

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2014 – XLII. évfolyam

1

GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata

Alapító-főszerkesztő:	Gordosné dr. Szabó Anna
Főszerkesztő:	Rosta Katalin
Tervezőszerkesztő:	Durmits Ildikó
Szöveggondozás:	PRAE.HU Kft.
Szerkesztőbizottság:	Benczúr Miklósné Csányi Yvonne Farkasné Gönczi Rita Fehérné Kovács Zsuzsa Gereben Ferencné Mohai Katalin Stefanik Krisztina Szekeres Ágota
Digitális szerkesztés:	Pál Dániel Levente (paldaniel@gmail.com)
Digitális megjelenés:	www.gyogypedszemle.hu

A szerkesztőség elérhetősége: gyogypedszemle@gmail.com

Megvásárolható: Krasznár és Társa Könyvkereskedelmi Bt.
1098 Budapest, Dési Huber u. 7.

HU ISSN 0133-1108

2014. január–március

Felelős kiadó:

GEREBEN FERENCNÉ DR. elnök – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (gereben@barczy.elte.hu)

DR. ZÁSZKALICZKY PÉTER dékán – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
1097 Budapest, Ecseri út 3. Tel: 358-5500

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága
1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 303-3440

További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 750,-Ft

Indexszám: 25 359

Megjelenik negyedévenként.

Minden jog fenntartva. A folyóiratban megjelent képeket, ábrákat és szövegeket a kiadó engedélye nélkül tilos közzétenni, reprodukálni, számítástechnikai rendszerben tárolni és továbbadni. A szerkesztőség képeket és kéziratokat nem őrzi meg és nem küld vissza.

Nyomda:

Foreno Nonprofit Kft. • 9400 Sopron, Fraknói u. 22.

Felelős vezető: Földes Tamás ügyvezető igazgató

NEA

nka

Nemzeti Kulturális Alap

A MEGJELENÉST A NEMZETI EGYÜTTMŰKÖDÉSI ALAP ÉS
A NEMZETI KULTURÁLIS ALAP TÁMOGATTA.

Tartalom/Table of Contents

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

<i>Szabó Ákosné</i> : Esélyek és egyenlőtlenségek. Gondolatok a tanulásban akadályozott személyek iskolai és társadalmi integrációjának összefüggéseiről	1
<i>Keszi Roland – Pál Judit – Papp Gergő</i> : Fogyatékosügyi szervezetek együttműködési kapcsolatai Magyarországon – Pillanattfelvétel a nonprofit szektor egyik speciális szegmensének hálózatszerveződési karakterisztikájáról	9
<i>Markó Alexandra</i> : Glottalizáció és diszfónia	23
<i>Csuka Viktória – Nádaszi Zsófia – Kelemen Anna</i> : Cerebrális parézissel élő gyermekek szorongásának és viselkedésének felmérése integrált és speciális iskolai környezetben	37
<i>Ujfalussy Rita Benedikta</i> : A felnövekvő értelmiség sérült emberekhez való viszonya	48

A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

<i>Grósz Judit – Tolnayné Csattos Márta</i> : Adaptált varrógéphasználat látássérült személyek részére	63
<i>Pál-Damjanovics Zsuzsanna</i> : „Logopédiai játékok”-tól a logopédiai játszóházig	74

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

Borbély Sjoukje: A szülők és mi (<i>Pongrácz Kornélia</i>)	76
--	----

FIGYELŐ

Diagnosztikus kézikönyv (<i>Torda Ágnes</i>)	78
„A mi életünk” program (<i>Farkasné Gönczi Rita</i>)	79
Gyógypedagógiai hasznossággal bíró cikkek a Fizioerápia szakfolyóiratban (<i>Benczúr Miklósné</i>)	80
A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2013-ban	81

ORIGINAL PUBLICATIONS

<i>Mrs. Szabó, Ákosné</i> : Chances and Inequalities. Some Thoughts about the Relationships between the Academic and Social Integration of People with General Learning Disabilities	1
<i>Keszi, Roland – Pál, Judit – Papp, Gergő</i> : Cooperative Relations of Disability Organizations in Hungary – Snapshot about the Characteristics of Network Organisation Related to a Special Segment of the Non-profit Sector	9
<i>Markó, Alexandra</i> : Glottalization and dysphonia	23
<i>Csuka, Viktória – Nádaszi, Zsófia – Kelemen, Anna</i> : Anxiety and Conduct Disorders in Integrated and Segregated Environment of Children with Cerebral Palsy	37
<i>Ujfalussy, Rita Benedikta</i> : The Relation of Young Intellectuals to People with Special Needs	48

FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

<i>Grósz, Judit – Mrs. Tolnay Csattos, Márta</i> : Adapted Use of Sewing Machine for Visually Impaired People	63
<i>Pál-Damjanovich, Zsuzsanna</i> : From the Logopaedic Games to the Logopaedic Playhouse	74

BOOKS AND NOVELTY

Borbély, Sjoukje: Our Parents and Us (<i>Pongrácz, Kornélia</i>)	76
--	----

OBSERVER

Handbook of Diagnostics (<i>Torda, Ágnes</i>)	78
The „Our Life” Project (<i>Mrs. Farkas Gönczi, Rita</i>)	79
Publications related to Special Education in the Hungarian Journal of Physiotherapy (<i>Mrs. Benczúr, Miklósné</i>)	80
Editorial and Contributors in 2013	81

E R E D E T I K Ö Z L E M É N Y E K

*Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék*

Esélyek és egyenlőtlenségek Gondolatok a tanulásban akadályozott személyek iskolai és társadalmi integrációjának összefüggéseiről¹

SZABÓ ÁKOSNÉ

timarkati@barczi.elte.hu

Absztrakt

Hazai és külföldi kutatások bizonyítják, hogy az iskolai és a társadalmi integráció folyamatai számos átfedést mutatnak. Jelen tanulmány a tanulásban akadályozott személyek társadalmi integrációjának az intézményes ellátórendszerben történő megvalósulását a gyermekek és fiatalok szociális tapasztalatszerzési lehetőségeivel veti össze.

Kulcsszavak: esély, életkörülmények, szocializáció, integráció, intézményes ellátórendszer

Tanulmányomba csak tartalmi kompromisszumokkal szorítható be a (gyógy)pedagógia egyik legizgalmasabb területe, mondhatnám némi malíciával, küzdőtere, a fogyatékos személyek iskolai és társadalmi integrációjának kérdésköre. Egyedül az iskolai és a társadalmi integráció jelentéstartományának és kapcsolódásainak felvázolása felemésztené a rendelkezésemre álló terjedelmet, ezért írásom a tanulásban akadályozott² felnőtt személyek társadalmi integrációjának az intézményes ellátórendszerben történő megvalósulását a gyermekek és fiatalok családi/gyermekotthoni életkörülményeivel és szocializációjával, elsősorban szociális tapasztalatszerzési feltételeivel szándékozik összevetni. Dolgozatomban az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán 2012-ben zárult, a tanulásban akadályozott személyek iskolai és társadalmi integrációja problémakörét is felölelő kutatás tapasztalataihoz kapcsolódom.³

1 A tanulmány eredetileg a Gordosné dr. Szabó Anna emlékének tiszteletére szerkesztett kötet számára készült.

2 A tanulási akadályozottság egy lehetséges korszerű – és nem utolsósorban egyre elterjedtebb és elfogadottabb – meghatározása szerint „a tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és/vagy genetikus okokra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve a kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart mutatnak” (MESTERHÁZI 1998: 54). Mesterházi szerint a gyermek személyes élettörténetének és az aktuális fejlődési állapot diagnosztikai eszközökkel megállapítható oki tényezőinek tudása mellett az egyén nevelési szükségleteinek megállapítása és az ennek megfelelő nevelés együttesen eredményezheti a tanulásban akadályozott gyermek minél kedvezőbb fejlődését. Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek a tanulásban akadályozottak körébe tartoznak.

3 ZÁSZKALICZKY P. (2013, szerk.): *A társadalmi és iskolai integráció feltételrendszere és korlátai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

Kereki Judit – az értelmi fogyatékos emberek ellátórendszerét vizsgáló – tanulmányából megtudjuk, hogy az intézményes ellátásban részesülők harmadik legnépesebb csoportja, hozzávetőlegesen a hetede enyhén értelmi fogyatékos, esetenként valamilyen társfogyatékosással. Az ellátottak fogyatékoságtípusok szerinti megoszlásából kiderül, hogy az enyhén értelmi fogyatékos felnőttek igen magas arányban (53,8%) élnek rehabilitációs célú lakóotthonokban, illetve rehabilitációs intézményekben (41,3%). „Ezek az arányok nemcsak magasak, de jóval meghaladják a többi intézménytípusban azonosítható enyhe értelmi fogyatékos népesség arányát, miközben ez a népességcsoport jól integrálható lenne a többségi társadalomba.” (KEREKI 2012: 94)

Katona Vanda kutatásának az alaphipotézise az volt, hogy a törvényi szinten az európai esélyegyenlőségi normákhoz igazodó, a társadalmi integráció célkitűzését vállaló intézmények többsége a gyakorlatban zárt világot takar. Korlátolt társadalmi részvétel, szűk kapcsolatrendszer, az intézményben biztosított és a lakók által igénybe vett szolgáltatások, az intézményen belül történő foglalkoztatás, a kapcsolati intimitás megélésének korlátozott lehetősége, gyermekké tevő féltés és túlféltés jellemzi meghatározóan az intézményi életet. A kutatás tapasztalatai szerint az értelmi fogyatékos felnőttek társadalmi integrációjának az eredményessége az egyén kapcsolati tőkéjének a függvénye: van-e a sorsát egyengető „kulcsembert” az életében? A kapcsolati tőke még a finansziális erőforrások korlátozottságát is felülírhatja (KATONA 2012).

Takács István, Szekeres Ágota és Perlusz Andrea tanulmánya – többek között – a Gyermekek Jogairól Szóló Egyezményben a gyermekek gyógypedagógiai ellátását érintő megállapítások megvalósulásával kapcsolatos szülői vélemények feltárására vállalkozik. Számos megvalósultnak minősített vállalat mellett a gyermek állapotához és szülei vagy gondviselői helyzetéhez alkalmazkodó támogatás biztosítását és a társadalom segítőkészségét a személyiség lehetőség szerinti mind teljesebb kibontakoztatására nem látták megfelelőnek a megkérdezettek. A kutatás tapasztalatai szerint a szolgáltatásokhoz való hozzáférést elsősorban az ellátóhely és a lakhely közötti távolság korlátozza, a területi egyenlőtlenségeket viszont az egyenlőtlenségek komplex rendszerében kell, érdemes elemezni (TAKÁCS és mtsai 2012: 86).

A kutatás tapasztalatai alapján felmerült a kérdés: Miért nem nagyobbak az esélyei a legkönnyebben és legsikeresebben integrálható/integrálódó népességcsoportnak a nagyobb életvezetési önállóságot biztosító kis létszámú közösségi ellátási formákba kerülésre? A tanulmányok az iskolai integrált nevelés-oktatás hatékonysága és a fogyatékos felnőttek társadalmi integrációja közötti lehetséges összefüggések széles tárházát mutatják be. Szociológiai és (gyógy)pedagógiai aspektusokban gondolkodom tovább a gyermekkorról, családról, intézményi szocializációról, a (képzelt) időalagút azon állomásairól, amelyek a későbbi „enyhén értelmi fogyatékos ellátottak” társadalmi integrációs esélyeit befolyásolhatják.

Esélyek és egyenlőtlenségek

Az esélyek eloszlásáról biológiai–antropológiai és szociológiai értelemben gondolkodhatunk. Minden ember különböző biológiai, antropológiai tulajdonságokkal születik. A genetikusan és/vagy biológiailag meghatározott adottságok igen eltérő esélyeket jelenthetnek az élet időtartamában és minőségében. Ezek a különbözőségek azonban nem szükségszerűen determinálják az egyenlőtlenségeket. Ha a gyerekek környezetete funkcionálisan és szociálisan alkalmas szükségleteinek a kielégítésére és a vele történő

együttműködésre, a különbözőségek nem veszélyeztetik a környezet és az egyén összhangját.

Szociológiai szempontú esélyegyenlőségről, mivel az esélyek számossága mindig korlátozott, nem is beszélhetünk. Az esély – a legáltalánosabb értelemben – azt jelenti, hogy valaki képes arra, hogy tegyen valamit vagy rendelkezzen valamivel. A lehetőségről birtokolt információk és tapasztalatok mennyisége és minősége, az önismeret és a helyzet ismerete határozzák meg az esélyekért való versenyfutás eredményességét. Az esély aktivitást feltételez. A hátrányos helyzet a közösség életében a másokkal egyenlő szintű részvétel lehetőségének korlátozottságát vagy elvesztését jelenti. Az akadályozott emberek és környezetük szembenállását. Ráirányítja a figyelmet a környezetnek, valamint a társadalom számos szervezett tevékenységének (pl. információk nyújtása és terjesztése, kommunikáció, oktatás) hiányosságaira, amelyek nehezítik vagy megakadályozzák az egyenlő részvételt (ld. az esélyekről: MIHÁLY 1999; NAHALKA 2008).

A társadalom egy vonatkozásban lépett az esélyegyenlőség megteremtése irányába: a jogi szabályozásban, amely az esélyek egyenlőtlenségét csak mint „megvonást” értelmezi. Az 1989-ben kihirdetett Gyermekjogi Egyezmény, a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI törvény⁴, az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról és a 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről egyértelműen rögzítik minden gyermek, tanuló jogát a képességeinek, érdeklődésének és adottságainak megfelelő neveléshez és oktatáshoz, illetve a továbbtanuláshoz. A növekvő gazdasági és kulturális különbségek azonban folyamatosan nehezítik, akadályozzák, illetve lehetetlenné teszik e jogok érvényesülését. Az utóbbi évtizedek elemzése szerint a társadalmi esélyek egyenlőtlensége – a szociális háttértől függő hozzáférés – kialakulásában megnövekedett a kulturális átörökítés hatása és csökkent a gazdasági tőke befolyása. A családok szocioökonómiai jellemzői mellett a szociokulturális háttértényezők azonos hangsúllyal befolyásolják az oktatási javakhoz való hozzájutást. Az oktatási esélyegyenlőtlenség okai változnak, a jelenség azonban fennáll.

A legkülönbözőbb szociológiai vizsgálatok bizonyították és bizonyítják napjainkban is, hogy az iskolai különbségek leképezik a gyerekek családjainak társadalmi (anyagi, érdekvérvényesítési, kulturális stb.) egyenlőtlenségeit (ld. pl. FERGE 1980; LADÁNYI–CSANÁDI 1983; GAZSÓ 1988; BOURDIEU 1996; SZABÓ 1996; NAHALKA 1998; BERÉNYI–BERKOVITS–ERŐSS 2008). Az oktatás – az elmúlt évtizedekben tapasztalt – expanziója és az intézményrendszer demokratizálódása lassan érzékeltette kedvező hatását az iskolázási mutatók alakulásában.

Szegénység és ellátási egyenlőtlenségek

Az utóbbi évtizedek gazdasági és társadalmi környezete nem kedvezett a hátrányok leküzdésének, a magyar gazdaságot érzékenyen érintő gazdasági válság pedig tovább növelte a leszakadók körét, és tette reménytelenné – elsősorban – a mélyszegénységben élők kitörési lehetőségeit. A szociális ellátórendszerre irányuló restriktív politika következtében a szociális, a regionális és a települési egyenlőtlenségek jelentősen

⁴ Az 1997-es évi gyermekvédelmi törvény kiemelten kezeli a családjukból kiemelt, illetve a családjukat elvesztett gyermekek ügyét, akik esetében az államnak többet és mást kell vállalnia, mint a családban élő gyermekekénél: számukra nemcsak segítséget kell nyújtania, hanem garantálja a megfelelő életkörülmények biztosítását és segíti az önálló élet megkezdését is.

növekedtek, emelkedett a nehéz helyzetű családok száma és erőteljesen nehezedett a roma népesség helyzete.⁵

A szegénység újratermelődésében szerepet játszó két legfontosabb tényező a családi erőforrások szűkössége és az iskola esélyteremtő, kiegyenlítő funkcióinak hiánya. A társadalom perifériájára szorult, több generáción át mélyszegénységben élő családok nem rendelkeznek hatékony életvezetési, kríziskezelő vagy (ön)érdekérvényesítő képességgel, nincsenek eszközeik, stratégiájuk arra, hogy korlátozott lehetőségeiken belül saját kezükbe vegyék sorsuk irányítását. Ezekben a családokban a szülők többségének alacsony iskolázottsága nemcsak a munkahelyektől, hanem a továbbtanulástól is elzárja őket, és gyakran azoktól a szolgáltatásoktól is (orvos, családsegítő, lakhatás), amelyek a munkavégző képességük, egészségük megőrzését segítené. Az ellátások elérését a lakóhely és a szolgáltatást működtető település távolsága, valamint a pénzhiány mellett a szegényekkel, és ezen belül különösen a romákkal szembeni diszkrimináció is korlátozza. A hazai társadalompolitika eddig nem tudta érdemben elősegíteni a tartósan munkanélküliek visszailleszkedését a munkaerőpiacra, és nem tudta megakadályozni a szegénység nemzedékek közötti továbbörökítését (MEDGYESI–SCHARLE 2012; BARTHA 2011).

Minthogy a család csak annyi tudást és tapasztalatot tud átadni a gyerekeknek, amennyije (és amilyenje) van, a szülői erőforrások hiánya szűkíti a gyerekek esélyeit arra, hogy képességeiket időben, sokféle irányba fejlesszék. Az anyagilag deprivált, különösen a mélyszegény roma családok gyermekei játékok hiányában nem tanulnak meg játszani, nincsen is, aki megtanítsa őket. A játék nemcsak a képességfejlődés, hanem a közösségi integráció egyik fontos eszköze is.

A bölcsődékhez, óvodákhoz való hozzáférés az egyes régiókra jellemző területi egyenlőtlenségeket mutatja. A 2006–2009 közötti időszakban folyamatosan növekedett azoknak a településeknek a száma, ahol bölcsődét vagy óvodát zártak be. A települések nagyságát tekintve a napközbeni ellátást biztosító szolgáltatási lefedettség az 1000 fő alatti kistépüléseken a legrosszabb, és minden 5000 fő feletti településen elérhető.⁶ A 2009/2010-es tanévben az egy csoportra jutó óvodai gyerekszám országos átlaga 22,8 fő volt. Az országos átlagnál nagyobb gyereklétszámmal három régióban – Közép-Magyarország (23,1), Észak-Magyarország (23,1), Észak-Alföld (23,7) – működtek csoportok. Ha a három régió adatait megyénkénti bontásban vizsgáljuk, az észak-alföldi régió belül is kiugró eredményt mutat Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, ahol ez a mutató 24,5.

5 A KSH adatai szerint Magyarországon a 20–59 éves népesség mintegy ötöde, azaz 1 millió fő tartósan nem dolgozik és az aktív korú népesség közel 3%-a él mélyszegénységben (MEDGYESI–SCHARLE 2012). Szintén KSH adatok szerint 2008 végén a gyermekes háztartásokban élők egy főre jutó éves nettó jövedelme az átlagjövedelem 73%-át tette ki. A gyermekek 35%-a, mintegy 563 ezer élt a szegénységi küszöb alatt, az egyszülős háztartásban élő 0–15 évesek több mint 45%-a mindössze havi 39 ezer forint egy főre jutó nettó jövedelemből gazdálkodhatott. Az alsó jövedelmi tizedben az egy főre jutó nettó havi jövedelem nem érte el még a segélyezési küszöböt sem (ebbe a kategóriába tartozott az összes 16 éven aluli gyermek 23%-a). Az átlagosnál magasabb szegénységi kockázat jellemzi az egyszülős, továbbá a sokgyermekes háztartásokat.

A gyermekek (és a gyermekes családok) már 2008 előtt is a magasabb *szegénységi kockázat*ot mutató csoportok között voltak. 2007-ben a kétgyermekes családok aránya a szegények között még 21,7% volt, ez 2009-re 26,6%-ra nőtt. (A teljes népességben a kétgyermekes családok súlya 16,6%, illetve 16,9% volt.) Nőtt a kettőnél több gyereket nevelő családok szegénységi kockázata is: arányuk a szegények között 16,3%-ról 18,4%-ra nőtt (miközben a teljes népességben 10,1%-ról 8,8%-ra csökkent) (BARTHA 2011).

6 Forrás: *Gyerekesélyek Magyarországon – „Legyen jobb a gyermekeknek!”*. A Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2010. évi jelentése.

Magas csoportlétszámmal működő óvodai csoportok az óvodák vonzáskörzetének eltérő demográfiai és foglalkoztatottsági mutatói szerint mindenhol működhetnek. Ezek koncentrációja, előfordulási gyakorisága viszont már a szolgáltatás területi minőségi mutatója. A 25 fősnél nagyobb óvodai csoportok arányát a településnagyság figyelembevételével és régióként vizsgálva megállapítható, hogy a legrosszabb helyzetben az észak-magyarországi és észak-alföldi régió van, illetve a 3000–25000 főt számláló települések.

