre beszámíthatatlan, agresszív betegnek minősítették. »Őrjöng, agresszív és ráadásul bűdös is, hogy lehet ilyen egy ember« – mondták a kórháziak. A siket férfi meg természetesen kiborult és őrjöngött lekötözve, hiszen nem értette, gyomorpanaszai miatt miért bánnak úgy vele, mint egy múlt századi elmeosztályon.”

Magyarországon a fogyatékos emberek 31,8 százaléka születése óta fogyatékos. Az újszülöttek, csecsemők egészségügyi ellátórendszeréből még csaknem teljesen hiányoznak azok a szakemberek és sorstársak által működtetett támogató, tájékoztató pszichés és szociális szolgáltatások, amelyek a szülőket az első traumán átsegíthetnék, a fogyatékos újszülöttel, majd csecsemővel kapcsolatos döntéseiket segítenék. A korai fejlesztéssel foglalkozó nonprofit kezdeményezések eredményei egyértelműen bizonyítják, mennyit javíthat az idejekorán elkezdett rehabilitáció a fogyatékos gyermekek életésélyein.

A bölcsődébe, óvodába, majd iskolába járókat a körzeti védőnő és gyermekorvos ellenőrzi. Az orvos feladata, hogy indokolt esetben a területi szakrendelőbe utalja be a gyermeket. A tanköteles korú gyerekek kötelező orvosi vizsgálaton vesznek részt, amelynek célja a szűrés mellett az iskolaérettség megállapítása. Emellett az óvónők javaslatára és a szülők kezdeményezésére a területi nevelési tanácsadóban felméri a leendő iskolás mentális képességeit, viselkedésbeli megnyilvánulásait. Az orvosi vizsgálat és a nevelési tanácsadó véleménye alapján marad a gyermek még egy évet az óvodában vagy kerülhet a „normál” általános iskola első osztályába, iskolai előkészítőbe (úgynevezett nulladik osztályba), kis létszámú, korrekciós első osztályba, esetleg speciális általános iskolába.

A gyerek- vagy felnőttkorban betegségből, balesetből, esetleg egyéb (munkahelyi, környezeti) ártalomból eredő, egészségügyi ellátást igénylő elváltozások orvosi kezelése a házi- és a szakorvosok, a szakintézmények feladata. A szervezet fiziológiai működésének zavarai a szűréssel felfedezhetők és korai kezeléssel, gondozással megelőzhető, hogy tartósan károsodott állapot alakuljon ki. Például a gyermekkori tartási rendellenesség korai felismerés esetén gyógytornával jól korrigálható, de súlyosabb esetben már csak fűzőviseléssel, esetleg műtéttel hozható helyre a gerinc állapota. Sokszor előfordul, hogy megfelelő felszereltség hiányában nem hajthatóak végre egyes orvosi beavatkozások, bár jelentősen javíthatnának a fogyatékos emberek állapotán.

„1948-ban születtem. Orvosi műhibának köszönhetem a betegségem. Két csigolyámat megrántották, ennek következtében mindkét lábam megbénult. Anyám mindenhová elvitt, ahová csak lehetett. Voltam kórházban Pesten, Pécsen. Mindenhol azt mondták, hogy nincs megfelelő műszerezettségük, így nem mernek hozzám nyúlni, mert szellemileg ép vagyok, de ha a műtét után megsérül egy idegszál, lehet, hogy szellemileg is sérült leszek. S akkor hiába tudok esetleg lábra állni. Így tolókcsonban ülök egy életen át. Nem tudom teljesen ellátni magamat, mert a gyenge csigolyám nem engedi, hogy egyedül szálljak be a kádszékbe, vagy a kocsimba, mert könnyen megbillenek és leeshetnek. Csak a szobaiba tudok egyedül beülni, az elektromosba nem. Iskoláimat sem tudtam befejezni, ment rengeteget voltam lázas beteg. Egy 4x4-es szobát meg lehetne tölteni a lázcsillapítókkal, annyit beszédtem az évek során. A barátnőim és az én drága nagyapám tanítottak. Sok minden érdekel, rengeteget olvastam, képeket is festettem. Felnőttként kezdtem úgy érezni magam mint a kalitkába zárt erdei madár. Sok helyre nem tudok elmenni a lépcsők miatt, az elektromos tolókcson nagyon nehéz. Pedig több esetben még idegenek is akartak segíteni, hogy ők felvisznek tolókcsonstul a lépcsőn, de olyan nehéz, hogy nem tudták felemelni. Nehéz volt, de megszoktam a kirekesztettséget.”¹³

¹³ Hírlevél. Szerkeszti: Házi Magdolna.

A korai diagnózison és megfelelő orvosi kezelésen kívül fontos az a teljes körű fejlesztés, amely a pszichés, a szociális, a pedagógiai és a foglalkozási (foglalkoztatási) elemeket egyaránt tartalmazza.

A rehabilitáció olyan társadalmi beilleszkedést elősegítő tevékenységek összessége, amelyek célja a fogyatékkal született emberek (elsősorban gyermekek) meg nem lévő, új képességeinek kialakítása.

A rehabilitáció komplex egészségügyi, mentálhigiénés, foglalkozási és szociális folyamat az érintettek (a fogyatékos emberek és családjaik) aktív közreműködésével a társadalmi integráció érdekében. A WHO 1980-ban közzétett meghatározása szerint „...olyan segítség, amire az egészségükben, testi, szellemi épségükben tartósan vagy véglegesen károsodott emberek szorulnak a társadalomba, a közösségbe történő visszailleszkedésük érdekében. Orvosi, szociális, pedagógiai és foglalkozási intézkedések koordinált, személyre szabott összessége, aminek célja, hogy a rehabilitált megelégedett, boldog és lehetőség szerint teljes értékű polgára maradhasson a társadalomnak.”

A rehabilitáció csak akkor lehet eredményes, ha a maga komplexitásában valósul meg, személyre szabott és a fogyatékoság bekövetkezte után az egész életutat végigkíséri. A rehabilitációs tevékenységnek nem csupán az érintett személyre, hanem az egész családra ki kell terjednie. Az eredményes rehabilitáció nem csupán a testi állapotot javítja, s enyhíti a fogyatékoság testi melléktermékeit, javítja a szociális kompetenciát, az érdekérvényesítő képességet.

Az egészségügyi ellátás szerves része az orvosi rehabilitációs tevékenység, aminek célja a szervezet biológiai és testi állapotának a lehetőségekhez képest maximális helyreállítása és folyamatos szinten tartása. Feladata a gyógyászati segédeszközök, művégtagok, ortopédiai eszközök rendelése, a megfelelő használat ellenőrzése.

A gyógyászati segédeszközök felírását, kiváltásuk módját, a térítési díjakat, az eszközök szükség szerinti javításának elrendelését és ennek költségterítését szigorú, bonyolult és gyakran módosított jogi szabályozás hangolja össze. Jelenleg a gyógyászati segédeszközök rendeléséről és társadalombiztosítási támogatásuk összegének meghatározásáról a népjóléti miniszter 1/1997. (I. 8.) NM-rendelete van érvényben. E jogszabály értelmében „...gyógyászati segédeszköz felírására jogosult a biztosított kezelőorvosa, a háziorvos vagy az eszközös ellátást is igénylő betegség alapján szakmailag illetékes szakorvos.”

Minden gyógyászati segédeszköznek minősített terméknél külön feltüntetik, ki illetékes azt felírni. Például joystick irányítású elektromos kerekesszéket (a számítógépeknél elterjedt joystickhoz hasonló módon működik a rendszer, amit a beteg egy kézzel, a joystick segítségével tud irányítani), rendelhet az OORI (Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet) rehabilitációs szakorvosa, megyei rehabilitációs szakfőorvos, vagy mozgásszervi rehabilitációs osztályvezető főorvos. A rendelhetőség feltétele „...járésképtelenség (múlábbal, járógéppel járóképesnek nem) és a felső végtagok fizikai gyengesége (kézi hajtású kerekesszékekkel mozgóképesnek nem) együttes fennállása esetén, ha a testi-mentális képesség adott a kocsiba való átüléshez és az irányító egység biztonságos használatához.”¹⁴

Az elektromos kerekesszékek ára 207 000—948 000 Ft között mozog, természetes, hogy szabályozni kell, ki jogosult a felírásukra. Ugyanakkor nagy felelősséget is ró arra a szakorvosra, aki korábban nem ismerte a beteget és az ambuláns szakrendelésen találkozik vele először. Itt rövid idő alatt kell feltérképezni az egészségi állapotot, megállapítani az irányítószerkezet működtetéséhez szükséges testi és mentális alkalmasságot, valamint dönten, hogy jogosult-e az illető beteg az elektromos kerekesszékre. Nincs idő az illető családi, szociális helyzetének, élet- és lakáskörülményeinek alaposabb megismerésére (a kerekesszék nagysága lehetővé teszi-e a lakáson belüli közlekedést, megoldható-e, hogy önállóan kijusson a lakásból stb.), megtudni, miért van szüksége erre a segédeszközre.

Mivel a legtöbb típusú gyógyászati segédeszköz felírására több, különböző helyen dolgozó szakorvos is jogosult, elképzelhető, hogy a lakóhely szerint illetékes szakorvos elutasítja az igényt, az igénylő viszont továbbmehet a megyei szakfőorvoshoz vagy az országos intézmény szakorvosához.

Ugyancsak előfordulhat, hogy helyi szinten nem foglalkoznak a segédeszközök felírásával, hanem továbbküldik a beteget más, erre jogosult szakorvoshoz. Ennek oka lehet, többek között, a többirányú adminisztrációs kötelezettségből eredően a szakrendeléseken ellátott betegek nagy létszáma miatt az időhiány.

¹⁴ 1/1997. (I. 8.) NM-rendelet a gyógyászati segédeszközök rendeléséről, társadalombiztosítási támogatásának összegéről szóló 30/1995. (IX. 12.) NM-rendelet módosításáról.

A segédeszköz fajtájától és kiszolgálási helyétől függően kell az orvosnak a vénykiállítással kapcsolatos adminisztrációs munkát elvégeznie. Így például a szabályozásban meghatározott „segédeszközök” rendelésekor a vényt másolati példánnyal kell kiállítani. A másolati vényt a gyártó az eszköz biztosított általi átvételével egyidőben visszaküldi a felíró orvosnak. Az elkészült gyógyászati segédeszköz alkalmassága esetén a másolati vényt a beteg nyilvántartásához kell csatolni. Ha a felíró orvos az eszközt nem tartja alkalmasnak, a vénymásolatot ennek tanúsításával (aláírásával, bélyegzőjének lenyomatával is ellátva) megküldi az OEP Ellenőrzési Főosztályának. Ebben az esetben a szükséges gyógyászati segédeszköz ismételten felírható. A gyógyászati segédeszköz alkalmasságát a rendelésre jogosult, szakmailag illetékes másik orvos is ellenőrizheti. Az eszköz alkalmatlansága esetén eljárási rendje azonos a rendelő orvoséval.”¹⁵

A társadalombiztosítás a segédeszközök árának, javításának és kölcsönzésének díját különböző mértékben támogatja. Az ún. alaplístás gyógyászati segédeszközöknél az összeg a támogatás alapjául elfogadott ár 50, 85, illetve 100 százaléka. A nem alaplístás termékeknél a támogatás összegét külön rendelet határozza meg. A segédeszközök javításához is adható támogatás. Meghatározott segédeszközöket a közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezők térítésmentesen kaphatnak meg.

A társadalombiztosítás által támogatott termékek listája nem terjed ki azokra az eszközökre, amelyek a különböző típusú fogyatékoságokkal élő személyek mindennapi önálló életvitelét megkönnyítenék, a minél szélesebb körű rehabilitációjukat elősegítenék. Így minimális támogatást sem élveznek a sérült gerincű, vagy négy bénult végtagú mozgáskorlátozottsággal élő személyek csuklóra, ujjakra erősíthető, az étkezést, öltözködést, írást, olvasást stb. segítő szaktárgyakban megvásárolható speciális eszközei. A halláskorlátozottsággal élő emberek részére a tb a hallókészüléken és annak tartozékain (akkumulátor, akkumulátortöltő, elem stb.) kívül csak egy speciális ébresztőóra kiváltását támogatja, minden ötödik évben. Így éppen a siket embereknek nem jut semmiféle támogatott, a kommunikációt elősegítő segédeszköz (például fényjelzésű csengő, fax stb.). A korlátozott látású emberek önálló életvitelét segítő segédeszközként egyedül a nyolcféle, anyaga, mérete szerint különböző fehér bot szerepel a tb listáján.

A gyógyászati segédeszközök kihordási ideje, egyszer felírható mennyisége szintén szabályozott, s ettől csak indokolt esetben lehet eltérni (például ha a gyerek kinőtte a művégtagját, és ha ezt a szakorvos jelentős állapotváltozásnak minősíti, akkor kihordási időn belül is rendelhet új protézist), egyébként meg kell várni a jogszabályban meghatározott kihordási idő lejártát.

Mind az egészségügyi alapellátás, mind az orvosi rehabilitációs munka végső célja az, hogy a gyógykezelt személyek egészségi állapotuknak és meglévő képességeiknek megfelelő, társadalmilag és saját önbecsülésük szerint is hasznos tevékenységek ellátására képesek legyenek. Mivel az egészségi állapotban bekövetkezett tartós elváltozással, maradandó fogyatékosággal élő, aktív korú embereknek nem mindegy, hogy milyen munkát végeznek, kérhetik egészségváltozásuk fokának megállapítását és kérhetnek javaslatot a meglévő képességüknek megfelelő munkatevékenységre.

„János foglalkozása esztergályos. Végig a szakmájában dolgozott, gyárban síkköszörölő, eszterga- és csiszológép-szerelő. Munkahelye három éve megszűnt, akkor a helyi önkormányzatnál vállalt munkát, általános karbantartóként. Öt éve minden évben heteket tölt betegállományban csípőproblémával, megújuló deréktáji panaszokkal. Ezt reumatológián, fürdőkórházban kezelik, de meggyógyítani nem lehet, távlatokban protézis beépítése javasolt. Eredeti szakmája nem ajánlott tovább tartós állapotrosszabbodás nélkül. Vállalna átképzést, de önerőből nem tud tanfolyamot fizetni, és mivel nem munkanélküli, rá nem vonatkoznak egyes átképzési formák. Leszálalékoltatni nem szeretné magát (nem biztos, hogy elérné a rokkantnyugdíjhoz szükséges 67 százalékot). Nős, két kiskorú gyermeket nevelnek, saját házukban élnek, amelynek építési kölcsöneit még évekig kell fizetni.”

A munkaképes korú lakosság munkaképességében, egészségi állapotában bekövetkezett változást az Országos Orvosszakértői Intézet (OOSZI) munkatársai vizsgálják és véleményezik. Feladatuk a munkaképesség csökkenésének, a rokkantság mértékének, a rehabilitáció szükségességének és módjának megállapítása.

¹⁵ A kormány 101/1995. (VIII. 25.) kormányrendelete a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény végrehajtásáról rendelkező 89/1990. (V. I.) MT-rendelet módosításáról.

Az Országos Orvosszakértői Intézet munkatársai végzik:

- a munkaképesség változásának, csökkenésének megállapítását az új igénylők esetében;
- az ideiglenesen leszázalékoltak időszakos vizsgálatát;
- értékeli a hosszú távon (180 napon túl) betegségi ellátásokat igénybe vevőket;
- kivizsgálják az orvos és a beteg közötti vitás eseteket;
- döntenek az orvosszakértői bizottságok által hozott határozatok fellebbezéseinek ügyében;
- vizsgálják és szakvéleményezik az egyéb egészségi feltételektől függő kedvezményekre való jogosultságot;
- felülvizsgálják és elbírálják a meghatározott tevékenységekre való egészségi alkalmasságot.

Vizsgálataikat mintegy negyvenféle szabályzat és rendelkezés értelmében végzik. Az intézet országos szinten (85 orvosszakértői bizottság) az Országos Egészségbiztosítási Pénztár igazgatási szerveként működik.

„Ez év júniusában öt éves lesz a jogosítványom, ezért bejelentkeztem az Országos Orvosszakértői Intézet egyik orvosi bizottságához a meghosszabbítás miatt. Tizenkét éve vagyok gerincsérült tolókos, sokat vezetek, (voltam már így sofőr is mellékállásban) általában mindenki szerint nagyon jól. Már az első ilyen állapotban szerzett jogsínál sem értettem, hogy a szükséges kézi segédberendezéseken kívül mért írták elő, hogy csak 80 km/h maximális sebességgel vezethetek. Természetesen ezt a határt sohasem tartottam be ott, ahol többel is lehet hajtani. Német autópályán egyszer egy 320-as BMW-vel kipróbáltam a 190-es sebességet is, és semmi bizonytalanságérzés nem volt bennem. Kivettem hát egy nap szabadságot, P.-ről beutaztam a budapesti rendelőbe: (...) Egy doktornő és két férfitársa alaposan megnézte eddigi zárójelentéseimet, amelyekből kiderült, hogy egy nyaki gerincvelői daganat eltávolítása során bénultam le, s hogy így a kezem sem teljesen tökéletes; szorítani nem sokat tudok vele. (Igaz, hogy az autóban semmit sem kell szorongatni, hacsak nem a kormányt, ha az ember nem tud jól vezetni...) Nos, így hát indokot szolgáltatam a doktornőnek, hogy ezt a fogyatékoságomat alaposan vizsgálgatva, fejét jobbra-balra ingatva megjegyzéseket tegyen arról, hogy mi módon tudok én így biztonságosan vezetni (öt év alatt hetvenezer km-t vezettem balesetmentesen). Megkért, hogy mutassam meg, hogyan tudok átülni a tolókosimból egy székre, s hogy nyomjam ki magam kézzel úgy, hogy fölemelkedjem a kerekesszékből. Mindez persze ragyogóan ment, mivel sportolok és súlyzózom, de azért itt sem értettem, hogy ennek mi köze a vezetéshez. Ezután kiküldtek a folyosóra, ahová némi várakozás után kijött az egyik orvos, aki közölte, hogy ezentúl csak 70 km/h-val közlekedhetem bárhol. Örüljek, ha ennyi sebességnél meg tudok állni biztonságosan, mert egy mozgássérült sohasem vezet olyan jól mint egy két lábon járó ember.¹⁶

„Judit családban él. Iskolaévei után még két évet dolgozott, hogy nyugdíjjogosulttá váljon. – Sorkapocsnak nevezett bakelit izéket csavarozgattam, nem tudom minek – kezdi, és belelendül története elmondásába. – A nyugdíjazást egy alapos orvosi vizsgálat előzte meg. 67 százalékos rokkantnak minősítettek. Büszke vagyok rá! Ez történt 1989-ben, majd 1992-ben a sok visszaélés miatt berendeltek felülvizsgálatra. Hát igen, előfordult, hogy hétrét görnyedten, mankóra támaszkodva jelent meg az orvosi bizottság előtt egy-egy színészi adottságokkal megáldott »jóember«, hogy panaszosan eldalolja, milyen fájdalmai vannak itt, meg ott. Aztán mikor kilépett a rendelőből, átadta a mankóját a földijének és sietett haza, mert hozzák a sódert. Na mind-egy, a szabály az szabály. Elmentem hát, hisz oly szépen kértek. Alaposan megsejleltek és kitöltötték a szükséges papírokat. Egy évvel később minden iratot elküldtek a házi orvosomnak, azzal a kísérőszöveggel, hogy ő bizonyára személyesen ismeri a hozzá tartozó embereket. Ha szükséges, előkotorhatja a megfelelő bizonyítékot és az ügyintézés felgyorsul. De az élet ennek ellenkezőjét igazolta.

Nemrég új lakásba költöztünk. Itt a ház bejáratánál három lépcső van. Gondoltuk, hivatalos formában megpróbálunk ide rámpát helyeztetni. Tudtuk, hogy a lakásátalakításhoz anyagi támogatást igényelhetünk a helyi mozgássérültek egyesületétől, ezért kérelemmel fordultunk hoz-

¹⁶ LácSzem, 1997. 2.

zájuk. A kiküldött kérdőívet annak rendje és módja szerint kitöltöttük, majd továbbítottuk a megfelelő címre. Nem sokkal ezután felszólítást kaptam az első fokú orvosszakértői bizottságtól, hogy a megadott napon reggel fél 9-re jelenjek meg előttük felülvizsgálaton.

A meghatározott napon már 8-kor ott ültünk az orvosi rendelő előtt. Rajtam kívül csak egy 80 éves néninél láttam mozgáskorlátozottságra utaló eszközt, ez valamiféle kézibot volt. 10 órakor végre elkezdődött a várakozók behívogatása. Én is sorra kerültem. A rendelőben úgy éreztem magam, mint vádlott a bírái előtt, akinek a vétke, hogy tolókcscit csikart ki az élettől. De ez még nem minden. A tolókcscitól az ember értelmi képessége is megváltozik. Legalábbis erre utalt az, hogy a bizottság tagjai nem hozzám intézték kérdéseiket, hanem a szüleimhez. Amikor mégis én válaszoltam, rám se néztek. Meglepődve láttam, hogy a három orvos közül kettőt ismerek. Az egyik a közelünkben lakik, a másik részt vett 1992-ben a felülvizsgálatomon. Amikor végeztek a papírmunkával, mentegetőzve közölték, hogy nem kellett volna személyesen bejőnnünk, elég lett volna, ha betelefonálunk. Ez a megjegyzés olyan volt, mint egy kiadós hidegzuhany. Kimosakodásnak is beillett. Számtalanszor előfordult már, hogy telefonálgatással próbáltunk mentességet kérni, de a válasz mindig elutasító volt. Miért lett volna ez most másképpen? Hiszen kartotékba zárva, hét lakat alatt őrzik az orvosi plecsnival ellátott papírjaimat. Bármikor megcsodálhatják. Akárcsak most. Minden verejtékkel vagy anélkül megszerzett dokumentumom ott csúszkált előttünk. Saját kezűleg kitöltött kérdőíven feketén fehérén rajta áll, hogy tolókcscis mozgássérült vagyok, különben miért lenne szükségem rámpára a lakásunkba vezető lépcsők helyett. Ott hevert az asztalon az összes igazolásom, csak éppen én hiányoztam róla.¹⁷

A statisztikai adatok alapján megállapítható, hogy kisebb-nagyobb eltéréssel, de folyamatosan nő hazánkban az egészségkárosodás, a munkaképesség-csökkenés mértékének megállapítását igénylők száma. Feltételezhető, hogy az új igénylők között megjelennek azok a munkanélküliek is, akik megoldásként a leszázalékolást és az ezzel járó biztos juttatások megszerzését választják. Ám ezek az adatok a népesség egyre romló egészségi állapotára is következtetni engednek.

A munkaképesség csökkenését, az elvesztett képességeket százalékban fejezik ki és ennek megfelelő kategóriákat alakítanak ki.¹⁸ A 67—100% közötti munkaképesség-csökkenés, súlyossági fok alapján, három rokkantsági kategóriába sorolható:

- I. csoport: a személy önellátásra képtelen, teljes körű ápolásra, gondozásra szorul, semmilyen állás betöltésére nem alkalmas;
- II. csoport: a személy teljes mértékben munkaképtelen, részbeni ápolást, gondozást igényel;
- III. csoport: önellátásra képes a személy, munkaképességének csökkenése részleges.

Az I. és a II. csoportba tartozó személyek közgyógyellátási igazolványt igényelhetnek. Az igazolvánnyal rendelkezők az orvosi vényre felírható gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök nagy részét ingyen kapják meg. Az igazolvány nem automatikusan illeti meg ezeket az embereket, hanem a rokkantná nyilvánításukról szóló határozatot be kell nyújtani a lakóhely szerinti polgármesteri hivatalba. Itt állítják ki a névre szóló közgyógyellátási igazolványt.

A rokkantság, valamint a jelentősen csökkent munkaképesség okaként legnagyobb számban a keringési rendszer betegségei, mentális és viselkedészavarok, a csont- és az izomrendszer, a kötőszövet betegségei és a daganatos betegségek szerepeltek.

A 67%-osnál kisebb mértékű munkaképesség-csökkenéssel élő személyek, valamint a III. csoportba sorolt emberek rehabilitálhatóságáról (az orvosi és a foglalkoztatási szféra területén) az OOSZI szakvéleménye dönt. A foglalkozási rehabilitációval a regionális rehabilitációs bizottságok foglalkoznak.

A nagyfokú munkaképesség-csökkenésen belül megkülönböztetnek:

- jelentős, 50—60%-os képességhiányt; 50%-tól tartós vagy ideiglenes szociális járadékra jogosult az illető;

¹⁷ LácSzem, 1997. 3.

¹⁸ • 15% vagy ennél kevesebb százalék enyhe, jelentéktelen munkaképesség-csökkenést;
• 16—35% kisfokú munkaképesség-csökkenést;
• 36—49% közepes munkaképesség-csökkenést jelent.

- súlyos, 67%-os képességihiányt; ettől a leszázalékolási foktól jogosult az igénylő a rokkant-nyugdíjra;
- a 100%-os érték teljes fokú munkaképesség-csökkenést, vagyis munkaképtelenséget jelent.

A TB-TÖRVÉNY ALAPJÁN VÉLEMÉNYEZETT ÚJ IGÉNYLŐK SZÁMA, MEGOSZLÁSA ÉS GYAKORISÁGA (1996. I. 1—1996. XII. 31)

Véleményezés jogcíme	A rokkanttá minősítettek száma				A járadékosok száma		Az elutasítottak száma		
	I. csop.	II. csop.	III. csop.	összesen	16—35%	36—66%	0—49%	50—66%	összesen
munkaképesség-csökkenéssel									
Rokkantság	1 702	8 222	46 116	56 040	–	–	26 089	42 478	124 607
Üzemi baleset	14	27	193	234	1 322	463	292	–	2 311
Foglalkozási baleset	4	4	16	24	175	44	55	–	298
Összesen	1 720	8 253	46 325	56 298	1 497	507	26 436	42 478	127 216

Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézet: Statisztikai beszámoló-jelentés az 1996-os évről. Budapest, 1997.

AZ ORVOSSZAKÉRTŐI BIZOTTSÁGOK ÁLTAL VÉLEMÉNYEZETT ÚJ IGÉNYLŐK SZÁMA, MEGOSZLÁSA A REHABILITÁCIÓ LEHETŐSÉGE SZERINT (1996.I. 1.—1996. XII. 31.)

A véleményezés jogcíme	Rehabilitáció			Összesen
	Rokkant III. csoport	Nem rokkant		
		Egészségi károsodás mértéke 50—66 %-os munkaképesség-változás	Közepes és kis mértékű egészségi károsodás	
Rokkantság	36 868	42 478	26 089	105 435
Üzemi baleset	163	143	1 934	2 240
Foglalkozási betegség	5	13	261	279
Összesen	37 036	42 634	28 284	107 954

Főleg a súlyos mozgásszervi korlátozottsággal élő embereknél állapítják meg a 100%-os munkaképesség-csökkenést, ami a szociális juttatások szempontjából fontos, de a mentálisan ép, szellemi tevékenységet folytatni tudó emberek esetében nagyon leszűkíti az amúgy sem tág lehetőségek körét. Az I. és a II. csoportba sorolt személyek számára nincs lehetőség speciális tanfolyamok végzésére. Ha továbbtanulnak, nem jár számukra semmilyen kedvezmény.

„Van egy 13 éves, közepesen súlyos értelmi fogyatékosnak minősített, a világon is nagyon ritka, országunkban szinte egyedülálló betegségben szenvedő kisfiam. Teljes hiányoznak a fájdalom-érzései és a verejtékezésmirigyei. Intézményes ellátása 1989-óta megoldatlan.

Azóta a négy fal közé zártan élünk kettesben, minden közösségtől elszigetelten. Számtalan pályázattal, minden lehető fórumon igyekeztem segítséget kérni.

Most végre vállalkozott egy iskola fiam intézményes ellátására, nevelésére, beszoktatására. Tekintettel arra, hogy több orvosi, gyógypedagógiai, pszichológiai szakvéleménnyel alátámasztottam, hogy gyermekem egyéni bánásmódot, foglalkoztatást igényel, de közösségbe helyezése nem reménytelen.

Szükségünk lenne 12 hónapon keresztül, 1993. január 1-jétől, de legalább 1993. március 1-jétől 1993. december 31-ig, havi 14 000 Ft, plusz 44%-os társadalombiztosítási járulék 6160 Ft, összesen; 20 160 Ft/hó támogatásra (gyógypedagógiai gyermekfelügyelői díj, vagy ösztöndíjszerű bér biztosítására). Ez tíz hónapon keresztül összesen: 201 600 Ft.

Így végre én is újra emberek közé mehetnék, nem is szólva arról, hogy gyermekem megkaphatná a számára elengedhetetlenül szükséges gyermekközösség nevelő hatását.”

A regionális rehabilitációs bizottságokat 1991-ben állították fel. A bizottságok tevékenységének célja az, hogy elősegítsék az 50—67%-os munkaképesség-csökkenéssel élő vagy III. csoportos rokkant dolgozók reintegrációját. E bizottságoknak kell ösztönözni a munkáltatókat, hogy csökkent munkaképességű, de rokkantnyugdíjas alkalmazottaikat tovább foglalkoztassák. További feladatuk, hogy a leszázalékolt személyek számára képességeiknek és egészségi állapotuknak megfelelő állást keressenek, ajánljanak fel. Egy 1996-ban végzett átvilágítás megállapítja, hogy „...e bizottságok tevékenysége nem kielégítő. Számos megyében nem is kezdték meg működésüket és nem rendelkeznek munkaerő-piaci tapasztalatokkal. Ezen túlmenően sem a munkáltatók, sem pedig a munkavállalók nem érdekeltek kellőképpen a rehabilitációban. A munkáltatónak megfelelő, teljes munkaképességű munkaerő áll rendelkezésére, míg a munkavállalók jobban érdekeltek a rokkantnyugdíj-ellátás megszerzésében, mint az ismételt munkába állásban.¹⁹

A rehabilitáció hatékonyságát jelentősen hátráltatja az is, hogy a rehabilitáció területén dolgozó egészségügyi személyzetnek nincs foglalkozási-rehabilitációs és munkaerő-piaci ismerete, illetve nincs kapcsolata a munkáltatói szférával. Az aktív dolgozók egészségi állapotáért felelős üzemorvosi hálózat átalakulóban van. A nagyvállalatok megszűnésével felszámolták az üzemorvosi rendelőket és a hozzájuk tartozó laboratóriumokat. A regionális rehabilitációs bizottságok nem tudják kielégíteni a velük szemben támasztott igényeket. A munkaerőpiacon nem úgy tartják nyilván az egészségkárosodott álláskeresőket, mint teljes értékű munkavállalókat. A munkaadók nem érdekeltek a megváltozott képességű dolgozók foglalkoztatásában. A munkaügy területén, országos szinten, nincs nyilvántartás sem arról, hogy hány egészségkárosodott dolgozót foglalkoztattak, sem pedig arról, hány olyan állást tartottak nyilván, amelyeket betölthetett volna megváltozott képességű munkaerő.