Ugyanilyen kedvezőtlen területi megoszlás figyelhető meg az egy pedagógusra jutó gyerekszám alakulásánál. Míg az országos átlag 10,9, addig a nagy csoportlétszámokat mutató régiókban e fölött van, ebből a sorból is kiugró Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, ahol 12,3 gyerek jut egyetlen pedagógusra. Miközben ebben a két régióban a legsúlyfoltabbak az óvodák és a leleterheltebbek a pedagógusok, itt a legmagasabb a veszélyeztetett óvodások aránya, megközelíti az 50%-ot.⁷

Magyarországon 2010. december 31-én ezer kiskorúból 108-at tartottak veszélyeztettként nyilván a települési önkormányzatok jegyzői. Ezek a gyermekek saját családjukban élnek, ám fejlődésüket környezeti, magatartásbeli, anyagi vagy egészségi okok nehezítik, akadályozzák.⁸

A rosszul indulók iskolai hátrányai a közoktatásban eltöltött évek alatt a többségükönél nőnek. Ebben a folyamatban meghatározó szerepe van az iskolai szegregációnak: a szegény gyerekek egy része, a roma gyerekek többsége elkülönített, gyakran rosszabb feltételekkel működő és kevesebbet nyújtó, nemritkán etnikai és szociális gettónak nevezhető iskolákba, tagiskolákba, osztályokba kényszerül. A cigány gyermekek összes gyerekhez viszonyított aránya folyamatosan emelkedik, miközben társadalmi helyzetük folyamatosan romlik. Későn indultak és máig erőtlenekek, illetve forráshiányosak azok a kísérletek, amelyek a szegregációt akarják csökkenteni, illetve a szükséges források töredéke sem áll rendelkezésre ahhoz, hogy a roma gyerekek iskolai integrációja és felzárkózása sikeres legyen. A PISA vizsgálatok bizonyították, hogy a magyar iskolák közötti, a szülők társadalmi helyzete alapján kialakuló differenciáltság az egyik legmarkánsabb az OECD országok között, és ez igen kedvezőtlenül hat a gyerekek képességeinek fejlődésére, teljesítményére, és a továbbtanulási arányokban is megjelelik.⁹

Oktatási méltányosság

Az esélyek megtermelése az oktatási szolgáltatások minőségének középpontba állításával és újradefiniálásával történhet. Ezt mutatja a fejlett országok – az utóbbi negyedszázadban tapasztalható – az alapkészségek fejlesztését nagyobb hangsúllyal és eredményességgel kezelő alternatív pedagógiák irányába fordulása, illetve hogy a minőség egyik legfontosabb kritériumává az a szempont vált, hogy a pedagógiai célok a tanulók nyelvi, etnikai, kulturális és szociális háttérétől függetlenül is megvalósíthatók legyenek. Lassan összemosódtak a szociális háttértől független egyenlő hozzáférés, az esélyegyenlőség, a hátrányos helyzetű csoportokkal szemben alkalmazott kompenzációs eszközök határai, és újrafogalmazódtak egy alapvetően komplex minőségi megközelítésben,

7 Oktatás-statisztikai évkönyv 2009/2010

8 Gyermekvédelmi jelzőrendszer, 2010 (*Statisztikai Tükör*, 2011/42., KSH)

9 „Legyen jobb a gyerekeknek!” – Nemzeti Stratégia 2007–2032

az oktatási méltányosság fogalmában. Az oktatási méltányosság, ahogyan az OECD egyik albizottsága által készített jelentésben olvashatjuk, pedagógiai és szociális megközelítésben értelmezi az egyén részvételének összetevőit: „Az oktatási méltányosság egy olyan oktatási környezetre vonatkozik, amelyben az egyéneknek módjukban áll, hogy képességeik és tehetségük alapján fontoljanak meg választási lehetőségeket és hozzanak döntéseket, s ebben ne sztereotípiák, egyoldalú elvárások és diszkrimináció befolyásolják őket. Az oktatási méltányosság megvalósítása bármilyen etnikai háttérrel rendelkező fiú és lány számára lehetővé teszi, hogy fejlessze készségeit, melyek lehetővé teszik számára, hogy produktív, cselekvőképes polgárrá váljon. Ez az oktatási környezet nemre, etnikai hovatartozásra és szociális státusra való tekintet nélkül gazdasági és társadalmi lehetőségeket nyit meg.” (*Education and Equity in OECD Countries 1997*)

Gazdasági és társadalmi lehetőségek

A közoktatási/köznevelési törvények a méltányos oktatási környezet kialakítását a személyi és a tárgyi feltételek oldaláról közelítik meg. Ezeknek a feltételeknek a megvalósulása időigényes és nem független a többi alrendszer működésétől. A törvényekben foglaltak megvalósulásának nélkülözhetetlen feltételei az irányítás, a pedagógiai praxis és a munka világának szintjein dolgozó szakemberek szemléleti, felkészültségbeli és elkötelezettségbeli kondícióiban is megragadható. Ezekben a vertikális és horizontális együttműködésekben valósulhat meg a gyerekek sokféle, a településméretéhez, az etnikai, nemzetiségi helyzethez vagy a fogyatékosághoz kapcsoltakon is túlmutató hátrányainak, egyenlőtlenségeinek a kezelése (NAHALKA 1998).

Gyógypedagógiai tevékenységek¹⁰

Ma már többen tanulnak Magyarországon integráló iskolai környezetben, mint szegregáltban. Az integráló nevelésre vállalkozó iskolákban lassan meghonosodik az egyéni tanulási utak gondozásának kultúrája. A méltányos oktatási környezet megteremtése, a gazdasági és társadalmi lehetőségek megnyitása minden gyermek és fiatal számára a pedagógiai, gyógypedagógiai és szociális megsegítések többszintű rendszerében értelmezhető (SZABÓ 2009).

Az enyhén értelmi fogyatékos felnőttek felülreprezentáltsága a rehabilitációs lakóotthonokban minden bizonnyal a segítő kulcsember hiányával is magyarázható. A segítő kulcsember a szülő, aki nagy eséllyel nem rendelkezik a támogató kíséréshez szükséges kompetenciákkal. A nevelőotthonból, fogyatékos gyerek esetén a diákotthonból, ma a gyermekotthonból kikerülő fiatal vajon egy olyan intézményes ellátórendszerből érkezik, amelyben a társadalmi integrációt támogató szociális kompetenciák fejlesztésére figyelmet fordítottak? Vajon a gyermekvédelem az otthont nyújtó ellátás során kialakította-e az önismereten alapuló önrendelkezés szükségletét, táplálta-e annak motívumait, fejlesztette-e képességeit és készségeit a mindennapok gyakorlatában? Az iskolában,

¹⁰ Gordosné dr. Szabó Anna a Medicina Könyvkiadó gondozásában 2004-ben megjelent *Gyógyító pedagógia* című kötete bevezetőjében jelzi, hogy a könyv a gyógypedagógiai tevékenységekről szól. A gyógypedagógiai tevékenységet pedig a sérült, fogyatékos, akadályozott személyek speciális nevelési szükségleteihez illeszkedő, szakszerűen tervezett, személyiségalakító, komplex – nevelési, oktatási, fejlesztési, terápiás és rehabilitációs résztevékenységekből építkező – hatásrendszerként értelmezi (GORDOSNÉ 2004).

a családban, a gyermekotthonban/lakásotthonban formálódhatnak azok az igények, fejlődhetnek azok a képességek, amelyek az egyén számára a lehető legönálóbb életvezetést alapozzák meg (SZABÓ 1996). „Az alapszükségleteket nem a kognitív teljesítmények határozzák meg, vagyis azok nem az illető ember gondolkodási képességeinek vagy praktikus kompetenciájának függvényei. Következésképpen a szükségletek kielégítését nem lehet a képességek és a kompetenciák szintjéhez kötni, éppen ellenkezőleg: minél több szükségletét elégítjük ki valakinek, annál több lehetősége adódik arra, hogy kompetenciáit – megfelelő tanulási folyamatokon keresztül – kialakítsa vagy továbbfejlessze. [...] A lakhatás kapcsán nem beszélhetünk arról, hogy az értelmi fogyatékos emberek ezirányú szükségletei csoportspecifikusak lennének.” (SCHWARTE–OBERSTE–UFER 1999: 45–46)

A szülők igényei

A Takács–Szekeres–Perlusz-tanulmány összegzésében a szülői megnyilatkozások alapján számos gyógypedagógiai tevékenység – elsősorban szükséglet és igény formájában – fogalmazódik meg: az akadályozottság kialakulásának megelőzése, a prevenció, a szülők azonnali és korrekt tájékoztatása az egészségügyben, a korai ellátás, megsegítés, fejlesztés rendszerének megerősítése, az óvoda-iskola átmenet támogatása, a pedagógiai, gyógypedagógiai, szociálpedagógiai, szociálpolitikai, orvosi, valamint pszichológusi feladatok és tevékenységek rendszerszintű összekapcsolása és az információáramlás javítása. Az alacsony iskolai végzettségű családok fogyatékos gyermekei számára is – ahogyan az 2012 óta érvényes a jelzett csoporthoz tartozó többségi gyermekekre – indokoltnak látják a kiemelt támogatás rendeletbe foglalását (TAKÁCS és mtsai 2012: 286–288). Az oktatási esélyegyenlőséget szolgáló többlettámogatás a szociális képességek fejlődéséhez is hozzájárulhat. A képesség tanult pszichikus rendszer, fejlődése a gyermeket, fiatalot körülvevő jelenségeken – tárgyakon és információkon – történik (NAGY 1994). Az életkörülmények javulása nemcsak a családok jobb anyagi boldogulását jelenti, hanem a családok kedélyállapotára is kedvező hatású. A családok érdekérvényesítő képességének erősödése az iskolai életbe, a gyerekekkel kapcsolatos döntésekbe töтенő fokozottabb bevonástól, és a gyermekek, pedagógusok, szülők gyarapodó szimmetrikus – és nem hierarchikus – együttműködéseitől remélhető. Így teremthető mintá, modell a saját élet „kézbevétele” a gyermek, fiatal és a felnőtt tanulásban akadályozott személy javára.

Irodalom

- BARTHA A.–MÉSZÁROS J. (2011): *A válság hatása az esélyegyenlőség és a társadalmi kirekesztés szempontjából*. Magyar Tudományos Akadémia Politikatudományi Intézete, Budapest. 103–143.
- BERÉNYI E.–BERKOVITS B.–ERŐSS G. (2008): *Iskolarend. Kiváltság és különbségtétel a közoktatásban*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- BOURDIEU, P. (1996): Vagyoni struktúrák és reprodukciós stratégiák. In MELEG Cs. (szerk.): *Iskola és társadalom (Szöveggyűjtemény)*. JPTE, Pécs. 81–99.
- FERGE Zs. (1980): A társadalmi struktúra és az iskolarendszer közötti néhány összefüggés. In FERGE Zs. (szerk.): *Társadalompolitikai tanulmányok*. Társadalomtudományi Könyvtár, Gondolat Kiadó, Budapest. 97–136.
- GAZSÓ F. (1988): *Megújuló egyenlőtlenségek*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.

- GORDOSNÉ SZ. A. (2004): Bevezetés. A hagyományait megőrizve megújult magyar gyógypedagógiai tevékenység. In GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 11–18.
- KATONA V. (2013) „...mindent megkapunk, csak mondom, a szabadság hiánya ...” – *Felnőtt értelmi fogyatékos személyek életútjainak feltérképezése*. In ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *A társadalmi és iskolai integráció feltételrendszere és korlátai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 117–178.
- KEREKI J. (2013): *Intézményi jellemzők az értelmi fogyatékos emberek ellátórendszerében*. In ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *A társadalmi és iskolai integráció feltételrendszere és korlátai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 57–116.
- LADÁNYI J.–CSANÁDI G. (1983): *Szelekció az általános iskolában*. Gyorsuló idő sorozat, Magvető Kiadó, Budapest.
- MEGYESI M.–SCHARLE Á. (2012): *Felemelkedés közös erővel: A tartós mélyszegénység csökkentése célhoz kötött támogatások révén. Kutatási zárójelentés*. Budapest Intézet – Tárki.
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *A nebezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- MIHÁLY O. (1999): Esélyegyenlőség és differenciálás. *Új Pedagógiai Szemle*, 1, 11–19.
- NAGY J. (1994, szerk.): Fejlesztési követelmények. *Iskolakultúra*, 1–2, 2–99.
- NAHALKA I. (1998): A magyar iskolarendszer átalakulása befejeződött. *Új Pedagógiai Szemle*, 5, 3–19.
- SCHWARTE, N. T.–OBERSTE-UFER, R. (1999): *LEWO. Életminőség a felnőtt korú értelmi fogyatékosok lakóformáiban. Segédeszköz a minőségfejlesztéshez*. BGGYTF, Budapest. 45–46.
- SZABÓ Á.-NÉ (1996): *Szegénység és iskola. Kor- és körkép a tanulásban akadályozott népesség iskoláztatásáról*. Trezor Kiadó, Budapest.
- SZABÓ Á.-NÉ (2009): *A gyógypedagógiai segítség mint többszintű beavatkozás*. In PETRÓCZI E. (szerk.): *Mentális és pszichés problémák XXI. századi megoldásmódjai*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Szeged. 75–92.
- TAKÁCS I.–SZEKERES Á.–PERLUSZ A. (2012): „...tehát ez egy ilyen rózsaszín felhő...” – Szülők véleménye gyermekük gyógypedagógiai ellátásáról. In ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *A társadalmi és iskolai integráció feltételrendszere és korlátai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 263–289.

Education and Equity in OECD Countries 1997. Organisation for Economic Co-operation and Development, 1997. (131)

Gyerekesélyek Magyarországon – „Legyen jobb a gyermekeknek!”. Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2010. évi jelentése. Online: www.matud.iif.hu/2013/07/04.htm

„Legyen jobb a gyerekeknek!” Nemzeti Stratégia 2007–2032.

Online: <http://www.magyarorszag.hu/hirkozpont/hatteranyagok/gyerekeknek>

1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kibírdetéséről. Online: net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99100064.TV

1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról. Online: net.jogtar.hu/kozokt-tv

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI törvény. Online: net.jogtar.hu/gyvt

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről.

Online: net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar; Foglalkozási Rehabilitációs Kutatócsoport (1)
MTA TK „Lendület” RECENS Kutatócsoport / Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia Doktori Iskola (2)
Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia Doktori Iskola (3)

Fogyatékosügyi szervezetek együttműködési kapcsolatai Magyarországon – Pillanatfelvétel a nonprofit szektor egyik speciális szegmensének hálózatszerveződési karakterisztikájáról¹

KESZI ROLAND (1), PÁL JUDIT (2), PAPP GERGŐ (3)

keszir@socio.mta.hu, pal.judit@tk.mta.hu, gergo.papp@uni-corvinus.hu

Absztrakt

Tanulmányunkban a magyarországi fogyatékosügyi szervezetek együttműködési hálózatát survey és hálózatkutató módszerek segítségével térképeztük fel. A kutatásban arra kerestünk válaszokat, hogy a fogyatékos személyeket támogató szervezetek (1) milyen típusú más szervezetekkel állnak kapcsolatban, (2) mi befolyásolja a partnerszervezetek kiválasztását, (3) milyen területeken, (4) milyen intenzitással, illetve (5) milyen formában működnek együtt. Az eredmények alapján a megkérdezett szervezetek az egymás közötti együttműködési kapcsolatokat előnyösnek ítélik meg. A konkrét kapcsolati hálózatok elemzésekor azt találtuk, hogy a nagyobb, országos szervezeteknek domináns jelentőségük van a pályázatok, projektek megvalósításában és lebonyolításában. Ezen a koncentrátságon a szervezetek között hiányzó kapcsolatok kiépítése, valamint a fogyatékos személyek közös támogatásának felismerése tud változtatni.

Kulcsszavak: fogyatékossgal élő személyek, fogyatékosügyi szervezetek, együttműködés, kapcsolatháló-elemzés, fogyatékossgtudomány

Bevezetés, kutatási kérdések

Becslések alapján 561 ezer fogyatékossgal élő személy él Magyarországon, ami a népesség 5,6 százalékát jelenti.² Demográfiai előrejelzések szerint a fogyatékossgal élő

- 1 A „fogyatékossgal élő személy”, a „fogyatékos ember”, a „fogyatékkal élő személy”, a „rokkant ember”, „sérült személy” kifejezések a magyar fogyatékossgtudományi szóhasználatban, szakpolitikai elemzésekben, médiumokban és elsősorban a magyar köznyelvben ugyanazt jelölik, gyakran nyelvileg helytelen módon. Egy ide tartozó további – a munka világához kapcsolódó – példa nyelvi sokszínűségünkől adódó problémákhoz, hogy Magyarországon az 1980-as évekig bevett „csökkent munkaképességű dolgozó” kifejezés helyébe napjainkra a „megváltozott munkaképességű munkavállaló” fogalma lépett. A „fogyatékossgügyi szervezet” kifejezés kapcsán hasonló problémákba ütközhet az elővigyázatlan empirikus kutató: Ha „létezik” „siket-kultúra”, egy hallássérült, kisebbségi alpopulációra vonatkoztatva – márpedig ez a kifejezés közismert és elterjedt – akkor létezhet a „fogyatékos-szervezet” kifejezés is a szervezetek egy konkrét alcsoportjára nézve, noha utóbbi kifejezés kissé sérti nyelvérzékünket. Jelen tanulmány keretei között nem kívánunk ehhez a vitához hozzájárulni, hanem – a nyelvi, fogalomhasználati kérdések fontosságának belátása mellett – a kutatási tervünkben meghatározott módon konceptualizált szervezeti alapsokaságot tekintjük tanulmányunk vizsgálati tárgyának, ezek pedig a fogyatékossgal élő személyeket támogató szervezetek.
- 2 A fogyatékossgal élő populáció számának meghatározása kizárólag becslési eljárásokkal lehetséges, ezen eljárások alapjainak egyikét a népszámlálási adatok jelentik. Kutatásunk adatfelvételének lezárási

emberek aránya a következő évtizedben növekedni fog, így 2021-re 8%-osra változik (HABLICSEK–RICHTER 2004: 53). A növekedéssel együtt járó terhek kizárólag állami eszközökkel nem kezelhetők, a civil szféra jelentősége, azon belül a tanulmányunk tárgyát képező szervezeti szegmens, a fogyatékosügyi szervezetek szerepe egyre kiemeltebbé fog válni Magyarországon a fogyatékosággal élő emberek és hozzátartozóik életminőségének javításában. Ebből adódóan kiemelt fontosságú a fogyatékos személyeket támogató szervezetek együttműködési karakterisztikájának megértése.

A fogyatékosügyi szervezetek együttműködési lehetőségeinek pontosabb feltérképezése, és ezáltal az európai uniós forrásokhoz való hozzáférési esélyek növelése hozzájárulhat a különféle fogyatékosági ágakhoz tartozó emberek helyzetének javításához, különös tekintettel arra, hogy a támogatási forrásokhoz való hozzáférésben kiemelt előnyt élveznek a különféle kooperációkban működő, klaszterekbe szerveződő tenderek.

A fentiekkel párhuzamosan tanulmányunk általános, tudományos célja a Magyarországon működő fogyatékos személyek érdekvédelmével, segítségével, támogatásával foglalkozó szervezetek, intézmények hálózatának szervezetszociológiai megközelítésű vizsgálata. Kutatásunk során elsősorban arra keressük a választ, hogy milyen együttműködési keretek, közös innovációs és fejlesztési célok jellemzik a magyarországi fogyatékosügyi szervezeteket, milyen módon valósul meg a szervezetközi kommunikáció, milyen eszközök állnak a szervezetek rendelkezésére egymás eléréséhez, mozgósításához, a közös cselekvés megvalósításához.

A téma relevanciáját egyrészt az adja, hogy Magyarországon még nem történt ilyen jellegű kutatás, a fogyatékosügyi szervezetek közötti viszonyok eddig feltáratlanok. Másrészt a hálózatkutatás mind módszertani szempontból, mind pedig a társadalmi jelenségek az érintett szereplők – jelen esetben a fogyatékosügyi szervezetek – közötti kapcsolatokon keresztül történő megközelítési módja egyre népszerűbbé és fontosabbá vált az elmúlt évtizedben a nemzetközi és a magyar szociológiában egyaránt (BARTAL és mtsai 2005; BARTAL 2006).

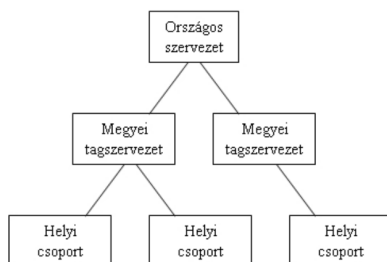
A kutatás módszertana

Vizsgálati populációnkba az összes Magyarországon működő, fogyatékos személyeket támogató szervezet beletartozik.³ A mintavétel során problémát okozott, hogy meglévő, korábbi adatbázisainkhoz képest sok szervezeti változás (szervezetek megszűnése, összeolvadása stb.) történt a kutatás tervezési szakaszáig. E tény, valamint a magyar fogyatékosügyi szervezetek teljes körű listájának hiánya miatt tanulmányunkban egy 500 elemű, nem valószínűségi mintavételi eljárással, ún. szakértői mintavétel technikájával nyert mintán, survey módszerrel és kapcsolatháló-elemzéssel vizsgáltuk a fogyaté-

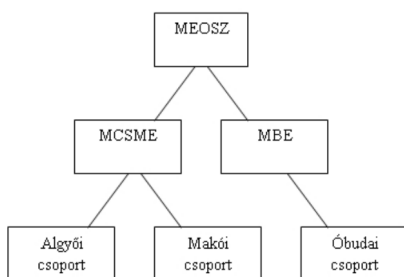
időpontjában a 14. lezárt népszámlálás adatait tekinthettük a szóban forgó becslésre alapot adó, rögzített kiindulásnak. Azóta a 15. (2011. évi) népszámlálás adatainak feldolgozása is a végéhez közeledik, melyeket a Központi Statisztikai Hivatal több hullámban tesz közzé, a közzétételi terv alapján, 2013 decemberéig. 2011-es népszámlálás adatai alapján 561,247 fogyatékosággal élő személy él Magyarországon, ami a lakosság teljes létszámához viszonyítva nem tekinthető jelentős változásnak a 2001-es adatokhoz képest.

3 A kutatás alapsokaságával kapcsolatban fontos irányszám, hogy a magyarországi nonprofit szervezetek közül – a KSH-tól kapott nem teljes körű adatszolgáltatás szerint – több mint 1200 szervezet vesz részt a fogyatékos személyek szociális ellátásában és támogatásában, amelyből mintegy 700 szervezet részesült 2007–2009 között nem normatív költségvetési támogatásban (ÁSZ 2010: 10).

kos személyeket támogató, elsősorban civil szervezetek együttműködési kapcsolatait más szervezetekkel.⁴ Az internetes adatfelvétel 2011. február és március között zajlott, összesen 218 kérdőívet sikerült összegyűjtenünk (vagyis a válaszadási arány igen magas, 43%-os volt). A szervezetek azonosítása során több nehézséggel szembesültünk. Egyrészt vannak olyan szervezetek, amelyek egy országos ernyőszervezet tagintézményei, és bizonyos esetekben ezeknek is vannak alszervezetei. Ezek a szervezetek legfőképpen a nagy fogyatékosági ágak országos szövetségei köré csoportosulnak, és regionális és/vagy megyei tagszervezetekkel, sőt ezek esetenként helyi települési (a fővárosban kerületi) csoportokkal is rendelkeznek (például: MEOSZ, MVGYOSZ, SINOSZ, ÉFOÉSZ⁵). Az ilyen intézmények egy országos szervezet részeként, ugyanakkor saját néven és döntési körrel működnek, például önálló egyesületi formában. Az országos ernyőszervezetek, illetve a MEOSZ általános felépítését mutatja be az 1/a és az 1/b ábra.



1./a ábra. Országos ernyőszervezetek felépítése



1/b ábra. A MEOSZ felépítése

Emellett a fogyatékos szervezetek hálójának feltérképezését bonyolítja, hogy egyes intézmények szociális ellátó intézményként is működnek, amelyet saját alapítványuk

4 Nyilvánvaló, hogy önmagában véve módszertani nehézséget okoz az ún. fogyatékosügyi szervezetek leválogatása, hiszen egyfelől a legtöbb szervezetalapító okiratában többféle tevékenység-típus jelenik meg, másfelől nem biztos, hogy az alapító okiratban különféle fogyatékosügyi tevékenységet nem szerepeltető szervezetek nem végeznek ilyen jellegű tevékenységet is.

5 A rövidítések a következők: MEOSZ = Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége; MVGYOSZ = Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége; SINOSZ = Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége; ÉFOÉSZ = Értelmi Fogyatékosággal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége.

6 Az ábrán természetesen csak néhány tagszervezet szerepel a több száz MEOSZ-tagszervezetből. A rövidítések a következők: MCSME = Mozgáskorlátozottak Csongrád Megyei Egyesülete; MBE = Mozgáskorlátozottak Budapesti Egyesülete.

működtet, sok esetben állami segítséggel is, így előfordult, hogy adatbázisunkban egy adott lakóotthon, rehabilitációs intézmény és annak alapítványa is szerepel.

Az adattisztítás után adatbázisunkban összesen 606 szervezet került, amelyből – mint már említettük – 218 volt jelölő szervezet.⁷ A válaszadók által jelölt szervezetek közül 354 szervezet egyértelműen azonosítható volt, 17 olyan szervezet volt, amelyek esetében nem volt egyértelműen eldönthető, hogy pontosan melyik szervezetre gondolhatott a jelölő, míg 17-et egyáltalán nem sikerült azonosítani. Összességében tehát viszonylag alacsony válaszhíány-aránnyal dolgozhattunk.

Kutatási eredmények

Szervezeti alapjellemezők, a tevékenység elterjedtsége és ismertségi szintje

A mintába kerülő fogyatékos szervezetek átlagosan 16,2 éves működési múltra tekintenek vissza, vagyis érett szervezeti működéssel rendelkező intézményekről van szó, ami a hálózati működés szempontjából kiemelt jelentőségű, hiszen az együttműködési hálózatok kialakulásához időre van szükség.

A vizsgált szervezeti sokaság elsöprő többsége alapítványként, illetve egyesületként működik (84%). A fennmaradó intézmények jogi besorolásából is látszik, hogy a civil szféra tipikus, a társasági törvény által meghatározott szerveződési formái találhatók meg a fogyatékosügyi szervezetek között, valamint a szervezetek alapítói körének vizsgálata is jelzi, hogy a civil kezdeményezések erős túlsúlya jellemzi a vizsgált szervezeteket (85%-a magánszemélyektől ered), állami, önkormányzati, illetve piaci szereplők csak kis súllyal jelennek meg a fogyatékos szervezetek alapítói között.

A területi működés a szervezetek tevékenységének helyszínei tekintetében meglehetősen heterogén regionális tagoltságot mutat, vagyis a fogyatékosügyi szervezetek működése a teljes országot lefedi, többé-kevésbé jól követve a fogyatékos populáció számarányának földrajzi alakulását.

A szervezetek ismertsége – a válaszadók megítélésén alapuló adatok alapján – is országos lefedettséget mutat. A szervezetek 40%-a országos ismertséget jelez, további 6% saját megítélése alapján nemzetközileg is ismert. Az egyetlen intézményre vagy településre koncentrálódó ismertség viszonylag alacsonynak mondható, ami a szervezetek hálózati potenciálját tekintve pozitívum.

Településtípus szerint vizsgálva a szervezetek működését – nem meglepő módon – nagyvárosi koncentrációt fedezhetünk fel, a kisebb települések gyakorlatilag lefedetlenek. A civil szervezeti működés jellemzően urbánus formát ölt, így a kisebb településeken élő fogyatékos emberek kiesnek a szervezetek működéséből adódó előnyökből, ami nyilvánvaló módon az említett részpopuláció eleve kedvezőtlenebb helyzetének (közlekedés, infrastruktúra, munkalehetőség) elmélyítéséhez járul hozzá.

A mintába került szervezetek az összes fogyatékosági ágat lefedik. A legkisebb szervezetek célirányosan működnek, célcsoportjukba csupán néhány kliens tartozik,

⁷ Jelölő szervezet alatt a kérdőívet kitöltő szervezeteket értjük, míg jelölteken azokat a szervezeteket, amiket a válaszokban megneveztek. A névgenerálás módszer úgynevezett aszimmetrikus hálókat eredményez, ami azt jelenti, hogy csak egyik irányból, a jelölő felől tudunk hálózatokat ábrázolni. Ez azt jelenti, hogy nem teljes hálózatokat, hanem ego-hálózatokon alapuló kapcsolathálókat kaptunk.

jelentős számú intézmény viszont több ezer, némelyik szervezet pedig százezres nagyságrendű fogyatékosággal élő ember és családtagja számára nyújt szolgáltatásokat.⁸

A vizsgált szervezetek által kiszolgált fogyatékos célcsoportok sokrétűek, legtöbbször nem csupán egyetlen fogyatékosági ágra koncentrálnak, hanem több, egymástól független fogyatékos csoporttal is foglalkoznak.⁹ A szerteágazó klientúra egyik oka nyilvánvalóan az, hogy a funkcióképesség-kiesések a fogyatékos embereknél jellemzően halmozottan jelentkeznek, az esetek többségében nem csupán egyetlen fogyatékos-típus jelenik meg, hanem kapcsolt, esetleg egymástól eredetileg független fogyatékos-típusok is társulnak az orvosiilag elsőként diagnosztizált funkcióképesség-csökkenéshez. Erről a fogyatékoságtudományban közismert jelenségről az adatok szintjén vizsgálatunkban a halmozottan fogyatékos személyek relatíve magas említési gyakorisága is tájékoztat (65 szervezet). A mozgáskorlátozott (77 szervezet) és az intellektuálisan akadályozott (71 szervezet) kliensekkel foglalkozó intézmények magas száma a Magyarországon elérhető, fogyatékos populációra vonatkozó adatok alapján előrejelezhető volt. Sok szervezet klientúrájába értelmezte azonban a halmozottan fogyatékos személyeket is, több más fogyatékosági ággal együtt. Ez talán az első pont, ahol – csupán a szervezetek klientúrájából kiindulva – látható a szervezetek "hálózatérzékenységének" kiemelt jelentősége. Az egyes fogyatékos személyek, illetve családtagjaik egyazon időperiódusban különféle szervezetekkel érintkeznek, így nagy eséllyel a szervezetek magukon a klienseiken keresztül is tudomást szerezhetnek egymásról.

A szervezetek tevékenységi körére, vagyis a nyújtott szolgáltatások jellegére is a sokszínűség jellemző. A szervezetek közül legtöbbször az információnyújtást, tanácsadást említették (166 szervezet). Szintén magas említési gyakorisággal bír a szabadidős tevékenységek, rendezvények szervezése, illetve közösségszervezési tevékenység (158 szervezet). Egy alapjaiban más típusú tevékenység az érdekképviselet, amely a szervezetek nagyobbik részét, csaknem 60%-át érinti (130 szervezet). Kiemelendő a fogyatékos populáció szempontjából negatív jellemző, hogy a vizsgált fogyatékos-szervezeteknek csak kis hányadára, hozzávetőleg negyedére jellemző a fogyatékos személyek számára történő munkaerő-piaci szolgáltatások nyújtása.

A vizsgált minta teljes munkavállalói létszáma 5876 fő, ebből főállású, teljes vagy részmunkaidős foglalkoztatott 3341 fő. A szervezetek átlagos, fizetett főállású állományi létszáma 12,18 fő, a legtöbb szervezet nem alkalmaz fizetett, főállású munkavállalókat, a legnagyobb fizetett, főállású alkalmazotti létszám pedig 260 fő. A fogyatékosügyi szervezetek kevesebb mint fele (43%-a) főállású munkaviszony nélkül működik, további 11%-ának egyetlen alkalmazottja van.

A vizsgált fogyatékosügyi szervezetek létszámgazdálkodásának a főállású, fizetett munkaerő csupán egy részét teszi ki. A szervezetek feladataik elvégzéséhez önkéntes munkaerőt is alkalmaznak, szervezetenként átlagosan 11,6 főt. E magasnak tekinthető átlag alapján feltételezhető, hogy ezzel a munkaerő-gazdálkodási módszerrel a fogyatékosügyi szervezetek részben képesek kompenzálni a forráshiányból eredő finanszírozási hátrányaikat.

8 A vizsgált szervezetek összesen több mint 1,7 millió fogyatékosággal élő személy, illetve családtagja számára kínálnak szolgáltatásokat.

9 A csoportosítást önbesorolás alapján végeztük, minden szervezetnek lehetősége volt arra, hogy több fogyatékoságtípust is megjelöljön. Ebből adódóan előfordult, hogy bizonyos szervezetek több fogyatékoságtípushoz is tartoztak. A kategóriák az alábbiak voltak: mozgáskorlátozott személyek, hallássérült személyek, látássérült személyek, értelmi sérült személyek, autisták, halmozottan fogyatékos személyek, egyéb célcsoport, nincs meghatározható célcsoport.

A finanszírozási források közül a pályázatokat a mintában szereplő szervezetek 83%-a, a személyi jövedelemadó 1%-ából befolyt lakossági támogatásokat a szervezetek 73%-a említette bevételi forrásként. Ez tehát a két legfontosabb bevételi csatorna a fogyatékosügyi szervezetek költségvetésében. A tagdíj-bevételek (48%), illetve a lakossági támogatások SZJA 1%-án felüli része (46%) szintén jelentős bevételi forrásokat jelentenek a fogyatékosügyi szervezetek számára. A kormányzati, illetve önkormányzati támogatások valamivel alacsonyabb, de nem elhanyagolható arányban jelennek meg a szervezetek finanszírozási forrásai között.

A fogyatékosügyi szervezetek közötti együttműködésekéről általában

A kutatás során információkat gyűjtöttünk arról, hogy a válaszadók mennyire tartják lényegesnek, és milyen módon valósítják meg más szervezetekkel folytatott együttműködéseiket. Az együttműködés fontosságának megítélésével kapcsolatban a szervezeteket képviselő válaszadók közül senki sem ítélte meg úgy, hogy ne lenne fontos az együttműködés, a válaszadók 69,3%-a tartotta nagyon fontosnak, 19,3%-a pedig fontosnak a kooperációt más fogyatékosügyi szervezetekkel. Ennek megfelelően a mintában mindössze 11 olyan szervezet található, amely nem működik együtt semmilyen más intézménnyel. Az együttműködés hiányának okaként említették többek között, ha a szervezet átalakult, megszűnt, vagy megyei szinten nincs hasonló egyesület. Emellett felmerült a szétaprózódottság kérdése is: a válaszadók egy része úgy ítélte meg, hogy túl sok szervezet van, akik maguk szeretnének megélni.

A megvalósult együttműködések vizsgálgva azt találjuk, hogy a más szervezetekkel együttműködő szervezetek átlagosan 12 másikkal állnak kapcsolatban (minimum: 1 partner, maximum: 200 partner, szórás: 19,5 partner). A szervezetek 63%-a kevesebb mint 10 szervezettel, 26%-a 10 és 25, 7%-a 26 és 50 közötti szervezettel, és 5%-a több mint 50 szervezettel működik együtt.

Az említések alapján a válaszadók elsősorban fogyatékos társszervezetekkel, egyéb civil szervezetekkel, majd a helyi önkormányzatokkal, szociális és közoktatási intézményekkel, egyházi szervezetekkel, végül politikai pártokkal tartanak fenn kapcsolatot a fogyatékos személyek ellátásában. Emellett a válaszadó szervezetek 40%-a állította, hogy nemzetközi partnerekkel is együttműködnek.

A különböző fogyatékosági ágak közötti együttműködések vizsgálgva azt találjuk, hogy a szervezetek legnagyobb arányban mozgáskorlátozottakkal, majd az értelmi sérültekkel, a látássérültekkel (16%), a halmozottan fogyatékos személyekkel (15%), a hallássérültekkel (12%), az autistákkal és az egyéb fogyatékosággal élőket támogató szervezetekkel kooperálnak. Fontos eredmény, hogy a szervezetek által lefedett célcsoportok, illetve a szervezetek partnereinek célcsoportja között szoros összefüggés van, az azonos adott fogyatékosági ágakhoz tartozó szervezetek leginkább egymást jelölték meg. Ezt a megfigyelést a későbbiek során részletezett kapcsolatháló-elemzés is alátámasztja. Ugyanakkor – mint már említettük – a szervezetek egyenként több fogyatékosági ághoz is tartoznak, ennek megfelelően több fogyatékosági ágban működő szervezettel állnak kapcsolatban.

A más szervezetekkel való együttműködés céljai – csakúgy, mint az egyes szervezetek által nyújtott szolgáltatások – igencsak heterogének: a fogyatékosügyi szervezetek leggyakrabban az érdekérvényesítés, a szakmai tapasztalatcsere, a közösségi

szabadidős programok, a pályázatok beadása és a tanácskérés kérdéseiben kooperálnak.

Az eredmények alapján a partnerek kiválasztásában a két legfontosabb szempont az, hogy a társszervezet melyik fogyatékosági ághoz tartozik (a jelölések 38%-a vonatkozik erre), illetve a személyes ismeretség (35%-os említési arány). A szervezetek közötti kapcsolatok inkább tudatosan, mint spontán módon keletkeznek a szervezetek között: a válaszadók 63%-ára jellemző a tudatos, míg 37%-ára a spontán módon létrejött együttműködés. Az együttműködési kapcsolatok jellege kapcsán a kapcsolatok közel 69%-a projekt alapú, ami azt jelenti, hogy közös rendezvények megszervezésére, illetve pályázatok megírására/benyújtására jönnek létre. Az eset-alapú – például egy-egy fogyatékos személy ellátása – a szervezetek 31%-ára jellemző.

A szervezetek döntő többségére jellemző, hogy a szervezet vezetése (elnök, főtitkár, titkár) tartja a kapcsolatot az intézmény külső partnereivel, fizetett kapcsolattartó a szervezetek 23%-ánál dolgozik, önkéntes munkatárs pedig az intézmények 15%-ánál látja el ezt a feladatot.

A fogyatékosügyi szervezetek közötti együttműködési kapcsolatok megítélése

A felmérés során megkértük a válaszadókat, hogy osztályozzák a más szervezetekkel való kapcsolataikat aszerint, hogy azok mennyire együttműködőek, illetve konfliktusosak.¹⁰ Az eredmények szerint a fogyatékos társszervezetekkel és egyéb civil szervezetekkel, illetve a közoktatási intézményekkel a leginkább együttműködő a válaszadó szervezetek kapcsolata; a legkevésbé együttműködő viszony pedig a különböző piaci szervezetekhez, illetve az állami szervekhez fűzi a megkérdezett intézményeket. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a kapcsolatok mindegyik szervezeti típus esetén az együttműködő tartományba esnek, ami azt sugallja, alapvetően pozitívan ítélik meg kapcsolataikat a szervezetek.

Az együttműködési kapcsolatok megítélését közvetlenül is mérni tudjuk a kérdőív egyik kérdése alapján.¹¹ A válaszok alapján a szervezetek 73%-a általában véve jónak tartja együttműködési kapcsolatait, és csupán 26%-uk részben jónak (2 szervezet, vagyis az intézmények 1%-a pedig általában véve rossznak ítéli az együttműködési kapcsolatait). A kapcsolatok általában véve vett megítélése után megkérdeztük válaszadóinkat arról, hogy szerintük milyen tényezőktől függ, hogy jó-e egy együttműködési kapcsolat. A válaszok alapján a legfontosabb tényező a közös cél megvalósítása iránti igény (38%), valamint a szakmai egyetértés (28%), az említések csupán 19%-a vonatkozik a hasonló tevékenységi profilra és 16%-a a személyes szimpátiára.

A kérdőívben nyílt kérdés segítségével kérdeztük meg a válaszadókat arról, hogy mindent összevetve mit tartanak az együttműködési kapcsolatok legnagyobb előnyének. A kérdésre 170 válaszadó fejtette ki a véleményét (válaszadási arány: 82%), és több válaszadó 2-3 tényezőt is említett válaszában. A szervezetek leggyakrabban az információ- és tapasztalatcserét jelölték meg az együttműködési kapcsolatok legnagyobb előnyének. Ennél kevesebb említést kapott a közös célok elérése és a közös

10 A kapcsolatokat egy 11 fokú szemantikus differenciál skála segítségével kellett jellemezni, ahol a -5 konfliktusos, az 5 pedig együttműködő viszonyt jelölt.

11 A kérdés így hangzott: Összességében hogyan ítéli meg a szervezet együttműködési kapcsolatait?

érdekképviselő, valamint az intézmény által nyújtott szolgáltatás színvonalának, hatékonyságának növelése.

Az együttműködési kapcsolatok előnyei mellett rákérdeztünk azok esetleges hátrányaira is, és az eredmények szerint a legtöbbet említett hátrányok párhuzamba állíthatók az imént tárgyalt előnyökkel, ugyanis sok szervezet panaszkodott a kapcsolattartás és az információáramlás nehézségeire, illetve az érdekek és célok különbözőségére.