Az igényeket és a lehetőségeket jellemzi, hogy 1996-ban 318 976 vizsgálatot végeztek. Az orvosszakértői bizottságok az összes igénylő közül 107 954 főt rehabilitálhatónak ítélték. 1996-ban hazánkban a 65 vidéki településen és a 20 fővárosi intézményben fenntartott rehabilitációs ágyak száma: 9217 volt.²⁰

„...nem tudtam mire vélni, hogy egyre gyakrabban álomkór telepedett rám. Útközben le kellett ülnöm a földre, mert teljesen elaléltam. Ilyenkor 10 percig aludtam, és utána frissen ébredtem. Egy este edzés után beáztattam a ruhámat, hogy reggel, mielőtt munkába megyek, kimossam. Hajnali három órakor fölébredtem. A bal kezemen néhány ujjamat görcs húzta össze és nem tudtam mozdítani. Elmentem a körzeti orvoshoz, ő azt mondta, illet még nem látott és visszarendelt arra a napra, amikor a főorvos felülvizsgálatot tartott. A főorvost nem érdekelték a panaszaim és az előzmények. Felírt néhány altatót, amit engedelmesen kiváltottam a gyógyszer-tárban, majd visszamentem hozzá és azt mondtam: Tessék doktor úr, itt az altató, szedje be. Pár nap múlva belázasodtam és nem tudtam balra fordítani a fejemet. A bal kezem teljesen lebénult. Mentővel bevittek a városi kórházba megfigyelésre. Közben az orvosok a vállamban egy tojás nagyságú daganatot fedeztek fel. Elküldtek Pestre, az Amerikai útra, hogy ott megoperáljanak. De a műtetre nem került sor, mert a daganat egyszer csak eltűnt.

Édesanyám akkor már nem élt, de édesapám mindent elkövetett azért, hogy meggyógyuljak. Hosszú éveken át kórházból kórházba cipelt és 60 ezer Ft-ot fizetett egy professzornak azért, hogy segítsen rajtam. Végül, saját felelősségemre otthon maradtam, 1962-ben reményekkel telve beiratkoztam a gimnázium esti tagozatára. Egy nap a gimnáziumban epilepsziás jellegű rohamot kaptam. Sürgősen visszaszállítottak városunk kórházába.

Teljesen lebénultam. Elveszítettem a beszédképességemet és a látásomat is. Csak érzékeltem az embereket magam körül. Ha szükségem volt valamire, gyöngye ujjaimmal kopogtam a bedeszkázott ágyam oldalán. Ez az állapot másfél éven át tartott.

Borzalmasan szenvedtem. De a jó Isten mindig adott annyi erőt, hogy el tudjam viselni a nehézségeket. 1973-ban tüdőgyulladást kaptam, ami asztmatikus fulladással párosult. Kezelésre

¹⁹ Dr. Rienk Prins: Pre Retirement Disability Pension in Hungary. Analysis and Recommendation from an International Perspective. AS/Tri. 1996. July.

²⁰ Ezek az Országos Egészségbiztosítási Pénztár számára 1996-ban közölt adatok, a kórházak átszervezése, az ágyszám-csökkentések miatt, csak tájékoztató jellegűek. Feltételezhető, hogy a rehabilitációs ágyak száma azóta nem emelkedett jelentős mértékben, sőt inkább csökkent.

egy szanatóriumba küldtek, ahol az alapbetegségemet is gyógyították. Ott kezdtem érthetően beszélni és jobban mozogni. Ott kaptam az első Tolókocsimat a főorvos közbenjárására. Kár, hogy édesapám ezt már nem érte meg. A szanatóriumból négy év után Budapestre, egy elfekvőbe kerültem. A súlyos betegek nyomasztóan hatottak rám, ezért kértem, hogy helyezzenek egy szociális otthonba. Újabb két évnek kellett eltelnie ahhoz, hogy szociális otthonba költözhessenek. Ott az emeletre helyeztek, ahonnan újabb két évig csak a teraszra tudtam kimenni. Ekkorra már teljesen el tudtam látni magam. Megtanultam tolókocsimmal mozogni. Az életkedvem mégis elszállt. Azelőtt nagy ambíció élt bennem. Verseket, novellákat írogattam, de lassan elkeseredetté váltam és mindent megsemmisítettem. A szobatársam részeges és verekedős volt. Megalázott és nyomoréknak nevezett. Alig bírtam elviselni. Átkértem magam egy másik helyre, ahol földszintes házakban zsúfolták össze a tolókocsis embereket. A dráma itt folytatódott. Időközben rosszindulatú daganatos betegségből gyógyultam fel, s most úgy érzem, mintha már minden szenvedést túléltem volna. Az ad igazi örömet, hogy a testvéreimmel nagyon jó a kapcsolatom és néha elmegyek hozzájuk. Csak egy kérdés foglalkoztat szüntelenül. Vajon miért van az, hogy a tolókocsiban ülő embereknek annyi helyük sincs ezen a szép földgolyón, hogy egy fa árnyékában meghúzhassák magukat?"²¹

²¹ LácSzem, 1996. 3.

Oktatás, szakképzés²²

Az esélyegyenlőség megteremtésének egyik legfontosabb intézménye az oktatási rendszer. Az iskola nem csupán a szocializáció fontos színtere, itt dőlnek el a munkaerő-piaci pozíciók is. A fogyatékos emberek jelentős iskolázottsági hátrányban vannak a népesség egészéhez képest. Nemcsak az értelmi fogyatékos emberek, hanem az egyéb fogyatékoságokkal élő emberek között is alacsonyabb az iskolai végzettség, mint az „épek” társadalmában.

Az iskolai hátrányok képződése már a legkisebb gyermekek között megkezdődik: sokan semmiféle iskolai tanulmányba sem kezdenek. Mindebben jelentős az állam felelőssége. Annak ellenére így van ez, hogy a Magyar Köztársaság is csatlakozott az ENSZ által 1989-ben kiadott, a gyermekek jogairól szóló egyezményhez, amely megfogalmazza, hogy a fogyatékos gyermekeknek is – személyiségük lehető legteljesebb kibontakozása érdekében – joguk van az oktatáshoz, a képzéshez, az egészségügyi ellátáshoz, a gyógyító neveléshez, a munkára való felkészítéshez és a szabadidős tevékenységekhez.

Az 1990-es népszámlálás szerint a fogyatékos emberek közel 10 százalékának nem volt iskolai végzettsége, s a fogyatékos emberek 11,2 százaléka valamilyen speciális iskolában tanult. Természetesen ezek az intézmények elsősorban a súlyosan fogyatékos gyermekek iskolatípusai. A KSH-s kategóriák szerint a siketnéma emberek többsége (61,6 százaléka), az értelmi fogyatékos, valamint a siket fiatalok körülbelül egyharmada, a vak gyermekek 23,3 százaléka tanult ilyen iskolában. A legfeljebb általános iskolai végzettségnél tovább legkevésbé az értelmi fogyatékos, a néma és a vak emberek jutnak.

A fogyatékos emberekkel foglalkozó iskolák alapvető vonása, hogy az iskolarendszer Magyarországon többnyire erősen specializált és izolált intézményekben képzzi a fogyatékos személyeket. A vak, a gyengénlátó, a siket, a nagyothalló, a mozgássérült és az értelmi fogyatékos fiatalok számára is külön-külön iskolák léteznek az alapfokú képzésben. Ennek a specializált és izolált képzésnek történetileg érthető okai vannak. A specializált iskolák létrehozása az egyes fogyatékosemberi alcsoportok részére határozottan progresszív törekvés volt a múlt században és a századelőn. A kor viszonyai között ez látszott a szakszerű gyógypedagógiai eljárások legjobb intézményi keretének. Ugyanakkor az izolált iskolák – miközben az oktatási feladatokat megfelelő, sőt kiváló színvonalon képesek ellátni – a fogyatékos emberek társadalmi beilleszkedését gyakran akadályozzák. A társadalom egészétől elkülönítetten nevelt tanulók ugyanis nehezen ismerik ki magukat, nehezen igazodnak el a szűk fogyatékos-szubkultúra határain kívül az „épek” társadalmában, és megsínylik, hogy kora gyermekkoruktól csak a társadalomtól elkülönített élethez szoktak hozzá.

„A mindennapokban, az, hogy nem látok, bizonyos fokig akadály. Szeretnék továbbtanulni a gimnáziumban, de nincsenek Braille-írással nyomtatott könyvek, így vagy az órák kell jegyzetelnem, vagy fel kell olvasatnom a könyvet. De az sem mindegy, milyen könyvet olvasatok fel, mert most már a gimnáziumokban sokféle könyvet használnak. Magnóról nehezebb is tanulni, mire az ember lejegyzí, már nagyon fáradt, tehát igencsak kitartás kell a továbbtanuláshoz. Itt az intézetben, úgy érzem, el vagyok zárva a világtól, itt vagyunk nyolc, vagy kilenc évig, és nem sokat találkozunk látókkal, csak ha valaki hazamegy és vannak látó barátai, de ez nagyon kevés.

²² Ez a fejezet Bánfalvy Csaba A fogyatékosok iskoláztatása Magyarországon című tanulmányának felhasználásával készült.

Azt tartom jónak, hogy látó gyerek is találkozzon velünk és tanuljon érintkezni vak emberrel. Hogy ez ne legyen számára meglepő, ne jöjjön zavarba, ne viselkedjen különleges módon. Mert aki ezt közelebbről nem ismeri, képes úgy viselkedni, mint egy idős néni, aki egyszer megszólította az egyik tanárnőnket: »Mondja aranyoskám, maga itt dolgozik?« – »Itt.« – »És nem fél, hogy elkapja?«²³

Az oktatásbeli izoláció nyilvánvaló és sokoldalú munkahelyi és egyéb társadalmi következményekkel jár. Még a viszonylag kevésbé izolált, hiszen jelentős arányban hagyományos iskolai osztályokban tanuló hallássérült emberek munkahelyi beilleszkedésével kapcsolatban is megállapítható: „[a beilleszkedési problémák] ...fő oka a hiányos, nem kielégítő kommunikációs készség. Nem is annyira a munkafolyamathoz szükséges érintkezésben jelent ez gondot, mint inkább az emberi, kollegiális kapcsolatok kialakulásában, és sokszor megoldhatatlan munkahelyi konfliktusokhoz vezet.”²⁴

A fogyatékosággal született emberek tanulási esélyei kisebbek, mint a más okból fogyatékosná vált emberekéi. A fogyatékos nők iskolai végzettsége rendre alacsonyabb, mint a fogyatékos férfiaké, ezzel is gyarapítva a fogyatékos nők társadalmi hátrányait. A fogyatékos fiatalok alapfokú képzését jellemző néhány adat: az összesen mintegy 2500-3000 látás-, hallás-, mozgás-, beszéd- és halmozottan fogyatékos gyerek mellett körülbelül kilencszer-tízszer ennyi az értelmi fogyatékos fiatalok számára működő iskolában oktatottak száma. Ezen belül a gyermekek 90 százaléka az enyhén értelmi fogyatékosok iskoláiban, vagy a számukra az általános iskolákban elkülönített speciális osztályokban tanul.

Az enyhe fokban értelmi fogyatékos gyerekek iskolai képzésének egyik legsúlyosabb következménye az iskolai szelekció, illetve kontraszelekció működése. Miközben ugyanis a közepesen súlyos és súlyos értelmi fogyatékosággal élők iskolai létszáma nem változik, erősen hullámzik az enyhe fokban értelmi fogyatékos gyerekeké; 1989-ben még mintegy 32 500 enyhén értelmi fogyatékosnak minősülő gyermeket képeztek a speciális alapfokú iskolák, 1993-ra azonban a számuk 18 500 körülire csökkent. Ennek a mintegy 18 000-32 000 tanulónak a helyzete régóta a figyelem középpontjában áll. A sorozatos kutatások bizonyították, hogy a hivatalos szándékokkal ellentétben az általános iskolából nemcsak enyhe fokon értelmi fogyatékos gyerekeket irányítanak a kisegítő iskolákba, hanem az olyan ép értelműeket is, akiket magatartási zavarai vagy éppen kulturális másságuk miatt az általános iskolai pedagógusok nem tudnak, illetve nem próbálnak beilleszteni az általános iskolai osztályokba. Az értelmi fogyatékos gyermekek képzésekor tehát az iskolákban a gyógypedagógiai és a szociális problémák gyakran összekeverednek.

Az iskolai hátrányok a cigány származású fogyatékos embereket fokozottan sújtják. A 7 éves és idősebb fogyatékos népességben előforduló 11 százalékkal szemben közöttük 33,6 százalék a semmiféle iskolai végzettséggel nem rendelkezők aránya. Az egész népességen belül 19,4 százalék végzett az általános iskolánál többet, a cigány emberek közül 0,3 százalék. Az egész fogyatékos népesség 60,6 százalékának iskolai végzettsége nem felelt meg a tanköteles korúaknál elvárt helyzetnek, a cigányok között arányuk 82,5 százalék volt. Míg az értelmi fogyatékos emberek aránya az egész fogyatékos népességben 19,5 százalék volt 1990-ben, arányuk a cigány népesség körében meghaladta az 58 százalékot. A korcsoportos összetétel is jelentősen eltér: jóval magasabb a fogyatékos cigány gyermekek között a 14 évesnél fiatalabb gyermekek aránya (40,7 százalék).²⁵ A korfa sajátosságaira két magyarázat adódhat: a magasabb születésszám és a rosszabb halandósági mutatók. Ám nem áll rendelkezésünkre bizonyíték arról, hogy e gyermekek veleszületetten fogyatékosok-e. Azt azonban a magyar iskolarendszer sajátosságait ismerve tudjuk, hogy a rosszabb életésélyeket biztosító kisegítő iskolákba előszeretettel utalnak be szocializációs nehézségekkel küszködő cigány gyermekeket. Így e gyermekek sorsa megpecsételődik: nincs lehetőségük a továbbtanulásra, a munkaerőpiac becsukódik előttük, vagy ha be is kerülnek oda, az elsők között válnak munkanélkülivé, hogy azután a fogyatékos emberek társadalmának legalsó bugyrába kerüljenek, s életüket végigkísérje az etnikai alapú megkülönböztetésen kívül az értelmi fogyatékoság stigmája is.

A művelődési miniszter 15/1988. (VIII. 1.) MM-rendelete megszüntette a „kisegítő iskola” elnevezést. Az enyhe fokon értelmi fogyatékos gyermekek nevelésére hivatott iskolát ma már ugyanúgy

²³ Hírlevél. Szerkeszti: Házi Magdolna.

²⁴ Virágh Károlyné: Hallássérült fiatalok pályaválasztása. OPI, 1985. 53. o.

²⁵ 1990. évi népszámlálás. A fogyatékos emberek életmódja és életkörülményei. KSH, 1995.

általános iskolának nevezik, mint a többi alapfokú képzést kínáló iskolát. A névváltoztatással többek között az volt a cél, hogy a kisegítő iskolához tapadó negatív társadalmi megítélést felszámolják, és elejét vegyék a fogyatékos embereket és családjaikat sújtó stigmatizálódásnak. A kisegítő iskola és a többi általános iskola névbeli összemosódása ugyanakkor veszélyeket rejthet. Bár a stigmatizálás ellen hat, ugyanakkor a nem értelmi fogyatékos, de az általános iskolából kiszoruló, valamint gyenge presztízsű és gyenge érdekérvényesítő képességű társadalmi csoportokból származó gyermekek könnyebben sodródtak a „kisegítő iskola” felé. A név egybemosódása következtében fokozottabban megvan az esély arra, hogy a rosszul informált, az iskolát és az iskolai tudást alacsonyra értékelő és a gyerekek iskolai előmenetele iránt érdektelen szülők nem értelmi fogyatékos gyermekei olyan iskolába kerülnek, amely nem a képességeiknek megfelelő szinten oktat, és amely korlátjává válik majd az életben, a társadalomban való előrejutásuknak.

Az Életminőség 95 vizsgálat adatai is bizonyítják, hogy az iskolarendszerben korábban értelmi fogyatékosnak minősített gyermekek egy része meglepően magas iskolai és szakmai kvalifikációs szintig képes eljutni élete során. A vizsgálat adatai szerint az enyhén értelmi fogyatékos gyerekek majd ötöde továbbtanult az alapfokú oktatás után, minden tizedik pedig „normál” középiskolába került. Az is kiderült azonban, hogy az iskolai karrier összefüggésben van a családi háttérrel, például az apák iskolai végzettségével. Az iskolázottabb szülők gyerekei sokkal sikeresebbek az iskolában, mint az iskolázatlanabbaké, még közel azonos jellegű és fokú fogyatékoság esetén is. Ez nemcsak az alapfokú oktatásban, hanem a továbbtanulás esetében is igaz.²⁶

A vizsgálat kimutatta, hogy a felnőtt, enyhén értelmi fogyatékosnak minősített férfiak több mint egyharmada volt katona és 7,5 százalékuk jogosítvánnyal rendelkezik. Egy követéses mikrovizsgálatban részt vevő volt kisegítő iskolai tanulók 72 százaléka segéd- vagy betanított munkásként volt képes elhelyezkedni és 16 százalékuk vált továbbtanulva szakmunkássá. Ugyanebből a kutatási beszámolóból az is kiderül, hogy a volt kisegítő emberek mintegy 21 százaléka nő, 25 százalékuknak gyereke van és 43 százalékuk családi vagy önkormányzati segély nélkül, önállóan elboldogul.²⁷

Mindez jelzi a kisegítő iskolát végzettek munkaerő-piaci esélytelenségét, de azt is, hogy a kisegítő iskolai tanulók egy része igen magas kvalifikációs szintre is képes eljutni – erősítve azokat a bizonyítékokat, hogy a kisegítő iskolát végzett gyermekek egy része gyógypedagógiai-orvosi értelemben nem értelmi fogyatékos, s a gyermekkorukban értelmi fogyatékosnak minősített fiatalok közül sokan a feltetelezettnél jóval többre képesek. Egy, az 1980-as években végzett kutatás tapasztalata, hogy „nincsenek ugyan megbízható adataink arról, hogy mi történik azokkal a kisegítő iskolát elhagyó fiatalokkal, akik nem tanulnak tovább (és ez a többség), hanem többnyire családi segítséggel munkába állnak, majd családot alapítanak. Azonban annyi bizonyos, hogy jelentős részük felszívódik a társadalomba, mintegy önmaga oldja meg önnön rehabilitációját.”²⁸

Az izoláció és az általános iskolai kontraszelekció miatt is a legtöbb fogyatékos gyermek számára igen korlátozottak a középiskolában, még inkább a felsőfokú oktatási intézményekben való továbbtanulás lehetőségei.

Az Európai Szociális Charta I. Részének 15. pontja szerint: „A rokkant személyeknek a rokkantság eredetére és természetére való tekintet nélkül joguk van a szakmai képzésre és a társadalmi és szakmai rehabilitációra.” Majd a 15. cikkelyben megfogalmazódik, hogy „...a szerződő felek vállalják, hogy 1. megfelelő intézkedéseket tesznek a képzési lehetőségek biztosítására, ahol szükséges, ott a köz- vagy magánjellegű speciális intézmények bevonásával is; 2. olyan megfelelő intézkedéseket hoznak a fizikailag fogyatékos személyek munkába állása érdekében, mint speciális munkakereső szolgáltatások létrehozása, lehetőségek teremtése a védett foglalkoztatásra vagy a munkaadók ösztönzése testileg fogyatékos személyek alkalmazására.”²⁹

²⁶ Bánfalvy Csaba: A felnőtt értelmi fogyatékosok életminősége. Budapest, 1996.

²⁷ Gyenes Sándorné-Pajor Bertalanné: Utóvizsgálatok kisegítő iskolát végzett fiatalok körében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1993. 3.

²⁸ Gayer Gyuláné—Krausz Éva—Hatos Gyula: Az 1961–1964 között született középsúlyos értelmi fogyatékos fiatal felnőttek helyzetének vizsgálata. In: *Középsúlyos értelmi fogyatékos felnőttekről*. MTA Szociológiai Kutató Intézet. Szociálpolitikai Értesítő, 1985. 2.

²⁹ Charta-Dokumentumok. I. évf. Különszám. Az Európai Szociális Charta Ratifikálását Előkészíti Tárcaközi Bizottság Periodikája. 1994.

Az általános iskolai tanulási körülmények Magyarországon eleve megszabják a fogyatékosok számára a középiskolai továbbtanulással kapcsolatos esélyeket. Az egyéb fogyatékoskategóriáknál nem rosszabb (az értelmi fogyatékosokénál és a vakokénál kifejezetten jobb) intézményes középiskolai továbbtanulási lehetőségekkel rendelkező siketokról és nagyothallókról elmondható, hogy „...a hallássérültek általános iskoláiban végzett növendékek szinte valamennyien tovább tanulnak. [...] A siketek és nagyothallók többsége szakmunkásképző iskolákban tanul tovább. Minden évben 2-3 siket és 5-6 nagyothalló tanuló kerül közvetlenül gimnáziumba vagy szakközépiskolába. [...] Gimnáziumba csak néhány kivételes képességű hallássérült fiatal jelentkezik. [...] A gyakorlatban a legjobb képességű hallássérültek a szakmunkás-bizonyítványt megszerezve, esti vagy levelező tagozaton végzik el a dolgozók gimnáziumát.”³⁰

A mozgássérült fiatalok számára is jelentős nehézségeket jelent az iskolai tanulmányok folytatása.

„1972-ben születtem, Budapesten. Hamar kiderült, hogy nem vagyok teljesen egészséges, az orvosok Werding-Hoffmann kórt állapítottak meg akkor. Évekkel később a betegségem tünetei már nem voltak azonosak a megállapított kórral, de nem vettem alá magam újabb vizsgálatoknak; így a pontos diagnózis pillanatnyilag is ismeretlen.

Amit a betegségemről tudok, az, hogy soha nem tanultam meg járni, hogy nem tudom ellátni magam és hogy az utcán nem azért bámulnak rám az emberek, mert roppant jól nézek ki. Ennek ellenére általában nem érzem magam betegnek. A nővérem hat, én meg kétéves voltam, amikor a szüleinkkel egy dunántúli nagyvárosba költöztünk. Azóta is itt élek, és azt hiszem, nehezen tudnék megszokni egy másik várost. Nagyon szeretem ezt a helyet.

Édesanyám házfelügyelőként dolgozott nyolc évig, hogy otthon lehessen velem. Ezek az évek nagyon nyugodtan, békésen teltek. Otthon lehettem a családommal, mint a többi gyerek, de rengeteget unatkoztam. Nagyon kevés korombeli gyerekekkel találkoztam, még kevesebb volt, aki szívesen játszott velem, és ez nagyon bántott. Ezért időm nagy részét inkább fantáziálással, képzelődéssel töltöttem. Kitaláltam egy külön világot, ahol egy kicsit érdekesebb dolgok történtek, mint itthon. Ekkor kezdtem el a kisegítő iskolát, mert állítólag az általános iskola nekem túlságosan megterhelő lett volna fizikailag. Egy kedves idős tanító néni jött hozzám hetente néhányszor. Ő tanított meg írni, olvasni, számolni.

Később egy olyan óvodába jártam négy évig, ahol halmozottan fogyatékos gyerekekkel foglalkoztak. Ugyan az »ovisok« egy része már nem tartozott az óvodai korosztályhoz, a magam tíz évével mégis én voltam a legidősebb. Sok türelmet és toleranciát tanultam a nagyrészt szellemi fogyatékos gyerekek között, de nem éreztem azt soha, hogy ez lenne az én társaságom. Úgy éreztem, hogy el kell töltenem az időt valahol, amíg a szüleim dolgoznak. Ez az idő egyre nehezebben telt, miután rá kellett jönnöm arra, hogy az egyik kislány legszívesebben rajtam vezeti le a benne felgyülemlett feszültséget. Minden magyarázatom ellenére az óvónénik sehogy sem értették, miért töltöm szívesebben a délelőtti időmet egy kis szobában a könyveim között, mint kint a fák alatt a többi gyerekekkel. Más gyerekekkel is előfordul, hogy néhányszor fellökik, esetleg fejbe verik vagy beleesik a száraz medencébe. Szerencsémre én a medencéig nem jutottam el... A csendes, nyugodt egyedülletet nagyon megkedveltem.

Tizenhárom éves voltam, amikor a szüleim elváltak, anyámmal és a nővéremmel maradtam. Ez engem is csak épp annyira viselt meg, mint bárki mást, aki ezen átesett. Azt hiszem, akkor sokat változtam, mert szinte minden, amivel azelőtt foglalkoztam, sőt a régebbi gondolataim is nevetésségesnek, gyerekesnek tűntek. Apám azóta újra megnősült, született egy fia és kéthetente engem is meglátogat. Ezután – számomra kicsit megkésve – végre nyílt egy napköziotthon mozgássérült iskolások számára. Bár a létszám elég csekély volt (15-20 fő) és a társaság is igen vegyes volt az első osztálytól nyolcadikig, ott végre otthon éreztem magam. Ott mindenki a különböző testi-lelki sajátosságaiból adódóan külön egyéniség volt és így együtt hallatlanul vidám csapatot alkottunk. Olyan lelkes és odaadó emberek foglalkoztak velünk, akik mindig meghallgatták a mi véleményünket is, és mindent megtettek azért, hogy jól érezzük magunkat. Az ott eltöltött három év alatt befejeztem a kisegítő iskolát és két év alatt az általános iskola hatodik, hetedik és nyol-

³⁰ Virágh Károlyné: Hallássérült fiatalok pályaválasztása. 14. o.

cadik osztályát is, majd otthon maradtam nővéremmel, aki mint ifjú feleség az első kisbabáját nevelgette.

A középiskolát egy nappali tagozatos gimnáziumban kezdtem. A nővérem hetente néhányszor elvitt a gimnáziumba. Ilyenkor a tanárok különórákat adtak nekem, és év végén levizsgáztattak. Ez komoly szervezést kívánt, ezért a második év elején átiratkoztam a dolgozók gimnáziumának esti, levelező tagozatára. Ide édesanyám ment el. Felvette magnóra az órákat, én itthon megtanultam az anyagot és negyedévente vizsgáztam. Önállóan tanulni nem volt könnyű. Főképp azért, mert a tanárok egy része nem volt túlzottan segítőkész, így nehéz volt kitalálni, mit is várnak tőlem valójában. Viszont sokkal magabiztosabb lettem. Megtanultam idegenekkel beszélni anélkül, hogy izgulnék.”³¹

„Az természetes volt a mi családjunkban, hogy elvégezzem a gimnáziumot. Nekem tényleg semmi élményem sincs a gimnáziumról, jó, nem, talán két élményem van. Az első az, hogy mi a gimnázium és a kollégium között laktunk. A gimnazisták – mármint az osztálytársaim – vállalták, hogy engem hazavisznek, aztán én már be tudok menni a lakásba. Na és engem nemegyszer ottfelejtettek. Amikor anyuék hazamentek négy vagy öt óra körül és én sehol sem voltam, akkor már tudták, hogy én a gimnáziumban vagyok. Jöttek és hazavittek, de addig én teljesen egyedül voltam a teremben. Nem tudtam egyedül hazamenni. Egy fél év után teljesen csődöt mondott a dolog, nem ment a kísérlet. Semminemű kapcsolatam nem volt az osztálytársaimmal. Egy barát-nőm volt az általános iskolában, vele a mai napig is jóban vagyunk. Meg volt egy a gimnáziumban, aki mellettem ült és el is jártam a családjához is. A családjaink is jó viszonyban voltak. A másik élményem az volt, amikor a ballagásomon zuhogott az eső, és az apám tolt az osztálytársaim előtt, után. De még annyira sem volt osztályközösség, hogy legalább akkor... Nem tudtam bemenni még mankóval sem, mert az csúszott a vízen. Nem tudtam végigmenni a termeken, ahogy szoktak.”³²

„Az általános iskolát magántanulóként végeztem, az iskola segítségével, mivel ez még nekem is kötelező volt. A középiskolában szintén magántanuló voltam, de már az iskola segítsége nélkül, mivel – mint a gimnázium igazgatója akkoriban felvilágosított – középiskolát nem kötelező végezni. Érettségi után két évvel indult városunkban az ország első magánfőiskolája, akkor még csak angol és német nyelvtanári szakon. Habár addig nem volt túl sok közöm a nyelvekhez, az előkészítő elvégzése után felvettek angol szakra, nappali tagozatra. Az elmúlt évben végeztem, ami részben az én, részben szüleim és csoporttársaim érdeme, mivel a fizikai nehézségek teljes egészében rájuk hárultak. Így utólag visszagondolva, azt hiszem, övék a nagyobb siker. Én csak tanultam, anyukám velem együtt az iskolában töltötte ideje nagy részét, segített egyik épületből a másikba menni, és a háromemeletes épület lépcsőit naponta többször megmászni. Emellett persze még szükség volt néhány, alkalmanként három személy (lehetőleg fiúk) segítségére, mert végül is ők vittek fel-le az emeleteken. Sem fizikailag, sem lelkiileg nem volt könnyű elviselni az állandó kiszolgáltatottságot, de mire véget ért a három év, egész jól összerázódtunk. (Csúcsidőnk – a három emelet lefelé, futva – kevesebb mint két perc volt.) Most talán még ez is hiányzik... Szóval tavaly végeztem, és azóta itthon dolgozom magántanárként.”³³

Az eredeti szándék szerint az értelmi fogyatékos fiatalok középfokú oktatása, továbbtanulása érdekében hozták létre a kétéves középfokú, csökkentett tananyagú szakmai képzést adó speciális szakiskolákat. Az 1990. évi XXIII. törvény 28. paragrafusa a többi általános vagy középiskolában alacsony teljesítményt nyújtó tanulók számára is megnyitotta ezt az iskolatípust.

A kilencvenes évek közepéig a speciális szakiskolákban tanulók száma gyorsan emelkedett (kb. 3700 fő). 1994-ben a budapesti helyzetet leírva a szakiskolák egyikében dolgozó oktató így fogalmazta meg a véleményét: „1989 előtt a tanulók zöme el tudott helyezkedni; vagy annál a vállalatnál, ahol

³¹ Hírlevél. Szerkeszti: Házi Magdolna.

³² Fluck Benedek: A család szerepe a mozgássérültek oktatásában. GATE, 1996. (Szakdolgozat).