A kutatásban azt is megvizsgáltuk, hogy milyen fontos dolgot említenének a szervezetek az együttműködési kapcsolatokról, amiről a kérdőív során korábban már esett szó. A legtöbb említés arra vonatkozott, hogy fontos lenne a szervezetek közötti együttműködéseket továbbfejleszteni, vagyis a meglévő kapcsolatok intenzitását növelni, illetve az együttműködési kapcsolatokat kiterjeszteni, vagyis a hiányzó kapcsolatokat kialakítani. Az együttműködések fejlesztésével kapcsolatban legtöbben az információáramlás elősegítését – ennek eszköze több szervezet szerint egy közös internetes információs adatbázis lehetne –, illetve a források növelését említették, ugyanis számos szervezet szerint többen a túlélésért küzdenek, ezért nem tudnak az együttműködési kapcsolatokat ápolásával foglalkozni. Ugyanakkor többen megemlítették, hogy a kooperáció gyakran gátja a cselekvésnek, és az együttműködési kapcsolatok gyakran formálisak, üresek, a kooperáció céljának a fogyatékos emberek segítségét kell tekinteni, nem pedig a szervezetek és a személyes kapcsolatok fenntartását. A hiányzó kapcsolatokat illetően az a legfőbb probléma, hogy a különböző fogyatékosági ágban működő szervezetek nem működnek együtt egymással, ugyanakkor az azonos fogyatékos célcsoportot kiszolgáló szervezetek között gyakori a rivalizálás a források megszerzésében, és ez csökkenti a kooperáció esélyét. Az együttműködés gátja sok esetben személyes eredetű: több szervezet említette a rosszindulatot, az egoizmust, a széthúzást, valamint a kompromisszumkézség, a szolidaritás és az őszinteség hiányát.

Az együttműködések során felmerülő problémák

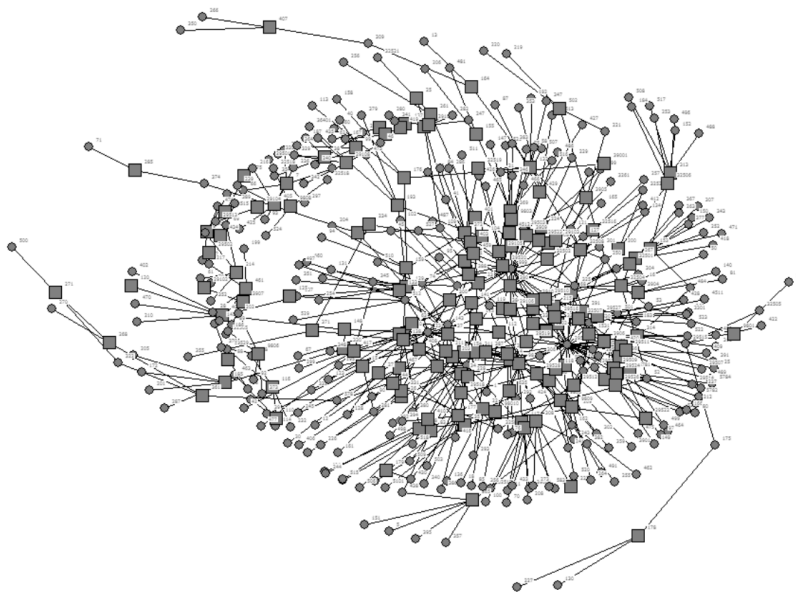
A kutatás fontos részét képezte a szervezetek együttműködése során tapasztalt konfliktusok vizsgálata. A más szervezetekkel együttműködő intézmények közül 51, vagyis a minta 25%-a számolt be arról, hogy a fogyatékos személyek támogatására létrejövő együttműködések során voltak konfliktusaik; az említések 44%-a szakmai, 31%-a személyes érdekellentétekre vonatkozott.

A mintában szereplő szervezetek 36%-a tudna olyan szervezetet megnevezni, amivel semmi esetre sem működne együtt, a korábbi együttműködési kapcsolataik során konfliktust érzékelő szervezetek körében pedig 69%-os ez az arány. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy akár egyetlen negatív élmény erőteljesebben befolyásolja a pozitív jellegű, jelen esetben az együttműködéses kapcsolatok újbóli kialakítását, mint a pozitív élmények (LABIANCA–BRASS 2006). Az együttműködés elutasításának hátterében leggyakrabban szakmai okok, a politikai elköteleződés és a partnerszervezet előzetes híre állt; a személyes okok hátrébb kerültek, mindössze 12%-át alkották a válaszoknak. Ezek a válaszok arra utalnak, hogy a korábbi együttműködések során felszínre kerülő konfliktusok befolyásolhatják a jövőbeli kooperációs hajlandóságot.

A fogyatékosügyi szervezetek kapcsolathálózatának elemzése

Az együttműködési viszonyok hagyományos mérésén túl arra is törekedtünk, hogy felrajzoljuk, és ezáltal vizuálisan is képet kapjunk a magyarországi fogyatékos szervezetek közötti együttműködési viszonyokról. A kapcsolathálózati viszonyokat három dimenzió mentén névgenerálás módszerrel mértük, ahol a megkérdezett (jelölt) szervezetek maximum 5 másik szervezetet nevezhettek meg.¹² Az elemzéseket a Ucinet 6.319-es verziójával, a vizualizációt a Netdraw program segítségével végeztük.

Kapcsolatháló-elemzésünkben az első együttműködési szempont a közös projektek létrehozására vonatkozott. A vizsgálati szempont jelentőségét alátámasztja az a korábban már említett adat, miszerint az együttműködések 69%-a valamilyen közös projektre irányul. Összesen 481 szervezet szerepel ebben a hálóban, amiből 218 jelölt szervezet. A projekt-alapú együttműködések teljes hálózatát a 2. ábra mutatja be.



2. ábra. A projektek megvalósításának szimmetrikus, irányítatlan hálózati ábrája (jelölt = négyzet; jelölt = kör; szám = szervezet kódszáma)

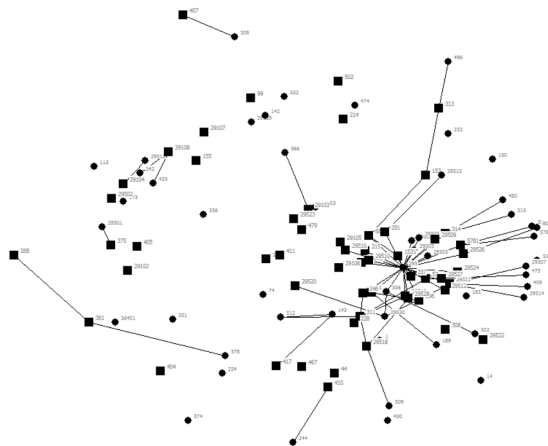
A hálókat először az adatbázisban kapott módon vizsgáltuk meg, ekkor úgynevezett aszimmetrikus, irányított hálót kaptunk, vagyis megkülönböztünk kapcsolatokat adó és kapó (jelölt és jelölt) szervezeteket. Összesen 598 kapcsolatot figyeltünk meg, az összes lehetséges és a valós kapcsolatok arányát kifejező sűrűség mutatója meglehetősen alacsony, mindössze 0,26%-os. A hálókat a következő lépésben szimmetrizáltuk, tehát nem tettünk különbséget a kapcsolatot adó és kapó szervezetek között. A szimmetrizált

12 Két dimenzió a szervezetek közötti kapcsolat tartalmára, míg egy dimenzió a szervezetek közötti kapcsolatok minőségére vonatkozott. A konkrét kérdések így hangzottak: 1. Kérjük, nevezze meg maximálisan azt az 5 szervezetet, akikkel az eddigiek során a legtöbb közös projektet bonyolították le! 2. Kérjük, nevezze meg maximálisan azt az 5 szervezetet, akikkel eddig a legtöbb közös pályázatot adták be! 3. Kérjük, nevezze meg maximálisan azt az 5 szervezetet, akikkel a legharmonikusabban működnek együtt!

háló esetében 1170 volt az összes kapcsolat száma és 0,5%-os a sűrűség értéke. Ezek alapján egy szervezetre az aszimmetrikus hálóban átlagosan 1,24, a szimmetrikus hálózatban átlagosan 2,39 kapcsolat jut. A legtöbb kapcsolattal rendelkező szervezet az aszimmetrikus mátrix esetében 34, a szimmetrikus mátrix esetében 39 másik szervezettel bonyolított le közös projektet. A központiság mutató – amely azt jelzi, hogy a létező kapcsolatok közül mennyit birtokol egy adott szervezet – alapján megállapítható, hogy a MEOSZ (39 jelölés), az ÉFOÉSZ (22 jelölés), a Kézenfogva Alapítvány (17 jelölés), a SINOSZ (15 jelölés), és az AOSZ (13 jelölés) kapta a legtöbb jelölést.

Megvizsgáltuk továbbá, hogy vajon megfigyelhetőek-e jellemző klikkek, alcsoportok a közös projektek hálózatában. A legnagyobb olyan alcsoportok, ahol minden egyes tag kapcsolatban áll mindegyik másikkal, 3 szervezetet tartalmaznak. Ilyen klikkből 23 található a hálózatban, többségükben a legnagyobb szervezetek szerepelnek, mint a MEOSZ, ÉFOÉSZ, AOSZ és MVGYOSZ, illetve olyan nagyobb alapítványok, mint a Kézenfogva Alapítvány és a Szimbiózis Alapítvány.

A fogyatékos-szervezetek közötti – közös projekten alapuló – együttműködési hálózat fogyatékosági ágak alapján vizsgálva az a kép rajzolódik, hogy ugyan van átjárás a szervezetek között fogyatékosági ágak szerint, de a szervezetek többsége a saját fogyatékosági ágához tartozó szervezetekkel bonyolít le leginkább közös projektet. Erre jó példa mozgássérült személyek támogatásával foglalkozó szervezetek külön hálózati ábrája, amelyek zöme a nagy országos szervezet, a MEOSZ (295-ös kód) köré csoportosul.

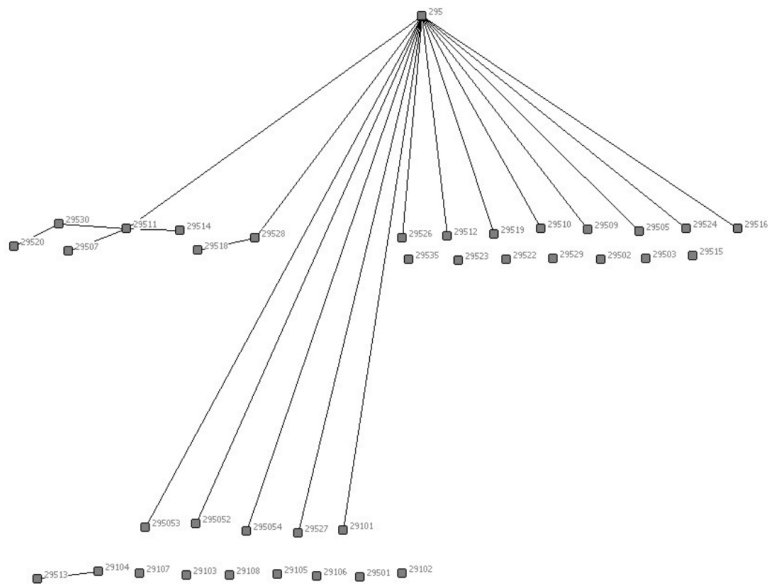


3. ábra. A közös projektek megvalósítása a mozgássérültek támogatásával foglalkozó szervezetek szerint (fekete = mozgássérült; jelölő = négyzet; jelölt = kör; szám = szervezet kódszáma)

A MEOSZ-hoz tartozó, az adatbázisunkban szereplő szervezetek közötti együttműködési kapcsolatokat külön is megvizsgáltuk, ezt mutatja be a 4. ábra.

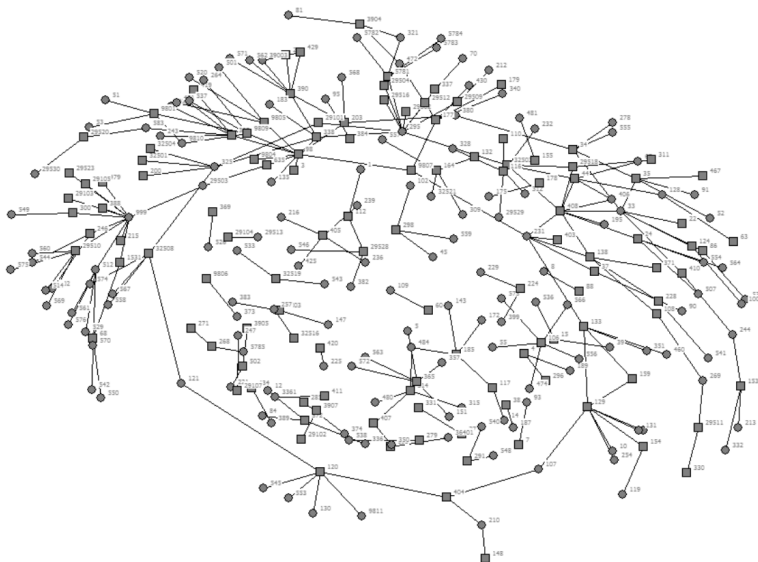
A 4. ábra alapján megállapítható, hogy egyrészt az azonos szinteken elhelyezkedő szervezetek között meglehetősen ritkák a közösen lebonyolított projektek, másrészt a helyi csoportok nem a megfelelő megyei vagy regionális tagszervezettel vannak kapcsolatban, hanem az országos szervezettel (vö. az 1/a és 1/b ábrákkal).

Kapcsolatháló-elemzésünkben a második együttműködési szempont a közös pályázatok beadására vonatkozik. E szempont azért is érdekes, mert a fogyatékosügyi



4. ábra. A MEOSZ és a hozzá tartozó szervezetek hálózata

szervezetek 83%-a sorolta a pályázatokat forrásai közé. Összesen 275 szervezet szerepel ebben a hálóban, amit az 5. ábra mutat be.

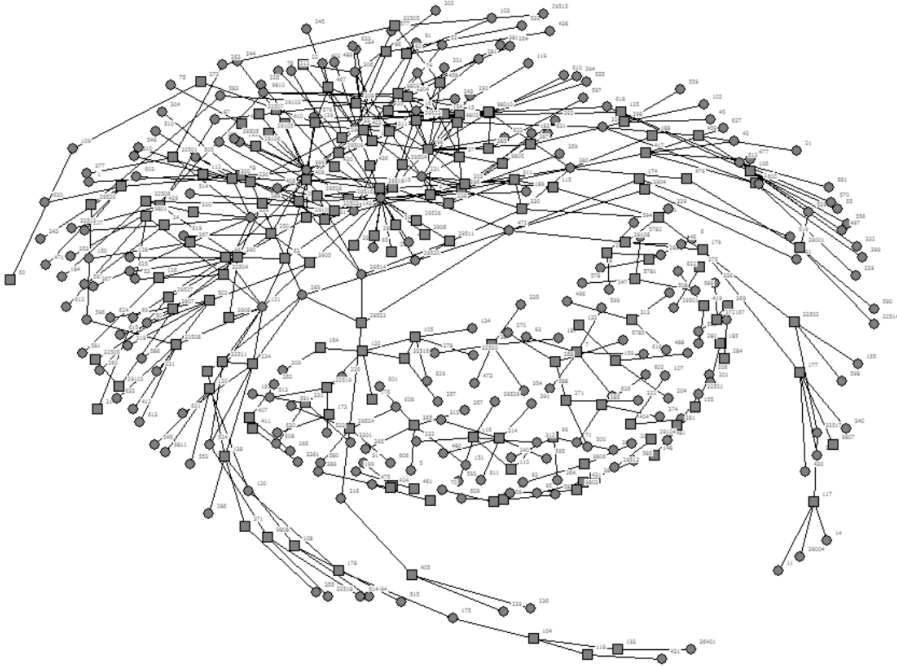


5. ábra. A közös pályázatok megvalósításának szimmetrikus, irányítatlan hálózati ábrája (jelölő = négyzet; jelölt = kör; szám = szervezet kódszáma)

Az eredeti, a megkérdezett szervezetek válaszain alapuló aszimmetrikus, irányított kapcsolatháló esetében a sűrűség 0,34%-os, a szimmetrizált háló esetében 0,66%-os. Egy szervezetre az aszimmetrikus hálóban átlagosan 0,92, a szimmetrikus hálózatban átlagosan 1,82 kapcsolat jut, a legtöbb kapcsolattal rendelkező szervezet az aszimmetrikus

és a szimmetrikus mátrix esetében is 12 másik szervezettel bonyolított le közös projektet. A központisági mutatók alapján megállapítható, hogy az ÉFOÉSZ (12 jelölés), MEOSZ (10 jelölés), a Szimbiózis Alapítvány (9 jelölés), a Kézenfogva Alapítvány (9 jelölés), a SINOSZ (7 jelölés), és az AOSZ (7 jelölés) kapta a legtöbb jelölést.

Kapcsolatháló-elemzésünkben a kapcsolatok minőségének mérésekor a harmonikus együttműködési hálókat feltérképezésére koncentráltunk. Összesen 413 szervezet szerepel ebben a hálóban, amit a 6. ábra mutat be.



6. ábra. A harmonikus együttműködések szimmetrikus, irányítatlan hálózati ábrája (jelölő = négyzet; jelölt = kör; szám = szervezet kódszáma)

A hálózati ábra alapján elmondható, hogy ez a hálózat töredezettebb, mint a közös projektek megvalósítása esetében. Az eredeti, a megkérdezett szervezetek válaszain alapuló aszimmetrikus, irányított kapcsolatháló esetében összesen 460 kapcsolatot figyeltünk meg, a sűrűség 0,27%-os. A szimmetrizált háló esetében 902 volt az összes kapcsolat száma, és 0,53%-os a sűrűség. Egy szervezetre az aszimmetrikus hálóban átlagosan 1,24, a szimmetrikus hálózatban átlagosan 2,39 kapcsolat jut, a legtöbb kapcsolattal rendelkező szervezet az aszimmetrikus mátrix esetében 34, a szimmetrikus mátrix esetében 39 másik szervezettel bonyolított le közös projektet. A központiség mutató alapján megállapítható, hogy a MEOSZ (27 jelölés), az ÉFOÉSZ (17 jelölés), a Kézenfogva Alapítvány (10 jelölés), a SINOSZ (10 jelölés), az AOSZ (10 jelölés), a Szimbiózis Alapítvány (12 jelölés), az Esélyek Háza (9 jelölés) és az MVGYOSZ (9 jelölés) kapta a legtöbb jelölést.

A hálózatelemzés eredményei alapján arra következtethetünk, hogy a fogyatékosügyi szervezetek között gyakoribb a közös projekt, mint a közös pályázat, valamint a nagyobb, országos szervezetek kapják a legtöbb jelölést, ezért nekik összekötő, híd szerepük van a projektek megvalósításában és lebonyolításában. A harmonikus együttműködések

során is ezek a szervezetek kapták a legtöbb jelölést, tehát ők azok, akiknek amellet, hogy vezető szerepük van a projektek, pályázatok beadásában, nagyságuknak és tapasztalatuknak köszönhetően harmonikusan tudják az együttműködési kapcsolataikat kezelni. Ezek mellett azonosítottunk olyan kisebb szervezeteket is, amelyek noha kevesebb jelölést kaptak, mint a nagyobb szervezetek, mégis jelentős a szerepük a projektek létrehozásában és a pályázatokban való részvételben.

Összefoglalás

Tanulmányunkban egy 500 elemű nem reprezentatív mintán survey módszerrel és kapcsolatháló-elemzéssel vizsgáltuk a fogyatékos személyeket támogató, elsősorban civil szervezetek együttműködési kapcsolatait más szervezetekkel. A felmérés során kitértünk a fogyatékosügyi szervezetek helyzetének megismerésére, az együttműködési kapcsolatok pozitív és negatív oldalára, illetve a szervezetek közötti konkrét együttműködési viszonyokra. Eredményeink szerint az együttműködési kapcsolatokat tekintve kétarcúság jellemzi a magyarországi fogyatékosügyi szervezeteket. Egyrészt a mintába került szervezetek döntő többsége szükségesnek tartja a más szervezetekkel való együttműködést a fogyatékos személyek támogatásában, és túlnyomó részük együtt is működik más szervezetekkel, valamint több kérdés alapján azt tapasztaltuk, hogy az együttműködési kapcsolataikat általánosságban pozitívan ítélik meg a válaszadók. A kapcsolatok kedvező megítélése mellett ugyanakkor a szervezetek negyede számolt be az együttműködés során felmerülő konfliktusokról, amik háttérben leggyakrabban szakmai és személyes okok állnak. A partnerszervezetek típusát figyelembe véve megállapítható, hogy a leginkább együttműködő viszony a fogyatékosügyi társszervezetekhez, a legkevésbé pedig a különböző piaci szervezetekhez, illetve az állami szervekhez fűzi a megkérdezett intézményeket.

A magyarországi fogyatékosügyi szervezetek közötti konkrét kapcsolathálózati viszonyokat vizsgáló kapcsolatháló-elemzés több helyen megerősítette a survey módszer által kapott eredményeket: többek között rámutatott arra, hogy a különböző fogyatékosági ágakban működő szervezetek között meglehetősen korlátozott az együttműködés, a kooperáció az azonos célcsoportokkal rendelkező szervezetek között intenzív. További fontos eredmény, hogy a közös projektek és pályázatok esetén központi szerepet töltenek be a nagy fogyatékosági ágak országos ernyőszervezetei, amelyek hídként funkcionálnak az együttműködési hálóokban. Ezek a szervezetek a közös tevékenységek mellett a harmonikus kapcsolatok hálójában is centrális helyzetben vannak. Mindezek háttérben az állhat, hogy (méretbeli és anyagi) nagyságuk, országos ismertségük és felhalmozott tapasztalatuk alapján képesek több projekt hatékony és konfliktusmentes lebonyolítására. Az eredmények ugyanakkor azt is mutatják, hogy az országos ernyőszervezetek mellett a kisebb szervezetek (pl. Szimbiozis Alapítvány, Kézefogva Alapítvány, Esélyek Háza) is megkerülhetetlen szereplői a hazai fogyatékosügynek. A hálózati megközelítés emellett arra is rávilágított, hogy az együttműködési viszonyok sok esetben hierarchikusak – azaz hatalmi egyenlőtlenségekkel terheltek, vagyis például az országos ernyőszervezetek alá tartozó szervezetek nem minden esetben a saját szintjükön keresnek együttműködő partnert, hanem közvetlenül az országos szervezettel kooperálnak.

Irodalom

- ÁLLAMI SZÁMVEVŐSZÉK (2010): *Jelentés a fogyatékos személyek támogatásában részt vevő nonprofit szervezeteknek nyújtott nem normatív állami támogatás és ingyenes állami vagyonyjuttatás felhasználásának ellenőrzéséről*. ÁSZ, Önkormányzati és Területi Ellenőrzési Igazgatóság, Budapest.
- BARTAL, A. M.–KÁKAI, L.–SZABÓ, I. (2005): *A nonprofit szervezetek érdekképviselése, kapcsolat-rendszere*. Századvég Civil Akadémia, Budapest.
- BARTAL, A. M. (2006): *A bálózatelemzés lehetőségei és gyakorlati konzekvenciái a nonprofit szervezetek vizsgálatában – egy ernyőszervezet esettanulmánya alapján*. Magyary Zoltán Felsőoktatási Közalapítvány – Civil Társadalomért Alapítvány, Budapest.
- HABLICSEK L.–RICHTER M. (2004): *A fogyatékossgal élők számának területi előrebecslése 2021-ig – Zárótanulmány*. Aktív Társadalom Alapítvány, Budapest.
- LABIANCA, G.–BRASS, D. J. (2006): Exploring social ledger: negative relationships and negative asymmetry in social networks in organizations. *Academic Management of Review*, 31 (3), 596–614.



LOGOPÉDIA KIADÓ

Kiadványainkat ajánljuk gyermekeknek, szülőknek és pedagógusoknak az óvodában és az iskolában a mozgás, a beszéd, a gondolkodás fejlesztéséhez, az olvasás-írás, helyesírás és a számolás képességeinek tréningjéhez, tanításához. Tankönyveinken, gyakorlófüzeteinken kívül szakkönyveink színvonalas elméleti és gyakorlati útmutatóval szolgálnak a szakemberek és az érdeklődők számára.

Intézmény-akkreditációval rendelkező kiadónk évről évre sikerrel indítja két 30 órás akkreditált tanfolyamát:

- **A diszlexia megelőzése – Az értő olvasás előkészítése. Tanulási képességek fejlesztése 6-10 éves korban az értő olvasás érdekében** (A képzés FAT programakkreditációs lajstromszáma: PLB-2352)
- **A matematikatanulás zavarai (diszkalkulia)** (A képzés FAT programakkreditációs lajstromszáma: PLB-1621)

www.logopediakiado.hu

Glottalizáció és diszfónia

MARKÓ ALEXANDRA

marko.alexandra@btk.elte.hu

Absztrakt

A zöngeminőség jelentősége a beszédpatológiában vitathatatlan. A diszfónia klinikai vizsgálatában elterjedt auditív-perceptív mérési módszerek (pl. a GRBAS- vagy az RBH-skála) nagymértékben támaszkodnak a zöngeminőség jellemzésére, amelyben az egyik kulcsfogalom az érdeesség mértéke. Mivel az érdeesség a glottalizáció percepció következménye, felmerül a kérdés, hogy ebben a tekintetben hol húzódik a határ az egészséges, az érdeességet kommunikációs funkcióban alkalmazó beszéd, illetve a patológiás zöngeminőség között. A jelen kutatásban egészséges és funkcionális diszfóniával diagnosztizált nők beszédét vizsgáltuk meg és hasonlítottuk össze abból a szempontból, hogy milyen gyakran és milyen fonetikai pozíciókban válik irregulárisra a zöngeminőségük. Eredményeink szerint egyik vizsgált paraméterben sem mérhető jelentős különbség a két beszélői csoport között, azaz az irregularitás mértéke önmagában nem differenciáló értékű. Feltételezésünk szerint a glottalizáció a vizsgált beszélői csoportban (fiatal nők) divatjelenség is lehet.

Kulcsszavak: zöngeminőség, glottalizáció, diszfónia, fonetikai helyzet

Bevezetés

Gordon és Ladefoged (2001: 383) közismert mondása szerint: ami az egyik nyelvben fonológiai szereppel bír, azt a másik nyelv beszélői talán beszédzavarnak tartják. Az irreguláris zöngeminőség vagy glottalizáció jelenségét sokáig pusztán a patológiás zöngé sajátosságának tartották, míg nem – nagyjából az 1960-as évektől kezdődően – szembesültek a szerzők azzal a ténnyel, hogy az egészséges/tipikus beszélők produkciójában sem ritka ez a forma (GERRATT–KREIMAN 2001). Azóta a világ számos nyelvében többféle funkcióját tárták fel, kidolgozták meghatározásának módszertanait, dokumentálták megjelenési módozatait, illetve kísérletet tettek arra is a kutatók, hogy a patológiás és az ép beszéd különbségeit meghatározzák a glottalizáció vonatkozásában.

Laver (1980) az irreguláris fonációt a hangszalagok szoros összeszorításával magyarázza. A tüdőből kipréselt levegő ezt az erős zárat csak ritkábban és rövidebb ideig tudja felfeszíteni, és akkor sem teljes hosszában, emiatt a rezgés instabillá válik. Így a reguláris fonációhoz képest jelentősen kevesebb levegő áramlik át a hangrésen egy időegység alatt. Slifka (2006) párhuzamos akusztikai és fiziológiai mérésekkel kimutatta, hogy a hangszalagok széthúzásával is lehet irreguláris alaphangot kelteni. Ebben az esetben az átlagos légáram nem csökken, hanem erősödik a reguláris hangszalagrezgéshez képest. Slifka (2007) szerint a gyenge légárammal képzett irregularitás feltételezhetően akaratlagos, és így például nyelvi információ kifejezésére alkalmas. Ezzel szemben az erős légárammal járó eset a bemondások végén jellemző, és valószínűleg nem akaratlagos.

Esling és Harris (2005) laringoszkópos vizsgálata alapján a gégezárhang és a glottalizáció egyazon fiziológiai mechanizmussal jön létre: a kannaporcok és a gégefedő porc összeszorítása lényeges mozzanata mindkét képzésnek. Ez a konstrukció a glottális periódusok minőségének percepciójára is hatással van: gégezárhangot észlelünk, ha az említett laringális konfiguráció csak egy periódust érint, és glottalizációt hallunk, ha sorozatban több egymást követő periódus is így valósul meg.

A modális regiszter F_0 -tartományát férfiak esetében nagyjából 100 és 140 Hz között, nők esetében 175–240 Hz között határozza meg a szakirodalom (BLOMGREN et al. 1998). Ezzel szemben a glottalizációhoz igen alacsony frekvenciájú alaphang társul. Hollien és Wendahl (1968) 31,6–69,1 Hz közötti, McGlone (1967) 10,9–52,1 Hz közötti alaphangmagasságot mért. Blomgren és munkatársai (1998) tanulmányukban a szakirodalomban szereplő adatokból általánosítva 20 és 70 Hz közötti frekvenciatartományt adtak meg, mintegy 50 Hz-es átlagértékkel. Míg a modális regiszterben a nők hangterjedelme tágabb, mint a férfiaké, a glottalizáció regiszterében nincs ilyen eltérés a nemek között.

A jitter és a shimmer értékei szignifikánsan magasabbak, a jel-zaj viszony értékei pedig szignifikánsan alacsonyabbak glottalizációban, mint modális zöngé esetén, vagyis az előbbi zöngeminőség akusztikai értelemben is zörejesebb. Ezzel együtt a zöngeminőség irregulárisként minősítése nem mindig egyértelmű, hiszen nincsenek olyan, a nemzetközi szakirodalomban elfogadott küszöbértékek, amelyek alatt/fölött (paramétertől függően) glottalizálnak minősül a hangképzés. Emellett az irregularitás is többféle formában realizálódhat (vö. HUBER 1988; BATLINER et al. 1993; DILLEY et al. 1996).

Az 1. ábra glottalizált közlésvéget mutat be. Az utolsó szótagokon jól látszik az irregularitás.



1. ábra. Glottalizált mondatvég (amelyeket gyanútlanul elfogyasztunk) bullámformája

Az egyes nyelvekben a glottalizációnak többféle funkcióját adatolták, és természetesen egy adott nyelvben egyszerre több szerepben is megjelenhet ez a zöngeminőség, akár pozíciótól függően is. Bizonyos nyelvekben, nyelvjárásokban fonológiai kontrasztot fejez ki, allofónokat különít el (LADEFOGED–MADDIESON 1996; GORDON–LADEFOGED 2001; PIERREHUMBERT–TALKIN 1992). A dánban a jelentésmegkülönböztető irreguláris fonációt *stød*-nek nevezik (LAVER 1994).

A glottalizáció szerepét az érzelem- és attitűdkifejezésben több nyelv kapcsán vizsgálták, illetve megkísérelték felhasználni az érzelmek automatikus felismerésében is (például BATLINER et al. 2007; GOBL–NÍ CHASAIDE 2003).

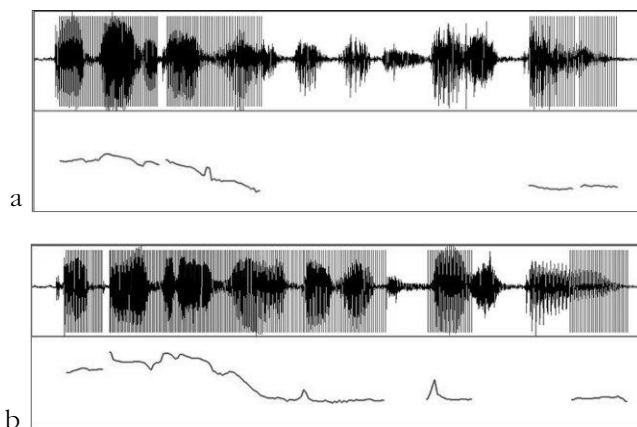
A glottalizáció szerepe a szegmentumok, szegmentumsorok határának jelzésében is jelentős. Magánhangszóval kezdődő szavak elején, két magánhangzó találkozásánál szóhatáron és szó belsejében is jelentkezhetsz (GIMSON 1980; KOHLER 1994; DOCHERTY–FOULKES 1995; DILLEY et al. 1996; RODGERS 1999; LENNES et al. 2006; JURGEC é. n.; MARKÓ 2012a). A glottalizáció frázis/megnyilatkozás végi határjelző szerepét több nemzetközi kutatás igazolta (LEHISTE 1965; HENTON–BLADON 1988; FANT–KRUCKENBERG 1989; GORDON–LADEFOGED 2001; SLIFKA 2006; MARKÓ 2011). Társalgási egység¹ lezárását is jelezheti a glottalizáció (REDI–SHATTUCK–HUFNAGEL 2001; MARKÓ 2012b).

A glottalizáció szociokulturális szerepét is sokan vizsgálták (pl. TRUDGILL 1974; ESLING 1978; HENTON–BLADON 1988; YUASA 2010). Akár a nők, akár a férfiak beszédében találtak a kutatók nagyarányú glottalizációt, a jelenség háttérében a hagyományos férfiszerepek domináns kifejeződését, illetve ennek szándékát vélték okként felfedezni (pl. kompetencia, tekintély).

A glottalizáció gyakorisága nagymértékben beszélőfüggő: van olyan beszélő, aki alig, és olyan is, aki igen gyakran képez irreguláris zöngét – nyelvtől függetlenül (pl. DILLEY et al. 1996; REDI–SHATTUCK–HUFNAGEL 2001; SLIFKA 2006; JURGEC é. n.; MARKÓ 2012b). Emiatt ez a zöngeminőség a humán beszélőfelismerésben is bizonyítottan fontos szerephez jut (BÖHM–SHATTUCK–HUFNAGEL 2007).

Glottalizáció és beszédpatológia

A szakirodalom szerint patológiás hangszalag-elváltozások (például aszimmetrikus működés, csomó, bénulás) egyik lehetséges tünete az állandóan irreguláris hangszalag-rezgés (HIRANO 1981; GÓSY 2004). Ugyanakkor maga a glottalizáció nem tér el (például akusztikai szerkezetét vagy a percepcióra tett hatását tekintve) annak függvényében, hogy az egészséges vagy a patológiás beszéd sajátja. A 2.a) *ábra* diszfóniásnak diagnosztizált beszélő bemondásának akusztikai regisztrátumát mutatja a terápia megkezdése előtt. Ha ezt összevetjük egy egészséges, glottalizáló beszélő beszédéről készült rezgésképpel (1. *ábra*), nem találunk különbséget az „érdes” szakaszok megvalósulásának módjában, gyakoriságában vagy időtartamában sem. A 2.b) *ábra* ugyanakkor láttatja a terápia hatására történt javulást, vagyis azt, hogy a második felvételen a diszfóniás beszélő már csak az utolsó szótagon glottalizált. Jól látszik, hogy az irreguláris zöngével realizálódott szakasz hossza lerövidült, ennek megfelelően a beszéddallam a közlés nagyobb részében detektálható a második felvételen.



2. *ábra.* Egy diszfóniás nőbeteg hangfelvételének (Ebédre vajbabot főztem.) regisztrátumai: a) a terápia előtt, b) a negyedik terápiás foglalkozás után (mindkét regisztrátumon fent látszik a rezgésképp, a függőleges vonalak az egyes periódusokat jelzik; lent pedig beszéddallam látható)²

1 Beszédlépésnek, fordulónak vagy társalgási egységnek (az angol nyelvű szakirodalomban *turn*) nevezzük az egy beszélő által egyben elmondott szövegegységet, amelyet beszélőváltások határolnak.
2 A hangfelvételeket, amelyekről a regisztrátumok készültek, Bajnócziné Szucsák Klára készítette.

A zöngképzesi zavarral küzdő és az egészséges beszélők között a glottalizáció szempontjából a fő különbség abban van, hogy a normál laringális funkciókkal rendelkező beszélők szándékuk szerint tudnak váltani a modális regiszter és a glottalizáció között egy adott pillanatban. Ezzel szemben patológiás hangszalagműködés és hibás laringális funkciók esetén a beszélő képtelen kontrollálni az általa létrehozott zöngemínőséget (WOLK et al. 2012). Fontosnak tartom ez alapján hangsúlyozni, hogy a sokat és hosszan glottalizáló beszélők nem feltétlenül zöngképzesi zavar miatt teszik ezt (lásd például HENTON–BLADON 1988), önmagában a glottalizáció gyakorisága vagy időtartama alapján nem minősíthetjük a beszédet patológiásnak.

A foniátriában elterjedt vizsgálati módszer a kitartott hang (hosszan ejtett magánhangzó, például *á, a* vagy *o*) elemzése alapján következtetni a zöngképzes esetleges eltéréseire. Egészséges beszélőknél hosszan ejtett, izolált magánhangzók esetében nem adatoltak glottalizációt, míg folyamatos beszédben többféle helyzetben és funkcióban is (WOLK et al. 2012). Ennek az az oka, hogy az egészséges beszélő a kitartott hang esetén jól kontrollálja a zöngképzesét, míg a zöngképzesi zavarral küzdő beteg már egy ilyen viszonylag egyszerű feladat elvégzésekor sem képes erre. A vizsgálati módszer helyes megválasztása révén tehát könnyen és nagy biztonsággal megkülönböztethető az egészséges és a patológiás hangszalagműködés.

A diszfónia a zöngképzes zavara, amely organikus eredetű vagy funkcionális lehet. Organikus esetekben különböző degeneratív elváltozások, funkcionális diszfóniánál a hibás működés okozza a zörejek és más eltérések kialakulását. A diszfónia legtöbbször rekedtségben nyilvánul meg, ilyenkor hallható zörejelemek társulnak a zöngéhez, aminek oka a hangszalagregzés szabálytalansága vagy az elégtelenül záró hangszalagok között létrejövő turbulenciaáramlás is lehet (KIEFER 1995). Diszfónia esetén ugyanakkor a hang más paraméterei, például intenzitása, dallama, magassága, terhelhetősége is megváltozhatnak, illetőleg a kórképhez társulhatnak a nyakon, a gégeben fellépő, szűró, kaparó, szorító érzések (HIRSCHBERG–MÉSZÁROS 2003).

A diszfónia klinikai vizsgálatának alapvető elemei között perceptív-auditív mérési módszerként alkalmazzák a GRBAS- (HIRANO 1981) és az RBH-skálát (NAWKA et al. 1994). Az előbbi angolszász nyelvterületen széles körben elterjedt. Segítségével a hang érdeségét, levegősségét, erőtlenségét, feszességét, illetve az eltérés mértékét percepció alapján adják meg egy négyértékű skálán, ahol a 0 a normál, fiziológias hangminőséget, a 3 az extrém, patológiás zöngemínőséget jelenti. A német RBH betűszo hasonlóképpen a hang érdeségének, levegősségének, általános rekedtségének szubjektív minősítésére utal (HIRSCHBERG et al. 2003). Magyarországon ez utóbbi használatos a legszélesebb körben.

Az utóbbi időben egy újfajta perceptív mérési módszert is alkalmaznak a klinikusok, elsősorban Amerikában. A CAPE-V (Consensus Auditory Perceptual Evaluation of Voice, lásd: http://www.asha.org/about/membership-certification/divs/div_3.htm) segítségével hat szempont szerint értékelhető a hangminőség (a diszfónia általános súlyossága, érdeség, levegősség, feszítettség/erőltettség, beszéddallam, hangerő), egyenként egy 100 mm-es horizontális skálán, amelynek a bal oldali széle képviseli a normál, a jobb széle pedig a súlyos fokban károsodott minőséget. Az értékelő a vízszintes vonalon elhelyezett jelzéssel minősíti a beszédprodukciót.

Látható, hogy a perceptív alapú megközelítésekben, bármelyik módszertant követi is, a klinikai protokoll nagymértékben támaszkodik a zöngemínőség jellemzésére, amelyben az egyik kulcsfogalom az érdeség mértéke. Mivel az érdeség a glottalizáció percepció következménye, felmerül a kérdés, hogy ebben a tekintetben hol húzódik a határ az egészséges, az érdeséget kommunikációs funkcióban alkalmazó beszéd,

illetve a patológiás zöngeminőség között. A fentiekben láttuk, hogy artikulációs szempontból a beszélő technikájától függ, hogy ez a jelenség kórosnak számít-e, azaz képes-e a beszélő uralni a zöngeminőséget, vagy szándékai ellenére válik érdekessé a hangja.

A beszéd foniátriai vizsgálatában sokáig egyedülálló módszer volt a kitarított hang (hosszan ejtett magánhangzó) többféle szempontú elemzése. Az utóbbi időben azonban egyre többen hangsúlyozzák a folyamatos beszéd vizsgálatának a szerepét, mivel ez jobban hasonlít a hétköznapi beszédtevékenységhez, és ezáltal közelebb visz a páciens kommunikációs nehézségeihez, beszédproblémájához. Mindemellett kísérleti vizsgálatokkal igazolták, hogy a folyamatos beszédben realizálódó magánhangzók kvázistacioner szakaszának méréséből származó akusztikai adatok nagyobb mértékben korrelálnak a diagnózisban használatos perceptív skálák értékeivel, mint a kitarított hangok elemzésével kapott adatok (Vicsi et al. 2011).

Mindezek a változások, a beszédpatológiás vizsgálatban felmerült igények és javaslatok is felvetik azt a kérdést, hogy a hétköznapiakban miképpen választható el a glottalizáció kommunikációs funkciójú használata a patológiás beszédétől. Mikor kell arra gyanakodnunk, hogy rokonunk, barátunk, kollégánk vagy tanítványunk hangjának „érdeessége” nem csak ártalmatlan beszédhajátosság, orgánumának egyéni jellegzetessége, hanem valamiféle zöngképzési zavar hallható tünete? Hipotézisem szerint az irreguláris zöngé ugyanolyan funkciókat tölthet be a diszfóniás beszédben, mint egészséges hangképzés esetén. A különbség abban van, hogy a diszfóniás beszélő hangja a közlés más pontjain is rekedtes, míg az egészséges beszélőre más esetekben ez nem (vagy sokkal kevésbé) jellemző. Ennek igazolására végeztem el a következő vizsgálatot.

Kísérleti személyek, anyag és módszer

A kutatásban két adatközlői csoport vett részt, mindkettőben 10 nő szerepelt. Az egyik csoportba foniáter által (funkcionális) diszfóniásnak diagnosztizált beszélők tartoztak, akik terápiájuk kezdetén álltak. Életkoruk 21 és 38 év között szóródott (átlag: 27 év). A másik csoport tagjai tipikus beszélők voltak, mindannyian egyetemisták, akiknek az utóbbi 3 évben nem volt foniátriai kezelést igénylő problémájuk. Életkoruk 20 és 24 év közé esett (átlag: 21,5 év).