³³ Hírlevél. Szerkeszti: Házi Magdolna.

a betanított munkási oklevelet szerezte, vagy a környezetében lévő gyárban, üzemben, ABC-ben, park-fenntartónál stb. A gazdaság összeroppanása óta ez majdnem lehetetlen. Először is baj, hogy tanulóink csak betanított munkási oklevelet kapnak. Ez ma egyenlő a semmivel. A másik baj, hogy a képzés tanműhelyek nélkül, szakoktatók nélkül történik. A gazdálkodó szervek sem minden esetben tartják fontosnak a képzést. Ingenymunkaerőt látnak a tanulóban, aki minden munkát elvégez. Nincs fogyatékosokra vagy nagyon gyenge tanulóokra kidolgozott (szakmai) tanterv. [...] A speciális szakiskola mint az oktatás periferiáján elhelyezkedő szervezet kiesik a fenntartó látószögéből. [...] A tanulók elhelyezkedése csak abban az esetben sikerül, ha a szülő magánzóként saját gyermekét alkalmazza, vagy ismerős, barát stb. szívességből felveszi. [...] A szakiskolában dolgozó pedagógusok, gyógy-pedagógusok, szakoktatók képzése megoldatlan, sőt még a főiskolán sincs kidolgozva.” A beszámoló végül megemlíti, hogy az 1993-1994-es tanévben végzett 30 tanuló közül 1994 októberéig 3 főt vettek fel a szakmunkásképzőbe, és hozzáteszi: „...ezek mind gyenge képességű, általános iskolából jött gyerekek. Három főt felvettek védett (alapítványi) munkahelyre, szülő intézte el, mert pedagógusok (általános iskolában, illetve tanítóképző főiskolán dolgozik a papa). A többi cselleng és csendben visszafejlődik, vagy »bűnöz«. A helyzet majdnem kilátástalan számukra és számunkra.”³⁴ A keszthelyi speciális szakiskolai tapasztalatok sem egyértelműen jók. Egy tanulmányból kiderül, hogy az iskolába járó gyerekek összetétele igen heterogén: „Szakiskolánk más középiskolai és szakmai oktatásból kiszorult, hátrányos helyzetű, enyhe fokban értelmi fogyatékos, valamint állami gondozás alatt álló fiatalok szakmai képzésével foglalkozik.”³⁵

A fogyatékos emberek szakképzésének helyzetéről a Munkaügyi Minisztérium egy 1995-ös vitaanyaga így ír: „Az állam és a társadalom szerepvállalása... fokozottabban merül fel a fizikailag vagy szellemileg sérült emberek vonatkozásában. Hazánkban, szakértő becslések szerint a népesség 9-10 százaléka, tehát 900 ezer-1 millió ember veleszületett rendellenesség, betegség vagy sérülés által keletkezett – legtöbb esetben nem csak átmeneti – testi, lelki vagy szellemi egészségkárosodásban szenved, s fogyatékoságuk meggátolja vagy nagymértékben korlátozza a társadalmi munkamegosztásba történő beilleszkedésüket. Sokan közülük a képzési feltételek hiánya miatt tényleges képzési esélyhez sem jutnak. Más részük be tud kapcsolódni a szakképzési rendszerbe, azonban az ott megszerzett szakmai ismeret – annak korszerűtlen tartalma vagy alacsony munkaerő-piaci értéke miatt – nem teszi lehetővé a munkaerőpiacba történő beilleszkedést. A szakmai követelmények elsajátításához szükséges feltételek mellett biztosítani kell mindazon szolgáltatásokat, amelyek lehetővé teszik e réteg számára a munkaerő-piaci integrációt. [...] A felkészítéshez szükséges gyakorlati oktatást ma már nem vállalják az üzemek. Együttműködési megállapodások hiányában az iskolák saját műhelyeikben vagy a környezet kínálta lehetőségeket kihasználva, maguk oldják meg a gyakorlati képzést. ...az 1986 óta élő speciális szakiskolának mint iskolatípusnak még egyetlen tankönyve sincs! Ez a tény tankönyvpótló jegyzetek írásával és különféle iskolatípusok tankönyveinek beszerzésével, szelektálásával terheli a tanulókat és tanárokat.”³⁶

Összességében tehát a speciális szakiskolákat ma ugyanaz jellemzi, mint az általános és a kisegítő iskolákat: a pedagógiai-gyógy-pedagógiai kritériumok szempontjából heterogén képességű gyerekcsoportoknak ad helyet, a tanulók között pedig aránytalanul sokan vannak a társadalom alacsony státusú csoportjaiból származók. A középfokú oktatásban a szociális háttér ugyanolyan erős esélynövelő és esélycsökkentő tényező a sikeres iskolai és iskolán túli előmenetel szempontjából, mint az általános és a kisegítő iskolák és tanulók esetében.

„Péter 1970-ben született. Kőműves szakmunkásképzőt végzett, majd a MÁV-nál helyezkedett el mint kőműves-karbantartó. Egyhónapos volt a jogosítványa, amikor közlekedési balesetet szenvedett. Egyik lábát amputálták. Munkahelye nagyon méltányosan járt el, segítette leszázalékolását intézni (67 százalékot, III. kategóriát kapott), azóta folyamatosan biztosít számára utazási kedvezményt. Alkalmazták Pétert mint leszázalékoltat, kisegítő irodai munkát végzett. A leépíté-

³⁴ Vulturé: A speciális szakiskolai tanulók elhelyezkedési esélyei Budapesten. Göllész Viktor archívumából.

³⁵ Kaszásné Mayer Ágnes: Hátrányos helyzetű fiatalok képzése a keszthelyi Speciális szakiskolában. In: Kezdeményezések a hátrányos helyzetű fiatalok szakképzésében. NSZI és Habilis, 1993.

³⁶ Mikecz Pálné: A speciális szakiskolák helyzete a magyar közoktatásban. Szociális Munka, 1993. 106., 109. o.

sek idején őt is elküldték. Többfelé próbált elhelyezkedni, jelenleg éjjeliőrként dolgozik. Szeretett volna szakmát tanulni, hogy nagyobb legyen az esélye az elhelyezkedésre. Újsághirdetésből értesült arról, hogy megváltozott munkaképességűeket beiskoláznak műszerésképzőbe. Ide a speciális tanfolyamra azért nem tudott bekerülni, mert 67 százalékban leszázalékoltakkal nem foglalkoztak, csak olyanokat vettek fel, akik rokkantsági járadékosok vagy munkanélküliek voltak.”

Éppen az izolált iskolai életet követő társadalmi beilleszkedési nehézségek felismerése nyomán erősödtek fel a hatvanas-hetvenes évektől kezdve, elsősorban az angolszász országokban, a fogyatékos gyermekek integrált oktatására és nevelésére irányuló törekvések. Ma Magyarországon a fogyatékos gyermekek és fiatalok oktatásával foglalkozó szakemberek egyik legfontosabb új feladata az, hogy segítsenek az integrációban. Az „épek” általános iskoláiban ma kis számban ugyan, de már jelen vannak a fogyatékos gyermekek is, ami szükségessé teszi a jövőben az integráló gyógypedagógusi és pedagógusi munka összehangolt fejlesztését.

Az 1993-as közoktatási törvény szerint a fogyatékos gyermekeknek joguk van az integrált oktatásra, a törvény minden gyermeket képezhetőnek tekint, s megfogalmazza, hogy az állapotuknak megfelelő óvodai nevelésben, pedagógiai ellátásban kell részesülniük. Ugyancsak e törvény rendelkezik arról is, hogy a fogyatékoság jellegének megfelelő oktatási intézményeket (iskolai tagozat, kollégium, szakiskola stb.) kell létrehozni. Ám az integrált oktatáshoz, neveléshez nem elégséges a jogszabályban kifejezett állami akarat: személyi és tárgyi feltételek is kellenek. Integrálni kell a gyógypedagógiai szak tudást az oktatási intézmények ismeret- és készségrendszerébe és a speciális eszközök is nélkülözhetetlenek. Ezek híján a fogyatékos gyermekek a pedagógusok jó szándéka ellenére is esetleg a speciális intézmények nyújtotta lehetőségeknél is rosszabb helyzetbe kerülhetnek. Brumbauer Magdolna például a látási fogyatékkal élő gyermekek általános iskolai integrációjával kapcsolatos vizsgálódásainak tapasztalatait összegezve írja, hogy a befogadó iskolákat megfelelő tájékoztatás, tanácsadás híján felkészületlenül érte a változás. „Ezek az iskolák természetes emberséggel fogadták a vak gyermekeket és próbáltak minden tőlük telhetőt megtenni annak érdekében, hogy megkönnyítsék az ottani életüket. Igyekeztek egy veszélyforrástól mentes, védő-óvó környezetet kialakítani körülöttük, amelyben minden tevékenységet alárendeltek a gyermek biztonságának, kényelmének, kiszolgálásának.” Ennek érdekében, s nem ismervén a vak gyermekek képességeit, felmentették őket egy sor tantárgyból, nem hívták meg őket a tanulmányi kirándulásokra, előfordult, hogy semmiféle tisztséget nem bízta rájuk. „Ennek a hozzáállásnak a következményeként szomorú, az eredeti szándékkal ellentétes irányú folyamat indult be, s a vak gyermekek peremhelyzetűekké váltak.”³⁷

A fogyatékos emberek alacsony iskolai végzettsége és az alacsony iskolázottságúak nagyarányú előfordulása a fogyatékos emberek között egyszerre mutatja a pedagógiai és a társadalmi szelekció összefüggéseit a fogyatékossgal élők képzésében. Az érintett, gyenge társadalmi pozíciójú (mert iskolázatlan, szegény vagy egyszerűen csak gyerek korú) és az iskolai kontraszelekció által leginkább sújtott fogyatékos emberek pusztán önerejükől nem képesek az oktatási intézményrendszer és szemléletmód megváltoztatására. Erre csak a magasabb társadalmi státusú fogyatékosember-csoportok, érdekvédelmi szervezetek, hozzátartozók támogatásával és a társadalom egészét képviselő állami akarat megléte esetén van esély.

³⁷ Brumbauer Magdolna: Látássérült gyermekek helyzete a befogadó iskolában. Gyógypedagógiai Szemle. Különszám. 1995. 31. o.

Foglalkoztatás

Az 1989 utáni évek gazdasági, társadalmi változásai a munkaerő-piaci viszonyokat is jelentősen átalakították. A reformok következtében megjelenő elszegényedés és munkanélküliség aránytalanul nagyobb mértékben sújtja a veszélyeztetett társadalmi csoportokat, köztük a fogyatékos, megváltozott munkaképességű embereket is.

A fogyatékos emberek munkaerő-piaci helyzete lényegesen rosszabb, mint a lakosság nem fogyatékos tagjaié. Összehasonlíthatatlanul nehezebben találhatnak tartós foglalkoztatást biztosító munkahelyet, illetve ha valaki már gazdaságilag aktív korában válik fogyatékos emberré, nagyon kicsi az esélye, hogy vissza tud menni korábbi munkahelyére. A hátrányok már a szakképzés terén is megmutatkoznak: a fogyatékos emberek általában kevésbé kvalifikáltak, mint a nem fogyatékosok, magasabb közöttük a szakképzetlenség aránya is. Helyzetükben nehezíti a tisztánlátást, hogy nem állnak rendelkezésre megfelelő statisztikai adatok, a munkahelyek és a különböző érdekvédelmi szervezetek nyilvántartásai sokszor hiányosak. A következő oldalon látható táblázat az 1990-es népszámlálás erre vonatkozó adatait mutatja be.

A rendszerváltás első évének társadalmi helyzetét tükröző adatfelvétel szerint a fogyatékos embereknek mindössze 16,6 százaléka volt aktív kereső, szemben a teljes népesség 43,6 százalékával. A fogyatékos emberek több mint fele (57,5 százaléka) inaktív kereső (öregségi, rokkantsági vagy özvegyi nyugdíjasként) – a népesség egészében ez az arány csak 25,6 százalék volt. A különbséget döntően a rokkantnyugdíjasok magasabb aránya magyarázza, de a fogyatékos emberek csoportjában többen vannak az öregségi és özvegyi nyugdíjasok is. Feltűnő; hogy a fogyatékos emberek 14,6 százaléka 14 évesnél idősebb eltartottként él családjában: a teljes lakosságnak csupán 4,2 százaléka.

A NÉPESÉG ÉS A FOGYATÉKOS EMBEREK MEGOSZLÁSA GAZDASÁGI AKTIVITÁS SZERINT (SZÁZALÉKBAN)*

A gazdasági aktivitás	A népességben	A fogyatékos emberek körében
Aktív kereső	43,6	16,6
Öregségi nyugdíjas	17,0	24,5
Rokkantnyugdíjas, járadékos	3,9	27,3
Özvegyi nyugdíjas, járadékos	2,4	5,3
Általános iskolás	11,8	6,1
Közép- és felsőfokú iskolai tanuló	5,7	1,2
14 éves és idősebb egyéb eltartott	4,2	14,6
Összesen	100,0	100,0

Forrás: 1990. évi népszámlálás. A fogyatékosok életmódja és életkörülményei. KSH, 1995.

* A táblázat nem pontos sorait a következő kiadásban javítjuk – a sorozatszerkesztő megjegyzése.

Ebben az adatfelvételben a munkanélküliek még nem is jelennek meg önálló kategóriaként, az „egyéb eltartottak” között kereshetjük őket. Az elmúlt 7 évben a helyzet csak rosszabbodott. A munkahelyeken sorra szüntették meg azokat a részlegeket, ahol megváltozott munkaképességű embereket foglalkoztattak, a „keményedő” költségvetési korlátok és a megfelelő kompenzáció hiánya ellehetetlenítették ezen „veszteséges” munkahelyek fenntartását. A vállalati létszámleépítések következtében megnövekedett szabad munkaerő-kapacitás minden ágazatban lehetővé teszi olyan munkavállalók alkalmazását, akik fogyatékosok nélkül élnek, és a munkáltatóval szemben nem támasztanak

speciális igényeket. A munkáltatókat gyakorlatilag semmi nem kötelezi fogyatékos emberek foglalkoztatására. A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatását szabályozó minisztériumi rendeletben létezik ugyan egy előírás, amely szerint a 20 főnél nagyobb alkalmazotti állománnyal rendelkező termelési egységek 5 százalékban kötelesek foglalkoztatni megváltozott munkaképességű dolgozókat. Ezt azonban több szempontból érdemesebb megkerülni, mint betartani; a megváltozott munkaképességű dolgozók számára megfelelő munkahelyi körülményeket kialakítani lényegesen költségesebb, mint a be nem töltött munkahelyenként kiszabott jelképes, évi 8000 forint összegű „büntetést” kifizetni. Az állami költségvetés alig támogatja a speciális munkavállalói igényeket kielégítő munkahelyek kialakításának költségeit. A Foglalkoztatási Alapnál megpályázható ilyen jellegű összegek sem jelentősek. Jelenleg mintegy 1100 vállalkozói szervezet foglalkoztat összesen 12 000–20 000 megváltozott munkaképességű embert. Létszámuk sehol nem haladja meg a 10 százalékot.³⁸

Bizonyos létszámnál több foglalkoztatott megváltozott munkaképességű dolgozó esetében lehetőség van célszervezeti támogatásként állami dotációt kapni, azonban több szempontból ez sem igazán szerencsés megoldás. A fogyatékos emberek szegregációját tovább erősíti, hogy így olyan munkahelyeken dolgoznak, ahol elsődleges szempont a megváltozott munkaképesség. A másságukból fakadó különbségeket a munkavállalói szerep nem enyhíti, hanem tovább erősíti. Emellett a célszervezeti dotáció árbevételhez kötött: a vállalatnak az állami támogatás mértékének megfelelő árbevételt kell produkálnia. A helyzet ellentmondásos, mivel a fogyatékoság mértékével egyenes arányban nő az egyes foglalkoztatottak után esedékes támogatás, vagyis elvileg minél fogyatékosabb valaki, annál többet kell megtermelnie, ami gyakorlatilag lehetetlen. A vállalatok így vagy ügyeskedésre és pénzügyi manőverekre kényszerülnek, vagy kénytelenek megválni a legrosszabb munkaerőpiaci helyzetben lévő súlyosan fogyatékos alkalmazottaiktól, s ez a célszervezeti foglalkoztatás alapfilozófiájával ellentétes eredményhez vezet.

A célszervezetek 1995-ben 14 098 megváltozott munkaképességű dolgozót foglalkoztattak. Enyhén vagy közepesen súlyos fokban értelmi fogyatékos dolgozó volt 34,4 százalék, 3,5 százalék vak vagy gyengénlátó munkatárs volt, 17,1 százalék mozgáskorlátozott személy volt, 45 százalék pedig valamilyen egyéb okból bizonyult tartósan egészségkárosodott személynek. Az aktív korú fogyatékos emberek százezres nagyságrendű tömegéhez képest a célszervezeti munkahelyek száma elenyészően kevés.

A fenti munkahelyek mellett léteznek még úgynevezett szociális foglalkoztatók, amelyek általában a helyi önkormányzatok fenntartásában működnek és bedolgozói munkaviszonyban foglalkoztatnak fogyatékos, illetve megváltozott munkaképességű embereket. A foglalkoztatók legtöbbje alapvető fenntartási problémákkal küszködik, és bár a dotációk miatt jóval a piaci ár alatt képesek termelni, egyre nehezebben tudnak megrendeléseket szerezni. Többségük olyan alacsony betanítottsági szintet igénylő termelésre (egyszerűbb nyomdaipari, könyvkötészeti tevékenységre, összeszerelésre, csomagolásra) rendezkedett be, amit modernebb technológiával, korszerűbb gépsorokkal a korábbi megrendelők már maguk is képesek elvégezni. A szociális foglalkoztatók, illetve azok dolgozói létszáma az elmúlt években drasztikusan csökkent.

A SZOCIÁLIS FOGLALKOZTATÓKBAN BEDOLGOZÓI MUNKAVISZONY KERETÉBEN DOLGOZÓK LÉTSZÁMÁNAK ALAKULÁSA 1980 ÉS 1995 KÖZÖTT

Év	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Létszám (fő)	4665	5567	4964	4157	3607	3434	3043
% (1990 = 100,0)	83,8	100,0	89,2	74,7	64,8	61,7	54,7

Forrás: NYEDOMO-KSH: Információs évkönyv, 1995. Budapest, 1996.

Az ilyen módon foglalkoztatottak létszáma elenyészően csekély, az érintettek munkaerő-piaci integrációjához az intézményrendszer csak nagyon kis mértékben képes hozzájárulni.

³⁸ Kézenfogva Alapítvány: Sérült ember a családban – Köves Gábor előadása (Kézirat).

A szociális foglalkoztatókban dolgozó nagyobb mértékben fogyatékos embereket úgy kezelik, hogy ők azok, „akik mögött tényleges termelőmunka nincs”. Az idézet egy fővárosi szociális foglalkoztató vezetőjétől származik, ahol fogyatékos dolgozók hétszámra ülnek egy üres csarnokban, minden munkatevékenység nélkül. Ezt a gyakorlatot azzal indokolják, hogy az ő jövedelmük nem függ össze a teljesítménnyel (a miattuk kapott dotáció miatt), és így csak elvennék a munkát a többi megváltozott munkaképességű, de nem fogyatékos dolgozó elől. A foglalkoztató újabban múzeumlátogatást és városligeti sétákat is szervezett fogyatékos dolgozóinak, ezzel megtörve a tétlenül töltött munkaórákat. A szociális foglalkoztatók működésére vonatkozó jogszabály egyébként az intézményeknek elsődlegesen rehabilitációs funkciót tulajdonít, a termelőmunka és az ezzel szerzett jövedelem másodlagos szempontként jelenik meg.

A tartós bentlakást kínáló intézményekben élők legtöbbször semmilyen munkatevékenységet nem végez, a munkavállalást a fenntartó, működtető hatóságok egyáltalán nem tartják lényegesnek, a lakók foglalkoztatása csak az intézményvezetők személyes beállítódásán múlik. Mivel az intézmények többsége kisebb településeken, sokszor azok határában található, és általában nincs a környékükön olyan vállalkozás vagy üzem, amely munkát tudna biztosítani a lakók számára, a helyzetük kilátástalan.

A fogyatékos emberek kedvezőtlen munkaerő-piaci helyzetét tényleges mentális és testi állapotukon túl számtalan olyan tényező is befolyásolja, amelyen megfelelő szintű társadalmi felelősségvállalással változtatni lehetne. Az esélyegyenlőtlenség következménye, hogy a szűkös és kedvezőtlen munkavállalási lehetőségek mellett a fogyatékos emberek szakképzési hátránya tovább mélyül. A munkaerőpiacon egyáltalán megjelenni képes érintettek általában alacsonyabb beosztásban és lényegesen alacsonyabb bérért kényszerülnek dolgozni, mint nem fogyatékos embertársaik. A rendszerváltás előtti évekre jellemző teljes foglalkoztatottság, és az ehhez tartozó szabályozó és kompenzáló mechanizmusok mára már teljesen eltűntek, ezeket felváltó foglalkoztatási alternatív rendszer nem épült ki. A jelenlegi társadalompolitika a fogyatékos emberek jövedelmi problémáinak kezelésekor az aktív foglalkoztatáspolitikai eszközök alkalmazása helyett a szociális juttatásokra, nyugdíjra és egyéb járadékokra helyezi a hangsúlyt. Jól tükrözi ezt a tendenciát, hogy 1994-ben rehabilitációs foglalkoztatásra 38 milliárd forint volt felhasználható, amiből 33 milliárd forintot költöttek az egészségkárosodottak járadékos rendszerében a különböző ellátási formákra.³⁹ Ezen arány következtében nagyon kevesen képesek megteremteni az önálló élethez szükséges feltételeket, az érintettek többsége egy életen át családja, rokonai vagy az állam gondoskodására szorul.

A Magyar Köztársaság Alkotmánya rögzíti az állampolgárok munkavégzéshez való jogát. Az alkotmányos alapjogok kikényszeríthetősége számos akadályba ütközik, de értelmezhetőek irányelvként, amelyek meghatározzák egy állam társadalompolitikai közgondolkodását. A fogyatékos emberek életében számos alkotmányos jog sérül, köztük a munkához való jog is. A fogyatékoságot többnyire olyan jelenséggént kezelik, amely elsősorban a szociálpolitika és a „jótékonykodás” hatáskörébe tartozik. A fogyatékos emberek megváltozott munkaképességének értelmezése is jól tükrözi ezt a tendenciát. A munkaképesség megváltozásával nem más munkakörülmények közötti munkavégzésre válik jogosulttá az egyén, hanem a kieső munkajövedelmet kompenzáló szociálpolitikai juttatásokra.

A munkavállalási képesség mértékének megállapítása, mint erről már szóltunk, orvosi vizsgálatról függ, amely a rokkantság fokát megállapítja. A látszólag egyszerű és megbízható módszer több szempontból is ellentmondásos. Nem lehet egyértelműen meghatározni a „képesség” és a „normalitás” fogalmát. Egy látáskorlátozott ember fogyatékosága bizonyos munkakörökben egyértelműen hátrányt jelent, más esetekben viszont akár teljesen figyelmen kívül hagyható. Ennek a szemléletnek az a következménye, hogy ha valakit munkahelyén baleset ér, akkor automatikusan rokkantnak nyilvánítják, pedig többségük egyéb munkakörben foglalkoztatható lenne. A munkaképesség megváltozásának mértékét kifejező százalékok nem tükrözik az egyén valós állapotát, gyakran semmilyen összefüggésben nincsenek a tényleges teljesítőképességgel. A munkaképesség-csökkenés megállapításának jelenlegi módszere jelentősen akadályozza a megváltozott munkaképességűek munkaerő-piaci rehabilitációját. Egy mozgássérült férfi leveléből:

„Engem mint kerekesszékest 100%-os rokkantnak minősítettek. Ha képtelen lennék a kezeimet használni, 150 vagy 200%-os rokkant lennék? Vagy ha mindezek végiggondolása közben netán szellemileg is sérülnék, netán 300%-os?”

³⁹ Előterjesztés a szakmai vezetői értekezletre: Javaslat a korszerű foglalkoztatási rehabilitáció kialakítására. MÜM, 1996. (Kézirat).

A megváltozott munkaképességű dolgozók által betölthető állások meghatározásakor szinte egyáltalán nem veszik figyelembe azt, hogy számos munkafolyamat kisebb-nagyobb technikai átalakítások után fogyatékos emberek számára is végezhető lehet. A fogyatékos és az ebből fakadó megváltozott munkaképesség értelmezése egyoldalúan orvosi, biológiai szempontokra korlátozódik, a tárgyi környezet akadályai, a gazdasági és munkaszervezési tényezők nem kapnak kellő hangsúlyt, pedig ezeknek lényegesen nagyobb szerepük van a munkavállalási képességek alakulásában. A fogyatékos munkavállalónak képességei kifejtésében akadályozott embernek kellene minősülnie, nem pedig a szociálpolitika gondoskodására szoruló rokkantnak.

Az ENSZ Nemzetközi Munkaügyi és Egészségügyi Világszervezete által elfogadott, Magyarország által is aláírt, 159. számú Nemzetközi munkaügyi egyezmény 1. cikkelye kimondja:

„... a csökkent munkaképességű ember fogalma azon egyénre vonatkozik, akinek kilátása a megfelelő munkahely elnyerésére, megtartására és az azon belüli előrejutásra lényegesen korlátozott, jogszerűen megállapított testi fogyatékoságának köszönhetően.”⁴⁰

A meghatározás tág teret hagy a különféle típusú megközelítésmódoknak, további kiegészítések nélkül nehezen értelmezhető. Nem világos, hogy mit fed le a „megfelelő munkahely” megnevezés, a korlátozottsággal kapcsolatban mit jelent a „lényegesen” fogalma és eléggé egyoldalú az a szemlélet, miszerint a munkavállalással kapcsolatos korlátozottság kizárólag a testi fogyatékoságnak köszönhető.

Sok esetben a munkahelyi környezet akadályai tehetők felelőssé azért, hogy valaki fogyatékosága miatt kiszorul a munkaerőpiacról. Megfelelő segédeszközök alkalmazásával, kisebb térbeli átalakításokkal, alternatív kommunikációs rendszerek (jelnyelv, piktogramok) használatával, személyre szabott munkaidő bevezetésével számos – jelenleg munkaképtelennek minősülő – ember foglalkoztatása megvalósítható lenne.

„Most jelenleg nincs munkám, január 1-jéig itt dolgoztam a telepen. Volt itt egy bt. Én voltam az egyetlen mozgássérült. Nem kötöttek velünk új bérleti szerződést, így el kellett költöznünk egy másik helyre, egy nagy raktárépületbe. Oda nem tudok elmenni. Vettem egy tolókocsit, azt rendbe hozatom, odaviszem. Akkor oda vinnének autóval. De hát az összes kollegám fix munkaidőben dolgozik, én meg mint vállalkozó dogoztam. Nem kellene nyolctól négyig ott lennem, de így ott kéne ülnöm amíg valaki hazavisz. Most minden szervezés alatt áll.”⁴¹

A fogyatékosághoz kapcsolódó hátrányos helyzet tehát a társadalmi és a fizikai környezet átalakításával mérsékelhető lenne, a fogyatékos emberek munkaerő-piaci integrációja a jelenleginél lényegesen hatékonyabb formában valósulhatna meg.

A fogyatékos emberek munkavállalását sokféle akadály nehezíti. Minél idősebb valaki, annál kisebb az esélye, hogy munkát találjon. A munkahelyi létszámleépítéseknel is gyakori, hogy a nyugdíjkorhatár körüli dolgozókat küldik el először. A fogyatékos emberek elküldését gyakran indokolják azzal, hogy eleve nyugdíjra jogosultak, noha ennek összegét úgy állapítják meg, hogy feltételeznek bizonyos mennyiségű kiegészítő munkavégzést.

Vidéken, különösen a községekben munkavállalási esélyeik lényegesen általában rosszabbak, mint a fővárosban, vagy a nagyobb városokban. A célszervezetek és a szociális foglalkoztatók egy-két kivételtől eltekintve a fővárosban és a vidéki nagyvárosokban találhatóak, így ezek nehezen elérhetőek a kisebb településeken élő fogyatékos emberek számára.

A nemek közti egyenlőtlenség a fogyatékos emberek körében is érezteti hatását: a nők kisebb arányban jutnak munkához, mint a férfiak: 1990-ben az aktív kereső fogyatékos embereknek csupán 32,4 százaléka volt nő, bár a teljes fogyatékos népességben arányuk 46,4 százalék.

A különböző fogyatékoságok eltérő mértékű akadályokat jelentenek a munkavállalás során. A beszédképesség csökkenése például kevesebb munkahelyen jelentkezik kifejezetten gátló tényezőként, mint például a munkakörnyezet jelentős átalakítását igénylő jelentős mozgáskorlátozottság. Az értelmi fogyatékos emberek munkavállalása a leginkább problematikus, sokan nem képesek nagyobb szaktudást igénylő bonyolultabb munkafolyamatok elvégzésére, a kommunikációs nehéz-

⁴⁰ Megváltozott munkaképességű dolgozók Kelet- és Közép-Európában. ILO, Budapest, 1994.

⁴¹ Fluck Benedek: A család szerepe a mozgássérültek pályaválasztásában. GATE, 1996. (Szakdolgozat).

ségek és a munkáltatók részéről gyakran tapasztalható előítéletes magatartás is gyakran akadályozza sikeres elhelyezkedésüket. Ezt igazolják a számok is.

Számos fogyatékos ember megfelelő segítség hiányában nem képes munkát találni, eljutni a munkaközvetítő irodákba, gyorsan reagálni az álláshirdetésekre. A családtagok túlterheltségük miatt általában nem tudják vállalni hozzátartozójuk munkához jutásával kapcsolatos ügyei intézését, megfelelő szintű és könnyen igénybe vehető szakmai segítség pedig csak elvétve található az országban.

**AZ AKTÍV FOGLALKOZTATOTTAK ARÁNYA 1990-BEN
AZ EGYES FOGYATÉKOSSÁGI CSOPORTOKBAN (SZÁZALÉK)**

A fogyatékoság jellege	Aktív kereső
Testi fogyatékos, mozgáskorlátozott	16,9
Értelmi fogyatékos	8,5
Halláskorlátozott	16,5
Beszédkorlátozott	30,2
Látáskorlátozott	22,4
Egyéb fogyatékos	13,7
Súlyozott átlag	16,6

Forrás: KSH, 1995.

Sokan az alkalmas szállítóeszközök hiánya miatt nem tudnak munkát vállalni, mert aránytalanul nagy nehézséget jelentene a munkahelyre való eljutás. A tömegközlekedési eszközök többségét mozgáskorlátozott vagy látáskorlátozott emberek testileg sem képesek igénybe venni, így mozgásterük lakóhelyük közvetlen környékére szűkül. Az épületekbe való bejutás, azokon belül a mozgás, a tájékozódás a fogyatékos embernek gyakran megoldhatatlan. A fizikai környezet akadálymentessége meghatározó feltétele a munkához jutás jobb esélyének.

A fogyatékos emberek igen kis hányadának van lehetősége megfelelő terápiás és rehabilitációs programokhoz csatlakozni. A mozgás-, a beszéd- és a foglalkoztatási terápiák olyan készségek kifejlesztését és megerősítését teszik lehetővé, amelyek a munkavégzés szempontjából nagy előnyt jelentenek. Különösen az értelmi fogyatékos emberek számára szűkös a kínálat, a programok általában nem tartalmaznak hosszabb távú koncepciót, többnyire aktuálisan divatos irányzatok és módszerek esetleges alkalmazásáról van szó. A rehabilitációs programok valódi hatékonysága attól is csorbul, hogy a környezeti akadályok következtében a fogyatékos emberek többsége nem képes igazán alkalmazni az elsajátított ismereteket, készségeket. A meglévő és a fogyatékosok számára elérhető szakképzési, átképzési lehetőségek nem a valós piaci viszonyokra épülnek, hanem a fogyatékos emberek foglalkoztatásával kapcsolatos régi beidegződések működtetik őket. Számtalan olyan szakma létezik, amelyeket ugyan elsajátítanak a fogyatékos emberek, többségük azonban egyáltalán nem piacképes szakma. Speciális szakiskolai bizonyítvánnyal, vagy az átképzéseken szerzett oklevelekkel manapság a legritkább esetben lehet elhelyezkedni. A szakképzések színvonala is jócskán hagy maga után kívánnivalót. Például egy számítógép-kezelői speciális tanfolyamot elvégzett mozgáskorlátozott vagy egyéb fogyatékosággal élő felnőtt ritkán tud többet egy számítástechnika-szakkörre járó nyolcadikos tanulónál. A képzések sajátos belső ellentmondása, hogy úgy tűnik, sokkal fontosabb a programokon való részvétel, mint a programok utáni sikeres munkába állás, holott a képzések vállalt célkitűzése éppen ez utóbbi.

A munkaügyi központok nem kötelesek a megváltozott munkaképességűek nyilvántartására, ezért kiközvetítésükkel sem foglalkozhatnak. Kísérleti jelleggel 1996-tól elkezdték ugyan olyan rehabilitációs munkacsoportok működtetését, amelyek célja a megváltozott munkaképességűek reaktiválása, de megfelelő munkaerő-piaci kapcsolatok híján nehéz elképzelni, hogy találjanak elegendő olyan munkáltatót, aki/amely hajlandó és képes is foglalkoztatni a kiközvetített munkaerőt. A munkaközvetítő irodákban nincsenek a siketek vagy az értelmi fogyatékos emberek speciális jelnyelvét beszélő munkatársak, az irodák információi csak nehezen jutnak el a kommunikációs nehézségekkel küszködő ügyfelekhez. Pozitívum ugyanakkor, hogy a munkaügyi központok többsége kapcsolatban áll olyan nonprofit, érdekvédelmi szervezetekkel, amelyek a kommunikációs problémák áthidalásában, egyes képzési, átképzési feladatok átvállalásában hathatós segítséget tudnak adni.

A munkát kereső fogyatékos emberek nap mint nap szembesülnek azzal, hogy munkavállalási kérelmüket fogyatékoságuk tényére hivatkozva eleve elutasítják. A jelenség nehezen érhető tetten, hiszen a megváltozott munkaképesség fogalmának már említett viszonylagossága tág teret hagy a munkáltatónak arra, hogy a jelentkező alkalmatlanságára hivatkozzon. A munkát kereső fogyatékos ember a legkritikább esetben van olyan helyzetben, hogy munkaképességét a gyakorlatban is bizonyítsa; hathatós személyi segítség, illetve érdekképviselő híján a tárgyalási pozíciói az őt elutasító munkáltatóval szemben meglehetősen rosszak.

Egy siket fiatalemberrel történt, hogy amikor álláshirdetésre jelentkezett egy pékségbe, a vezetőség azzal utasította el, hogy az üzem veszélyes munkahelynek minősül és jogszabály tiltja halláskorlátozottak alkalmazását. A helyzet paradoxona, hogy a jelentkező szakmája pék volt, amit egy speciális szakiskolai képzés során sajátított el. Sok munkahelyi elutasítás mögött a fogyatékos emberekkel kapcsolatos előítéletek rejtőznek; a fogyatékoságot öntudatlanul is azonosítják egy sor negatív tulajdonsággal, képességeiket jelentősen alábecsülik. Sokszor előfordul, hogy a telefonon történt előzetes egyeztetés után a látás- vagy a mozgáskorlátozott munkavállaló megjelenik a munkahelyen, s hirtelen kiderül, hogy az állás betelt, bár esetleg még hetekig olvasható a hirdetés a lapokban. Egy mozgáskorlátozott férfi mesélte a következőket:

„Gimnázium után elhelyezkedtem Pesten, és akkor kezdődött a kálváriám: munkahelyet kerestem. Fordultam fűhöz-fához, apróhirdetéseket olvastam, mígnem megállapodtam egy személyes találkozásban egy hirdetővel. Amikor megjelentem, le voltak döbbenve. Mert én pedig mondtam, hogy mozgássérült vagyok, hanem a hirdetésre próbáltam reagálni. Aztán a tizennyolcadik vagy huszadik alkalom után az ember egyre idegesebb, egyre mérgesebb, mert az embereknek mindig az a problémájuk, hogy mozgássérült vagy. Megijedtek tőlem, mindenhol ez volt a reakció, kivéve az utolsó helyen, a Fővárosi Kézműipari Vállalat központjában. Ott így indítottam, hogy én dolgozni szeretnék, ezt vegyék figyelembe, mert nem a fejemmel van a baj, hanem a lábammal. Ezen nagyon meglepődött a nő, de a válasza ez volt: »Ió, természetesen.« Mondjuk nekem szerencsém volt, mert annak a gyáregységnek volt olyan részlege, ahol már mozgássérültek dolgoztak. Tehát neki nem volt olyan földönkívüli, hogy mozgássérülttel találkozzon, beszéljen vagy ott dolgozzon vele.”

A fogyatékos emberek iránti munkáltatói attitűdöt jól érzékelteti az indoklás, amit egy ABC-áruház vezetője közölt a siket, ámde szájról olvasni és beszélni tudó kliensét kísérő szociális munkással: „Még a raktárba sem vehetem föl, mert ha egy vevő véletlenül megszólítja, hogy fog nekem udvariasan válaszolni.”

Összefoglalóan elmondható, hogy a fogyatékos emberek jelenlegi, rendkívül kedvezőtlen munkaerő-piaci helyzete döntően a fizikai környezet akadályai és a rossz társadalmi beidegződések következménye. Az önálló élet megvalósításába beletartozik a munkaerő-piaci integráció is, ezért ennek elősegítése lenne a társadalom érdeke. Ehelyett felnőtt állampolgárok százai vannak tétlenségre ítélve. A munkahelyek elvesztéséből fakadó jövedelemkiesést a szociális transzferjövödelmek csak részben tudják pótolni; megfelelő lehetőségek mellett a fogyatékos emberek többsége képes lenne lényegesen magasabb életszínvonalat biztosítani magának.

Az ENSZ Nemzetközi Munkaügyi Szervezetének Kelet- és Közép-Európai Csoportja 1994-ben 15 pontból álló ajánlást fogalmazott meg a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásáról gondoskodó intézmények, szervezetek, szakemberek számára, melyet Fogyatékosok chartája néven tettek közzé. Az alábbiakban a teljes szöveg olvasható.

1. SZ. AJÁNLÁS

A fogyatékoság nemcsak orvosi, hanem társadalmi és gazdasági kérdés is.

Jó lenne elmozdulni arról az állásponttól, hogy a fogyatékos embereket csökkent munkaképességük arányában orvosi kategóriákba sorolják. Az is önkényes és társadalmi megosztottságot eredményez, ha a fogyatékos embereket munkaképességük alapján osztályozzák. A legtöbb testi vagy értelmi fogyatékosokat alkalmazó és viszonylag produktív, ha segítséget kap, vagy a munkahelyen átalakítást végeznek, vagy ha munkaképességük rehabilitációval visszaállítható.

2. SZ. AJÁNLÁS

Le kell küzdeni a fogyatékossgal járó hátrányokat.

Mivel a fogyatékos emberek gyakran többször hátrányos helyzetben vannak, az irányelvek kidolgozóinak nemcsak a fogyatékossgára, hanem a segítség más formáira is összpontosítaniuk kell; például az oktatásra, a szakmai rehabilitációra, az idősebb vagy fogyatékos dolgozókkal szembeni diszkrimináció leküzdésére.

3. SZ. AJÁNLÁS

A legjobb megközelítés az állampolgári jogon alapuló jogegyenlőség.

Ha a fogyatékos emberek külön státust kapnak, az ellenkezik az emberi jogok alapvető elvével. Éppen ezért a fogyatékos emberekkel szembeni megkülönböztetést törvények, rendelkezések, kollektív szerződések révén lehet megszüntetni. Mindenekelőtt azokat a mechanizmusokat kell erősíteni, amelyek segítségével a fogyatékos emberek elérhetik céljukat.

4. SZ. AJÁNLÁS

Az „általános foglalkoztatással” lehet legjobban ösztönözni a fogyatékos emberek alkalmazását.

Ezt alapelvnek kell tekinteni. A kormánypolitikának, munkáltatói gyakorlatnak garantálnia kell, hogy a pályázók, szakmai képzésre, munkaügyi támogatásra jelentkezők igazságos elbírálásban részesüljenek, amely valódi esélyegyenlőséget teremt. Különböző eszközökkel kell biztosítani, hogy a foglalkoztatás útjában álló diszkriminatív és más jellegű akadályok (például maga az információhiány) megszűnjenek.

5. SZ. AJÁNLÁS

A kvótatörvények csak részben sikeresek, és káros hatásuk is lehet.

A kvótatörvények hasznosak, amennyiben a helyes foglalkoztatási gyakorlatot jelzik, de a megsegésük esetére felállított illeték- (büntetés-) rendszerrel együtt is csak részben mondhatók sikeresnek. A kvótatörvények csakis akkor válnak feleslegessé, ha az egyéni jogokat és szerződési feltételeket alapvető törvénykezési és intézményi reformokkal biztosítják.

6. SZ. AJÁNLÁS

A védett vállalatokat meg kell őrizni, de nem jelenthetnek kizárólagos megoldást.

A védett vállalatok legjobb esetben is csak másodlagos megoldást jelentenek a fogyatékos emberek alkalmazásában. A legtöbb esetben el kell kerülni. Ha továbbra is megmaradnak a védett foglalkozások – bizonyos mértékig szükség van rájuk –, akkor a legjobb lehetőséget a hagyományos vállalatokon belül kialakított üzemszekek, állások adhatják. A védett vállalatoknak is arra kell törekedni, hogy kb. 50-50 százalékos arányban foglalkoztassanak egészséges és fogyatékos dolgozókat. És ami a legfontosabb, a védett állások létrehozásakor biztosítani kell a szakmai rehabilitáció lehetőségét is.

7. SZ. AJÁNLÁS

A fizetésben megmutatkozó diszkriminációt emberi jogi kérdésként kell kezelni.

A fizetésbeli diszkriminációt nem lehet körülményes munkajogi törvényekkel vagy egyszeri rendeletekkel megtiltani. Leküzdéséhez a következő szemléletmód szükséges: diszkriminációellenes törvények alkalmazása a munkáltatók ösztönzésével együtt; kollektív szerződések, amelyek a szakszervezeteknek lehetővé teszik, hogy kölcsönös fizetési megállapodást kössenek, beleértve az ideiglenes bérkiegészítést is.

8. SZ. AJÁNLÁS

A foglalkoztatási biztonság jogegyenlőség kérdése.

A csökkent munkaképességű emberek hasonló foglalkoztatási védelemben kell hogy részesüljenek, mint egészséges társaik. A munkáltatóknak és a szakszervezeteknek nyilvánosan és írásban is elkötelezettséget kell vállalniuk az elv mellett. A kormány támogatásával a helyi hatóságoknak min-

dent meg kell tenniük, hogy az elv a gyakorlatban is érvényesüljön. Ehhez hasonlóan a közép- és kelet-európai általános foglalkoztatási válság értelmében, az új „tömeges elbocsátásokra” vonatkozó eljárások pontos és jogos eljárásmódot kell meghatározniuk.

9. SZ. AJÁNLÁS

Fokozni kell a csökkent munkaképességű dolgozók állásának védelmét.

Sokkal nagyobb jelentőséget kell biztosítani azoknak az irányelveknek, amelyek lehetővé teszik a csökkent munkaképességű emberek átképzését és az ezzel járó pozitív hatású munkaerő-vándorlást. Ugyanez vonatkozik a munkahelyi és a foglalkoztatási előmenetelre is. A nagyvállalatok vezetőinek hivatalos jelentésben kell beszámolniuk arról, hogy milyen lépésekkel juttatják érvényre ezt az elvet.

10. SZ. AJÁNLÁS

A munkavédelem javításával elkerülhetők a rokkantságot okozó balesetek, és a foglalkoztatás feltételei javulhatnak.

Annak tudatában, hogy a legtöbb ember munkája teljesítése közben válik rokkanttá, fontos lenne megerősíteni a munkahelyi egészségügyi és biztonsági eljárásokat. A munkavédelmi és üzemegészségügyi bizottságokat fenn kell tartani, ahol pedig anyagi okokból megszűntek, ott vissza állítani. Ha az ilyen eljárások már nem találhatók meg, akkor újbóli alkalmazásukat a kormánynak kell sürgetni rendelkezéseiben, és ha szükséges, az anyagi támogatás, illetve büntetés rendszerével kell azt elősegíteni.

11. SZ. AJÁNLÁS

Bérkiegészítéssel kell növelni az anyagi jövedelem és a munkaerő védelmét.

A munkáltatónak támogatást kell kapniuk, hogy az újonnan fölvetett csökkent munkaképességű emberek fizetését maximum 6 hónapig kiegészítsék, ha kötelezik magukat arra, hogy az időszak letelte után is alkalmazzák ezeket az embereket, ha teljesítményük elfogadható. Ilyen támogatással érhető el a foglalkoztatás útját álló akadályok leküzdése. Arra kell irányítani a munkáltatókat, hogy a csökkent munkaképességű emberek foglalkoztatását elősegítsék, és megerősítsék a rehabilitációt.

12. SZ. AJÁNLÁS

A csökkent munkaképességű emberek részére történő juttatások a gazdasági tevékenység szabad kiválasztását kell hogy ösztönözzék.

A kormány által kiutalt jövedelemkiegészítések módját úgy kell megtervezni, hogy a célja ne a munkavállalás megakadályozása legyen. El kell kerülni a segélyezési csapdát, ami azt jelenti, hogy alacsony jövedelmű vagy részmunkaidős állások elfogadása alacsonyabb nettó jövedelmet eredményez, mert több segélyt veszítenek el. A kiegészítéseknek ellensúlyozniuk kell a részmunkaidős vagy alacsony fizetésű tevékenységet, és ösztönözniük kell a munkavállalást.

13. SZ. AJÁNLÁS

Az állami szerveknek a gyakorlatban is azt kell tenniük, amiről szónokolnak.

A kormányhivataloknak, munkáltatói szövetségeknek, szakszervezeteknek és nem kormányzati szervezeteknek állást kell foglalniuk az esélyegyenlőség elve mellett, és rendszeres jelentéssel kell demonstrálniuk, hogy ezt az elvet be is tartják. A kormány akkor teremti meg a legjobb megoldást, ha biztosítja a csökkent munkaképességű emberek foglalkoztatását, egyenlő béreket és fizetéseket garancia, és ha azonos előlépési lehetőségeket ad.

14. SZ. AJÁNLÁS

Szakembereket kell képezni, hogy ők a fogyatékos emberek anyagi és foglalkoztatási biztonságát elősegítsék.

A kormányhivatalok, nem kormányzati szervezetek, munkáltatói szövetségek, szakszervezetek hivatalnokait, különösen a vezető beosztásúakat meg kell tanítani arra, hogy a csökkent munkaképességű emberek igényeit és vágyait figyelembe vegyék a foglalkoztatásban és a munkaerőpiacon egyaránt.

15. SZ. AJÁNLÁS

Az irányadó politikai elvekről és a csökkent munkaképességű embereknek szánt támogatásról az információk átadását és terjesztését biztosítani kell.

Hogy segítséget nyújtsunk a fogyatékos embereknek, felismerjük vágyaikat, leromboljuk a foglalkoztatásuk útjában álló akadályokat, tájékoztatásra van szükség. Alapvető cél egyes munkáltatók, munkavállalók és képviselőik előítéleteinek leküzdése. Mindenekelőtt azonban a csökkent munkaképességű embereknek van szükségük közérthető tájékoztatásra.

Jövedelmi viszonyok, szegénység

A fogyatékos emberek a magyar társadalom leghátrányosabb helyzetű csoportjai közé tartoznak. Nem csupán fogyatékoságuk, hanem mostoha életviszonyaik is nehezítik, hogy a társadalomban normaszzerűként elfogadott életvitelt folytassák. Az alacsony jövedelem megfosztja az utazás, a szabadidő változatos eltöltésének, a társas kapcsolatok működtetésének lehetőségétől is az alapszükségletek szintjén is költségesebb életet élni kényszerülő, a többségi társadalom által gyakran stigmatizált, kirekesztett, marginalizálódott fogyatékos embereket.

Hazánkban 1994-ben a fogyatékos emberek 0,5 százaléka ítélte jövedelmét a létminimumnál lényegesen magasabbnak, 8,9 százaléka magasabbnak, 23,2 százaléka azzal nagyjából megegyezőnek, 23,9 százaléka kevesebbnek és 43,3 százaléka sokkal kevesebbnek. Tehát a fogyatékos népesség kétharmadának jövedelme – saját véleménye szerint – alatta marad a KSH által hivatalosan számolt létminimumnak. Ebből elsősorban arra következtethetünk, hogy a fogyatékos emberek körében rendkívül erős a szubjektív szegénység, azaz a szegénységtudat. Ám azt is feltételezhetjük, hogy értékelésükben nem túlságosan tévednek: objektíve is a magyar társadalom szegény csoportjai közé tartoznak.

A megítélés a fogyatékoság típusa szerint is változik. A legrosszabbnak a súlyosan fogyatékosok: a vak, a siket, illetve a felsővégtag-hiányos mozgáskorlátozott emberek tartják helyzetüket. Az értelmi fogyatékosok között viszont senki sem akadt, aki a létminimumnál magasabb jövedelmet jelölt volna meg.

Adatok hiányában nem tudható, mennyi a fogyatékos emberek átlagos munka- és szociális jövedelme. Az inaktívak és az eltartottak, az alacsony iskolai végzettségűek, valamint a szakképzettséget nem igénylő munkakörökben foglalkoztatottak magasabb aránya azt valószínűsíti: hátrányaik számottevőek. A felnőttkorukban megvakult, rehabilitációs tanfolyamot végzettek körében készült felmérés szerint a megkérdezett 34 fő felének havi jövedelme 1996-ban, a vak emberek személyi járadékát is beleszámítva, nem érte el a 20 000 forintot.

A TELJES MUNKAIDŐBEN FOGLALKOZTATOTTAK HAVI BRUTTÓ ÁTLAGBÉRE, AZ ÖREGSÉGI NYUGDÍJ ÉS A FOGYATÉKOS EMBEREKET MEGILLETŐ EGYES PÉNZBELI ELLÁTÁSOK EGY FŐRE JUTÓ HAVI ÖSSZEGE 1995-BEN

Jövedelemtípus	Forint
A teljes munkaidőben foglalkoztatottak havi átlagbére	38 900
Öregségi nyugdíj	17 325
A célszervezetekben foglalkoztatott megváltozott munkaképességű dolgozók átlagkeresete	14 989
A szociális foglalkoztatókban dolgozók havi átlagkeresete	8 700
Rokkantsági nyugdíj	15 716
Megváltozott munkaképességűek segélye	8 605
Rokkantsági járadék	7 803
Központi rendszeres szociális segély	9 114
Ápolási díj	7 480
Vak emberek személyi járadéka	5 133
Mozgáskorlátozottak közlekedésével kapcsolatos egyéb támogatás	981

A fogyatékos emberek és családjuk elszegényedését nem csupán a fogyatékos személyeket sújtó továbbtanulási, munkavállalási problémák, a fogyatékossgal járó többletkiadások, vagy éppen a fogyatékos családtag gondozása miatti keresetkiesés okozza. A szegény családokban élők egészségtelen körülmények között kénytelenek lakni, balesetveszélyes munkákat kényszerülnek elvállalni, a betegségek után nincs pénzük a költséges speciális utókezelésekre, és ezek mind a fogyatékossgal bekövetkeztének kockázatát növelik. Az ok-okozati kapcsolatok menthetetlenül összegabalyodnak, a klasszikus orvosi-pszichológiai kategóriából szociális kategória válik, és fordítva.

A nemzetközi tapasztalatok – még a magyarországinál bőkezűbb szociálpolitikai ellátásokkal rendelkező országokban is – azt mutatják, hogy a fogyatékos emberek anyagi szűkössége elsősorban a munkaerő-piaci lehetőségek korlátozottságára vezethető vissza. Nem jutnak a megélhetésüket biztosító foglalkoztatáshoz, munkához, így nincs más lehetőség számukra, mint a társadalombiztosítási és az önkormányzati szociális támogatások igénybevétele. Ha a nyílt munkaerőpiacon foglalkoztatják őket – éppen kiszolgáltatottságuk, gyengébb érdekérvényesítő képességük miatt –, rosszabbul fizetettek. A védett munkahelyeken pedig a keresetek általában még kisebbek. Nem rendelkezünk pontos adatokkal arról sem, hogy a munkanélküliség miként érinti a fogyatékos emberek csoportját. A szóróványosan megjelenő újsághírek, szóbeli információk, egy-egy helyi települési esettanulmány alapján sejthető: nem csupán a volt állami vállalatok privatizációja, hanem a védett és az államilag szubvencionált munkahelyek piacconformmá tétele is szűkíti a fogyatékos emberek foglalkoztatási lehetőségeit. A Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége Békés Megyei Szervezetének 999 tagja közül mindössze 71 aktív kereső, holott a tagság életkor szerinti összetétele nem indokolná ezt a rendkívül alacsony arányt.

Ma Magyarországon a fogyatékos emberek biztosítási jogon vagy szegénnyjogon juthatnak elsősorban a megélhetésüket biztosító pénzbeni ellátáshoz. A fogyatékos gyermek után alanyi jogon, emelt összegű és hosszabb ideig folyósított családi pótlék jár. Ugyancsak alanyi jogú és a gyermek tízéves koráig jogosult a szülő a gyes igénybevétele. Az ennél idősebb fogyatékos hozzátartozó gondozása miatt kiesett jövedelmet hivatott pótolni az ápolási díj, amelyet a rászorultságtól függő rendszeres önkormányzati pénzbeni támogatásnak tekintenek. A felnőttkorú fogyatékos emberek megélhetését hivatott biztosítani a rokkantsági nyugdíj, a rokkantsági járadék, a megváltozott munkaképességűek segélye. A tapasztalatok szerint a saját jövedelem és társadalombiztosítási jogosultság híján önkormányzati szociális segélyre szorulóknak között az értelmi fogyatékos emberek vannak legtöbben.

A szociálpolitika történetében először a Beveridge-terv vázolt fel olyan egységes rokkantellátási rendszert, amely nincs tekintettel arra, hogy mi okozta a fogyatékossgal (például munkahelyi baleset, háború, közlekedési baleset, betegség stb.). Magyarországon még nem valósult meg a Beveridge-i minimum.

A biztosítási jellegű pénzbeni ellátások járulékfizetéshez, azaz munkavégzéshez kötődnek, s összegük általában magasabb a szegénnyjogon járó ellátásokénál. A rokkantsági nyugdíj igénybevétele nem zárja ki a munkavégzést, vagyis a pótlólagos jövedelemszerzést, a rokkantsági járadék elvben igen. A fogyatékos embereket megillető szociális pénzbeni juttatásokra is jellemző a szegénységi csapda kialakulásának veszélye. A rehabilitáció, az önálló élet egyik előfeltétele lenne az önfenntartást biztosító munkajövedelem, ám ezzel a fogyatékos ember könnyen elvesztheti százalékos kategóriákban kifejezett besorolását, s ezzel biztos jövedelmeinek egy részét.

Az ENSZ már idézett, 1993-ban elfogadott dokumentuma így fogalmaz: „A szociális biztonsági rendszereknek arra kell törekedniük, hogy állítsák helyre a fogyatékossgal élők jövedelemszerző képességét. Ezek a rendszerek fedezzék vagy támogassák a szakképzés megszervezését, fejlesztését és finanszírozását. Adjanak segítséget a munkahelyszerző szolgáltatásoknak.”

„Ildikó jelenleg 23 éves; 17 évesen, még szakmunkástanulónként vonatbalesetet szenvedett, mindkét lábát és az egyik karját elvesztette. Fizikai állapota alapján 100 százalékos rokkanttá minősítették. Szüleivel él, hivatalos gondozója az édesanyja, aki feladta munkáját és Ildikó napi ön-ellátását segíti. Ildikó a baleseti trauma feldolgozása, majd az állapotelfogadás okozta nehézségeken túljutva megpróbált minél teljesebb életet élni. Megtanult a műkeztet segédkézként használva kötni, elkezdte megírni élettörténetét, levelezett sorstársaival. Magántanulónként elvégezte a gimnáziumot, leérettségizett, jelenleg számítógépes ismereteket tanul. Nagyon szeretne valamilyen hasznos tevékenységet végezni, számítógépen munkát vállalni, de erre nincs hivatalos lehetősége. 1. csoportos rokkant, vagyis teljes mértékben munkaképtelennek tekintik.

Ha hivatalosan dolgozik, elvész az állapota után járó juttatás, annyi munkát pedig nem tud végezni, ugyancsak az állapota miatt, amennyi a megélhetését biztosítaná.”

A fogyatékkal élő emberek esélyegyenlőségének alapvető szabályai szerint: „A tagállamok biztosítsanak megfelelő jövedelmi támogatást a fogyatékossgal élőknek, akik a fogyatékossg, vagy azzal kapcsolatos tényezők hatására időlegesen elvesztették jövedelmüket, vagy csökkent mértékben jutnak jövedelemhez, vagy alkalmaztatásukat megtagadják. A támogatásnál számításba kell venni azokat a költségeket is, amelyek gyakran jelentkeznek a fogyatékossggal élők és családjuk esetében a fogyatékossg következtében.”

Mindebből is kitűnik, hogy a fogyatékos emberek pénzbeli támogatási rendszerében külön kell választani a jövedelem hiányának pótlását, illetve a segélyezési küszöböt el nem érő jövedelmek kiegészítését a fogyatékos állapotból fakadó többletköltségek fedezésére szolgáló jövedelmektől. E többletkiadásokat három csoportba sorolhatjuk. A rendkívüli kiadást jelentő nagyértékű speciális tárgyak közé tartoznak például a drága segédeszközök, az átalakított gépkocsi. A rendszeres többletkiadással járó speciális tárgyak közé sorolható például a hallókészülék eleme. Egyes, a társadalom többi tagja által is igénybe vett javakra a fogyatékos emberek rendszeresen többet kénytelenek költeni, például ha a mozgásában korlátozott ember a lakásához közeli drágább üzletben kényszerül vásárolni.

A kompenzációs elvű (jövedelemkiegészítő) ellátások a fogyatékossgból eredő többletköltségek kifizetését szolgálják. Ez nem keresetarányos juttatás, vagyis nem függ attól, hogy a fogyatékossg csökkentette-e a keresőképesseget, hanem akkor is jár, ha az érintett személy dolgozik, vagy nyugdíjjal rendelkezik.

Magyarországon a fogyatékos emberek pénzbeli ellátásában nem különültek el ezek a szintek. A juttatások jogcímében sok az esetlegesség; egészében véve áttekinthetetlen, nincs rendszerszerűség, nem speciális szükségleteikre ad választ. A kompenzációs célú ellátások is (például a mozgáskorlátozottak közlekedési támogatása) segélyszerűen működnek.

Jól példázza ezt, hogy amikor a telefonínség idején a MATÁV soron kívül szétszított néhány vonalat a fogyatékos emberek között, személyesen is felkeresték az igénylőket. Nem a fogyatékossg jellege (mennyire szükséges a társadalmi kapcsolatok fenntartásához a telefon), súlyossága, vagyis valamilyen objektív és papírokkal dokumentálható, mérhető szempont szerint döntöttek, hanem a látogató véleménye alapján. Egy végtaghiányos, lift nélküli ház negyedik emeletén lakó férfit azzal utasítottak el, hogy ha televíziója, mikrohullámú sütője, videója, sőt szép kislánya is van, akkor szükségtelen számára a telefon.

A mozgáskorlátozott emberek részesülhetnek közlekedési támogatásban, a tömegközlekedés igénybevételeiben éppen olyan súlyos nehézségekkel küszködő súlyos értelmi fogyatékosok – nem. A vak emberek személyi járadéka, a mozgáskorlátozott emberek közlekedési támogatása felfogható kompenzációs célú ellátásnak, ám ilyesmiben a hallássérült emberek és az értelmi fogyatékos emberek nem részesülnek. A kilencvenes évek Magyarországon sok a meglehetősen abszurdnak tűnő, pénzt helyettesítő juttatás. Ilyen például a mozgáskorlátozott személyek ingyenes lifthasználata, az elektromosáram-szolgáltatással kapcsolatos beruházásoknál adható kedvezmény, az ingyenes múzeumi belépő (miközben a múzeumok nagy részének akadálymentesítése megoldatlan), vagy a televízió- és a rádió-előfizetési díj fizetési kötelezettsége alóli mentesség. Nem csoda, ha sem az érintettek, sem a szolgáltatók nem ismerik ki magukat e szövevényes jogszabálytengerben; és megfelelő, mindenki számára hozzáférhető információk sem állnak rendelkezésre. Megoldatlan e juttatások piaczgazdasági viszonyokra adaptálása: a mozgáskorlátozottak ingyenes és széles körű parkolási lehetőségeit vajon csak a közterületeken kell biztosítani, vagy a rendelkezés a magánparkolókra is vonatkozik? (E sorok írója például e kötet készítésekor munkahelyén, az egyetemen megbeszélést folytatott néhány fogyatékos emberrel, s a biztonsági őrök – szerződésükben ez nem szerepelvén – nem engedték az egyik mozgássérült résztvevőt az egyetem területén parkolni.)

A fogyatékos emberek pénzbeli ellátásának rendezetlenségében nem elsősorban a forráshiány játszhatja a főszerepet, hanem az, hogy a kormányzat és az önkormányzatok nem ismerik, vagy ha ismerik, alábecsülik a fogyatékos emberek szükségleteit, a szegénység kockázatát, a depriváció fokát körükben.

Gyakran megkérnek, meséljek arról, milyen élmény fogyatékos gyermeket nevelni. Hogy segítek azoknak az embereknek, akik nem osztoznak ebben a különleges élményben, megérteni ezt, elképzelni, hogy milyen érzés lehet. Nos ez valami ilyesmi...

„Amikor gyermeket vársz, az olyan, mintha egy csodálatos utazást terveznél – Itáliába. Vásárolsz egy csomó útikönyvet, és csodálatos terveket készítesz. A Colosseum. Michelangelo Dávidja. A velen-
cei gondolák. Még néhány praktikus kifejezést is megtanulsz olaszul. Az egész nagyon izgalmas.

Több hónapnyi feszült várakozás után végre eljön a nap. Összepakolod a csomagjaidat és elindulsz. Néhány órával később a repülő megérkezik. A légikísérő bejön és megszólal: Üdvözljük Hollandiában.

Hollandia?! – kérdezed. Hogyhogy Hollandia? Én Olaszországba indultam! Nekem Olaszországban kellene lennem. Egész életemben arról álmodoztam, hogy Olaszországba menjek.

De változott az utazási terv. A gép Hollandiában szállt le, és maradnod kell.

A legfontosabb, hogy nem egy szörnyűséges, gusztustalan, koszos helyre kerültél, ahol járványok, éhínség és betegségek pusztítanak. Ez a hely egyszerűen csak más.

Tehát el kell indulnod új útikönyveket vásárolni. Meg kell tanulnod egy teljesen új nyelvet. És sok-sok új emberrel fogsz megismerkedni, akikkel máskülönben soha nem találkoztál volna.

Ez a hely egyszerűen más. Lassúbb hely, mint Olaszország, kevésbé hivalkodó. Miután eltöltöttél itt egy kis időt, és újra lélegzethez jutsz, körülnézel... és rájössz, hogy Hollandiának vannak szélmalmái... és Hollandiában vannak tulipánok. Hollandiában még Rembrandtok is vannak.

De mindenki, akit ismersz, az itáliai jövés-menéssel van elfoglalva... mindnyájan azzal büszkélkednek, hogy milyen csodálatosan érezték magukat ott. És az életed hátralévő részében csak azt mondogathatod: Igen, az a hely, ahova én is indultam. Ez az, amit én is terveztem.

Az efölött érzett fájdalom soha, soha, soha nem fog elmúlni... mert egy álmot elveszíteni nagyon nagy veszteség.

De ha egész életeden át azon keseregsz, hogy nem jutottál el Olaszországba, soha nem leszel képes szabadon örülni a nagyon különleges, nagyon kedves dolgoknak... Hollandiában.”

Emily Perl Ginksley: Welcome to Holland. In: Right from the Start. Services on Support for Parents of Young Child with Special Needs. 1987.

FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK A FELSŐOKTATÁSBAN

Kutatási beszámoló



FT

DS

Kurt Lewin Alapítvány a toleranciáért

FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK A FELSŐOKTATÁSBAN

Kutatási beszámoló

Készült: az
Oktatási Jogok Biztosának Hivatala megbízásából

Készítették:
Héra Gábor—Kun Eszter—Dr. Ligeti György

Kurt Lewin Alapítvány a toleranciáért
1052 Budapest, Váci utca 9. III. 1.
www.kla.hu
+ 36-1-411-0940

Budapest, 2005. május

Tartalom

Bevezetés	167
Jelenségek	168
1. A fogyatékos hallgatók alacsony létszáma	168
A közoktatás szerepe	168
A szülői háttértámogatás szerepe	169
Az akadálymentesítés	170
A fogyatékossgal élő felvételizők iránti attitűdök	171
Érdekérvényesítés	172
Összefoglalás	173
2. A hallgatók tanulmányokkal kapcsolatos nehézségei	173
A mozgássérültek főbb problémái	174
A látássérültek főbb problémái	176
A hallássérültek főbb problémái	178
A beszéd- és más fogyatékossgal élő diákok	180
Az egyéb egészségügyi helyzetben levő hallgatók	181
Összefoglalás	181
3. A koordinátori rendszer	182
A koordinátorok elérhetősége	182
A koordinátorok kinevezése, felkészültsége, szakmai tudása	183
A koordinátorok ellenőrzése	184
Státuszhalmozás	184
A normatíva nyomon követése	185
A koordinátorok főbb problémái	186
Összefoglalás	189
Pozitív gyakorlatok	190
A kutatás tapasztalatainak összefoglalása	193
A kutatás módszertana	196

Bevezetés

2005 januárja és 2005 májusa között a Kurt Lewin Alapítvány kutatócsoportja a hazai felsőoktatási intézményekben tanuló, fogyatékossgal élő hallgatókra koncentráló kvalitatív felmérést végzett. Az empirikus kutatás lebonyolításával naprakész információt kívántunk kapni arról, hogy

1. az esélyegyenlőséget biztosító törvényi szabályozás követelményeinek eleget tesznek-e a felsőoktatási intézmények,
2. az egyetemek és a főiskolák fogyatékos hallgatóit milyen tényezők akadályozzák/segítik tanulmányaik elvégzésében,
3. milyen követelményekkel és tartalmakkal lenne indokolt kibővíteni a jelenlegi törvényi szabályozást.

A fogyatékossgal élők, ezen belül a felsőoktatási intézményben tanulók esélyegyenlőségét több jogszabály és rendelet is elő kívánja segíteni.¹ A kutatás nyomán szándékunk szerint azt akartuk feltárni, hogy a jogszabályokban megfogalmazott követelmények teljesítése érdekében milyen lépések történtek a hazai egyetemeken, főiskolákon. A felmérés eredményeként az esélyegyenlőséget elősegítő kormányzati stratégia is könnyebben kialakítható.

A kutatási tervben megfogalmazottak alapján a kutatócsoport a felsőoktatásra koncentrált. A fogyatékossgal élő fiatalok élethelyzetének, a tapasztalt problémáknak a megértéséhez azonban az egyetemi, a főiskolai tanulmányok előtti időszakra is röviden kitért a vizsgálat. Ugyancsak fontos szempontnak bizonyult, hogy a szülői háttér szerepét, annak fontosságát is megismerjük. A vizsgálatunkkal tehát valamelyest szélesítettük a megismerni kívánt jelenségek, ok-okozati összefüggések körét.

A továbbiakban először a fogyatékossgal élő hallgatók alacsony létszámának okait tárgyaljuk. Ezt követően a különféle fogyatékossgakkal élő hallgatóknak a tanulmányok során tapasztalt főbb problémáit mutatjuk be, majd a koordinátori rendszer jellemzőiről olvashatnak. A tanulmány végén olyan pozitív gyakorlatokat gyűjtöttünk össze, amelyek példa értékűek lehetnek az esélyegyenlőséget megteremteni kívánó felsőoktatási intézmények számára.

¹ Ezek közül a legfontosabbak: 1998. évi XXVI. törvény (A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról), 1997. évi LXXVIII. törvény (Az épített környezet alakításáról és védelméről), 29/2002 OM-rendelet (A fogyatékossgal élő hallgatók tanulmányainak folytatásához szükséges esélyegyenlőséget biztosító feltételekről). Az 1993. évi LXXX. törvény (A felsőoktatásról) valamint a 2003. évi CXXV. törvény (Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló törvény).

Jelenségek

1. A fogyatékos hallgatók alacsony létszáma

A felsőfokú végzettséggel rendelkező munkavállalók a munkapiacon nagyobb eséllyel tudnak elhelyezkedni. A diplomaszerzés a társadalmi felemelkedés esélyeit növeli, a társadalmi-gazdasági státusz javulását vonhatja maga után. A fogyatékossgal élők esetében a felsőfokú végzettség megszerzése kiemelt eszköze lehet az élethelyzet javításának. Ennél a csoportnál ugyanis a fizikai munkakör betöltésének lehetősége az egészségkárosodás miatt legtöbbször korlátozott, ezért sokszor csak a szellemi munkavégzés jelent reális kereseti lehetőséget.

Habár a felsőoktatási intézményeknek emiatt nagy szerepük lenne a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésében, a fogyatékos személyeknek – a társadalom egészére jellemző 10%-kal szemben – megközelítőleg 1-2%-a tanult a főiskolákon, egyetemeken 1998-ban.² A 2003-04-es oktatásstatisztikai évkönyv adatai alapján³ a hallgatói létszám tavaly már meghaladta a 400 000-et, tapasztalatunk szerint a fogyatékossgal élő hallgatók száma ezzel párhuzamosan ugyancsak növekedett. E növekedés ellenére azonban napjainkban még mindig igen alacsony a fogyatékossgal élő hallgatók száma a felsőoktatásban. A kutatás tapasztalatai alapján ez az alacsony részvétel több – az alábbiakban bemutatandó – okra vezethető vissza.

A közoktatás szerepe

A fogyatékossgal élő hallgatókkal készült interjúk során beszélgetőpartnereink időnként utaltak arra, hogy az egyetemet vagy a főiskolát megelőzően tanáraik nem támogatták továbbtanulásukat. Ezeknek a diákoknak a pedagógusai, a nevelőik az általános iskolában, vagy éppen már az óvodában nem javasolták, hogy magasabb fokozatú oktatási intézményben folytassák tanulmányaikat. Az eltanácsolás nem egyszer indokolatlanul, a tudással, a tanulási képességekkel kapcsolatban megalapozott információkkal nem rendelkező pedagógusoktól ered.

V: Az óvodában nagyon-nagyon jó teszteket írtam, ilyen iskolaelőkészítő teszteket. Ennek ellenére közölték a Pető Intézetben is a tanárok, meg a szomszéd tanár is, hogy engem kisegítő iskolába kéne íratni. Mert biztos, hogy ha testileg ilyen vagyok, akkor értelmileg is. A gimnáziumi tanárom meg közölte, ő másodikban lett az osztályfőnökünk, közölte két hét után anyuékkal, hogy ez a gyerek még a harmadikat se fogja elvégezni. Most írom a második szakdogámat.

K: Középiskolai tanáraid tudták, hogy te egyetemre fogsz menni?

V: Igen.

K: Mit szóltak hozzá?

V: Mondtam, az osztályfőnök szerint még a harmadikat se tudom elvégezni. Közölték, hogy: Egyetemre akar menni? Hát hogy fogja tudni elvégezni?

² Az Oktatási Minisztérium 1998-as tájékoztató felmérése alapján az akkori hozzávetőleges 30 000-es hallgatói létszámon belül megközelítőleg 300-ra becsülték a fogyatékossgal élő hallgatók számát.

³ Oktatásstatisztikai évkönyv – 2003/04, Oktatási Minisztérium Közgazdasági Főosztályának Statisztikai Osztálya, Budapest, 2004.

K: Mivel indokolták ezt a kétségüket?

V: Figyelj, az ember tele van – tisztelet a kivételnek –, a nagy többség tele van előítéllettel. Ha megfigyeled, akkor nagyon gyorsan ítélekeznek az emberek, mert nincs idejük, hogy megismerjék a másikat. És azt hiszik, hogy ha testileg valaki gyenge, akkor biztos szellemileg is gyenge.

(Részlet egy mozgássérült hallgatóval készült interjúból.)

Otthon én tanítottam, és csak kétszer három órát voltunk egy héten egy tanítónőnél. Aki – mivel annyira félénk volt a fiam – úgy gondolta, hogy úgyse lesz belőle semmi. Az egyik pedagógus azt is mondta, hogy ha nem is lesz belőle semmi, legalább a nevét tanulja meg leírni. És így is foglalkoztak vele.

(Részlet egy fogyatékossgal élő egyetemi hallgató édesanyjával készült interjúból.)

A felsőoktatási intézmények által támasztott követelményekre való felkészülés és az azoknak való megfelelés szempontjából a középiskola szerepe a meghatározó. A fogyatékos emberekkel szembeni előítéletek azonban már az alapfokú oktatásban is visszavethetik a diákok továbbtanulási kedvét. A középiskolai jelentkezés gondolatát esetleg már ekkor elveti az a fogyatékossgal élő tanuló, aki a további kudarokat és kritikákat el akarja kerülni.

A pedagógusok támogatását élvező fiatalok ezzel szemben nagyobb eséllyel kerülnek be a felsőoktatási intézményekbe. Ezek a tanárok a felkészülésben, a felvételihez szükséges tananyag elsajátításában tudnak pótolhatatlan segítséget adni.

Ezeket a tapasztalatokat a Lelkierő – Fiatalon a Fiatalokért Egyesület megbízásából végzett regionális kvalitatív felmérés előzetes eredményei is alátámasztják.⁴ A narratív interjú technikáját alkalmazó kutatás vezetőjének beszámolója szerint a fogyatékossgal élő hallgatók közül sokan nem tudják elvégezni a középiskolát sem, mert nem tudtak bejutni ilyen képző intézményekbe. Emiatt többen kényszerpályára kerülnek: eleve fogyatékos fiatalok számára létesült iskolákban tanultak/tanulnak tovább. Ezek az intézmények azonban sokszor nem készítették fel a diákokat megfelelően a továbbtanulásra; az ott folyó oktatás színvonala alacsonynak mondható. Gyakran előfordul, hogy a – felsőoktatásig esetlegesen eljutó – hallgatók a képességek hiánya vagy az akadálymentesítés elmaradása miatt nem az érdeklődésüknek megfelelően választanak szakot. A fogyatékos hallgatókra leginkább jellemző a számítástechnikai szakirányok preferálása, azonban az itt tanulók is sokszor egészen más jellegű terület iránt érdeklődnek.

További nehézséget jelent, hogy a fogyatékos fiatalok számára kialakított iskolák leginkább a megyeszékhelyeken és a fővárosban találhatóak. Az itt folytatott tanulmányok miatt a fogyatékossgal élők támogatása szempontjából sokáig nélkülözhetetlen családi háttérük darabolódhat szét a vidéken élőknek.

A szülői háttértámogatás szerepe

A továbbtanulás szempontjából kardinális szerepe van a szülői háttértámogatásnak. Már az alap-, és a középfokú oktatás esetében is elengedhetetlen a szülői segítség, nélküle a diákok igen nagy valószínűséggel abbahagyják tanulmányaikat.

„De mivel sérült az idegrendszere, a mozgása is elég nehézkes, és elég nehezen olvasható az írása, és aztán hát ... akkor beszéltem az igazgatónővel, hogy Sz.-nek ilyen problémája van, és hogy a dolgozók gimnáziumában jegyzeteléssel tanulnak, és nem közvetlenül a tankönyvből, mert tömörítik az anyagot ... ezért hát kérdeztem, hogy hogyan lehetne ezt megoldani, mert hogy Sz. lassan is jegyzetel, meg nehezen olvashatóan. És akkor azt mondta, hogy járjak be vele én is. Úgyhogy aztán Sz. is jegyzetelt, mert ő is akart jegyzetelni, csak sokszor maga is nehezen tudta kiolvasni, úgyhogy én is jegyzeteltem, négy éven keresztül jártam be vele a gimnáziumba.

⁴ A Jász-Nagykunszabolcs-Szatmár-Bereg megyék felsőoktatási intézményeiben tanuló. fogyatékossgal élő hallgatók körében végzett kutatás címe: A fogyatékossgal individualitása. A felmérés az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium támogatásával készült. Ezúton szeretnénk köszönetet mondani Wohlfarth Eszternek, az idézett kutatás vezetőjének és lebonyolítójának, aki számunkra a kért információkat megadta a kutatás tapasztalatairól.

És én is jegyzeteltem, és a kettőt összeegyeztettük, a kettőt átírtam úgy, hogy ő azt el tudja olvasni. Úgyhogy aztán átírtam az egészet, és abból tanult, és egyre jobb eredménnyel vizsgázott. Úgyhogy aztán úgy érettségizett le, el is hoztam az érettségi bizonyítványnak a fénymásolatát, hogy nagyon megdicsérte még az elnök is.”

(Részlet egy fogyatékossgal élő hallgató édesanyjával készült interjúból.)

A gyermekük igényeit, szokásait jól ismerő szülők kétségtelenül hatékonyan tudják támogatni a tanulmányok folytatását. Az esetek többségében azonban a háztartás vezetéséhez szükséges bevételek előteremtésének a kényszere miatt a szülők kapacitása is véges. A fogyatékos fiatalok támogatása megnövekedett időbeli és anyagi ráfordítást igényel a család részéről, és ezt csak kevesen tudják magukra vállalni. A fogyatékossgal élő fiatalok esélyegyenlőségének biztosítása szempontjából ezért lenne fontos a munkájukért juttatásban részesülő, vagy azt önkéntes alapon végző segítők hálózatának kiépítése. Tapasztalataink szerint ez a szolgáltatás azonban még nem eléggé kiépített a felsőoktatási intézményekben. A jelenleg hallgatói jogviszonyban lévő fogyatékos hallgatók ezért legtöbbször informális csatornáikat kihasználva, barátságokra és ismeretségekre építve maguk alakítják ki azt a támogató stábot, amelynek tagjai a tanulmányaikat segítik. Az idetartozó személyek általában ellenszolgáltatás nélkül fénymásolják a jegyzeteket, mondják kazettára a kötelező olvasmányokat, vagy éppen segítenek a közlekedésben. Az ilyen kapcsolatokkal nem rendelkező – illetve a külső segítséget elutasító – hallgatók azonban kizárólag szüleik segítségét vehetik igénybe.

„Ilyenkor félév végén csinálnak egy helyben fordítást, ami ugye nekem hihetetlenül nagy izével jár, hogy én ilyenkor megkérem az édesanyámat, hogy vegyen ki otthon szabadságot, utazzon fel X-re, jöjjön ide, szótárazzon nekem, mert csak így tudom csinálni. (...) Ez egy napos program. Egyrészt neki is elmegy egy nap szabadsága, ami nem mindegy, másrészt neki is nagyon megterhelő.”

(Részlet egy vak hallgatóval készült interjúból.)

Ismét hangsúlyozzuk: a fogyatékos hallgatóknak tanulmányaik elvégzése során – a speciális berendezésekkel, alkalmazásokkal, informatikai eszközökkel és szolgáltatásokkal szembeni igények miatt – nagy anyagi terhet kell magukra vállalni. Ezt a többletforrást se önkéntesekkel, se informális csatornákon kiépített támogatói hálózattal nem tudják előteremteni a fogyatékossgal élő hallgatók, ebben kizárólag önmagukra, szüleikre illetve a kiemelt állami normatívára utaltak.

Az akadálymentesítés

A felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény 82. §-a szerint „Minden magyar állampolgárnak joga van (...) az általa választott felsőoktatási intézményben és szakon felsőfokú tanulmányokat folytatni.”

A felsőoktatási intézmények többsége ennek a követelménynek jelenleg még nem tud eleget tenni, hiszen – habár azt más törvények és rendeletek⁵ is előírják – komoly elmaradások vannak az akadálymentesítés területén. Ezeket a hiányosságokat elsősorban az ilyen jellegű beruházások magas költségigényével magyarázták interjúalanyaink. Bizonyos berendezések (pl.: liftek, rámpák) kiépítése valóban magas költségvonzatú a forráshiányos egyetemek és főiskolák számára. Az akadálymentesítést ezért általában csak egy stratégia keretein belül, a rendelkezésre álló pénzösszeg előzetes „felcímkezésével” és célirányos felhasználásával lehet megoldani. A hosszú távú stratégiával nem rendelkező felsőoktatási intézmények az ilyen jellegű beruházások területén jobbak elmaradtak.

Az akadálymentesítés alatt megfigyelésünk szerint a mozgásukban korlátozott hallgatókat érintő fizikai akadálymentesítést értik leggyakrabban az egyetemi vezetők. A látáskorlátozott és a halláskorlátozott, valamint a más fogyatékossgal élő emberek esetében is beszélhetünk azonban ilyen jellegű fejlesztésekről. Látáskorlátozottak esetében például a vezetőszőnyeg használata, a lépcső-

⁵ Ezek közül a legfontosabbak: 1998. évi XXVI. törvény (A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról), 1997. évi LXXVIII. törvény (Az épített környezet alakításáról és védelméről), 29/2002 OM-rendelet (A fogyatékossgal élő hallgatók tanulmányainak folytatásához szükséges esélyegyenlőséget biztosító feltételekről).

peremek élénkebb színnel történő megjelölése, a termék számozásának vagy a liftek érintőpaneljeinek dombornyomós kialakítása nagy segítséget jelenthet.

Az akadálymentesítés az információhoz való hozzájutás szempontjából is megvalósítható. Az órai jegyzetek, a kötelező olvasmányok digitális formában biztosított elérhetősége nem csak a látáskorlátozott, hanem a diszlexiás, a diszgráfiás hallgatóknak is komoly támogatást jelenthet. Az erre kifejlesztett alkalmazások használatával ugyanis elsajátítható a célcsoport számára egyébként csak nehezen hozzáférhető tananyag. (Hozzáteesszük: ezek a digitális szöveg felolvasására alkalmas programok is nehezen hozzáférhetőek. Azokat sokszor csak illegálisan tudják beszerezni az érintettek.) A halláskorlátozott diákok esetében az előadásokon használt hangosítás, az előadókban kiépített indukciós hurok jelenthetne előrelépést.

A felsorolt beruházások megvalósítása, az alkalmazások megvásárlása már nem jelentene komoly anyagi megterhelést a felsőoktatási intézmények számára. Az ezen a téren tapasztalható hiányosságok már inkább az érdektelenséggel, a nem megfelelően artikulált hallgatói igényekkel, a koordinátorok szakmai képzetlenségével illetve az alacsony érdekérvényesítő képességükkel magyarázhatók. Nagy valószínűséggel a fogyatékos fiatalok nagyobb számban jelennének meg az egyetemeken, a főiskolákon, ha a fizikai mellett a kommunikációs akadálymentesítés területén is komolyabb beruházások történének.

Habár az nem a felsőoktatás témaköréhez tartozik, azonban nagyon röviden szólnunk kell a tömegközlekedésben rejlő nehézségekről is. Interjúalanyaink beszámolója szerint se a – helyi, illetve távolsági – buszon, se a vonaton való közlekedésben nem megoldott a mozgáskorlátozottak utazása. Ez indokolatlanul nagy többletterheket ró az érintettekre, megnehezítve a felsőoktatásban való részvételüket (is).

A fogyatékossgal élő felvételizők iránti attitűdök

Bizonyos szakok és karok vélt vagy valós szakmai követelményekre hivatkozva jelenleg is megkérdőjelezzik, hogy a fogyatékossgal élő hallgatók eleget tudnak-e tenni bizonyos szakmai követelményeknek. A fogyatékos felvételizőkkel szemben ezek az intézmények elutasító magatartást tanúsítanak.

„Például amit az orvosi karról beszéltünk, hogy fogyatékkal élő ember ne menjen orvosnak, mert fogyatékkal él. Tehát tautológiába futnak időnként. Mert ennek fizikai, fiziológiai megkötései vannak. Ne akarjon valaki beleesni a vegyszertartályba, mikor azzal dolgozik ... hát ilyen ügynek fogják fel mindig. Kicsikét túlhierarchizált a közeg, kicsikét régies a gondolkodás. De egyébként semmi probléma, csak nem lehet bejutni, és nem veszik fel a hallgatót.”

(Részlet egy hallgatói önkormányzat elnökével készült interjúból.)

Ebből a szempontból az új felvételi rendszer bevezetése előrelépést jelenthet. Ha a fogyatékos diák az érettségien elért pontszáma alapján tud továbbtanulni egy felsőoktatási intézményben, akkor a felvételi eredményeit esetlegesen befolyásoló előítéletek nem tudnak érvényesülni.

„Én most azt látom, hogy igenis meg fog nyílni mindenki előtt a lehetőség, és még azok a nagyon ... hogyan is fogalmazzam meg ... elég durva dolog lesz, de ilyen ellenérzések, hogy például most ez meg fog szűnni, hogy felvételin ott van valaki. És nem tud egy ilyen akár személyes antipátia vagy unszimpatia mentén, és lehet, hogy nem tudatosan, csak tudattalanul még is azt mondani, hogy akkor mégse őt, hanem a másikat veszem fel, mert ezzel gond lesz, ezzel nem tudom miért ... nem tudjuk amúgy se, nem tudunk vele majd foglalkozni. Szóval még ez se lesz, emiatt sokkal többen fognak szerintem bekerülni.”

(Részlet egy fogyatékossgügyei koordinátorral készült interjúból.)

Itt hangsúlyozzuk, hogy a fogyatékossgal élő hallgatókkal szemben már a felvételin érvényesülő negatív diszkrimináció csak kevés oktatási intézményt érint. Ezzel már csak elvétve találkozhatunk az egyetemeken, a főiskolákon.

A vizsgálat megkezdésekor résztvevői megfigyelések zajlottak a fogyatékossgal élő fiatalok vizsgáin. A kutatócsoport tagjai írásbeli és szóbeli beszámolókon vettek részt, részletesen lejegyezve az ott látottakat és elhangzottakat. A részvételnek több célja volt. Egyrészt fel kívántuk tární, hogy a

rendeletben szabályozott előírásoknak mennyire tesznek eleget a felsőoktatási intézmények.⁶ Másrészt arra is kíváncsiak voltunk, hogy érvényesül-e valamilyen diszkrimináció a fogyatékos hallgatókkal szemben.

Tapasztalataink alapján kijelenthetjük, hogy hátrányos megkülönböztetésben nem részesültek interjúalanyaink. Az esetek döntő többségében az egyenlő elbírálás elve érvényesült a vizsgákon, az elsajátított tudás alapján osztályoztak az oktatók. Az egyéb vizsgákra vonatkozó hallgatói beszámolók ezt a megfigyelésünket alátámasztották.

A fogyatékossgal élő hallgatókkal készült interjúink során beszélgetőpartnereink ritkán utaltak a pozitív diszkriminációval kapcsolatos élményeikre. A pozitív megkülönböztetés is az egyenlő bánásmód követelményének megsértését jelenti, a beszámolók szerint ez még érzékenyebben érintette a hallgatókat.

K: Vizsgákon volt bármi problémád?

V: Nézd, így ... én csak egy dolgot tudnék mondani, biztos csodálkozni fogsz. Az elsőben volt, a pszichológia tanárnő, aki szerintem felosztályozott. És én ezt nem tudom elviselni, tehát a pozitív diszkriminációt. Szerintem az sokkal rosszabb, mint a negatív. Mert a negatív, azt úgyis tudod, mert fel vagy rá készülve. (...) Tudod én már ahhoz elég öreg vagyok, már úgy idézőjelben, hogy bohócnak nézzenek. Meg annak semmi értelme nincs, hogy becsapjuk egymást, meg ... én legalábbis úgy gondolom, hogy akkor érdemes egy vaknak főiskolára járni, vagy bármilyen fogyatékosnak főiskolára járni, ha ki tudja próbálni magát, hogy egy egészséges társadalomban neki hol a helye. Most annak nincs értelme, hogy most ad egy ötöst, amikor csak döcögtél, és csak olyan hármaskörűl volt az egész eredményed. Annak nincs értelme, mert akkor te nem tudod, hogy hol vagy, hol tartasz. Érted? Most lehet, hogy te csak hármaskörűl tudod, vagy kettesre tudod, vagy meghúznak, de az legalább ... össze tudod hasonlítani magad a társadalom többi tagjával. Így viszont nem tudod elhelyezni magad sehová. Itt csak azt látod, hogy jó, sajnálnak, meg megértik a helyzetemet, de szerintem ezt nem szabad.

(Részlet egy fogyatékossgal élő fiattal készült interjúból.)

Érdekérvényesítés

Az alacsony hallgatói létszám miatt a fogyatékossgal élők problémái kisebb súllyal jelennek meg az egyetem vezetősége előtt. A kimondott vagy burkolt vélemények szerint, amíg 1-2%-ra tehető a fogyatékos fiatalok aránya, addig kevésbé fontos a fizikai és a kommunikációs akadálymentesítés feladata.

K: Az elmúlt fél évben milyen konkrét beruházások voltak itt a fogyatékossgal élő hallgatók érdekében?

V: Miután az elmúlt ... mondjuk azt, hogy az elmúlt 3-4 évben nem volt olyan fogyatékkal élő hallgatónk, ahol konkrétan tapasztaltuk volna az egyetemi beruházások előnyét, vagy hátrányát, ezért erre nem tudok választ adni.

A forráshiányos intézmények számára racionális döntésnek is tűnhet az akadálymentesítéssel kapcsolatos feladatok háttérbe szorítása. Az egyetem, a főiskola működéséhez, a bérek és a közüzemi számlák kifizetéséhez szükséges pénzeszegeket a felsőoktatási intézményeknek mindenképpen elő kell teremteniük. Emellett az elsődleges feladat mellett a hallgatók maximum 1-2%-át érintő, esetleg komoly anyagi megterhelést jelentő beruházások háttérbe szorulhatnak.

Ez a stratégia azonban nem csak a törvényi követelményeknek való meg nem felelés, vagy éppen a negatív diszkrimináció miatt jelenthet problémát bizonyos intézmények számára. Az akadálymentesítés megteremtésével az egyetemek, a főiskolák olyan szolgáltatást tudnának kínálni, amely nagyobb keresletet generálhatna a fogyatékossgal élő fiatalok körében. A magas hallgatói létszámmért – ezzel a magasabb fejkvótáért – küzdő intézmények számára azonban a túljelentkezések miatt ez a stratégiai elem még nem épült be a prioritások közé.

⁶ Az ilyen jellegű tapasztalatainkról a Hallgatók tanulmányokkal kapcsolatos nehézségei című fejezetben olvashatnak.

K: Ha az egyetem vezetősége tudná, hogy jönni fognak ide fogyatékossgal élő fiatalok, akkor nagyobb energiát fordítana az ilyen jellegű beruházásokra?

V: Ez nem lesz egy ilyen motiváció szerintem.

K: Miért nem?

V: Hát, ha ez egy olyan intézmény lenne, amelyik azzal küzd, hogy kevés a felvehető hallgatója, akkor lehet, hogy erre fordítanánk is.

(Idézet egy fogyatékossgügyi koordinátorral készült interjúból.)

Az alacsony hallgatói létszám ördögi kört eredményez. A hallgatók – többek között – az akadálymentesítés elmaradása miatt nem jelentkeznek bizonyos felsőoktatási intézményekbe. A fogyatékos hallgatók igényei azonban épp az alacsony létszám miatt nem tudnak kellőképpen artikulálódni. Ennek (is) köszönhetően az egyetemek, a főiskolák nem alakítottak ki egy, a fogyatékossgal élő hallgatók speciális igényeire támaszkodó oktatási stratégiát. Az akadálymentesítéshez kapcsolódó feladatokat az egyetemi és a főiskolai vezetők ezért sokszor csak a külső – törvényi –, és nem a belső – fogyatékossgal élő fiatalok részéről megjelenő – nyomás hatására látják el.

További nehézséget jelent a felsőoktatási intézmények számára, hogy interjúalanyaink beszámolója szerint az akadálymentesítésre vonatkozó pályázataikat többször a fogyatékossgal élő hallgatók alacsony létszámára hivatkozva utasították vissza. Az ilyen kiírások illetve elbírálások azt az erősen megkérdőjelezhető üzenetet közvetítik, hogy a kevés hallgatói létszám miatt még nem indokolt az akadálymentesítés.

Összefoglalás

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a felsőoktatásban tanuló, fogyatékossgal élő fiatalok alacsony száma több okra vezethető vissza. A középiskola illetve a szülők támogatásának nagy szerepe van abban, hogy a fogyatékos fiatalok bekerülnek-e az egyetemekre, a főiskolákra. Az általuk biztosított felkészítés, személyi segítség és anyagi támogatás nélkül a hallgatók csak nehezen tudnak az egyetemek és a főiskolák követelményeinek eleget tenni.

A felkeresett intézményekben az akadálymentesítés területén tapasztalható elmaradások véleményünk szerint több, jelenleg középiskolában tanuló vagy azt már elvégzett fiatalat elriasztanak a továbbtanulástól. A felsőoktatási intézményeknek nem csak a fizikai, hanem az információs akadályok lebontásában is több szerepet kellene magukra vállalni. Ehhez a fogyatékos fiatalok igényeinek megismerésére, az azok kielégítésére való törekvésre, az ilyen beruházásokat finanszírozó források növelésére, és/vagy a meglévő pénzösszeg tervszerű felhasználására lenne szükség.

A résztvevői megfigyelések és interjúk alapján kijelenthetjük, hogy már a felvételinél érvényesülő negatív diszkrimináció csak kevés számú kart és/vagy szakot érintő. A már felvett, fogyatékossgal élő hallgatók nem tudtak beszámolni negatív diszkriminációról.

Amíg az összhallgatói létszámon belül 1-2%-ra tehető a fogyatékossgal élő fiatalok aránya, addig az egyetemi vezetők nem érzékelik kellő mértékben ennek a hallgatói rétegnek a problémáit és az igényeit. Az emiatt elmaradt beruházások miatt azonban a sérült fiatalok továbbra is alacsony számban fognak felvételizni a felsőoktatási intézményekbe.

2. A hallgatók tanulmányokkal kapcsolatos nehézségei

Több törvény és rendelet is szabályozza⁷, hogy a fogyatékossgal élő fiatalok részére milyen feltételeket kell biztosítani a felsőoktatási intézményeknek. Ezekben elsősorban általános követelményeket fogalmazott meg a törvényalkotó, például az érzékelhető és biztonságos épített környezetre, a tanulmányok folytatására vonatkozó jogot vagy az egyenlő bánásmóddal szembeni követelményt. A 29/2002 OM (V. 17.) rendelet ezzel szemben kifejezetten a felsőoktatásban tanuló fogyatékossgal

⁷ Az 1998. évi XXVI. törvény (A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról), az 1993. évi LXXX. törvény (A felsőoktatásról) valamint a 2003. évi CXXV. törvény (Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló törvény).

élő hallgatók érdekében érvényesítendő, konkrét előírásokat tartalmaz. A rendelet külön megnevezi azokat feltételeket és kedvezményeket, amelyeket a mozgás-, a látás-, a hallássérült, illetve a más fogyatékos személyek igénybe vehetnek. Az alábbiakban ugyanezt a bontást követve számolunk be arról, hogy tapasztalatunk szerint az idézett rendeletben leírtaknak mennyire tesznek eleget a felsőoktatási intézmények.

A mozgássérültek főbb problémái

Az Oktatási Minisztérium már idézett 1998-as felmérésének adatai szerint a mozgássérültek szerepeltek legnagyobb arányban a fogyatékossgal élő hallgatók között. Tapasztalatunk szerint ez a réteg jelenleg is nagy arányban képviselteti magát a vizsgált célcsoportban. Felülreprezentáltságuk azonban csak ott figyelhető meg, ahol (1) vagy komoly lépéseket tettek az akadálymentesítés területén, (2) vagy az egyetemnek, a főiskolának otthont adó épület kialakítása, illetve annak környezete komolyabb beruházások nélkül alkalmas a segédeszközökkel való közlekedésre. Habár az idézett 29/2002-es OM-rendelet (is) kimondja, hogy a mozgáskorlátozott hallgatók számára biztosítani kell az akadálymentes környezetet, a felkeresett felsőoktatási intézményekben mégis elenyésző az így ki-, vagy éppen átalakított épületeknek a száma. A közlekedés nehézsége sokszor nemcsak az épület megközelítése és a bejutás kapcsán realizálódik, hanem az egyes emeleteken belüli szintkülönbség miatt is. A mozgássérült hallgatóknak ezért sok esetben önkéntesek segítségére van szükségük.