Minden beszélő ugyanazt a három mondatot olvasta fel két alkalommal. A mondatok a következők voltak: *Ebédre vajbabet főztem. Sok szép játékot mutattak be a szeptemberi előadáson. A zöld labda Danié?*

A diszfóniás beszélőkkel az első beszédterápiás foglalkozás elején és végén a terapeuta végző logopédus rögzítette a bemondásokat.³ A hangfelvételek tehát a terápiás helyiségben készültek, digitális technikával (ICD-SX800 Sony diktafon), 22,5 kHz-es mintavételezéssel.

Az egyetemisták szóbeli kollokviumra érkeztek, így hasonló lélektani helyzetben voltak, mint a diszfóniás páciensek. Velük a vizsga előtt és után rögzítettem a mondatbemondásokat, hangszigetelt teremben, közvetlenül számítógépre, ugyancsak 22,5 kHz-es mintavételezéssel.

A felvételeket a Praat program segítségével (5.2, BOERSMA–WEENINK 2010) címkéztem fel mondat szinten, illetve egy másik szinten a magánhangzókat annotáltam, pozicionális sajátosságaikkal együtt. Mivel a kutatások igazolták az irreguláris hangszalagrezgés szerepét

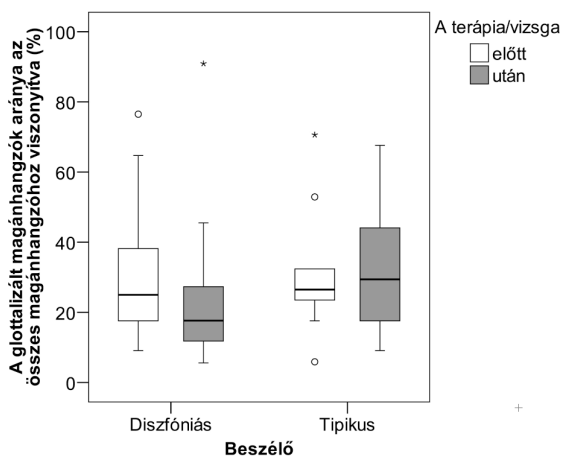
3 Köszönöm Bajnócziné Szucsák Klárának, hogy rendelkezésemre bocsátotta ezeket a hangfelvételeket.

a megnyilatkozások végének, illetve magánhangzó-kapcsolatokban a hangok határának jelzésében (lásd MARKÓ 2011 és 2012a), ezért jelöltem például, ha a magánhangzó a mondat elején/végén vagy ha magánhangzó-kapcsolat tagjaként stb. jelent meg.

Vizsgáltam a glottalizáció gyakoriságát beszélői csoportonként, valamint a magánhangzó fonetikai helyzete függvényében, illetve összevettem a terápia/vizsga előtti és utáni glottalizációs gyakoriságot. Tekintettel arra, hogy a diszfóniás adatközlők szubjektív minősítése egy korábbi kutatásban megtörtént (BAJNÓCZI et al. 2011), ezek közül az érdekességre kapott minősítéseket összevettem a glottalizált magánhangzók arányával. Statisztikai módszerként Pearson-féle korrelációelemzést alkalmaztam az SPSS (v. 15.0) segítségével.

Eredmények

A glottalizált magánhangzók aránya a két-két felvétel összehasonlításában igen meglepően alakult a két beszélői csoportban (3. ábra). A diszfóniás beszélők a terápia előtt átlagosan a magánhangzók 31,8%-át ejtették glottalizáltan, meglehetősen nagy, 16,8%-os átlagos eltéréssel. A tipikus beszélők vizsga előtti hangfelvételei alapján hasonló értékek mutatkoznak: átlagosan a magánhangzók 31,2%-a volt glottalizált, és ehhez 12,5%-os átlagos eltérés társult. Bár az átlagadatok a két csoportban igen közel állnak egymáshoz, a dobozdiagram alapján mégis az mondható, hogy a tipikus beszélők esetében (mivel náluk a szélső adatokat extrémnek tekinthetjük) szűkebb tartományban szóródnak az értékek, mint a diszfóniásoknál. Ez nemcsak azt jelenti, hogy a tipikus csoportba tartozó beszélők között néhányan kevesebbet glottalizáltak, mint egyes diszfóniás adatközlők, hanem azt is, hogy voltak olyan diszfóniás beszélők, akik kevesebbet glottalizáltak, mint a tipikus beszélők némelyike.

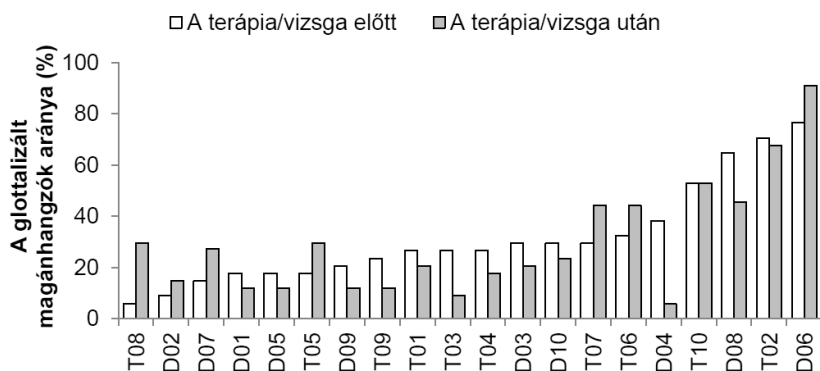


3. ábra. A glottalizált magánhangzók arányának szóródása a két beszélői csoportban a terápia/vizsga előtt és után

A terápiát, illetve a vizsgát követő felvételen a két beszélői csoportra vonatkozóan szinte ellentétes tendenciák ragadhatók meg. A tipikus beszélők esetében az átlag és az átlagos eltérés is közel megegyezik a vizsga előtti értékekkel: $32,7 \pm 15,5\%$. A 3. ábrán azonban ekkor már matematikailag nem tűnnek kilógó adatoknak a 40% feletti értékek.

A diszfóniások esetében viszont a terápia hatására nagymértékben csökkent a glottalizált szótagok beszélőnkénti átlagos gyakorisága: 26,4%-ra; bár az átlagos eltérés nem változott: 16,9%.

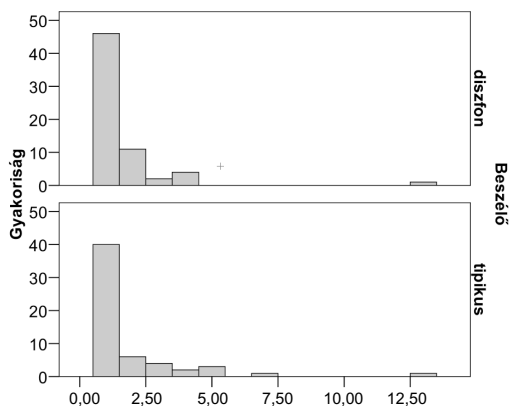
Lássuk most adatközlőnként a változások irányát és mértékét! A 4. ábrán az első felvételen mért glottalizációs gyakoriság alapján rendeztem sorba a beszélőket (a csoportba tartozástól függetlenül) balról jobbra emelkedő sorrendben. Mindkét beszélőcsoportban vannak olyanok, akik többet, és olyanok is, akik kevesebbet glottalizáltak a második felvétel alkalmával, mint először. Jelentős eltéréseket látunk például a T08-cal jelölt tipikus beszélő esetében, aki a vizsga előtt alig glottalizált (5,9%), majd utána majdnem a magánhangzók harmadát ejtette irreguláris zöngével. A változás mértéke hasonló, de az ellenkező irányban történt T03-nál és D04-nél. T10 és T02 esetében a két bemondás között szinte nincs eltérés, ilyen állandóságot a diszfóniás beszélők között nem találunk. A tipikus beszélők közül 4-nél nőtt, 4-nél csökkent a glottalizációs gyakoriság. A diszfóniások között két kivétellel mindenkinél csökkent a glottalizált magánhangzók aránya, ugyanakkor érdekes, hogy a már az első felvételen is legtöbbször glottalizáló D06 beszélő esetében még nőtt ez az arány (76,5%-ról 90,9%-ra). Összességében (ahogy a dobozdiagramon is látszott) a diszfóniásoknál javulás tapasztalható, amennyiben a zöngemínőség akaratlagos befolyásolásának képessége áll a kisebb glottalizációs gyakoriság háttérében.



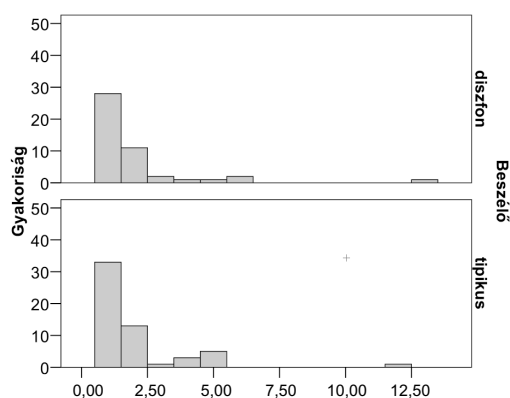
4. ábra. A glottalizációs gyakoriság adatközlőnként a terápia/vizsga előtt és után (T = tipikus, D = diszfóniás beszélő)

Az egészséges beszélők esetében a glottalizáció túlnyomórészt egy-egy szótagot érint, sokkal ritkább, hogy egymást követő több szótagra is kiterjed, és a hosszabb glottalizált szekvenciák kifejezetten unikumnak számítanak (lásd MARKÓ 2012b). Megvizsgáltuk, hogy ebben a tekintetben van-e eltérés a diszfóniás és a tipikus beszélők között, illetve hogy tapasztalható-e változás az első (5. ábra) és a második bemondás (6. ábra) között. A vizsga, illetve a terápia előtt a diszfóniás beszélőkre valamelyest jellemzőbb, hogy egymást követő magánhangzókat ejtenek glottalizáltan. Míg a diszfóniások ekkor átlagosan 1,9 magánhangzót ejtenek glottalizáltan egyfolytában (minimum 1-et, maximum 13-at, az átlagos eltérés 1,2), a tipikus beszélők átlagosan 1,6-ot (szintén 1 és 13 közötti tartományban, az átlagos eltérés 0,9). A második felvételen mindkét adatközlői csoportban átlagosan 2 egymást követő magánhangzó glottalizált (az ábrákon jól látszik, hogy mind a diszfóniások, mind a tipikus beszélők esetében csökken az egy szótagos, és növekszik a 2 szótagos előfordulások gyakorisága), és

mindkét csoportban 1,2 az átlagos eltérés. A tipikus beszélőknél 1 és 12 szótag közötti, a diszfóniásoknál 1 és 13 szótag közötti a glottalizált szekvenciák szótagszáma a második bemondás alkalmával is.



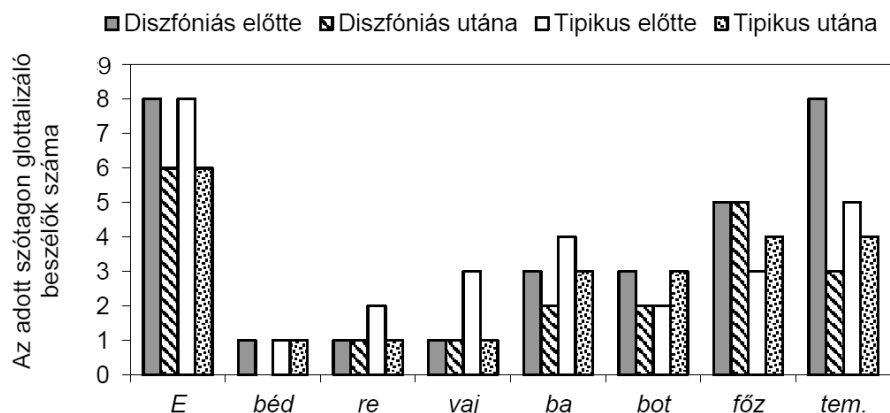
5. ábra. A glottalizált szekvenciák hossza az első felvételeken



6. ábra. A glottalizált szekvenciák hossza a második felvételeken

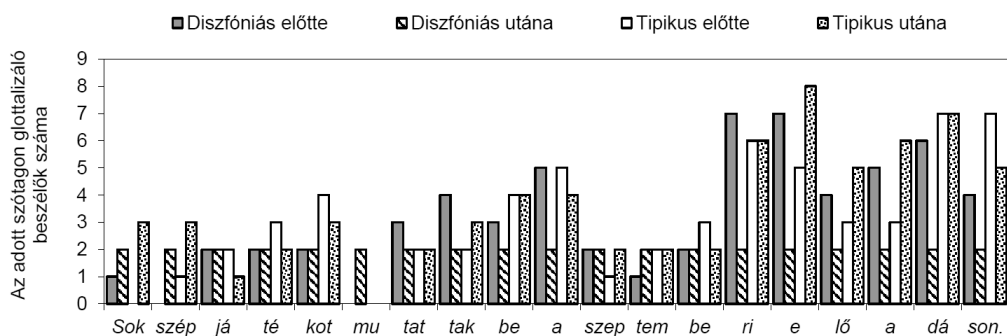
A mondatonkénti elemzésből kiderül, hogy a glottalizációnak a szakirodalomban feltárt funkciói hogyan jelentkeznek a diszfóniás és a tipikus beszélők összevetésében, és hogy ezeket a realizációkat befolyásolja-e a beszédhelyzet (azaz hogy a vizsga/terápia előtt vagy után készült-e az adott hangfelvétel). A 7. ábrán egyértelműen látszik, hogy a mondatkezdő magánhangzó mindkét csoport mindkét felolvasásában gyakran glottalizált. Az abszolút szakaszkezdő helyzet kemény zöngéindítást indukál, amely gége-zárhangként vagy irreguláris zöngperiódusokként realizálódik. Ugyancsak jellemző a mondat vége felé a glottalizáció, különösen a két utolsó szótagon. A legnagyobb arányban a diszfóniások terápia előtti bemondásaira jellemző, az utolsó szótagon, illetve a terápia előtt és után is viszonylag gyakori az utolsó előtti szótagon. Valamivel kisebb mértékben jelentkezik glottalizáció a tipikus beszélőknél ebben a fonetikai helyzetben, de a tendencia a mondatvégnél a glottalizációval történő jelzésére egyértelmű. Az is látható, hogy nincs olyan magánhangzó, amelynek kiejtése közben egy-egy beszélő ne

glottalizálna, de nem igaz, hogy ez a „random” glottalizáció a diszfóniás beszélőkre lenne jellemzőbb.



7. ábra. A glottalizált magánhangzók gyakorisága az egyes szótagokon az első mondatban a beszélői csoport és a felvétel időpontja szerint

A második mondatban több olyan kontextus is van, amely motiválhat glottalizált megvalósítást. Két magánhangzó-kapcsolat esik szóhatárra: *be a* és *szeptemberi előadáson*, valamint az utóbbi szó belsejében összetételi határon is jelentkezik hiátus (*előda*dáson). Ezen túlmenően a mondatvég természetesen itt is kiemelt helyzetet jelent, míg a mondat első magánhangzója – mivel itt nem abszolút közlés eleji helyzetben van – várhatóan nem lesz glottalizált. A 8. ábra alapján valóban főként az említett helyeken jelentkezik glottalizáció.

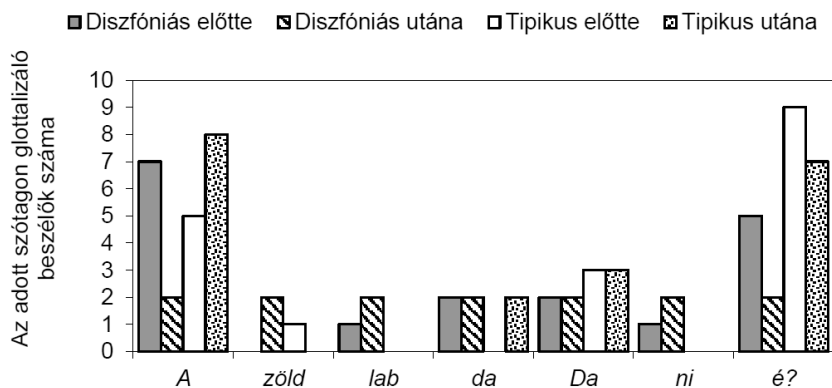


8. ábra. A glottalizált magánhangzók gyakorisága az egyes szótagokon a második mondatban a beszélői csoport és a felvétel időpontja szerint

Az igekötő és a névelő kapcsolatában a beszélők harmada-fele jelzi a magánhangzók határát irreguláris zöngével, a legkevésbé a diszfóniás beszélők terápia utáni bemondására jellemző ebben a pozícióban a glottalizáció. A *szeptemberi előadáson* szavak határán a glottalizáció mintegy kétszer ilyen gyakori, aminek háttérében állhat a hiátustöltés auto-

matizmusának elkerülése mint beszélői szándék. Itt is a diszfóniás beszélők terápia utáni felvétele tér el a többitől: mindössze 2-2 beszélő glottalizál közülük. Az előadáson *ó*a hangkapcsolata kétféle okból is realizálódhat irreguláris zöngével: a magánhangzók határának jelzése és a mondatvég felé való közeledés egyaránt állhat a háttérben. Itt szintén a beszélők harmada-fele glottalizált, és ugyancsak a diszfóniások terápia utáni bemondása képviseli a minimumértékeket, viszont a tipikus beszélők vizsga előtti felvétele is ritkábban tartalmaz glottalizációt ezen a helyen, mint a többi vizsgált pozícióban. Végül a mondat két utolsó magánhangzóján ismét erős glottalizációs hatás figyelhető meg, ismét a diszfóniás beszélők terápia utáni bemondását kivéve. Ebben a mondatban sem volt olyan magánhangzó, amelynek kiejtésekor ne glottalizált volna legalább egy-két adatközlő.

A harmadik mondat eldöntendő kérdés volt. Mivel ennek a mondat típusnak a magyarban sajátos intonációja van (a mondat végén szökő-eső dallam), azt vártam, hogy az utolsó előtti szótag magánhangzója egyetlen esetben sem lesz glottalizált. A 9. ábrával szemben azt mutatja, hogy a diszfóniás beszélők között mindkét felvétel alkalmával volt olyan, ha nem is számosan, aki glottalizáltan ejtette az *i*-t.



9. ábra. A glottalizált magánhangzók gyakorisága az egyes szótagokon a harmadik mondatban a beszélői csoport és a felvétel időpontja szerint

Ennek a mondatnak az első és az utolsó magánhangzója volt a glottalizáció szempontjából kitüntetett helyzetben. A kemény zöngéindítás az abszolút megnyilatkozáskezdő helyzetben mindkét beszélői csoportban jellemző volt, bár a diszfóniaterápiát követően jóval kisebb mértékben. Az utolsó szótag magánhangzóját ebben a mondatban nem pusztán a befejező helyzet miatt glottalizálhatták nagyobb arányban, hanem azért is, mert az eldöntendő kérdésbeli ún. kérdő mag (FÓNAGY–MAGDI CS 1967) utáni lelépésből adódóan a frekvencia könnyedén átcúszhat a modális alatti regiszterbe. Ez a hangzó azonban csak a tipikus beszélők esetében realizálódott gyakran glottalizációval, a diszfóniásoknak csak a fele glottalizált itt, már az első felvétel alkalmával is. A mondat további magánhangzóin ugyancsak tapasztalható volt minimális mértékű glottalizáció.

Egy korábbi kutatásban (BAJNÓCZI et al. 2011) az első terápiás ülés előtt és a negyedik foglalkozás után rögzített mondatokat értékeltük az érdesség, a levegőesség és a feszítettség/erőltettség szempontjából. Minden paraméterhez rendeltünk egy pontszámot 0 (normál) és 3 (a normáltól nagymértékben eltérő, patológiás) között. Tekintettel arra, hogy a jelen kutatásban a korábbi hanganyagok közül válogattam, e helyt érdemesnek tartottam megvizsgálni azt a kérdést, hogy van-e összefüggés a glottalizált

szótagok beszédbeli előfordulási aránya és az érdeesség perceptív minősítése között. A Pearson-féle korrelációanalízis erős, szignifikáns kapcsolatot mutatott ki: $r = 0,860$; $p < 0,01$.

Összegzés, következtetések

A jelen kutatásban fiatal nők vettek részt, két csoportban. Az egyik tagjai funkcionális diszfóniával diagnosztizált betegek voltak beszédterápiájuk kezdetén, a másikban pedig egyetemi hallgatók szerepeltek, akiknek a zöngékepzése – saját megítélésük szerint – ép volt. Az eredmények szerint a két csoportra jellemző beszélőnkénti glottalizációs gyakoriság nem tér el jelentősen az (a terápia, illetve vizsga előtt készült) első felvétel esetében. A második felvételre azonban a diszfóniások glottalizációs aránya átlagosan csökkent (mivel a 10 beszélő közül 8 esetében kevesebb lett az ezzel a zöngeminőséggel létrehozott magánhangzó), ezzel szemben a tipikus beszélőkre ilyen tendencia nem volt jellemző (köztük stagnálás, csökkenés és növekedés is adatható volt). Az adatok különbözőségének hátterében nyilvánvalóan a beszédterápiának a diszfóniások beszédére gyakorolt hatása áll. Az első terápiás alkalommal ugyanis (amely előtt és után a jelen kutatásban elemzett hangfelvételek készültek) általános és a feszes nyaki területre koncentrált lazító gyakorlatokat, valamint légző gyakorlatokat végeztek a betegek a logopédus irányításával. A gyakorlatsor keretében törekedtek a lágy hangindításra különböző zöngés szótagok ejtése közben. Azaz a zöngeminőséget befolyásoló tényezők módosulhattak a terápia hatására. Ezzel szemben a tipikus beszélők körében nem foglalkoztunk a beszédállapottal a két felvétel között, és ők – panaszuk nem lévén – nyilván nincsenek is tisztában azzal, hogy a magánhangzóik mekkora részét ejtik glottalizáltan. Bóhm és Ujváry (2008) egészséges beszélőkkel végzett kutatásában kimutatta, hogy az adatközlőkre jellemző a beszédükben mérhető glottalizációs gyakoriság. A beszélők három felolvasás során hasonló arányban képezték irreguláris zöngét, és az eltérések még kisebbek voltak, ha csak a mondatok végén jelentkező glottalizációt vették tekintetbe az összehasonlításban.

A mondatbeli pozíciókat tekintve egyértelmű, hogy a tipikus beszélők mindkét bemondásukban, a diszfóniások azonban csak az elsőben nagy arányban glottalizáltak azokban a fonetikai pozíciókban, amelyekben erre a korábbi kutatások eredményei alapján számítani lehetett (vö. MARKÓ 2013). Az, hogy a diszfóniások a második felvételen kevésbé glottalizáltak az erre hajlamosítóbb helyzetekben is, ugyancsak a terápia és a zöngeminőségre való tudatos koncentráció következménye lehet.

A legelsőként felolvasott mondat abszolút szakaszkezdő helyzetű magánhangzója mindkét csoport mindkét bemondásában legalább 60%-ban glottalizált volt, vagyis az ún. kemény hangindítás jelenségével találoztunk, akár gégezárhang, akár egymást követő irreguláris periódusok formájában. A mondat végéhez közeledve és különösen a két utolsó szótagon ugyancsak gyakori a glottalizáció, ez a tendencia a diszfóniások esetében erősebb. A második mondatban adatolt glottalizációs arányok alakulása főként a közlésben szereplő V(#)V kapcsolatok miatt érdekes: mind ezekben, mind a záró szótagokon mindkét csoport adatközlői nagy arányban glottalizáltak, a gyakoriság azonban a diszfóniások második felvételén ugyancsak lecsökkent. Az arányok a harmadik mondat első és utolsó szótagjában ugyanígy alakultak.

A diszfónia differenciáldiagnosztikájában használatos perceptív minősítések közül az érdeesség mérőszáma jól korrelált a glottalizált szótagok arányával. A tipikus beszélőkre

vonatkozóan ebből az következik, hogy a gyakrabban glottalizáló egyetemistákat pusztán a perceptív minősítés alapján diszfóniásnak gondolhatnánk. Az adatokból világosan látszik, hogy a fiatal nőkre (egészséges hangképzés esetén is) jellemző a glottalizáció. Gottliebson és munkatársai (2007) arról számolnak be, hogy az általuk végzett vizsgálatban részt vevő főiskolai hallgatók szerint a glottalizáció választott, követendő beszéd-sajátosság a velük egykorú beszélők körében. A szerzők szerint feltételezhető, hogy a fiatalok népszerű személyekhez társítják ezt a zöngeminőséget, és ezért tartják követendőnek. Igen hasonlóan ehhez Yuasa (2010) megállapítása, aki szerint a beszédpartnerek a glottalizáció hallatán kompetenciái, tekintélyt tulajdonítanak a beszélőnek. És bár mindkét említett kutatás amerikai angol beszélőkkel készült, saját kutatásom alapján (MARKÓ 2012b) is feltehető, hogy a zöngeminőség megválasztásában ilyen tényezők is befolyásolják az egészséges beszélőket, illetve státusukból adódóan elsősorban a nőket.

Igaz ugyan, hogy a folyamatos beszéd sok tekintetben közelebb áll a hétköznapi kommunikációban megszokott beszédformákhoz, de ez természetesen nem jelenti azt – és erre a jelen kutatás eredményei is felhívják a figyelmet –, hogy a kitarított hang vizsgálata mellőzhető lenne. Hiszen látjuk, hogy önmagában a glottalizációs gyakoriság nem elegendő paraméter a megbízható véleményalkotásra. Amikor tehát például (beszéd)pedagógusként figyelmeztetnénk tanítványunkat a zöngeminőségének feltűnő érdekességére, vegyük tekintetbe, hogy ennek hátterében igen sokféle ok húzódhat meg, és egyáltalán nem biztos, hogy hibás működés (pl. diszfónia) a kiváltója. Természetesen a problémát, ha fennáll, kezelni kell. De a glottalizáció, még ha esetleg gyakori is, önmagában még nem probléma. Az egy újabb kutatás kérdése lehet, hogy a jövőre nézve viszont rejthet veszélyeket, ha ez a zöngképzési forma állandósul az egyén beszédében (vö. GOTTLIEBSON et al. 2007).

Irodalom

- BAJNÓCZINÉ SZUCSÁK K.–MARKÓ A.–GRÁCI T. E. (2011): Diszfóniás betegek hangminőségének változása a kezdeti hangterápia során. *Fül-Orr-Gégegyógyászat*, LVII/4, 186–193.
- BATLINER, A.–BURGER, S.–JOHNE, B.–KIESSLING, A. (1993): MÜSLI: A classification scheme for laryngealizations. In *Working Papers, Prosody Workshop*. Lund, Sweden. 176–179.
- BATLINER, A.–STEIDL, S.–NÖTH, E. (2007): Laryngealizations and emotions: How many Babushkas? In SCHRÖDER, M.–BATLINER, A.–D’ALESSANDRO, CH. (eds): *Proceedings of the International Workshop on Paralinguistic Speech (ParaLing’07, Saarbrücken 03.08.2007)*. DFKI, Saarbrücken, 17–22. <http://www5.informatik.uni-erlangen.de/Forschung/Publikationen/2007/Batliner07-LAE.pdf> (A letöltés ideje: 2010. szeptember 5.)
- BLOMGREN, M.–CHEN, Y.–NG, M. L.–GILBERT, H. R. (1998): Acoustic, aerodynamic, physiologic, and perceptual properties of modal and vocal fry registers. *Journal of the Acoustical Society of America*, 103, 2649–2658.
- BOERSMA, P.–WEENINK, D. (2010): *Praat: doing phonetics by computer* (Verzió 5.2). http://www.fon.hum.uva.nl/praat/download_win.html
- BŐHM, T.–SHATTUCK-HUFNAGEL, S. (2007): Listeners recognize speakers’ habitual utterance final voice quality. In SCHRÖDER, M.–BATLINER, A.–D’ALESSANDRO, CH. (eds): *Proceedings of the International Workshop on Paralinguistic Speech (ParaLing’07, Saarbrücken 03.08.2007)*. Saarbrücken, 29–34. <http://www.bohm.hu/publications/BohmShattuckHufnagelParaling2007.pdf> (A letöltés ideje: 2010. szeptember 5.)
- BŐHM T.–UJVÁRY I. (2008): Az irreguláris fonáció mint egyéni hangjellemző a magyar beszédben. In *Beszédkutatás 2008.*, 108–120.

- DILLEY, L.–SHATTUCK-HUFNAGEL, S.–OSTENDORF, M. (1996): Glottalization of word-initial vowels as a function of prosodic structure. *Journal of Phonetics*, 24, 423–444.
- DOCHERTY, G. J.–FOULKES, P. (1995): Acoustic profiling of glottal and glottalised variants of English stops. In *Proceedings of the XIIIth International Congress of Phonetic Sciences*. Stockholm. 350–353.
- ESLING, J. H. (1978): *Voice quality in Edinburgh: a sociolinguistic and phonetic study*. PhD dissertation. University of Edinburgh, Edinburgh.
- ESLING, J. H.–HARRIS, J. G. (2005): States of the glottis: an articulatory phonetic model based on laryngoscopic observations. In HARDCASTLE, W. J.–MACKENZIE BECK, J. (eds): *A figure of speech: A festschrift for John Laver*. Lawrence Erlbaum Association, Mahwah. 347–383.
- FANT, G.–KRUCKENBERG, A. (1989): Preliminaries to the study of Swedish prose reading and reading style. In *Speech Transmission Laboratory Quarterly Progress and Status Report 30/2*. Royal Institute of Technology, Stockholm, 1–80. http://www.speech.kth.se/prod/publications/files/qpsr/1989/1989_30_2_001-080.pdf (*A letöltés ideje: 2010. december 10.*)
- FÓNAGY I.–MAGDICS K. (1967): *A magyar beszéd dallama*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- GERRATT, B. R.–KREIMAN, J. (2001): Toward a taxonomy of nonmodal phonation. *Journal of Phonetics*, 29, 365–381.
- GIMSON, A. CH. (1980): *An introduction to the pronunciation of English*. 3rd edition. Edward Arnold, London.
- GOBL, CH.–NÍ CHASAIDE, A. (2003): The role of voice quality in communicating emotion, mood and attitude. *Speech Communication*, 40, 189–212.
- GORDON, M.–LADEFOGED, P. (2001): Phonation types: a cross-linguistic overview. *Journal of Phonetics*, 29, 383–406.
- GÓSY M. (2004) *Fonetika, a beszéd tudománya*. Osiris Kiadó, Budapest.
- GOTTLIEBSON, R. O.–LEE, L.–WEINRICH, B.–SANDERS, J. (2007): Voice problems of future speech-language pathologists. *Journal of Voice*, 21, 699–704.
- HENTON, C.–BLADON, A. (1988): Creak as a sociophonetic marker. In HYMAN, L. M.–LI, CH. N. (eds): *Language, speech and mind. Studies in honour of Victoria A. Fromkin*. Routledge, London – New York. 3–29.
- HIRANO, M. (1981): *Clinical examination of voice*. Springer, Vienna.
- HIRSCHBERG J.–MÉSZÁROS K. (2003): Foniátria a fül-orr-gégészeti gyakorlatban. In HIRSCHBERG J. (szerk.): *A foniátria és a Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társaság története. A kommunikáció, a hangképzés és a beszéd zavarainak kezelése*. Szerzői kiadás, Budapest. 163–191.
- HIRSCHBERG J.–MÉSZÁROS K.–BALÁZS B.–HACKI T.–HORVÁTH E.–KIEFER G.–LICHTENBERGER GY.–PAP U.–PATAKI L.–STEPPER M. (2003): A hangképzési, a beszéd- és a nyelési zavarok kezelésének alapelvei. In HIRSCHBERG J. (szerk.): *A foniátria és a Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társaság története. A kommunikáció, a hangképzés és a beszéd zavarainak kezelése*. Szerzői kiadás, Budapest. 193–207.
- HOLLIEN, H.–WENDAHL, R. W. (1968): Perceptual study of vocal fry. *Journal of the Acoustical Society of America*, 43, 506–509.
- HUBER, D. (1988): *Aspects of the communicative function of voice in text intonation*. PhD thesis. Chalmers University, Göteborg–Lund.
- JURGEC, P. (é. n.): *Creaky voice in Slovene*. www.jurgec.net/publications/Creaky.pdf (*A letöltés ideje: 2012. október 20.*)
- KIEFER G. (1995): *Rekedtség*. Golden Book Kiadó, Budapest.
- KOHLER, K. J. (1994): Glottal stops and glottalization in German. *Phonetica*, 51, 38–51.
- LADEFOGED, P.–MADDIESON, I. (1996): *The sounds of the world's languages*. Blackwell Publishing, Oxford.
- LAVER, J. (1980): *The phonetic description of voice quality*. Cambridge University Press, Cambridge.
- LAVER, J. (1994): *Principles of phonetics*. Cambridge University Press, Cambridge.
- LEHISTE, I. (1965): Juncture. In *Proceedings of the 5th International Congress of Phonetic Sciences, Münster 1964*. S. Karger, New York. 172–200.

- LENNES, M.–AHO, E.–TOIVOLA, M.–WAHLBERG, L. (2006): On the use of the glottal stop in Finnish conversational speech. In AULANKO, R.–WAHLBERG, L.–VAINIO, M. (eds): *The Phonetics Symposium 2006*. 93–102. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kay/fonet/julkaisu/53/fonetiik.pdf> (A letöltés ideje: 2012. október 10.)
- MARKÓ A. (2011): A glottalizáció határjelző szerepe a felolvasásban. In *Beszédkutatás 2011.*, 31–45.
- MARKÓ A. (2012a): Az irreguláris zöngé szerepe a magánhangzók határának jelölésében V(≠)V kapcsolatokban. In *Beszédkutatás 2012.*, 5–29.
- MARKÓ A. (2012b): Az irreguláris zöngé funkciói és gyakorisága olvasott és spontán beszédben. In GÓSY M. (szerk.): *Beszéd, adatbázis, kutatások*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 25–42.
- MARKÓ A. (2013): *Az irreguláris zöngé funkciói a magyar beszédben*. Beszéd – kutatások – alkalmazások 1. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- MCGLONE, R. E. (1967): Air flow during vocal fry phonation. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 10, 299–304.
- NAWKA, T.–ANDERS, L. CH.–WENDLER, J. (1994): Die auditive Beurteilung heisere Stimmen nach dem RBH-System. *Sprache-Stimme-Gehör*, 18, 130–133.
- PIERREHUMBERT, J.–TALKIN, D. (1992): Lenition of /h/ and glottal stop. In DOHERTY, G. J.–LADD, D. R. (eds): *Papers in laboratory phonology II: Gesture, segment, prosody*. Cambridge University Press, Cambridge. 90–117.
- REDI, L.–SHATTUCK-HUFNAGEL, S. (2001): Variation in the realization of glottalization in normal speakers. *Journal of Phonetics*, 29, 407–429.
- RODGERS, J. (1999): Three influences on glottalization in read and spontaneous German speech. In *Arbeitsberichte des Instituts für Phonetik und digitale Sprachverarbeitung der Universität Kiel*, 25, 173–280.
- SLIFKA, J. (2006): Some physiological correlates to regular and irregular phonation at the end of an utterance. *Journal of Voice*, 20, 2, 171–186.
- SLIFKA, J. (2007): Irregular phonation and its preferred role as a cue to silence in phonological systems. In TROUVAIN, J.–BARRY, W. J. (eds): *Proceedings of the 16th International Congress of Phonetic Sciences. Saarbrücken 6–10 August 2007*. Pirrot GmbH., Dudweiler. 229–232.
- TRUDGILL, P. (1974): *The social differentiation of English in Norwich*. Cambridge University Press, Cambridge.
- VICSI, K.–IMRE, V.–MÉSZÁROS, K. (2011): Voice disorder detection on the basis of continuous speech. In JOBBÁGY, Á. (ed.): *IFMBE Proceedings 37. 5th European Conference of the International Federation for Medical and Biological Engineering. 14–18 September 2011, Budapest, Hungary*. Springer, Wien. 86–89.
- WOLK, L.–ABDELLI-BERUH, N. B.–SLAVIN, D. (2012): Habitual use of vocal fry in young adult female speakers. *Journal of Voice*, 26, 111–116.
- YUASA, I. P. (2010): Creaky voice: A new feminine voice quality for young urban-oriented upwardly mobile American women. *American Speech*, 85, 3, 315–337.

Cerebrális parézissel élő gyermekek szorongásának és viselkedésének felmérése integrált és speciális iskolai környezetben

CSUKA VIKTÓRIA, NÁDASI ZSÓFIA, KELEMEN ANNA

csuvi90@gmail.com, nadasi.zsafia@peto.hu, kelemenanna@hotmail.com

Absztrakt

Vizsgálatunkban negyvennégy, 10–16 év közötti integrált, többségi iskolában és speciális intézményben tanuló cerebrális parézissel élő (CP) gyermek szorongását és magatartási zavarait hasonlítottuk össze a Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skálával (MASC) és a Conners Kérdőívvel, mind a szülői (CPRS-R), mind a tanári (CTRS-R) változatot felhasználva. Az integrált és speciális iskolai környezetben tanulók összesített szorongási értékei között szignifikáns eltérést nem kaptunk; a speciális intézményben nevelkedő gyerekek szorongási értéke összességében 3%-kal; a szorongás fizikai tüneteiben, az elkerülő magatartásban és a pánik tünetekben 5-10%-kal lett magasabb. Az integrált környezetben tanulók szociális szorongása viszont 7,8%-kal erősebb volt a speciális iskolában tanulókéhoz képest. A Conners Kérdőívvel vizsgált magatartási zavaroknál mind a négy területen szignifikáns különbséget kaptunk. A speciális iskolában tanulóknál 47%-kal gyakoribb az oppozíciós viselkedés, 43%-kal gyengébbek kognitív képességeikben, 42%-kal magasabbak a hiperaktivitási és 40%-kal az ADHD eredményeik. A gyermekek magatartászavarai korrelációs analízissel vizsgálva kisebb mértékben függtek az érzelmi eltérésektől, ezzel szemben valószínűsíthető az organikus tényezők nagyobb szerepe.

Kulcsszavak: cerebrális parézis, integráció, szegregáció, szorongás, magatartási zavarok

Bevezetés

Szakemberek és szülők folyamatos dilemmája, hogy a tanköteles korba lépett cerebrális parézissel (CP) élő gyermek mely oktatási-nevelési környezetben kezdje meg tanulmányait. Vajon az integrált, többségi vagy a speciális iskolát válasszák? Minden, a témával foglalkozó szakember egyetért abban a kérdésben, hogy a gyermek érdekeit kell szem előtt tartani, és a legmegfelelőbb körülményeket kell megtalálni a további fejlődéshez. A modern pedagógiai elképzelés szerint speciális iskolai környezetben érdemes elhelyezni azokat a gyermekeket, akiknek komplex egészségügyi állapota nem teszi lehetővé a többségi iskolában való tanulást. A cerebrális parézis az agyi fejlődés korai szakaszában keletkezett sérülés maradvány-tünetegyüttese, melynek domináns problémája a mozgászavar, de gyakran járulékos kognitív és emocionális deficitek is kialakulnak. A CP komplexitásához továbbá hozzátartozik az időnként kifejezett testi tünetek látványa is, az akaratlan túlmozgások és deformitások, a kommunikációs nehézségek és a specifikus mentális problémák jelenléte (BALOGH 2009). A tünetek intenzitásának megjelölésére a Perlstein (1952) által meghatározott három fokozatot szoktuk használni. Az I. fokozat az enyhe, amikor a gyermek mindennapi tevékenységeit képes önállóan ellátni, bár mozgása darabos, ügyetlen. A II. fokozatnál (mérsékelt vagy közepesúlyos) a sérültnek szüksége van valamennyi segítségre a motoros teljesítményében, de járása még önálló. Érintett a beszéd és a manipuláció is.

A III. fokozat (súlyos) esetében a sérült segítségre szorul a napi teendőiben, mozgása nem önálló, függetlensége súlyosan érintett (KÁLMÁNCHEY 2000). A felsorolt tünetek a környezetben nyílt vagy burkolt ellenérzést válthatnak ki, melynek a gyermek maga szenvedő alanya lehet, és emiatt pszichés fejlődése negatív irányba mozdulhat el.

Az iskolaválasztás komoly döntését tehát egyrészt a kórkép orvosi aspektusai befolyásolják – mint például a motoros zavar típusa és súlyossága, a járulékos, érzékszervi, percepció és kognitív problémák fennállása –, másrészt a várható érzelmi fejlődés minősége, ezen belül különösen a szorongás. Wiley és Renk vizsgálták a CP-vel élők helyzeti szorongását, mely 14,4%-os gyakoriságot mutatott és jelentősen meghatározta a mozgássérültek életminőségét (WILEY–RENK 2007).

Atkinson a következőképpen definiálja a szorongás fogalmát: „Feszültséggel, aggodással teli állapot. Bizonyos elméletalkotók számára ez egyenértékű a félelemmel, azonban mások a szorongás tárgyát (pl. a tiltásból származó veszélyt) jóval kevésbé specifikusnak gondolják, mint a félelmet, például egy veszedelmes vadállattól.” (ATKINSON 2005: 753)

A WHO becslése szerint a világ teljes populációjának 10%-a küzd valamilyen típusú szociális beilleszkedési zavarral, mely befolyásolja az egyén boldogulását (DIAMOND 2002). Minél inkább látható a gyermek vagy felnőtt „mássága”, annál nehezebb számára a beilleszkedés, bár sokszor a minden kritériumnak megfelelő, normál fejlődési utat mutató gyermekek is sérülnek szociális képességeik területén és válnak boldogtalan fiatalokká, felnőttekké (RIGBY 2002). A szorongásos zavarok olyan rendellenességek, melyek intenzív szorongással és szorongást csökkentő maladaptív (rosszul alkalmazkodó) viselkedéssel járnak (ATKINSON 2005).