„Például mozgássérültekből kettő van az egész egyetemen, (...) ahol a legrégebbi épülete van az egyetemnek, és az ott nincsen megoldva, az épületrehabilitáció. És ez azért eléggé megnehezíti a bejárást, és az életüket. Egy kerekesszékes hallgatónak, ha minden nap fel kell vinni őt a csoporttársainak. Olyan esetet is hallottam, ... mert hogy van a lift, de abba nem fér bele a kerekesszék. És ők beállították, bedöntötték a hallgatót a liftbe, mellé berakták összecsukva a kerekesszéket, és akkor úgy vitték fel. Ez embertelen, hogy mint egy fadarabot kitámasszák a lift oldalának.”

(Részlet egy fogyatékossgügyei koordinátorral készült interjúból.)

„Az a probléma, hogy tulajdonképpen két épület és fél emelet különbséggel vannak a szintek. Össze vannak nyitva, de szintkülönbség van. És ezért, hogy egyes helyekre ezzel a lifttel kell menni, egyes helyekre azzal, de akkor is vannak lépcsők.”

(Részlet egy mozgáskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

Az akadálymentesítési munkákat sokszor átgondolatlanul, a mozgáskorlátozott diákok igényeinek feltérképezése nélkül végzik el a felsőoktatási intézmények. Ahogy arra még a későbbiekben kitérünk, a hallgatói igények artikulálatlanságára, ezzel összefüggésben a koordinátorral való kapcsolattartásra, a koordinátori feladatellátás minőségére lehet következtetni ezeken az egyetemeken, főiskolákon.

„Még múltkor, novemberben elkapott azt hiszem a gondnokságról valaki, egyébként nem ismerem, csak látásból, hogy csináltak mozgássérült WC-t. Hú, mondom, micsoda eredmény, ennek igazán örülök, mert eddig azért ez nem volt. És akkor kérdeztem, hogy ez hol van. Erre kiderült, hogy az aulából nyílik egy folyosó, és azon volt egy régi tanári WC, és azt alakították ki. És akkor így mondtam, hogy ez nagyon jó, csak az aulába lépcsőn lehet feljutni, és az aulából még lépcső az a folyosó. Tehát ez nekem marhára kiesik, mert soha nem szoktam az aulán keresztül menni, mert nem tudok.”

(Részlet egy mozgáskorlátozott lánnyal készült interjúból.)

„Az X. egyetemnek nagyon szerettem azt az akadálymentesítési megoldását, hogy a bölcsészkar oldalán volt egy rámpa, és amikor lerakták, akkor a gondos építészek, hogy lefolyjon róla a víz, ezért nem húzták ki síkban, hanem hagytak egy 20 centis küszöböt. Ezt most viccen kívül. És amikor azt mondja, hogy ők még gondoltak is valamit, hogy ne hogy már a víz ott maradjon, mert akkor csúszni fog.”

(Részlet egy fogyatékossgal élőket támogató szervezet vezetőjével készült interjúból.)

Az akadálymentesítés során tapasztalatunk szerint sokszor „kipipálás” a céljuk a felsőoktatási intézményeknek. Ha a rámpák túl magas dőlésszögűek is, ha a mozgássérültek számára kialakított bejárat folyamatosan zárva is van, és a WC nem is érhető el, a felsőoktatási intézmény mégis úgy tekinti, hogy a törvényi követelményeknek már eleget tett.

„Megcsinálnak egy olyan akadálymentesnek mondott WC-t (...). Be lehet menni, elérhető, az első szinten elérhető. Azt mondja a kislány, akivel tartom a kapcsolatot, hogy egy a probléma. Csak a dolgát nem tudja elvégezni. Egyrészt annyira messzi van a kapaszkodó, másrészt a papír is annyira messze van, és a mosdó se elérhető. (...) Közben pedig a jószándékú raktáros kitalálta, hogy a feltornyozott, még eladatlan könyveket ebben a WC-ben kell tárolni. De a kerti talajt is ott kell, meg a seprűket. Itt az „A” épületben megvannak a mozgássérülteknek kialakított WC-k. Kulcsra zárva tartották, mert ott voltak a takarítóeszközök. Úgyse jön ide, hát hogyan?”

(Részlet egy fogyatékosügyei koordinátorral készült interjúból.)

Ugyanilyen jelzésértékű az olyan lépcsőliftes beruházás, ahol a berendezés üzemeltetője nem elérhető, vagy egyszerűen csak a működtetéshez szükséges kulcsot nem adják át a mozgáskorlátozott fiatalnak. Az akadálymentesítés szándéka ebben az esetben – habár „látványos eredményekkel” is járt – nem éri el célját.

Az akadálymentesítéssel kapcsolatos feladatvállalás nem valósítható meg csupán a beruházások megvalósításával. Az eszközöket, berendezéseket folyamatosan üzemeltetni kell, erre megfelelő embert kell kiképezni, és munkájáért juttatást biztosítani. Tapasztalatunk szerint ez a folyamatos működtetés és fenntartás még nem megoldott az egyetemeken, a főiskolákon.

Ahogy azt korábban kifejtettük, a felkeresett intézmények elsősorban rossz anyagi hátterükre hivatkozva nem tudják az igényelt beruházásokat megvalósítani. Az akadálymentesítés főleg ott jelent problémát, ahol régi, esetleg műemlék-védelem alatt álló épületek tartoznak az egyetemhez, a főiskolához. Ezek átalakítását a Műemlékvédelmi Hatóság sokszor csak jelentős többletráfordítások árán engedélyezi. Ugyancsak nagyobb problémát jelent az ilyen jellegű beruházás azoknál a szervezeteknél, amelyek több, egymástól távol lévő épülettel rendelkeznek.

Az akadálymentesítés szempontjából hosszú távú, stratégiában gondolkodó felsőoktatási intézmények épületei se érhetőek el jelenleg teljes mértékben a mozgáskorlátozottak számára. Azonban a célirányosan elkülönített források, a több éves időtávra megtervezett beruházások miatt hamarosan a törvényi kötelezettségnek eleget fognak tenni ezek az egyetemek és főiskolák. Az ilyen stratégiával nem rendelkező, a beruházások szempontjából – a pillanatnyi és kiszámíthatatlan források okozta kényszerpálya miatt – ad-hoc döntéseket hozó képző intézményekben az akadálymentesítés nagy valószínűséggel még hosszabb ideig jelen lesz.

Mindezek a hiányosságok miatt feltételezésünk szerint a felsőoktatásban továbbtanulni szándékozó mozgáskorlátozott középiskolások egy része nem folytatta tanulmányait. Felvételi kérelmet csak az ilyen nehézségeket is vállalni képes fiatalok adtak be a sokszor nem akadálymentesített intézményekbe.

K: Annak ellenére, hogy azt mondták, hogy itt nincs akadálymentesítés, mégis felvételiztél...

V: Ha egyszer azt mondták, hogy egyik egyetemen sincsen akadálymentesítés. Annyira mindegy volt, hogy hova megyek.

(Részlet egy mozgáskorlátozott lánnyal készült interjúból.)

A mozgáskorlátozott diákok esélyegyenlőségének megteremtése során (is) elsősorban az anyagi ráfordítást kevésbé igénylő kedvezményeket biztosították a felsőoktatási intézmények. A hallgatók beszámolóí szerint az írásbeli és a szóbeli vizsgák helyettesítése, a gyakorlati követelmények teljesítése alóli részleges vagy teljes felmentés, a hosszabb felkészülési idő engedélyezése nem jelent sehol sem problémát. Ez a fogyatékossgal élő hallgatókkal szembeni elfogadó, támogató attitűd meglete szempontjából mindenképpen pozitívként értékelendő. A mozgáskorlátozott hallgatók számának növekedését eredményező, könnyebb tanulási feltételeket teremtő – ugyanakkor nagyságrendekkel magasabb kiadással megvalósítható – akadálymentesítés területén azonban továbbra is elmaradások vannak.

A látássérültek főbb problémái

A koordinátorok többsége, amikor az intézmények akadálymentességéről, akadálymentesítéséről kérdeztük őket, nagy többségben a mozgáskorlátozottakat segítő fejleményekről, vagy azok hiányáról számolt be. A látás- vagy halláskorlátozottak esélyegyenlőségét elősegítő lépésekre külön rákérdezve gyakran kiderült, hogy interjúalanyaink nem igazán tudják, mire lenne szükségük ezeknek a csoportoknak.

V: Vannak még a mosdók, meg a liftek is olyanok, hogy beférnek kerekesszékekkel... Mást nem. Nem is tudom, mi lehetne még ... Meg az autóbusz is jár ki, ugyan ritkábban, de van olyan, ami kimondottan kerekesszékeseknek, hogy a középső ajtón be tudnak menni, le lehet sülyeszteni. Tehát van már ilyen kimondottan nekik való járat.

K: A látáskorlátozott iákok számára van valamilyen segítség?

V: A könyvtárban úgy tudom van. Vannak olyanok, amiket el tudnak olvasni, olyan írással ... információk, amiket... Azt nem tudom, hogy az órák, tehát a tananyagok, azokat nem hiszem ... nem tudom.

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

K: Az akadálymentesítésről tudnánk még beszélgetni?

V: A lift, az biztosított, tehát tud lifttel közlekedni ... Ugye most mozgássérültekre gondolt?

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Maguk a hallgatók, akik a leginkább kompetensek lennének az akadálymentesítés kérdésében, sokszor nem tudják igényeiket kellőképpen artikulálni. Sok intézményben ugyanis nem lép kapcsolatba a koordinátor az érintettekkel: a hallgatók nagy része nem akar „panaszkodni”, mert ezáltal kevesebbnek érezné magát, a koordinátorok azonban nem ismerik ezt a fogyatékosággal élőkre sokszor jellemző attitűdöt.

Az akadálymentesítés területén a látáskorlátozott hallgatók az információszerzés terén vannak a legnagyobb hátrányban. Az óraváltozásokról, elmaradásokról, az ösztöndíjakról gyakran nem értesülnek időben. Leginkább a hallgatók közötti információáramlásra utaltak: csak bízhatnak abban, hogy évfolyamtársaik külön szólnak nekik a faliújságon megjelenő síkírásos papírokról, üzenetekről.

K: Az információkhoz hogyan juttok hozzá? Kaptok valamilyen segítséget?

V: Amit szerzünk magunknak. Elsősorban évfolyamtársak. Mondjuk az ilyen dolgok, hogy amikor a jegyeket kiteszik a faliújságra, amikor bejövünk, megkérünk valakit a folyosón, hogy légy szíves nézd már meg, milyen jegyet kaptam, mi van ide kiírva.

(Részlet egy látáskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

Az információs akadálymentesítés kérdéskörét érintik a tananyag elsajátításával és a kötelező olvasmányok elérhetőségével kapcsolatos nehézségek is. A jegyzetelés során a megfelelő támogatást kapott hallgatók több féleeszközt – laptopot, a hanganyag számítógépes kezelését lehetővé tevő digitális diktafont – tudnak alkalmazni.

Legelterjedtebb a diktafon használata. Ehhez azonban szükség van a tanár beleegyezésére is, amit tapasztalatunk szerint többször nem kapnak meg a hallgatók. A diktafonnal történő hangrögzítés a legolcsóbb megoldást jelenti az érintettek számára, bár kétszeres időbefektetést követel, hiszen a rögzített anyagot otthon számítógépre kell vinni. Valamivel csökkentené a digitális jegyzetek rögzítésének idejét a lappal történő jegyzetelés, egy ilyen eszköz megvásárlása azonban gyakran meghaladja a hallgatók anyagi lehetőségeit.

Sokat könnyít a helyzeten, hogy egyre több helyen az oktatók digitális formában elérhetővé tesznek prezentációkat, tanári jegyzeteket az előadásairól. A tankönyvek és a kötelező, illetve az ajánlott irodalmak azonban továbbra is csak a legkritikább esetben hozzáférhetőek digitális formában. További problémát jelent, hogy a digitális szöveg felolvasására alkalmas programok – elsősorban a Windows alatt futó Jaws – csak illegálisan érhető el a legtöbb érintett számára.

A tananyag digitális formában történő elérhetősége kapcsán kivételt képeznek azok az egyetemek, főiskolák, ahol saját kiadású könyvekből tanítanak, illetve a Nemzeti Tankönyvkiadó kiadványai.

Hasonlóan korlátozott azoknak a kiadványoknak a száma, amelyek hangoskönyv formájában kölcsönözhetőek vagy megvásárolhatóak. A könyvtár használata is nehézségekbe ütközik: sok helyen nincsen vak hallgatók számára alkalmas gép, papírra nyomtatott szöveget számítógépbe másoló eszközzel csak a legritkább esetben rendelkeznek ezek az intézmények.

K: Honnan tudtad, hogy ezek nincsenek meg?

V: Figyelj, végül is már a gimnáziumhoz is kellett volna olvasmányok, és már gimnáziumban is ismertem a hangos könyvtárat. És onnan tudtam, hogy mi van meg ott, mennyi van meg. Persze már ott is felmértem, hogy túl sok minden nincsen.

K: Ez az egyetemi hangoskönyvtár?

V: Van városi, és országos. A városi az nagyon lepukkant, tehát ott nagyon kevés van, és nagyon rossz minőségű, az országosban jobbak vannak.

K: Az országos az hol van?

V: Pesten, a Vakok Intézetében.

K: És honnan tudtad, hogy az egyetemen nincs ilyen?

V: Ez egyértelmű szerintem. (nevetés)."

(Részlet egy látáskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

A szerzői jogok tekintetében a törvény úgy rendelkezik, hogy hozzáférhetővé kell tenni a tankönyveket a fogyatékossgal élő hallgatók részére. A tanárok azonban az érdeklődőket a kiadókhöz irányítják, akik a szerzői jogokra hivatkozva általában elutasítják az ilyen irányú kéréseket.

„Az ilyen szerzői jogokkal én is sokszor így összeütköztem, pont most az ... Kiadóval, mert én úgy érzem, hogy jogi összeütközés van. Mert a fogyatékossgal élő hallgatónak megvan a joga a törvény alapján, hogy mindenféle személyi, tárgyi, egyéb segítséget megkapjon a tanulmányaihoz. Most az, hogy nem tud hangfelvételt készíteni, azzal megfosztják attól, hogy jegyzeteljen, mert neki gyakorlatilag ez a jegyzet. Az X. kiadónál meg az volt, hogy szerettük volna pár könyvnek megszerezni a dokumentum formátumát, mert ugye nekik megvenni a 6000 Ft-os könyvet, és aztán lehet, hogy beszkennekelhetetlen, van olyan könyv, ami nagyon nagy alakú, és egy csomót kell foglalkozni, hogy hol így, hol úgy konvertálják. És hogy ugyanezért a pénzért nem lehetne-e megszerezni dokumentum formátumban. És azt mondták, hogy ez szerzői jogokat sért...”

(Részlet egy fogyatékossgügyei koordinátorral készült interjúból.)

Az egyetemeken, a főiskolák megközelítése nem csak a mozgáskorlátozott emberek számára jelent problémát. A felkeresett helyszínek között csak egy esetben találhattunk hangjelzős, nyomógombos lámpát az épülethez vezető út gyalogosátjelzőjénél. Az épületen belüli tájékozódás is problémákat vet fel, különösen ott, ahol nagy, nyitott tereken kell közlekedni. Elvértve fordul csak elő, hogy a felsőoktatási intézmény gondoskodna olyan segítőkről, akik a tanulmányok kezdetén körbevezetik a hallgatókat az épületben, megmutatva, hogy az egyes tantermek, irodák hol találhatók.

„Szerintem nincs nagy dolgokról szó. Csak egy kis emberi odafigyelésre. Szóval nem is kéne a liftekre Braille-gomb, mert ki lehet számolni, csak ne érintőgombos legyen, hogy elváljanak a gombok ... Egyszer megmutatják, körbevezetnek az épületben, és nem létezik, hogy ne alakuljon ki egy mentális kép a fejében.”

(Részlet egy látáskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

Vezetőszőnyeg kialakítása, vagy a lépcsők élénk színnel való jelölése is sokat segítené a látáskorlátozottak tájékozódásában. Ezek a beruházások ráadásul más jellegű akadálymentesítéshez képest viszonylag olcsó megoldásként szolgálnának.

Az idevonatkozó törvény, és a saját tanulmányi és vizsgaszabályzat alapján a felsőoktatási intézményeknek kötelességük lenne a diák kéréséhez igazítani a vizsga formáját. Vizsgaidőszakban azonban általános problémát jelent, hogy ennek a követelménynek az egyetemeken és a főiskolák ritkán tesznek eleget. Ugyancsak ritkaságszámba megy, hogy a képző intézmény biztosított volna számítógépet

az írásbeli vizsgához, bár a legtöbb helyen engedélyezték a saját gép használatát. Máshol az oktatók ragaszkodtak a szóbeliztetéshez, önkényesen külön vizsgaidőpontot kijelölve.

Sajnos a látáskorlátozott hallgatók kapcsán is meglehetősen gyakori az a már bemutatott mentalitás, amely szerint a kevés számú hallgató indokolja az akadálymentesítés elmaradását.

K: Látáskorlátozott hallgatók számára folyik akadálymentesítés?

V: Hát sok területen próbálkozunk, de mivel a főiskolának nincs látássérült hallgatója...

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Az előre tervezés, a fogadókészség ilyen hiánya miatt azután egyszerre találja magát szembe az egyetem az összes problémával – amikor felvételt nyer egy fogyatékos hallgató –, amit évek alatt apránként megoldhatott volna.

A hallássérültek főbb problémái

A halláskorlátozott hallgatók helyzete több szempontból is hasonló a látáskorlátozott emberekéhez: az ő problémáikat és az ebből fakadó speciális igényeket sem ismeri a koordinátorok egy része, valamint az információhoz való hozzájutásuk is gátolt. A halláskorlátozott diákok esetében a legnagyobb problémát a jegyzetelés jelenti.

„Az én jegyzeteimet, ha valaki megnézi, akkor nagyon hiányos. Leírok egy mondatot, aztán a következőt nem értem... Tehát vagy figyelek az órán, de akkor nem írok semmit, vagy írok, de az akkor hiányos. És ha nem írok az órán, akkor a tanár úgy ferde szemmel néz, hogy ez most miért nem írsz, miért engem figyelő. Rá szoktak szólni, hogy jegyzetljenek, írják le, mert ez fontos.”

(Részlet egy halláskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

„Voltak nehézségeim, főleg a tanárok, akik a tábla felé fordulva rajzolták fel az ábrákat, és úgy magyaráztak. Sokszor nem értettem meg, így csak a főiskolai társaimtól tudtam elkérni a jegyzeteiket, és lefénymásoltam, a hiányzó részeket a sajátomban kiegészítettem. De legtöbbször tankönyvből tanultam.”

(Részlet egy nemrég diplomázott, halláskorlátozott főiskolai tanárral készült interjúból.)

Nagyon sok esetben egyszerű emberi odafigyeléssel kiküszöbölhető problémákról van szó. A halláskorlátozott diákok esetében főleg azért, mert az akadálymentesítés számukra meglehetősen olcsó lenne. Ma már a legtöbb nagy előadóban van mikrofon, az indukciós hurok beszerelését pedig a tb támogatja. Igaz, sok helyen azért nem használják a hangosítást, mert a termék rossz akusztikája miatt az oktató által elmondott szöveg érthetatlenné és követhetatlenné válik. A halláskorlátozott diákok számára ezért segítséget jelentene az olyan hangtechnika kialakítása, amely direkt kapcsolatot teremt az előadó és a fülhallgatót felhelyező hallgató között. Sok tanár azonban még mindig idegenkedik attól, hogy előadása alatt technikai eszközöket használjon.

„... ami sokat segítene, az ez a különleges mikrofon, mert a hagyományos mikrofont se mindig teszik fel, mert kis csoporthoz vannak szokva, és nálunk levelező tagozaton meg van 300 ember, és ott nyavalyognak, hogy jaj nem akarom feltenni, meg izé. Közben meg fel kéne rakniuk.”

(Részlet egy halláskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

V: Van lehetőség, úgy tudom egyes előadóba be van szerelve indukciós hurok, és ha az előadó használja a mikrofont... csak a készüléket át kell kapcsolni t-állásba, és úgy lehet megérteni az előadót.

K: És ezt tudják a hallgatók és az előadók?

V: Nem.

(Részlet egy nemrég diplomázott, halláskorlátozott főiskolai tanárral készült interjúból.)

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a szűkösen rendelkezésre álló forrásokból nem kellene jelentős pénzüsszeget elkülöníteni az akadálymentesítéssel kapcsolatos beruházások megvalósítására. Ugyanilyen költségkímélést jelent a felsőoktatási intézmény számára a különböző szolgáltatások – így a jeltolmács – igénybevétele is. Az ezzel kapcsolatos információk azonban tapasztalatunk szerint sokszor nem ismertek a fogyatékossgal élő hallgatók, a koordinátorok vagy éppen az egyetemek vezetői előtt.

K: Milyen ötlete van, mivel lehetne javítani a helyzeten?

V: Hogy nem írásbelik, hanem inkább szóbeli jeltolmácsok alkalmazása.(...)

K: Mennyibe kerülne a tolmács?

V: Ha én rendelek hivatalosan, akkor ingyen jön.

(Részlet egy nemrég diplomázott, halláskorlátozott főiskolaitanárral készült interjúból.)

Sok halláskorlátozott hallgató ezek miatt a problémák miatt inkább be sem jár az előadásokra, vagy ha mégis, inkább nem jegyzetel. Leginkább évfolyamtársaik, szüleik segítségével támaszkodva igyekeznek megoldani a problémát, ez azonban nagy anyagi és időbeli pluszterhekkel jár.

„Tehát tavaly is megismertem két olyan hallgatót, akik nagyothallók... Óriási szülői segítséggel... Mamája együtt végezte vele az iskolát csendestársként, minden órára elment vele, jegyzetelt mellette. És nem csak egy, hanem két ilyen hallgató volt, és az egyik mama mindig ott ült és jegyzetelt, és utána azt otthon megvitatták, és az alapján szépen levizsgázott.”

(Részlet egy fogyatékossgügyi koordinátorral készült interjúból.)

„Mert így most én nem jártam be az órákra, hanem a jegyzeteket elkértem, lemásoltam és ez rengeteg költségbe került a jegyzetmásolás (...) akik tudják bizonyítani, hogy nem tudnak részt venni az órán, mert nem értik, vagy nem tudnak bekapcsolódni az órába, figyelembe kísérni, azoknak szerintem nagy segítséget jelent, ha a másolás legalább felét fizetnék.”

(Részlet egy halláskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

A vizsgaidőszakban mind a szóbeli, mind az írásbeli számonkéréseken jelentkezhetnek a már jellemzett kommunikációs problémák. Az esélyegyenlőséget nem feltétlenül a szóbeli vizsgák írásbelivel történő kiváltása szolgálja a legjobban.

K: Vizsgán volt valamilyen problémád?

V: Hát, a szóbeli vizsgán, azon nehezebb, mert hiába mondom el, hogy hallássérült vagyok, és szeretném, hogyha érthetőbben beszélne, de nem beszélnek érthetőbben. Tehát nem tolerálják azt, hogy nekem szükségem van arra, hogy rám nézzenek, mert szájról olvasok. Őket zavarja, hogy folyamatosan rájuk nézek. (...) Írásbeli vizsgákon akkor nem, hogyha nyomtatvány van. Viszont ha diktálják a kérdéseket, az már nagyon sokszor volt, hogy nem tudtam azért megírni a dolgozatot, mert nem értettem az utolsó két kérdést. (...) Én meg nem akartam odamenni hozzá, hogy sajnáltassam magam, hogy én meg nem hallok.

(Részlet egy halláskorlátozott hallgatóval készült interjúból.)

A halláskorlátozott diákokkal kapcsolatban a koordinátorokhoz leggyakrabban érkező kérés a nyelvtanulás, illetve a nyelvvizsga alóli felmentésre vonatkozik. Viszonylag problémamentesen megoldott, már kialakult és rögzült rendszere van minden intézményben a kérelmek elbírálásának. Általában ezek a gyakorlatok a tanulók igényeit is kielégítik. Sajnálatos módon azonban a nyelvtanulás alóli – sokszor alkalmazott – felmentés azt eredményezi, hogy a fogyatékossgal élő hallgatók a munkaerőpiacra kilépve jelentős hátránnyal indulnak.

A beszéd-, és más fogyatékkal élő diákok

Az ebbe a csoportba tartozó hallgatók közül elsősorban a diszlexiás és a diszgráfiás fiatalok kerülnek a koordinátorok látókörébe. Ez a csoport általában a nyelvvizsga, az államvizsga időpontjáig rejtve marad, ekkor a számukra egyáltalán nem, vagy csak nagyon nehezen megoldható feladatok miatt azonban már kénytelenek segítségért folyamodni. Ez (is) magyarázza, hogy a koordinátorok és az egyetemi vezetők fogyatékoság alatt sokszor csak a mozgás-, esetleg az érzékszervi fogyatékoságot értik. Ezek az interjúalanyaink a diszlexiás, a diszgráfiás vagy a diszkalkuliás hallgatók problémáira csak a kérdező ilyen irányú kérdései után tértek rá. Sok esetben tapasztalhattuk azt is, hogy beszélgetőpartnereink nem tekintették fogyatékosággal élőnek a kommunikációban gátoltakat.

K: A diszgráfiás, a diszlexiás most fogyatékos vagy sem?

V: Ő más. Ő nem fogyatékos személy. Minket egyénileg is megkeresnek ilyen kérdésekkel. Én egyetértek: az nem fogyatékos személy... Neki olvasászavara van, másnak meg nincsen affinitása a matematikához. Ez is egy kérdés.

(Részlet egy felsőoktatási intézmény rektorával készült interjúból.)

Ennél a csoportnál problémát jelent, hogy általános-, és középiskolát végzett, majd a felsőoktatási intézményben is több évet tanult hallgatóknak kell bizonyítani a fogyatékoságukat. A szigorú ellenőrzés mellett zajló vizsgákat megelőzően tehát semmiféle nyoma nincsen a diszlexiás vagy a diszgráfiás problémáknak.

„Másik jelentős probléma a diszlexiás, a diszgráfiás hallgatókkal van. A 38-39, vagy mit tudom én hány éves, de nappalin tanuló hallgató, akit a kutya nem kérdezett meg annak idején az általános iskolában, hogy tudsz olvasni fiam. Nem tudott, és kapta a ketteseket és a hármasokat. Majd azután nyelvet nem tudott tanulni, de akkor annyira toleráns volt a középiskola, hogy azt mondták, hogy nem baj, csak gyere be az órára. Ő bement, kapta a kettesét, és ezzel deklarálták, hogy tanult nyelvet. Holott ha őt felmentették volna a középiskolában az idegen nyelv tanulása alól, akkor most visszamenőleg nem kellene igazságügyi szakértőhöz fordulni, mert akkor a dokumentumok arról szólnának, hogy ő nem tanult ilyesmit, tehát nem követelhetem rajta.”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

„Egyszer jelentkezett olyan fogyatékkal élő diák, akiről most derült ki, vagy hát gyanús volt a dolog, hogy valószínűleg diszlexia-problémája van, és hát így visszagondolva összerakjuk a mozaikot, hogy valószínűleg ezért nem ment neki a nyelvtan, meg a magyar, meg nem szerette a magyartanárját, meg volt rossz ebből. Már akkor is előfordult, de ő tudta kompenzálni, mert elég jó eszű gyerek. Itt, mikor nyelvet kellett tanulni, már kibukott ez a nehézség. Na például akkor nekem ... mire én találtam valakit, és azt is informális csatornákon tudtam találni, aki készít egy szakvéleményt ahhoz ... mert neki nem volt, nem tudtuk ezt az előtörténetet, tehát ő se tudta...”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Ennek a csoportnak – csakúgy, mint a halláskorlátozott hallgatók esetében – nagy segítséget jelenthet a jegyzetek és a kötelező olvasmányok digitális formában biztosított elérhetősége. Az erre alkalmas programok segítségével az olvasásban illetve az írásban gátolt fiatalok számára lényegesen könnyebben elsajátíthatóvá válik a tananyag.

A beszéd-, és más fogyatékosággal élő diákok számára máig megoldatlan problémát jelent a nyelvvizsgálás. Az ott követelt beszámolók esetében ugyanis még a szóbeli vizsgán is vannak írásos feladatok. Ennek a feladatnak az abszolválása sokszor megoldhatatlan feladat elé állítja mind a hallgatót, mind a koordinátort.

„Diszlexiás srác, elhúzta, 27 évesen testnevelőként tanul, eljutott egészen odáig, hogy most akkor nyelvvizsgapapírt kéne leadni. Sehol nem szerepel a regisztrációban. Benyújtott egy olyan ócska másolatot, vagy hamisítványt, hogy azonnal ráismertek a tanulmányi osztályon. Bírósági per lett belőle, mindenféle, eltolódott a képzése egy évvel. Tanított, csak nem volt nyelvvizsgálója.

Mert azért alkalmazzák, mert tehetséges, mert kiváló sportvezető lett belőle. Vagy ilyen, hogy június 23-án szól, hogy neki június 29-én államvizsgáznia kell, de ő diszlexiás ám. Na jó, de eddig? De akkor azonnal segítsék! Most azonnal oldjuk meg!”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Az egyéb egészségügyi helyzetekben levő hallgatók

A koordinátorok és az érintettek beszámolója szerint a 29/2002-es OM-rendeletben megnevezett fogyatékosági csoportok mellett az egyéb egészségügyi – és sokszor mentális – problémákkal küzdők esetében is szükség lenne az esélyegyenlőséget biztosító feltételek garantálására. Az epilepsziás, autista vagy éppen cukorbeteg fiatalok speciális igényeinek és az ezekhez az egészségügyi helyzetekhez kapcsolódó kedvezményeknek a meghatározásával nagyban támogatnák az ilyen helyzetekben levők tanulását. Ez egyrészt a kiemelt állami normatívából finanszírozható tárgyeszköz-vásárlás formájában valósulhatna meg, hiszen ennél a csoportnál is többletköltségekkel járhat a tanulmányok elvégzése.

K: Autistáknak mi segítené még?

V: Hogy a diktafont használhatja... hát, és... Mi megvesszük a kazettákat, vesszük a kazettákat, hogy tudja felvenni, aztán szépen sorrendberakja, és azt hallgatja le otthon, abból tanul. Nagyon sok könyv, amit el kell olvasni, be kell szerezni... Ilyen szempontból anyagi gond mindez. Tényleg elég sokba kerül minden.

(Részlet egy autista hallgató édesanyjával készült interjúból.)

Másrészt a tanulmányok folytatása során igénybe vehető különböző kedvezmények meghatározása során nem kellene az informális, szívességre épülő kapcsolatokra építeniük a hallgatóknak.

K: Okozott ez problémát konkrétan önöknek, hogy a törvényben nincsen az autistákra vonatkozó rész?

V: Olyan értelemben igen, hogy az ember nem tud felszólalni, hogy ezt és ezt jó volna megengedni még. Mert például sokszor érzem, hogy idegileg is hamarabb fárad. És jó volna, ha azt is megengednék, hogy hosszabb idő alatt tehesse le az egy évet... Hogy az egy évet ne kelljen neki egy év alatt letenni, hanem esetleg engedélyezzenek hosszabb időt neki. Mert borzasztó nagy anyag van feladva. (...) Viszont ő meg elég hamar fárad idegileg. Nagyon jó a memóriája, csak sokkal fáradékonyabb. Szóval nehéz neki ilyen nagy anyagot ilyen tempóban átvenni.

(Részlet egy autista hallgató édesanyjával készült interjúból.)

Összefoglalás

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy az akadálymentesítés kérdése kapcsán elsősorban a mozgásukban korlátozott hallgatókra asszociálnak az érintettek. Ez az „összekapcsolás” abból a szempontból elfogadható és értelmezhető, hogy a hazai felsőoktatási intézmények többsége nagyon elmaradt a fizikai akadálymentesítés területén. Az épületek többsége nem, vagy csak nagy nehézségek árán megközelíthető. Az egyes beruházásokat általában a hallgatói igények feltérképezése nélkül, sokszor az esélyegyenlőség megteremtésének feladatát „kipipálva” végzik el az egyetemek, a főiskolák. További problémát jelent, hogy a folyamatos működtetést igénylő eszközök (például: lépcsőlift) üzemeltetése általában nem biztosított.

A látáskorlátozott hallgatók esetében elsősorban az információs akadálymentesítés elmaradása és koordinátlansága jelenik meg problémaként. Ezek a hallgatók az óraváltozásokról, az órák elmaradásáról, a különböző ösztöndíjakról gyakran nem értesülnek időben, informálódásukban sokszor a hallgató-társaikra utaltak. Ugyancsak problémát jelent ennek a csoportnak, hogy a tananyag, illetve a kötelező olvasmányok – a kiadók szerint a szerzői jogok megsértését elkerülendő – nem elérhetőek digitális formában. A látáskorlátozott hallgatók esetében a fizikai akadálymentesítés is problémát jelent: a csak alacsony költséggel járó fejlesztéseket (például: vezetőszőnyeg, élénk színek és piktogramok használata) az egyetemek és a főiskolák – sokszor a fogyatékos hallgatók alacsony számára hivatkozva – nem valósították meg.

A halláskorlátozott fiatalok esetében is elsősorban az információs akadálymentesítés jelenik meg problémaként. Az előadók hangosítása, az indukciós hurok beszerelése vagy éppen a tananyag digitalizálása és a hozzáférés biztosítása komoly – jelentős anyagi megterheléssel nem járó – segítséget jelentene ennek a csoportnak. A halláskorlátozott diákok esetében is sokat számít a környezet hozzáállása: sok tanár még mindig idegenkedik attól, hogy előadása alatt hangosítást használjon, vagy éppen a diktafon használatát engedélyezze.

A beszéd-, és más fogyatékossgal élő hallgatók közül elsősorban a diszlexiás és a diszgráfiás fiatalok kerültek a koordinátorok látókörébe. Ez a csoport általában a nyelvvizsga, az államvizsga időpontjáig rejtve marad, a számukra egyáltalán nem, vagy csak nagyon nehezen megoldható feladatok miatt ekkor azonban már kénytelenek segítségért folyamodni.

Ennél a csoportnál problémát jelent, hogy általános-, és középiskolát végzett, majd a felsőoktatási intézményben is több évet tanult hallgatóknak kell bizonyítani a fogyatékossgukat. A szigorú ellenőrzés mellett zajló vizsgákat megelőzően tehát semmiféle nyoma nincsen a diszlexiás vagy a diszgráfiás problémáknak.

A kommunikációban akadályozottak számára is nagy segítséget jelenthet a jegyzetek és a kötelező olvasmányok digitális formában történő elérhetősége.

A koordinátorok és az érintettek beszámolója szerint a 29/2002-es OM-rendeletben megnevezett fogyatékossgai csoportok mellett az egyéb egészségügyi – és sokszor mentális – helyzetekben élő hallgatók esetében is szükség lenne az esélyegyenlőséget biztosító feltételek rögzítésére. Az epilepsziás, autista vagy éppen cukorbeteg fiatalok speciális igényeinek és az e helyzetekhez kapcsolódó kedvezményeknek a meghatározásával nagyban támogatnák az ilyen hallgatók tanulását.

Általánosságban elmondhatjuk, hogy az esélyegyenlőség megteremtése során elsősorban az anyagi ráfordítást kevésbé igénylő megoldásokat részesítették előnyben a felsőoktatási intézmények. Az írásbeli és szóbeli vizsgák helyettesítése, a gyakorlati követelmények teljesítése alóli részleges vagy teljes felmentés, a hosszabb felkészülési idő biztosítása nem jelent sehol se problémát. Ez a fogyatékossgal élő hallgatókkal szembeni elfogadó, támogató attitűd meglete miatt mindenképpen pozitívumként értékelendő. A nagyobb volumenű kiadásokkal járó akadálymentesítés területén azonban továbbra is elmaradások tapasztalhatóak. Ezek miatt, a fogyatékos hallgatókat érintő nehézségek miatt véleményünk szerint még mindig sok fiatal mond le továbbtanulási tervéről.

3. A koordinátori rendszer

Az alábbiakban a koordinátori rendszerrel kapcsolatos főbb tapasztalatainkat foglaljuk össze az elkészült interjúk, a pécsi FEFOT (Fogyatékos Egyetemisták és Főiskolák Országos Találkozója) és az Ifjúsági-, Szociális-, Családügyi-, és Esélyegyenlőségi Minisztériumban megrendezett koordinátori konferencia során lezajlott beszélgetések és beszámolók alapján. Ahogy azt kifejtjük, a koordinátor véleményünk szerint sokszor nem, vagy csak korlátozott mértékben tudja feladatait ellátni. Ez elsősorban a szakmai felkészültség és a háttértámogatás hiányával, a tisztázatlan feladatkörrel, a státuszhalmozással és az anyagi juttatások hiányával magyarázható.

A koordinátorok elérhetősége

Tapasztalatunk szerint az egyetemek és a főiskolák fogyatékossgügyi koordinátorai sokszor csak nehézségek árán érhetőek el. Telefonos megkeresésünk során a központi számról csak a legritkább esetben tudtak minket a keresett személyhez kapcsolni. Előfordult, hogy a telefon túlsó végén az iránt érdeklődtek, hogy egyáltalán jó számot hívtak-e kollégáink. Ekkor általában a dékáni hivatalhoz vagy a tanulmányi osztályhoz fordultunk segítségért, itt két-három kapcsolat után már az esetek többségében megtaláltuk a fogyatékossgügyi koordinátort. Több felsőoktatási intézményben azonban itt is úgy informáltak minket, hogy ilyen státusz nem létezik.

Az egyetemek, a főiskolák internetes oldalain ha fel is tüntetik a koordinátor nevét és/vagy elérhetőségét, az általában csak több lépés után, valamilyen almenüben található meg. Az itt közöltek nem mindig a valós állapotot tükrözik; kapcsolatfelvételünk során többször előfordult, hogy a honlapon talált információk alapján keresett személy helyett már más töltötte be a koordinátori tisztséget.

Az intézményekben tett látogatásaink során megfigyelhettük, hogy a névjegykártyákon és az irodák ajtajain elhelyezett névtáblákon szinte soha nem volt feltüntetve: a felkeresett személy fogyatékosági koordinátori teendőket lát el. Ebben a státuszukban csak elvétele tartanak fogadóórát interjúalanyaink. Emiatt (is) az egyetemen belüli szervezeti egységek és munkatársak sokszor nem tudják elhelyezni az egyetemi hierarchiában a fogyatékosági koordinátort. Ez akár a fogyatékosággal élő hallgatókkal kapcsolatos érdekérvényesítési munka hatékonyságát is ronthatja.

A koordinátorok kinevezése, felkészültsége, szakmai tudása

Tapasztalatunk szerint a koordinátorokat sokszor felülről jelölték ki, lehetőséget nem hagyva a felkérés elutasításának. Előfordult, hogy az egyébként osztályvezetőként, hivatalvezetőként, tanárként, vagy egyéb státuszban dolgozó munkatársak kényszerből vállalták fel a koordinátori teendőket. A kiosztott feladatot többször azért is érzik megterhelőnek a koordinátorok, mert azért – a rendelet ez irányú kitételével ellentétben – nem kapnak külön juttatást.

„Ez egy kiosztott munka volt. Én megkérdeztem, hogy miért vállalta el, mert többször beszélgettem vele. És akkor mondta, hogy ez egy vicces dolog, hogy »elvállalni«, mert ezt a dékán úr ráosztotta, és hogy ez nem úgy működik az egyetemen, hogy elvállalják. Tehát kénytelen volt elfogadni. Most ismerjük az egyetem gazdasági helyzetét, biztos vagyok benne, hogy nem két fizetésért csinálja ezt, hanem valószínűleg egyért.”

(Részlet az egyik fogyatékosági koordinátorral készült interjúból.)

K: Kérem, meséljen arról, hogyan bízták meg önt a koordinátori feladattal?

V: Hát, ez engem is meglepett, kaptam csak egy levelet, hogy akkor legyek én a koordinátor. Azt hiszem a dékán úr gondolt rám. Éppen ma gondolkodtam rajta, hogy hogyan gondolhatott rám. Kaptam egy levelet és kész. (...)

K: Hogyan döntenek el, hogy mire költik a normatívát?

V: Azt sem tudtam, hogy pluszpénz kapnánk. Erről nem tudok. Én ezért nem kapok semmit, ez nekem csak ilyen társadalmi megbízatás. Hogyha több pénz jön, nem tudom, hogy hova ...

(Részlet az egyik fogyatékosági koordinátorral készült interjúból.)

Véleményünk szerint eredményesebb a munkavégzés ott, ahol a felsőoktatási intézmény elegendő figyelemmel és az anyagi forrás biztosításával elérte: a téma iránt érdeklődő, az egyéb feladatai miatt nem túlterhelt koordinátor juttatás ellenében látja el feladatait. A jelenlegi gyakorlat ezzel szemben több szempontból is problémákat jelenít meg:

1. Ha egy munkatárs kényszerből vállalt el bizonyos feladatokat, akkor azok ellátására alulmotivált lesz. Mindez teljesítményének romlását eredményezheti.
2. A koordinátori teendőket esetleg olyan munkatársra osztják ki, aki szakmailag nem eléggé felkészült. A fogyatékos fiatalok élethelyzetével, a fogyatékosággal kapcsolatos egészségügyi és mentális problémákkal, a speciális igényekkel kapcsolatban emiatt sokszor nem rendelkeznek megfelelő szakmai tudással a koordinátorok. Előfordulhat az is, hogy az ilyen feladatokat ellátó személy érzékenysége és nyitottsága hiányában nem képes a fogyatékos fiatalok nehézségeinek megértésére.

Ezek a hiányosságok felvetik a koordinátori képzés, továbbképzés szükségességének kérdését. Interjúink során többen jelezték is: egy, a munkájukat hasznos ismeretekkel támogató tanfolyamon szívesen részt vennének. Egy ilyen képzés véleményünk szerint a koordinátori feladatok hatékonyabb ellátását, a hallgatói érdekek eredményesebb artikulálását eredményezhetné.

Természetesen a feladatok ellátása kevesebb időt és energiát vesz igénybe azokon az egyetemeken és főiskolákon, ahol nincsenek fogyatékosággal élő hallgatók, vagy számuk nagyon alacsony. Ezekben a felsőoktatási intézményekben a koordinátori teendők ellátása nem jelent nagy megterhelést.

K: Okoz problémát, hogy egyszerre két státusza van?

V: Nem, egyáltalán nem. Meg hát nincs olyan szekér, amire ne lehetne még rakni... Tehát az én

esetemben még egy-két ilyen plusz funkció, az még beleférne. Hogyha ez olyan típusú vagy nagyságrendű kérdéseket vetne fel, akkor nyilván más szinten foglalkoznánk vele. Jelenleg ez úgy tűnik, hogy ez így is megoldható.

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Ebben az esetben is szükségesnek tartjuk azonban, hogy a koordinátorok megfelelő képzésben vegyenek részt. Az ilyen feladatot ellátó munkatárs ennek köszönhetően már felkészülten tudja fogadni a későbbiekben felvételt nyert hallgatókat. Mindezek miatt ugyanolyan fontos a szerepe annak is, hogy az egyetemi vezetők nyitott, a fogyatékosággal élővel, az elvállalt feladatokkal szemben elfogadó attitűddel rendelkező személyt válasszanak koordinátornak.

A koordinátorok ellenőrzése

A szakmai háttértámogatás mellett az ellenőrzés hiányáról is szólnunk kell. A koordinátorok szakmai felkészültségét és munkáját, a fogyatékosággal élő hallgatókkal kapcsolatos feladatellátás hatékonyságát, a hallgatói normatíva felhasználását egészen a legutóbbi időkig nem kontrollálta senki.⁸ Arról nincs információnk, hogy a minisztériummal a normatíva felhasználása kapcsán szerződést kötő felsőoktatási intézményeket, a felvállalt feladatok teljesítését ellenőrizte-e, ellenőrzi-e a főhatóság. Interjúalanyaink beszámolóí szerint ennek eddigi hiánya mindenestre a normatíva elszámolásában rejlő anomáliákat eredményezett.

„Ugye évekkkel ezelőtt, egy ilyen koordinátori gyűlésen elhangzott, hogy beadják az egyetemek az igényüket, de ezt nem kell dokumentumokkal alátámasztani, úgyhogy a bátrak nyertek. Aki nagyot mondott, az sok támogatást kapott, aki keveset, az keveset. Nem kell ugyanis dokumentumokkal alátámasztani, csak megkérdezik a tanulmányi osztályt, az mond egy számot. És az volt az egyértelmű benyomásom, a sorok közötti beszélgetésekben mindenki kérdezte: »Ti hányat mondtatok?« Volt aki bátor, azt mondta 80, és annyi pénzt kapott. Volt, aki azt mondta 5, mert 5-ről biztosan tudott, és akkor öt.”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Hangsúlyozni szeretnénk, hogy a koordinátori feladatok megfelelő ellátása csak az ellenőrzés révén nem biztosítható. Egy megfelelő rendszer kiépítéséhez és fenntartásához más, az eddig megfogalmazott és a továbbiakban bemutatandó tényezők szerepét is figyelembe kell venni.

Státuszhalmozás

A fogyatékoságügyi koordinátorok tapasztalatunk szerint több más státusz, beosztás mellett végzik teendőiket, az esetek többségében valamilyen oktatási, tanulmányi ügyvitelhez kapcsolva feladataikat.

„Hogy én lettem a koordinátor, annak az az oka, hogy a fogyatékosággal élő hallgató tipikusan tanulmányi jellegű problémával fordul a karhoz, hogyha fordul. Ekkor legalább egy helyen van. Tehát nálam fut össze a felvételi, a vizsgáztatás, tehát mindazok a szituációk, amikor a fogyatékosággal élő hallgatónak az esélyegyenlőségét biztosítani kell, az tanulmányi vonalon fut össze. Tehát ez az egész ebből a praktikus megfogalmazásból...”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

A státuszhalmozás a fogyatékosággal élő fiatalok hatékonyabb érdekképviselését is eredményezheti. Ha a koordinátor ugyanis elsődleges munkaköre miatt jó érdekérvényesítő képességgel és kapcsolatrendszerrel rendelkezik, azt a fogyatékos hallgatók ügyeinek intézése során is fel tudja használni. A párhuzamos feladatellátásnak azonban hátrányai is vannak.

⁸ Véleményünk szerint e munkafolyamatok egy részét nem is az ellenőrzés, hanem a megfelelő képzés segítségével lehet eredményesebbé tenni.

Az elsődleges (másodlagos, harmadlagos) munkakör esetleg nem hagy elég időt és energiát a fogyatékossgal élő fiatalokkal kapcsolatos teendők elvégzésére.

A koordinátorokat sokszor elsődleges státuszuk alapján tudják beazonosítani az egyetemeken, a főiskolákon. A fogyatékossgal élőkkel kapcsolatos feladatvállalás ezért rejtve marad nemcsak a fogyatékos hallgatók, hanem a felsőoktatási intézmények más szervezetei előtt is. Ha ezek az egyetemi egységek nem ismerik a koordinátori funkciót – azaz nemtudják, hogy milyen feladatokkal, jogosítványokkal rendelkezik egy koordinátor –, akkor a hallgatók érdekeinek a megfelelő helyre történő „becsatornázása” nehézségekbe ütközhet.

„Ezt azért látod így, mert központi intézményi szinten nincsenek becsatornázva a problémák. Ott nincsen becsatornázva, hogy intézményi szinten nincsenek meg a csatornák, nincsenek meg a hivatalos utak, nincsenek meg az úrlapok. (...) Mert a koordináció, ami az egyetemen van, az nagyon jó, csak ha nem ismerik más hivatali egységekben, csak az adott kari hivatalokban, illetve egyéb helyeken, az lehet, hogy egy icike-picikét kevés.”

(Részlet egy hallgatói önkormányzat elnökével készült interjúból.)

A normatíva nyomon követése

A normatíva nyomon követése véleményünk szerint a jó érdekérvényesítő képességgel rendelkező, feladatát lelkiismeretesen végző koordinátorok számára nem jelent problémát. Interjúink során azonban többen jelezték: a kiemelt normatívára vonatkozóan nem rendelkeznek információval. Ezeken a helyeken ezt a pénzösszeget nagy valószínűséggel nem a fogyatékossgal élő fiatalok támogatására fordítják, hanem más területre csoportosítják át.

„Utólag kiderült, hogy azért a látássérült hallgatóknál, ugye ezt lehet látni, és ővelük aláírtatták azt, hogy írásbeli vizsga helyett szóbeli kedvezményt kérnek, tehát a fogyatékossguk miatt engedményeket kérnek, és ezzel, hogy ők ezt aláírták, ezzel a kiemelt normatívát is az egyetem igényelhetné. Nem tudom, hogy mennyire igényelte, és mennyire nem, mert nem látok bele a gazdasági dolgokba. De az biztos, hogy ebből semmit nem láttak a hallgatók. Ez az, ami miatt a másik nagy harcunk megy. Jelenleg a gazdasági csoport vezetőjénél próbáljuk meg kieszközölni azt, hogy ennek a kiemelt normatívának járjunk utána.”

(Részlet egy fogyatékossgügyi koordinátorral készült interjúból.)

A normatíva nyomon követésének problémája elsősorban a kiemelten forráshiányos felsőoktatási intézményeknél jelenik meg. Ezeken az egyetemeken és főiskolákon további nehézséget jelent, hogy a beszámolók szerint a kincstár is többször késve utalja át az igényelt pénzösszeget. Ennek (is) köszönhetően az intézmények forrásátcsoportosításokra kényszerülnek.

„A kincstár folyamatosan késik.(...) Nálunk havi keretgazdálkodás van, bontások vannak, negyedévesek... Hogyha megkapom a 12 millió forintomat egy évre, akkor azt 1 000 000 forintként kapom havonta. Tehát január végén ott kéne, hogy legyen 1 000 000 forint a témaszámon, aminek költhetőnek kéne lennie. Ehhez képest irgalmatlan nagy csúszással szoktak érkezni a dolgok. Pillanatnyi mérlegjavítás vagy egyéb szempontokból a kisebb, kevésbé mozgó témaszámokra érkező kisebb összegeket összevonják más, nagyobb témaszámokra. Bértémaszámra... Nem arról van itt szó, hogy itt bármiféle negatív dolog történne, mármint hogy kimennének pénzek, hanem egyszerűen bérre kell ezeket az intézménynek begyűjtenie. Elég sokszor a pénzügyi mérleg miatt úgy hozzák össze, hogy esetleg december 2-án jut erre a témaszámra pénz. Többször megesett már hasonló. Aki keretgazdálkodik, az ezeket látja. A magyar közintézmények ilyenek. (...) Ahol ilyen léptékű összegekkel gazdálkodnak, ott gyakran megtörténik, hogy kicsit késik a dolog. Ezt viszont a hallgatók, illetve az ebből élők bánják.”

(Részlet egy hallgatói önkormányzat elnökével készült interjúból.)

Interjúink során azt is tapasztaltuk, hogy a normatíva felhasználása kapcsán bizonytalanok a fogyatékossgügyi koordinátorok. Nem tudják, hogy milyen berendezések és eszközök vásárolhatóak, hogy

milyen szolgáltatások finanszírozhatóak ebből a keretből. Mindez a koordinátorok képzésével kapcsolatos igényekre, illetve – ahogy arról még a későbbiekben szólni fogunk – a szakmai háttértámogatás hiányára enged következtetni.

A koordinátorok főbb problémái

A fogyatékoságügyi koordinátorok számára nem biztosított szakmai háttértámogatás. Bármilyen problémájuk van, azok megoldásában csak magukra hagyatkozhatnak, döntéseikért a felelősség csak őket terheli. Irányadó jogszabály csak az ominózus 29/2002-es OM-rendelet, a konkrét, hétköznapi esetek kapcsán azonban még az itt megfogalmazottak figyelembe vétele esetén is kétségek adódhatnak. Interjúalanyaink az esetek többségében nem ismertek olyan fórumot, segítséget, személyt, akihez problémáikkal fordulhattak volna: egy mindenki számára elérhető, szakmailag kompetens forrás tehát nem biztosított. Bizonyos koordinátorok egymás között ugyan kialakítottak egyfajta szakmai kapcsolatot, így tapasztalataikat, gondolataikat meg tudják osztani egymással, de az ilyen horizontális információáramlás elhanyagolható.

„Én azt látom, hogy valahányszor ilyen koordinátori tárgyalásra, vagy FETA megbeszélésre elmegyek, még mindig tudnak tőlünk kérdezni. Hogy ezt hogy csináljátok, azt hogy csináljátok. Pedig nekem is vannak olyan bizonytalanságaim, amiben rettenetesen jó lenne, hogyha valahonnét a minisztériumból valaki meg tudna támogatni. De még a telefon se működik.”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

„Ez is egy lényeges dolog lenne, hogy felsőoktatási intézmények egymást tudják tájékoztatni a következő feladatokról, és dolgozhassanak. Nem szép dolog, amit most készülök mondani. Az oktatási minisztérium nem áll jól ebben a kérdésben. Tudom, hogy van jó szándékú felelőse a dolognak, valószínűleg képzett is ezen a téren. De nem tud segíteni a problémáinkon.”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Az igényelt információk és a szakmai párbeszéd hiánya nem csak a hétköznapi, konkrét esetek megoldásában jelent problémát. Több beszélgetőpartnerünk a koordinátori feladat ellátását alapjaiban érintő kérdést, kételyt fogalmazott meg. Visszatérő probléma volt például, hogy a fogyatékoságügyi koordinátorok nincsenek tisztában azzal: a fogyatékossgal élő hallgatók képességeik hiánya miatt eltanácsolhatók-e bizonyos szakokról.

„Nekem vannak azért lelki problémáim, szakmai lelki problémáim, hogy gyerekek közé szabad-e engedni olyant, aki nem tudja, hogy hátulról milyen hatások érik, mert az ő hallókészüléke azt már nem tudja továbbítani. Vagy szabad-e úgy beengedni egy leendő tanárt a gyerekek közé, akár gyakorlatra is, hogy tudjuk, hogy piszkálni fogják a gyerekek, mert a gyerekek tudnak kegyetlenek is lenni. És a külső jegyek azok üzennek számára. (...) Ha így engedek be hallgatót, egy leendő szakmai kompetenciának híján, akkor vajon mit fog kezdeni ezzel a helyzettel, kell-e őt védeni, vagy nem. Mit kell vele csinálni? Vagy eltanácsolni. Én már tettem ilyet is. Mert úgy érzem, hogy ez nekem feladatom. Ha valaki egy bizonyos szakon reménytelenül nem tud érvényesülni, akkor nézzünk egy másikat.”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

További problémaként lehet megjelölni, hogy a hallgatókkal történő kapcsolatfelvétel is nehézségeket rejt magában. Ha egy fogyatékossgal élő fiatal felkeresi a koordinátort, akkor a részéről megjelenő igényt figyelembe lehet venni, azok kielégítése érdekében lépések tehetők. Ennek hiányában azonban a koordinátor magára utalt: nem tudja, hogy hány fogyatékos fiatal jár az egyetemre, főiskolára, nem tudja, hogy mik a főbb problémák, illetve hogy azokat milyen eszközökkel lehetne megoldani. A kapcsolatfelvétel annál is nehezebb, mivel sok fogyatékos fiatal nem akarja magát fogyatékossgal élőnek definiálni, ezért nem regisztrálja magát a koordinátornál.

„Én annyit tennék hozzá, hogy egy fogyatékossgal élő hallgató nagyon ritkán fog odamenni bármelyik fórumhoz, és hogy én ez vagyok. Tehát nem szereti elmondani egy hallgató mindenkinek, hogy mi a problémája, mert... Én nem tartozom ennyire nehéz vagy súlyos kategóriába, mert az én problémám annyira nem látványos, vagy súlyos, találkoztam már sokkal súlyosabbakkal természetesen. De én se tudok minden fórumhoz odamenni, és reklámozni ezt. Mert akkor eleve az életvitelemnek meg kéne változni, az életfelfogásomnak ahhoz. Én semmiképpen se akarom azt, ami ez az önsajnálat, önsajnálat, amit nagyon sok hallgatónál meg lehet figyelni, aki fogyatékossgal élő.”

(Részlet egy fogyatékossgal élő fiattall készült interjúból.)

K: Amikor te egyetemre jelentkezted, akkor te jelezted azt, hogy mozgáskorlátozott vagy?

V: Nem, mert én nem tartom magam mozgássérültnek. A fél oldalamra lebéultam még félévesen. Születéskori rendellenesség volt, csak nem vették észre féléves koromig. A fél oldalam olyan volt, de most már csak a kezem. Akkor is csak a kezemen látszott. Én úgy gondoltam, hogy én igazából nem vagyok mozgássérült.

(Részlet egy fogyatékossgal élő fiattall készült interjúból.)

A koordinátorok szakmai háttértámogatásának hiányával magyarázható, hogy több interjúalanyunk szerint jogsértő, ha ő szólítja meg, keresi fel a fogyatékossgal élő fiatalokat. A kompetens szakmai segítség és a megfelelő képzések hiánya tehát már a kapcsolatfelvétel stádiumában megnehezíti a fogyatékossgal élő fiatalok tanulmányainak segítését.

„Ha valakiről tudom, hogy fogyatékossgal él, amikor bekerült, személyesen akkor se keresném meg, hogy én vagyok a koordinátor. Lehet, hogy ha kinéznék, és látnám, akkor se mennék oda hozzá, mert fenntartásaim vannak, hogy nem tudom, hogy az ő személyiségi jogait mennyire sérti, hogy én egy ilyen dologgal ... nem tudom.”

(Részlet egy fogyatékossgügyi koordinátorral készült interjúból.)

Az információkat nem csak a fogyatékossgal élő fiatalokkal foglalkozó munkatársak tudják nehezen eljuttatni a célcsoporthoz. A hazai felsőoktatási intézményeket egyre nagyobb hallgatói létszám jellemzi, emiatt egyre nehezebb a szükségesnek, fontosnak ítélt hírekről, beadási határidőkről vagy éppen elmaradt órákról értesíteni az érintetteket.

A koordinátori státusszal kapcsolatos bizonytalanság, az ezeket a feladatokat ellátó személlyel kapcsolatos információhiány nem csak a hallgatók és a különféle egyetemi szervezetek kapcsán figyelhető meg. Sokszor maguk a koordinátorok sincsenek tisztában azzal, hogy az egyetemi hierarchián belül milyen feladat-, és hatáskörrel rendelkeznek, kinek tartoznak beszámolási kötelezettséggel, milyen kényszerítő mechanizmusokat tudnak működtetni céljaik elérése érdekében.

„Én ebben azt érzem, hogy ez mégiscsak egy teljesen új valami. És hogy ez kell. De ez főleg a fogyatékos diákok oldaláról lett ez kitalálva, tehát az ő segítségükre, és nem annyira a szervezet oldaláról lett átgondolva. Hogy a szervezetbe hogyan illeszthető ez be. Egy ilyen koordinátor. Hol van az ő helye, mit csinál, milyen jogosítványai vannak? Milyen jogosítványai vannak ezen a pénzen kívül? Mi felett rendelkezik, ki figyel a szavára, vagy egyáltalán hogy van ebben benne? És tulajdonképpen rá vagyok utalva az egyetem jóindulatára, a vezetőség jóindulatára, hogy mennyire értenek ezzel az egészsel egyet, mennyire pártolják, mennyire nem. Amíg nem nagy dolgokról van szó, amiket el lehet intézni ilyen kisebb dolgokkal, hogy akkor hadd kapjon már egy írásbeli jegyzetet ez a gyerek, mert ebből tud felkészülni, addig nincs ezzel gond. De szerintem ott fog ez megnyilvánulni, amikor már valami nagyobb kérdés vagy nagyobb változtatnivaló lesz, nagyobb beruházni való. Hogy akkor az mit jelent, hogy valaki koordinátor?”

(Részlet egy fogyatékossgügyi koordinátorral készült interjúból.)

A legnagyobb problémák az érdekvérvényesítés kapcsán jelennek tehát meg. A fogyatékos hallgatókkal kapcsolatos adatok nyilvántartása vagy a segítési lehetőségek biztosítása nagy valószínű-

séggel mindenféle nehézség nélkül megoldható. A nagyobb volumenű beruházások – csakúgy, mint a normatíva felhasználása – kapcsán azonban csak javaslattevői jogkörrel rendelkeznek a koordinátorok. Mivel a kiemelt normatívából semmiféle komolyabb fejlesztés nem valósítható meg, ezért az akadálymentesítés finanszírozása szempontjából az intézményi vezetők támogatása elengedhetetlen. A forráshiányos intézményekben emiatt – főleg a kiépítetlen kapcsolati tőkével rendelkező koordinátorok esetében – nehézségekbe ütközhet a hatékony érdekképviselés. Természetesen a törvények adta határidők miatt ezek az egyetemek és főiskolák is rá fognak kényszerülni, hogy az akadálymentesítés feladatát megoldják. A speciális berendezések és segédeszközök megvásárlása, az ilyen fejlesztések lebonyolítása azonban jobb, ha a koordinátor révén artikulált hallgatói igényeknek megfelelően történik.

Az információhiány a fogyatékossgal élő hallgatók esetében is megfigyelhető. A legtöbb fiatal interjúalanyunk nem, vagy csak korlátozott mértékben ismerte, hogy mi lenne a fogyatékossgügyi koordinátor feladata. Véleményünk szerint ezzel (is) magyarázható, hogy interjúalanyaink sokszor kritikát fogalmaztak meg az ilyen státuszt betöltő személyekkel szemben.

V: Én másképp csinálnám ezt a munkát, mint ahogy a koordinátor.

K: Miért, hogy csinálja ő?

V: Azt nem tudom, hogy ő hogyan csinálja, szóval lehet, hogy nagyon jogtalanul hordom én őt le, nem akarom őt én lehordani, nem arról van szó. Csak én nem veszek észre semmi munkáját, tudod. Tehát lehet, hogy ő csinál dolgokat, csak az hozzánk nem jut el. Tehát szerintem ennek egy kicsit szervezettebben kéne mennie, kicsit emberségesebben kéne menni, és hatékonyabban.

(Részlet egy fogyatékossgal élő fiattal készült interjúból.)

A hallgatók nem tudják azt, hogy a koordinátoroknak mi a feladatuk, ezzel összefüggésben azzal sincsenek tisztában, hogy milyen lehetőségeik vannak. Nem tudják azt, hogy a koordinátort is kötik bizonyos szabályok, hogy ő se rendelkezik végtelen pénzforrásokkal. Természetesen a negatív értékelések akkor helytállóak, ha a koordinátori státusz nem takar valós együttműködést és érdekérvényesítést.

A hallgatókkal történő együttműködés szempontjából további fontos tényező, hogy a koordinátorok nem tudnak lépéseket tenni akkor, ha a fogyatékossgal élő hallgatók maguk akarják megoldani problémáikat, és kifejezetten visszautasítják a segítséget. Ez a hallgatói mentalitás az önálló életre való törekvés szempontjából érthető és elfogadható. A hallgatói érdekek megfelelő képviseléséhez azonban a szolgáltatásokkal kapcsolatos igények és a tanulmányok során adódó problémák ismerete elengedhetetlen.

Végül jelezni kívánjuk, hogy jelenleg a koordinátori feladatokat ellátó munkatársak szakmai előmenetele nem biztosított, az egyetemi hierarchián belül – ennek köszönhetően is – megbecsültségük alacsony. Véleményünk szerint ezért ezen a területen is olyan továbbképzési lehetőségeket kellene biztosítani, amelyek vonzóvá tehetik ezt a státuszt.

„Szerintem jobb lenne, ha az egyetemek vennének fel koordinátort saját állományba. Ez elég nehéz, mert elég erős létszámstop van, és akkor hogy csak ezzel foglalkozzon valaki, az nagyon sok. Nem is kell. Nyugodtan foglalkozhat mással is. De ha neki a másokban sokkal több a kihívás szakmailag, sokkal nagyobb az előremeneteli lehetőség, sokkal több dolgot ér el, akkor a koordinátori szerepe le fog csökkenni. (...) És szerintem ennek a posztnak a megcsinálásához feltételeket kéne szabni. A koordinátor ilyen és ilyen típusú szakképesítéssel rendelkezik, ennyi és ennyi konferenciapontot gyűjtött be, ilyen és ilyen szakmai előmenetelt csinált, ilyen és ilyen rendezvényt csinált, ennyi hallgatóval foglalkozott. Még akkor is, ha adott esetben az egyetemnek nincs is ilyen hallgatója. De legyen naprakész, és legyen felkészítve. Tehát kapja meg azt, ami egy tudományos szakmához tartozik. Ez egy pozíció. Az egyetemi hierarchiában pedig három dolog számít. Hogy milyen fizetésed van, hogy van-e előtted karrierlehetőség, és hogy tudományosan tudsz-e fejlődni. Ezeket kéne megadni egy koordinátornak, hogy ő élvezze azt, hogy koordinátor. És ne csak nyűg legyen a nyakán, hogy rásózták.”

(Részlet egy fogyatékossgal élő hallgatókat támogató szervezet elnökével készült interjúból.)

Összefoglalás

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a koordinátori rendszer ellentmondásokkal terhelt. Az ilyen jellegű munkát végzők legtöbbször más státuszokkal párhuzamosan, sokszor felsőbb utasításra felvállalva, juttatás nélkül végzik teendőiket. A koordinátorok általában semmilyen, a fogyatékosággal élők helyzetének és problémáinak megértését segítő képzésben nem vettek részt. Szakmai háttértámogatásuk jelenleg nincsen, a hétköznapi munkák során adódó problémáikkal nem tudnak hova fordulni.

A gyenge érdekérvényesítő képességgel rendelkező koordinátorok csak nehézségek árán tudják a fogyatékos hallgatók érdekeit képviselni, hiszen sokszor az egyetem különböző szervezetei előtt sem ismert ez a beosztás, illetve a beosztással járó feladatok köre. Több helyszínen tapasztalhattuk, hogy maguk az érintettek sincsenek tisztában saját feladat-, és hatáskörükkel. A definiálatlanság és az információhiány a fogyatékosággal élő hallgatók körében is megfigyelhető: fiatal interjúalanyaink csak ritkán tudták meghatározni a koordinátori feladatok körét. Valószínűleg ez (is) magyarázza, hogy sokan kritikával illeték az esélyegyenlőségi referensi teendőket ellátó személyt. A két fél kapcsolatát más szempontból is az információhiány jellemzi. Ha a fogyatékos fiatalok nem veszik fel a kapcsolatot a koordinátorral, akkor az nem rendelkezik információkkal a felbukkanó problémákról és igényekről.

A vizsgált rendszert tehát elsősorban a megfelelő képzés és a szakmai háttértámogatás biztosításával, a feladatvállalásért járó juttatás garantálásával és lehetőleg az önkéntesség bevezetésével lehetne hatékonyabbá tenni.

Pozitív gyakorlatok

A felkeresett felsőoktatási intézmények között több pozitív gyakorlatot kialakító szervezetet is megismerhettünk. Mivel ezek példaértékűek lehetnek más egyetemek és főiskolák számára is a fogyatékos-sággal élő fiatalok tanulmányainak támogatása szempontjából, ezért az ilyen tapasztalatainkról külön fejezetben számolunk be. Ezek a modellek egyrészt a fizikai, másrészt az információs akadálymentesítéssel kapcsolatos beruházásokat, valamint szolgáltatásokat takarnak. A pozitív gyakorlatok között szólunk a fogyatékos fiatalok élethelyzetének és problémáinak a megértését elősegítő képzésekről is.

Az ELTE látásmányosi épületében példaértékűnek mondható a lift akadálymentesítése. A látáskorlátozott hallgatók számára nagy segítséget jelent, hogy az érintőpanelek mellett dombornyomással, Braille-ben is feltüntették az emeletek számozását. Emellett hangosan bemondja, hogy milyen szinten áll meg éppen a felvonó és milyen irányba indul tovább.

A főbejárat akadálymentesítése véleményünk szerint nagyban hozzájárul ahhoz, hogy a mozgásukban korlátozott diákok társaikkal egyenrangú félként vegyenek részt az oktatásban. Egy ilyen átalakítás után már nem csak a hátsó és az oldalsó bejáratoknál – távirányítással, vagy éppen csak hosszas kaputelefonozás után nyíló ajtókon át – tudnak a hallgatók az épületbe bejutni. Ebből a szempontból példaértékű a Miskolci Egyetem új épülete, ahol a főbejárat mellett építettek fel egy alacsony dőlésszögű rámpát. (Igaz, itt is zárva találtuk a rámpa végén található ajtót.)

A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola a fizikai akadálymentesítés területén (is) jelentős eredményeket ért el. A főiskola épületében a padlón található tapintható vezetősávot, az ajtók és a fordulók előtti tapintható jelzést, a lépcsőkön sárga vonaljelzést alakítottak ki. A lift itt is beszélő, az ajtókon Braille-jelzés van. Ezen beruházások megvalósítása előtt – még a tervezés szakaszában – az érintett hallgatókat tesztelésre kérték fel.

A hallgatói igények feltérképezése szempontjából ugyancsak példaértékű a Budapesti Műszaki Főiskola. Itt a fogyatékosügy koordinátor az akadálymentesítés módjának, területeinek és ütemének meghatározása előtt felvette a kapcsolatot több, a fogyatékos-sággal élők érdekvédelmével és képviseléssel foglalkozó szervezettel. A konkrét beruházások során már az ő véleményüket is figyelembe fogja venni a főiskola.

A különféle eszközök, berendezések és számítógépes alkalmazások megvásárlásával, meghatározott beruházásokkal az információhoz való hozzájutást tudják segíteni a felsőoktatási intézmények. Az alábbiakban a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karon történt, a könyvtár látáskorlátozott hallgatókat szolgáló akadálymentesítését célzó fejlesztéseket ismertetjük:

Számítógépes munkaállomás JAWS, MAGIC programokkal, szkennelvel, Braille-nyomtatóval. Olvasótelevízió aliglátó, gyengénlátó hallgatóknak, domborító készülék speciális papírokkal tapintható ábrák készítéséhez. Kölcsönözhető speciális jegyzetelőkészülékek (Memona és Braille 'N Speak). A speciális szükségletű hallgatók kölcsönözhetnek nagyítót, távcsöveket, JAWS programokkal futó hordozható számítógépeket, digitális diktafonokat. Indukciós hurok kialakítása is megoldott.

(A helyszínen tett látogatásunk és a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola fogyatékos-sá-gügyi koordinátorának írásbeli beszámolója alapján.)

Tapasztalatunk szerint a hallgatóság számára kialakított tanácsadó- és információs központokban működő koordinátorok a fogyatékos-sággal élő fiatalokat jobban el tudják érni. Ha a fiatalok előtt ismert az adott szervezet segítő funkciója, elérhetősége, akkor a különféle problémákkal könnyebben

fordulnak ezekhez a – sokszor ugyancsak a diákság soraiból kikerült munkatársakkal dolgozó – szervezetekhez.

A korábbiakban már bővebben írtunk arról, hogy milyen fontos szerepe van a közoktatásnak a fogyatékossgal élő fiatalok esélyegyenlőségében. Az ott tanító pedagógusoknak a fogyatékosokkal kapcsolatos attitűdjei és ismeretei nagyban befolyásolhatják a fiatalok továbbtanulását. A fogyatékossgal kapcsolatos ismeretek terjesztését magára vállaló képzésnek ezért nagy szerepe lenne a pedagógustársadalmon belüli előítéletek a csökkentésében. Egy ilyen oktatással nem elsősorban a jelenleg már tanító pedagógusokat, hanem leginkább a még tanárképzésben részt vevő hallgatókat kellene megcélózni. A fogyatékos személyek bemutatására, élethelyzetükre és a nehézségekre koncentráló képzésben nem csak a leendő tanárok, hanem az egyéb szakon tanuló egyetemi és főiskolai hallgatók részvétele is hasznos lenne. Ilyen irányú előrelépések tudomásunk szerint eddig a Pécsi Tudományegyetem történtek.

„...hogya induljon meg egy curriculumfejlesztés, amiben pilot jelleggel be tudnánk indítani először egy karra, aztán pedig minden szakra kiterjedő felkészítő órát. Tehát lenne egy felkészítő óra, ami eleinte MUK-os kóddal menne, tehát az értelmiségi képzés keretében lenne, és választható lenne. Utána esetleg kötelezővé tehetnénk, és ez arról szólna, hogy mindenki a szakterületén belül, illetve úgy, mint emberi lény, tanuljon meg a fogyatékossgal élőkkel együtt élni. Alapvető toleranciafejlesztésről lenne szó.”

(Részlet a Pécsi Tudományegyetem Hallgatói Önkormányzatának elnökével készült interjúból)

„A fogyatékossgügyi tantárgynak meg kéne jelennie. Az a legszomorúbb, hogy pedagógusok úgy jönnek ki, hogy nem volt alapszinten ismeretük arról, hogy fogyatékos gyerekekkel találkozhatnak. Márpedig lehet, hogy tanítani fog integrált iskolában. Hogyan? (...) Hogy legyen egy ilyen konkrét esélyegyenlőségi tantárgy bevezetve, ami mindenki számára kötelező. Hogy be lehessen ágyazni abba, hogy te mégis egy értelmiségi pályára készülsz, akkor neked, mint értelmiséginek valamit kéne gondolni az esélyegyenlőség témakörben. Fogyatékos emberekről is, romák emberekről is, a nők és férfiak esélyegyenlőségéről is. Kötelező. Mert különben lehet, hogy lesz egy diplomád, de ugyanolyan suttyó paraszt maradsz.

(Részlet egy fogyatékossggal élőket támogató szervezet vezetőjével készült interjúból.)

A már többször idézett 29/2002-es OM-rendelet szerint tanulmányaik során a mozgáskorlátozott és a látáskorlátozott hallgatóknak igény szerint személyi segítőket kell biztosítani. Már az 1999-es Országos fogyatékossgügyi Program⁹ is szükségesnek tartotta azoknak a szolgáltatásoknak – így a személyi segítő szolgálatoknak – a kialakítását, amelyek a fogyatékossggal élő személy önállóságát, esélyegyenlőségét biztosítják.

Tapasztalatunk szerint azonban jelenleg csak kevés hallgató vesz igénybe ilyen szolgáltatást; ahogy arról korábban írtunk, az érintettek inkább az informális csatornákra és ismeretségekre építve alakítanak ki egy saját támogató stábot. Ennek a csoportnak a tagjai a fogyatékossggal élő hallgatók speciális igényeit próbálják kielégíteni. Ezek a segítő hálózatok – csakúgy, mint a koordinátorok által szervezettek – legtöbbször önkéntes alapon működnek, tagjai sokszor ellenszolgáltatás nélkül végzik munkájukat.

Az önkéntes rendszer tapasztalatunk szerint hatékony formája lehet a fogyatékossggal élő fiatalok segítésének. A beszámolók alapján az ilyen jellegű támogatók lelkiismeretesen végzik munkájukat, a fogyatékos fiatalok a legtöbb esetben elégedettek az ilyen szolgáltatásokkal, a szolgáltatást biztosítókkal.

„Akár önkéntes módon olyan eredményeket lehetne elérni, hogy egy-egy ember életében ez hatalmas segítséget jelentene. Ezek a segítőik könyvtározni járnak ezekkel a hallgatókkal, vagy esetleg kivesznek könyvet, és felolvassák diktafonra, amit ők aztán vissza tudnak hallgatni. Akkor ez a közlekedési segítség is nagyon sokat jelent, tehát egy csomó ember, pláne az első-

⁹ 100/1999. (XII. 10.) OGY-határozat.

éves, aki még nem nagyon tud tájékozódni. Vagy például itt van ez a lány, aki nem lát és nagyon rosszul hall, őt tényleg még a WC-re is el kell kísérni. Mindezt sikerült beindítani.”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

„Teleplakátoltuk az egész egyetemet, hogy önkéntes segítőket keresünk, és hogy aki szíve ügyének érzi... és több mint 20 hallgató jelentkezett, hogy ő segíteni szeretne. Például van egy látáskorlátozott lány, aki emellett még nagyot is hall, ő a leginkább kilátástalan az egyetemen, őt X. településről mindig behozták a szülei, akik máshol dolgoztak. Most ezt elvállaltuk, találunk egy srácot, aki minden reggel kimegy a népligeti buszpályaudvarra fél nyolcra, és onnan bekíséri a Kálvin térig, és ezért másfél órával hamarabb kel, meg indul. És hihetetlen, hogy ezt megcsinálja teljesen ingyen és bérmentve. Én hiszek itt az emberekben...”

(Részlet egy fogyatékoságügyi koordinátorral készült interjúból.)

Az esetek többségében a fogyatékosággal élő hallgatók arra törekednek, hogy az ilyen önkéntes munkát végzők is valamilyen juttatásban részesüljenek. Mivel az önkéntes feladatokat általában hallgatók látják el, ezért őket az esetek többségében csak kiemelt ösztöndíj formájában tudja támogatni a képző intézmény.

A rengeteg külföldi példa között mi csak azt az angliai DSA (Disabled Students Allowance) rendszert említjük meg pozitív gyakorlatként. Ez olyan ösztöndíj, amit a fogyatékosággal élő és a tanulási nehézségekkel küzdő emberek kérhetnek akkor, ha minimum egy évig járnak olyan kurzusra, amely teljesítése plusz kiadásokkal jár. A támogatást tehát közvetlenül a hallgató veheti igénybe, annak felhasználásáról nem a koordinátor döntő. Az ilyen elven működő támogatási rendszer több interjúalanyunk számára is követendő példaként jelent meg.

„A pályázati rendszer azt igényelné, hogy ne pántlikázott pénzként menjen ki. Két dolgot jelentene. Az egyik: nem biztos, hogy az egyetemnek kellene megpályázni. Ennek a rendszernek az a lényege, hogy a hallgató megkapja a pénzt, és onnantól ő, mint vásárló... Ennek két nagyon nagy előnye van. Nem mindegy, hogy kit raknak egy hallgató mellé. Egy hallgatót lehet szarul is ellátni. Ha én veszem meg, akkor van venni jogom. Tehát az mondom, hogy ez az ember engem eddig kísért, de két órát ült a kocsmában, ezért én lekéstem az órámról, akkor én szeretném őt lecserélni. Szerzek újat. Amíg ezt az egyetem biztosítja valamiből, addig ez nem biztos, hogy így megy.”

(Részlet egy fogyatékosággal élők non-profit szervezetének vezetőjével készült interjúból.)

Végezetül jelezni szeretnénk: a koordinátorokkal szembeni bizalmatlanságot és kritikát nagyban csökkenthetné, ha a hallgatók a kiemelt állami normatíva összegére és felhasználására vonatkozó információkat – például az egyetem, a főiskola weboldalán közzétett beszámoló alapján – nyomon követhetnék. Ez egyfelől az érintettek regisztrálási szándékát, másfelől a koordinátorokkal való együttműködést támogathatja.

A kutatás tapasztalatainak összefoglalása

A felmérés tapasztalatait összefoglalva elmondhatjuk, hogy a magyar felsőoktatási intézményekben jelenleg nagyon alacsony a fogyatékossgal élő hallgatók aránya. A vizsgálat ugyan elsősorban a felsőoktatásra koncentrált, azonban az érintettekkel készült interjúk alapján kijelenthetjük, hogy az egyetemekre és a főiskolákra való bekerülésben nagy szerepe van a szülők, illetve a közoktatás támogatásának. A komoly anyagi megterhelést jelentő, felkészítést és személyi segítséget igénylő tanulmányi követelményeket elsősorban az ilyen háttérrel rendelkező fiatalok tudják csak teljesíteni. A felkeresett intézményeknél tapasztalt jellemzők alapján elmondhatjuk, hogy az alacsony reprezentáció a – fizikai és információs – akadálymentesítés területén tapasztalható elmaradásokkal is magyarázható. Az ilyen területen végzett, anyagi megterheléssel járó beruházások elmaradása sok egyetemen és főiskolán a forráshiányra vezethető vissza. Bizonyos fejlesztések azonban nem kívánnak komoly költség-ráfordítást. Ebben az esetben a fogyatékossgal élő fiatalok igényeinek az artikulálatlanságával, a koordinátori feladatellátásban mutatkozó hiányosságokkal illetve az intézménynek a fogyatékos hallgatókkal szembeni érdektelenségével magyarázhatóak a hiányosságok.

A felsőoktatási intézmények vezetői ezeknek a fejlesztéseknek az elmaradását sokszor az alacsony hallgatói létszámmra vezetik vissza. Ez abból a szempontból aggasztó megközelítés, hogy feltételezésünk szerint épp az elmaradt beruházások miatt mond le továbbtanulásáról a sérült fiatalok egy része. Az interjúk során több rektor, dékán is jelezte, hogy akadálymentesítési pályázataikat az alacsony létszámmra vonatkozó indokkal utasították elő. A központi pályázatok kiíróinak törekedniük kell arra, hogy a fentiekben ismertetett mentalitást ne erősítsék az elbírálás során figyelembe vett helytelen szempontok alkalmazásával.

A fogyatékossgal élő hallgatókkal szemben érvényesített diszkriminációval csak elvétve és csak bizonyos szakok, karok esetében találkozhattunk.

Az akadálymentesítés területén tapasztalt elmaradások mindegyik fogyatékossgai csoportot érintik. A mozgáskorlátozott hallgatók esetében a fizikai akadálymentesítés hiányosságai az egyetemi és főiskolai épületek megközelítését és az azokban történő közlekedést is megnehezítik, néhol lehetlenné teszik. A látáskorlátozott hallgatók számára elsősorban a tananyag és a kötelező olvasmányok digitális formában történő elérhetősége jelent problémát. Csakúgy, mint a digitális formában elérhető dokumentumok felolvasására alkalmas alkalmazásokhoz való legális hozzáférés. A halláskorlátozott fiatalok tanulmányait a csak elvétve igénybe vett hangosítás, a diktafon használatát nem engedélyező oktatók nehezítik meg. A kommunikációban gátoltak esetében ugyancsak a jegyzetek digitális formában történő biztosítása jelentene nagy támogatást. Itt hangsúlyozzuk, hogy a 29/2002-es OM-rendeletben megnevezett fogyatékossgai csoportok mellett több egészségügyi – és mentális – problémával élő fiatal is tanul felsőoktatási intézményekben. Az ő – kiemelt normatívával és az igénybe vehető kedvezmények meghatározásával történő – támogatásuk véleményünk szerint ugyancsak indokolt lenne.

A fogyatékossgal élő hallgatók érdekérvényesítéséért, a kapcsolattartásért és a segítségnyújtásért felelős koordinátori rendszer jelenleg ellentmondásokkal terhelt. Az ilyen feladatokat ellátó munkatársak a legtöbb esetben több státusz, beosztás mellett végzik teendőiket. A kinevezések során általában nem érvényesülnek szakmai szempontok, sokszor a felsőbb utasításnak ellenszegülni nem tudó alkalmazottak vállalják fel – kényszerből – a teendők ellátását. A rossz érdekérvényesítő képességgel rendelkező referensek – főleg a forráshiányos felsőoktatási intézmények esetében – nem, vagy csak

nehezen tudják nyomon követni a kiemelt normatíva útját. Emiatt afelett csak korlátozott mértékben tudnak rendelkezni.

A koordinátorok számára nem biztosított a szakmai háttértámogatás, feladataik ellátása során sokszor csak magukra hagyatkozhatnak. További problémaként lehet megjelölni, hogy a hallgatókkal történő kapcsolatfelvétel is nehézségeket rejt magában. A magukat nem regisztráló fogyatékos fiatalokról a referensnek nem lehet tudomása, így a részükről felbukkanó igényeket és problémákat se tudja megismerni.

A koordinátorok sokszor maguk sincsenek tisztában azzal, hogy az egyetemi hierarchián belül milyen feladat-, és hatáskörrel rendelkeznek, kinek tartoznak beszámolási kötelezettséggel, milyen kényszerítő mechanizmusokat tudnak működtetni céljaik elérése érdekében.

Az információhiány a fogyatékossgal élő hallgatók esetében is megfigyelhető. A legtöbb fiatal interjúalanyunk nem, vagy csak korlátozott mértékben ismerte, hogy mi lenne a fogyatékossgügyi koordinátor feladata. Véleményünk szerint ezzel (is) magyarázható, hogy interjúalanyaink sokszor kritikát fogalmaztak meg az ilyen státuszt betöltő személyekkel szemben. Ezt az információhiányt jól mutatja, hogy interjúalanyaink közül – az ide vonatkozó rendelet szabályozása ellenére – egyetlen hallgató se véleményezte még a koordinátor munkáját.

Az egyetemi és a főiskolai polgárok munkáját és tanulmányait a képző intézmények szűkös anyagi háttere kedvezőtlenül érinti. A fogyatékossgal élő hallgatók ugyanezen okok miatt halmozottan hátrányos helyzetben vannak.

A felsőoktatási intézmények a finanszírozási problémáik miatt magas hallgatói létszám „megszerzésére” törekednek. Az épületek, a kialakított szolgáltatások, egyáltalán az oktatási rendszer azonban eredendően kisebb tömeggel számol. Ez az oktatás légkörének, a tanulmányok elvégzéséhez szükséges feltételek előteremtésének, az informális támogató viszonyok kialakulásának nem kedvez. Egy vidéki egyetemen tett látogatásunk során számoltak be róla: az órafelvétel során mentőket kellett hívni az egyik hallgatóhoz, mert az oktató aláírásáért tülekedő tömegben elájult. Ilyen körülmények között – azaz az oktatás és a tanulás szabadságának akadályozása esetében – a fogyatékossgal élő hallgatók számára még nehezebb a tanulmányi és a vizsgakövetelmények teljesítése. Ugyanilyen nehézséget jelent az is, hogy a felsőfokú oktatás átalakításával párhuzamosan folyamatosan változtak és változnak a tanulmányi és az oktatásszervezési szabályok.

„Ez a hihetetlen bizonytalanság, ez őket megrázza. Szóval, hogyha elképzeled azt, hogy mész vakon, és megszoksz 20 éve egy utat, akkor ha ott valami luk van, vagy akármi, akkor kész. És ők félévről félévre kénytelenek abban a bizonytalanságban élni, hogy nem tudják, hogy mi lesz, mert az egyetemen mindig változtatnak. Először volt az, hogy nem kreditesből a kreditesbe, akkor utána a papír iratkozásról az ETR-re, most akkor hogy vegyék fel, ha lecsúsznak a jelentkezésről, ha nincs kirakva pontosan. Most a közismereti tárgyakat nem lehetett megtalálni az ETR-ben februárban, mindenki csak a saját szakos tárgyát. Hát engem naponta hússzor hívtak, hogy akkor most mi lesz, ha ők le fognak maradni, és nem lesz meg a megfelelő kreditjük, és akkor fizethetnek. És ezeket az embereket tényleg sokszerűen éri az, hogy bizonytalan világban élnek. Nekik tényleg az a biztonság kell, hogy az az asztal, ami tegnap ott volt, az ott is legyen. Mert nem látja, ha áttesszük máshova. És ha az egyetemen van egy szabály, vagy van egy dolog, amit ő megtanult, hogy azt így kell csinálni, ha azt másnap átrakják, hogy azt mégsem úgy, akkor neki ez egy hihetetlen bizonytalanságérzés, és elveszve érzi magát.”

(Részlet egy fogyatékossgügyi koordinátorral készült interjúból.)

A fogyatékossgal élő hallgatók esélyegyenlőségének biztosítása kapcsán elkerülhetetlen, hogy a szélesebb társadalmi környezetről is szóljunk. Hiába akadálymentesítenek a felsőoktatási intézmények, hiába végzi munkáját rendkívül hatékonyan a koordinátor, ha az egyetemi és a főiskolai épületek továbbra is megközelíthetetlenek, ha a vonattal és a busszal történő közlekedés több napos előretervezést, magas kiadásokat és személyi segítséget igényel.

Az ilyen irányú problémák megszűnése esetén a felsőoktatási intézmények jelenleg kezdeti stádiumban lévő, sokszor átgondolatlan és a hallgatók igényeivel nem számoló beruházásai is jobban el fogják érni céljukat. Ehhez azonban nem csak a megfelelő forrásokat kell előteremteni. Ehhez a

„fejekben lévő”, – nevezzük így – mentális akadálymentesítésnek kell előbb megteremtődnie. Ha a hallgatók partnerként fogják kezelni a szakmai háttértámogatással rendelkező, megfelelően kiképzett, munkájukért juttatásban részesülő koordinátorokat, ha az egyetemi vezetők forrásokat tudnak előteremteni a megfelelően artikulált – és figyelembe vett – hallgatói igények kielégítésére, az esélyegyenlőség célját már nem lesz nehéz elérni.

A kutatás módszertana

A kutatás kezdeti stádiumában – 2004 decembere és 2005 januárja között – a vizsgált felsőoktatási intézmények kiválasztása történt meg. Ennek során több szegmentáló szempontot is figyelembe vettünk. Egyrészt arra törekedtünk, hogy a kialakított listába az egyes régiók legnagyobb képző intézményei bekerüljenek. Másrészt tekintettel voltunk arra is, hogy az egyetemek mellett főiskolákat is felkeressünk. Az így kiválasztott intézmények fogyatékoságügyi koordinátoraival telefonon vettük fel a kapcsolatot, és kértük fel őket az interjúkon való részvételre.

Ennek a kapcsolatfelvételnek az információszerzésen és az interjú időpontjának egyeztetésén túl abban is szerepe volt, hogy a fogyatékossgal élő hallgatókat a koordinátorok révén próbáltuk elérni. Annak érdekében, hogy objektív képet kapjunk az adott felsőoktatási intézmény helyzetéről, a vizsgálni kívánt csoport problémáiról, emellett fogyatékos személyeket támogató non-profit szervezeteket is felkerestünk. Rajtuk keresztül ugyancsak több, fogyatékossgal élő fiatalot sikerült elérni. Erre annál is inkább szükség volt, mert a reprezentativitási szempontokat nem csak az intézmények vonatkozásában kellett érvényesíteni. Arra törekedtünk, hogy a mozgás-, látás-, halláskárosult és az egyéb fogyatékossgal élő hallgatókkal is interjút tudjunk készíteni.

A strukturált interjúk lebonyolítását megelőzően – a fogyatékos hallgatók esetében 5 db, az intézményvezetők és a koordinátorok esetében 2-2 db – mélyinterjút készítettünk annak érdekében, hogy az így szerzett tapasztalatok segítségével releváns kérdéssort tudjunk kialakítani. A véglegesített interjúvázlattal összesen 40, a felsőoktatási intézményekben jelenleg tanulmányait folytató fogyatékos hallgatót kerestünk fel. A fogyatékoságügyi koordinátorok közül 20 fővel sikerült a kialakított irányelveknek megfelelően lebonyolítani a beszélgetést, a vizsgált intézmények vezetői közül 10 fővel találkoztunk.

A véglegesített, 2005 februárja és áprilisa között kitöltött kérdéssorokkal az alábbi témákra koncentráltunk:

A fogyatékossgal élő hallgatók esetében meg kívántuk ismerni a szakképesítés megszerzéséhez szükséges ismeretek elsajátítása során adódó nehézségeket, a törvényi előírások betartása – vagy be nem tartása – mellett fellépő hallgatói igényeket.

Az intézményvezetők esetében információt nyertünk arról, hogy a vizsgált szervezetek milyen nehézségekkel szembesülnek a jogszabályi követelmények betartása során.

A koordinátorokkal lezajló beszélgetésekkel az esélyegyenlőséget biztosító feltételek megteremtése kapcsán megfogalmazható nehézségeket és feladatokat kívántuk feltárni.

A vizsgálat során a fókuszcsoport módszerét is alkalmaztuk. A koordinátorok, a fogyatékossgal élő hallgatók és lehetőség szerint az egyetemi vezetőkkel valamint a hallgatói érdekképviselő tagjaival lezajló csoportos beszélgetések jó terepet adtak a vizsgált kérdéssel szembeni vélemények és attitűdök megfogalmazásának és feltárásának.

A felhasznált módszerek közül még a résztvevői megfigyelések szerepét kell hangsúlyoznunk. Az együttműködésre vonatkozó felkérést elfogadó – és az adott oktató engedélyét megszerző – interjúalanyokat a 2004/05-ös őszi szemeszter záró vizsgaidőszakban kísértük el írásbeli és szóbeli vizsgáikra. Emellett több, a munkánkat támogató hallgatót végigkísértünk egy átlagos oktatási napon, megfigyelve ezzel az iskolába való eljutás (és bejutás), a kurzusokon való részvétel és az intézményen belüli közlekedés során megjelenő nehézségeket.

FOGYATÉKOSSÁGTUDOMÁNYI TANULMÁNYOK

DISABILITY STUDIES

- I. Fogyatékosságtudományi fogalomtár (Első kiadás)
- II. Támogatott foglalkoztatás. Munkafüzet (Első kiadás)
- III. A fogyatékoság definíciói Európában (Második kiadás)
- IV. Gerard Quinn—Theresia Degener: Human Rights and Disability (the UN context) 2nd Edition
- V. Az intellektuális fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon (Tanulmánykötet) Első kiadás
- VI. A súlyos és halmozott fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon (Tanulmánykötet – első rész) Első kiadás
- VII. A súlyos és halmozott fogyatékosággal élő emberek helyzete Magyarországon (Tanulmánykötet – második rész) Első kiadás
- VIII. A háttérismeretek és a szemléletformálás szövegei (Szociológiai-szociálpolitikai gyűjtemény) Első kiadás
- IX. A fogyatékosággal élő személyek jogai (A legfontosabb nemzetközi egyezmények) Első kiadás
- X. Supported Employment – a Customer Driven Approach. 1st Edition
- XI. A foglalkozási rehabilitáció Magyarországon: a szabályozás múltja, jelene, jövője (Első kiadás)
- XII. Állami támogatások és célszervezetek: az ezredforduló rendszerének tanulságai (Első kiadás)
- XIII. A Motiváció Alapítvány módszertani kézikönyve
- XIV. A támogatott foglalkoztatási szolgálat (Gyakorlati ismeretek tára)
- XV. ENSZ: A kirekesztéstől az egyenlőségig (Kézikönyv parlamenti képviselők számára) Első kiadás
- XVI. Fogyatékoság és munkaerőpiac (Tanulmánygyűjtemény) Első kiadás
- XVII. Disability: Good Practices (Hungary) 1st Edition
- XVIII. Fogyatékos és megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci esélyeinek növelése (Kézikönyv)
- XIX. A magyarországi foglalkoztatáspolitikai az Európai Unió kontextusában
- XX. A funkcióképesség és a fogyatékoság nemzetközi osztályozása

Sorozatunk minden olyan kötete megtalálható az interneten, amelyre a szerzői jogot meg tudtuk szerezni. Amelyekre nem, azokat kizárólag hallgatóink szűk köre számára tudjuk hozzáférhetővé tenni.