A CP-vel élő gyermekek lassabban érnek és a tanulás folyamatában is lassabban haladnak. A tanulási és viselkedési problémákkal küzdő gyerekek szókincese általában szegényesebb, a feladatokat nehezebben értik meg, az ismereteket alacsonyabb szinten rendezik (BALOGH–TÓTH 2005). Rendszerint a későn érő tanulók szociális képességeikben is elmaradnak az átlagtól (GALLOWAY–GOODWIN 1987), és ennek köszönhetően a tanulási zavarokkal küzdők sűrűn kerülnek a rendbontók csoportjába.

Moses úgy gondolja, a tanulási nehézségek állnak kétharmad részben a viselkedési problémák hátterében. A viselkedési problémák mögött gyakran kontextuális tényező húzódik meg, például a stressz (GALLOWAY–GOODWIN 1987). Közös vonás a tanulási és viselkedési zavarokkal küzdőknél, hogy csökken az önértékelésük és önbecsülésük (WILSON–EVANS 1980). Ennek külső megnyilvánulása széles skálán húzódik a visszahúzózkodás, izoláció és figyelemfelkeltés, rendbontás között. A tanulási nehézséggel bíró tanulók jellemzői: figyelemzavarok, percepció (érzékelés–észlelés) zavarai, mozgáskoordináció, finommozgás zavarai, téri orientáció problémái, nyelvi működés zavarai, szekunder módon kialakulhatnak személyiségtorzulások, pszichikus károsodások, legtöbbször szorongás, agresszió, antiszociális vagy figyelemfelkeltő viselkedés, megromlott interperszonális kapcsolatok, alacsony önértékelés, az emlékezés zavarai és a gondolkodás problémái (PORKOLÁBNÉ 1988; MONTGOMERY 1990; SILVER 1992; SMITH 1995).

A viselkedés, aktivitás terén jelentkező zavarok: impulzivitás, hiperaktivitás, koordinálatlan, ügyetlen mozgás. Előfordulhat szorongásos, merev, rigid magatartás is: a tanuló túlzottan csendes, passzív, gyakran közönyös viselkedésű (PORKOLÁBNÉ 1988). A CP-vel élő gyermekeknél mindezen tünetek a kórképből kifolyólag jelen vannak és tanulási nehézség formájában is megjelennek.

Az externalizáló viselkedésproblémák esetében a probléma „kifelé” irányul, így a gyermek viselkedésével a környezetét zavarja, nem törődve a megnyilvánulásaira adott

reakciókkal. A BNO-10 (1998) meghatározása szerint ilyen hiperkinetikus és magatartási zavarok például az általunk is vizsgált nyílt (kihívó) oppozíciós zavar, hiperaktivitás vagy figyelemhiányos hiperaktivitási zavar (ADHD). A hiperkinetikus gyermekekre jellemző a kitarítás hiánya a kognitív részvételt igénylő feladatokban, a csapongás a tevékenységek között, és a túlzott mértékű, rendezetlen aktivitás. Sok esetben kapcsolódik hozzá kognitív zavar (megismerés, gondolkodás, memória és tanulás, NAGY 1998), nyelvi és motoros éretlenség (BNO-10 1998 – diszlexia, diszkalkulia), hangulati zavarok (ingerlékenység, szorongás, depresszió), magatartási zavarok, és ez később antiszociális személyiség kialakulásához vezethet (N. KOLLÁR–SZABÓ 2004). „További nehézségeik vannak a szellemi erőfeszítés fenntartásában, a frusztráció kezelésében és az érzelmek visszafogásában, a munkaemlékezet használatában és az emlékezeti hozzáférésben, a cselekvéseik követésében és szabályozásában. Eredményeik elmaradnak életkoruk és értelmi képességek alapján elvárható teljesítménytől” (N. KOLLÁR–SZABÓ 2004: 268).

Az oppozíciós zavar és a figyelemzavaros hiperaktivitás komorbiditása (együttes előfordulása) igen gyakori. Abból eredhet, hogy a hiperaktív gyerekeknek alacsony a frusztrációtűrése, nehezen tűrik a tiltást, szabályokat, és az ilyen szituációk könnyen dührohamba, heves ellenkezésbe torkollhatnak (BÁBOSIK–TÖRGYIK 2007).

A szorongás mértékének fontossága iskoláskorban rendkívüli jelentőségű, hiszen a teljes képességstruktúrára óriási hatással van, befolyásolja a kognitív képességeket, tanulási nehézségeket okozhat és jelentkezhethet magatartási problémák formájában is.

Irodalmi adatok alapján kimondható, hogy a mozgássérült gyermekek, legyenek bármilyen iskolában, jobban szoronganak ép társaikhoz képest. Weberer szerint a mozgássérültség tényével és problémáival 10 éves korban kezdenek el foglalkozni a gyermekek, ami a serdüléssel járó szorongásokat is felerősítheti (HÁRI 1991). Rutter vizsgálatában a felmért központi idegrendszeri sérült iskolások 51%-ánál, míg ép társaiknál csak 15%-uknál találtak valamilyen pszichológiai rendellenességet (ANDERSON 1982). Arra azonban, hogy van-e különbség a speciális iskolában és az integrált oktatásban résztvevő gyerekek szorongásának mértékében, nem áll rendelkezésre szisztematikus vizsgálat.

Tanulmányunk célja az, hogy felmérje az integrált és speciális iskolai környezetben nevelkedő cerebrális parézissel élő iskolás gyermekek szorongásait. Szakmai tapasztalataink alapján kísérletet teszünk feltárni a szorongás néhány lehetséges kiváltó okát, valamint a gyakorlat számára kívánunk néhány használható következtetést levonni.

Módszerek

A vizsgálatba huszonhárom speciális iskolában, és huszonegy integrált iskolában tanuló cerebrális parézissel élő ép értelmű 10–16 év közötti gyermeket vontunk be.

A gyermekek szorongását a Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skála (Multi-dimensional Anxiety for Children, MASC; MARCH 1997) használatával mértük fel, amelyet maguk a gyerekek töltöttek ki. A magatartási problémákat szintén kérdőíves módszerrel vizsgáltuk, ehhez a Conners Kérdőív tanári (Conners Teacher Rating Scale Revised, CTRS-R) és szülői változatát (Conners Parent Rating Scale Revised, CPRS-R) használtuk (CONNERS 1997; CONNERS et al. 1998). Az eredményeket a szülői és tanári változatok összege adta. A Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skála a szorongás négy dimenziójában (szorongás fizikai tünetei, elkerülő magatartás, szociális szorongás és pániktünetek) vizsgálja a 10–17 éves gyerekeket. A Conners Kérdőív a 3–17 éves gyerekek magatartási

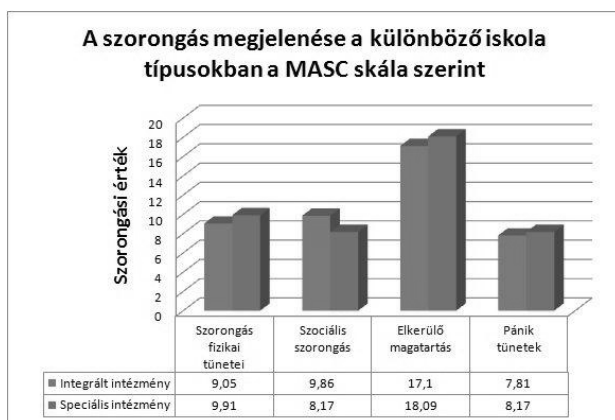
problémáinak négy területét érinti: oppozíciós, kognitív, hiperaktivitási és figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD) indexeket mér.

Az adatok statisztikai elemzéséhez a Kolmogorov–Smirnov tesztet, a független mintás T-próbát és három nem normális eloszlású változó esetében (oppozíciós, hiperaktivitási és ADHD indexek) a Mann–Whitney U-tesztet használtuk.

Eredmények

Integrált és speciális iskolában tanulók szorongásának összehasonlítása a Gyermek Multidimenzionális Szorongás Skálával

A két vizsgált csoport szorongásában szignifikáns különbség nem található. Az integrált tanulók szorongási összesített középértéke 43,29 lett, míg a speciális iskolában tanulóké 44,48. Mindkét csoport értéke magasnak mondható, mivel Compton 2001-es MASC vizsgálatában a 47-es szorongási értéknél már indokoltnak tartották a gyógyszeres kezelést (COMPTON et al. 2001).



1. ábra

Az 1. ábrán látható, hogy a szorongás fizikai tüneteiben és az elkerülő magatartásban közel 5-10%-os eltérés látható, a pániktüneteknél még ennél is kevesebb; ezek a szorongásos manifesztációk kevésbé kifejezettek a speciális iskolában tanulók esetében. A szociális szorongás viszont az integrált környezetben tanuló gyerekeknél volt 18%-kal erősebb. Mindkét csoportban kifejezett volt az elkerülő magatartás. A szorongás mértéke nem mutatott lineáris összefüggést a mozgássérültség fokával; a középsúlyosak szoronganak a legjobban, kevésbé a súlyos és legkevésbé az enyhe fokban mozgássérültek. A mozgássérültség foka meghatározónak tűnt az oktatás típusában, hiszen az integrált iskolában tanulók 52%-a enyhe mozgássérült, 48%-a középsúlyos, súlyos fokban érintett mozgássérült pedig nem találtunk. A speciális iskolai csoportban mindhárom fokozat megtalálható, enyhe kategóriába tartozó mozgássérült mindössze 26%-ban található, középsúlyos 39%-ban és súlyos 35%-ban. Ezeket az arányokat szemlélteti a 2. ábra.

Amennyiben a közlekedés önállósága alapján határozzuk meg a súlyosság mértékét, már tapasztalható a lineáris összefüggés (3. ábra), a közlekedésükben legkevésbé önálló cerebrális parézissel élők szoronganak a legjobban.

2. ábra



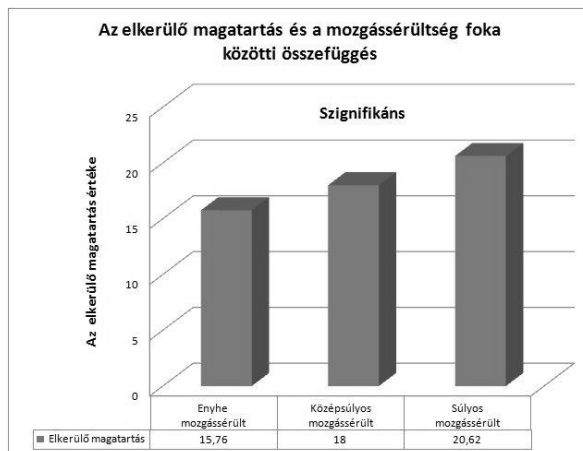
3. ábra



Hasonló tapasztalható a szorongáson belül az elkerülő magatartást és a közlekedési önállóságot vizsgálva (4. ábra). Minél több segítségre van a gyermeknek szüksége a helyváltoztatásra, annál inkább jellemző rá az elkerülő viselkedés.

A szorongáson belüli alskálák közül az elkerülő magatartás és a mozgássérültség foka között mutatkozott szignifikáns összefüggés ($P=0,039$).

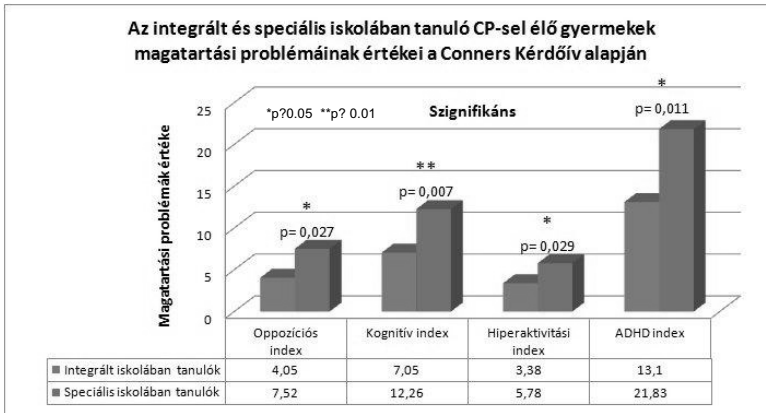
4. ábra



A mozgássérültség fokának növekedésével az elkerülő magatartás nő és a Spearman ρ teszt szerint az elkerülő magatartás megjelenése 10%-ban a mozgássérültség fokától függ.

Integrált és speciális intézményben nevelkedő cerebrális parézissel élő gyermekek magatartási zavarainak összehasonlítása a Conners szülői és tanári kérdőívekkel

Az oppozíciós, a kognitív, a hiperaktivitási és az ADHD indexben szignifikáns különbség van a két csoport között (5. ábra).



5. ábra

A speciális intézetben tanulók között magasabb az oppozíciós (dacos) viselkedés, a hiperaktivitás és az ADHD megjelenésének aránya, mint az integrált gyerekeknél. A speciális intézményben tanulók kognitív képességek terén is gyengébb teljesítményt mutatnak a szülői és tanári vélemények szerint.

Megbeszélés

Szorongás az integrált és speciális iskolában tanuló cerebrális parézissel élő gyermekeknél

A CP-vel élő gyermekek pszichés fejlődése a sérülés természete miatt különbözik az egészséges gyerekekétől. Ez az eltérés tartós és meghatározó a CP-vel élők életében. A CP-vel élő gyermekre fokozott stresszérzékenység jellemző, amely az alapterület tüneteit is jelentősen ronthatja (a hirtelen inger rontja a spasztikus és athetoticus tüneteket). A neurológiai fokozott érzékenység pszichés érzékenységhez is vezet, ez egy önerősítő kör.

A szorongást kiváltó külső és belső faktorok a mozgássérültet nevelő családokban fokozottan előfordulnak. A sérült gyermek jelenléte feszültséget szülhet a szülők között, gyakoribb a válás, viharos családi élet. A szülők komoly lelki, fizikai és anyagi megterhelésnek vannak kitéve. Fel kell dolgozniuk a tragédiát és el kell jutniuk az elfogadásig. A családban lévő feszült légkör, a szülők szorongása átragad a gyermekekre is. A szülői, nevelői attitűdre jobban jellemző a túlféltés, mint az ép gyermeket nevelő családokban (KÁLMÁN 2004).

A CP-vel élő serdülők fele pszichológiai problémákkal küzd. A serdülés alapvető krízisei mellett meg kell küzdeniük fogyatékoságuk elfogadásával és elfogadtatásával. A depresszió egészséges kamaszoknál is igen gyakori, emellett a szülői és a tanári jelentésből az tűnik ki, hogy a CP-vel élő kamaszok jóval nagyobb aránya mondható boldogtalannak, bár súlyos depressziós problémája a fogyatékosoknak kevesebb mint

10%-uknak van. A CP-vel élő tinédzserek esetében a fiúk 24%-a és a lányok 47%-a jelentette azt, hogy gyakran depressziósnak érzi magát, a kontroll csoportban ez a két szám 20% és 17%. Ez azt mutatja, hogy a CP jelenléte háromszorosára növeli a szorongás és depresszió esélyét lányoknál, míg a fiúknál alig jelent különbséget (ANDERSON 1982).

Ha a CP-vel élő gyermekek kiskoruktól fogva ép gyerekek társaságában vannak, természetes közegnek érzik azt. Az integráció mindkét fél énképére pozitívan hat, és a gyerekek fiatal korban megtanulják elfogadni a másságot. Speciális intézetben a fogyatékos tanulóknak kevesebb kapcsolata van az ép gyerekekkel, idősebb korban lépnek ki a világba, később kell megküzdniük a beilleszkedés harcát, ami egyre nehezebb az idő előre haladásával.

Integrált és speciális intézetben tanuló cerebrális parézissel élő gyerekek szorongásának összehasonlítása

A speciális iskolában nevelkedő gyerekek összesített szorongási értéke 3%-al lett magasabb, mint az integráltaké. Ennek okát abban látjuk, hogy a speciális iskolába járók nagyrészt sokkal súlyosabb mozgásállapotú gyerekek. Jövőbeli lehetőségeik lényegesen szűkösebbek, a szülők is érzik saját életük és a gyermekük kilátástalanságát a továbbtanulásra, életben való önálló boldogulásra, emiatt a szülő és a gyermeke is jobban szorong. A szorongást erősítheti, hogy a szülők és olykor a pedagógusok is túlféltik, „túlsegítik” a gyermeket, olyankor is, amikor nem lenne feltétlenül szükséges. Úgy véljük, hogy kikerülve a védett közegből, nagyobb trauma a szembesülés, hogyan fogadja majd őket a társadalom. Míg az integrált iskolában tanuló gyerekek reálisabb környezetben nevelkednek, önmagukat társaikhoz mérten hitelesebben látják; mindezen érvek az integráció mellett szólnak.

A vizsgált csoportok szorongásában a testi tünetek aránya 9%-kal, míg a pániktüneteké 4%-kal volt magasabb a speciális környezetben nevelkedő gyerekeknél, melyek az alapproblémából is eredhetnek. A gyermekkori pszichés rendellenességek leggyakrabban fizikai tünetekben nyilvánulnak meg és jól jelzik a szorongást.

Felmerült bennünk, hogy milyen hatással lehet a gyerekekre és milyen mértékben befolyásolja a szorongás kialakulását a napirend a két iskolatípusban. A vizsgált speciális intézetben nagyon szoros, ám aktív napirendet kell a gyerekeknek követniük, mely nem csak a kötelező órákra vonatkozik, hiszen a bentlakásos iskolában tanuló gyermekeknek a reggeli keléstől az esti lefekvésig tart. Ez az állandóság egyrészt biztonságot ad, másrészt folyamatos kontrollt, felügyeletet jelent. A nap folyamán a gyermekek a teljes képességstruktúrára irányuló fejlesztést célzó feladathelyzetben vannak és e mellett teljesíteniük kell a Nemzeti Alaptanterv által előírt követelményeket is. Többségében elmondható, hogy a gyermekek értelmi képességeik alapján meg tudnák tanulni az anyagot, csak az akadályozott motoros képességek és a kórképből adódó esetleges lassabb gondolkodás miatt több időre van szükségük. Nyilvánvalóan a többségi iskolában is gyorsnak érezhetik a mozgássérült gyerekek az órai tempót, és az órák-szünetek aránya is kötött, az viszont biztos, hogy a vizsgált integrált gyerekek 95%-a önállóan közlekedik és kevesebb gondot okoz nekik a termék, szintek közötti közlekedés, valamint kórképeik is kevésbé összetettek és súlyosak. Rutter eredményei is hasonlóak: a CP-vel élő kamaszok 44%-a szorongott az iskolai feladatok miatt, függetlenül az iskolatípustól (ANDERSON 1982).

Egy másik helyzetből adódó probléma lehet a speciális intézetben tanuló gyermekeknél, hogy a folyamatos felnőtt felügyelet miatt nincsen elég idejük az intimitásra. Míg

egy integrált iskolában a tanárok a szünetben kimennek a teremből, addig a speciális iskolában a gyerekek súlyosabb mozgásállapota, valamint egy teljesen másfajta nevelési rendszer – egész napos, mindenre kiterjedő, holisztikus nevelési szemlélet – következtében a nevelők végig a gyermekek mellett vannak. A kevés, önálló szabad percben nem jut elég idő a gyerek-gyerek közötti interakciókra, például a serdülőkorban oly jellemző „szerelmi titkok” megosztására.

Elkerülő magatartást, mely mindkét csoportban a legsúlyosabb probléma volt, a speciális iskolában tanuló gyerekek 6%-kal gyakrabban mutattak, mint az integráltak. Az elkerülő magatartás a CP-vel élő gyermekeket nagyon jellemzi, függetlenül az iskolától. A CP korai életkortól kezdve akadályozza a gyermeket a szabad mozgásban. Nehezített számára a tárgyak után nyúlás és azok megfogása. Később elkerülvén a kudarcot és csalódást, már meg sem próbálja. Serdülőkorban már lehetséges, hogy teljesen elveti magában az aktív megküzdés lehetőségét. Negatív énképe és az elkerülő viselkedés folyamatos megerősítést nyer. Ezért fontos a szülők, pedagógusok jelenléte, hogy olyan helyzetet teremtsenek a gyermek számára, melyben a gyermeknek sikerélménye lehet. Az éppen gyermekkorából kilépő és a felnőttkorba készülő serdülők talán már látják önmagukat annyira reálisan, hogy észleljék, mi az, amire képesek, és mi az, amire nem. Vizsgálatunk alapján az integrált környezetben tanuló gyerekek szociális szorongása erősebb volt 7,8%-kal a speciális intézményben tanulókéhoz képest. Nyilvánvalóan a normál iskolákban többször szembesülnek saját fogyatékosságuk tényével, szembetűnőbb a másságuk, szociális gátlást okozva bennük, azonban a túl nagy megfelelési kényszer is szorongást válthat ki.

Szorongási értékek változása a mozgássérültség foka és a közlekedési önállóság szerint

Egyértelmű a kapcsolat a mozgássérültség foka és a közlekedés önállósága között. Az enyhén mozgássérült tanulók nagyrészt önállóan, esetleg felnőtt felügyelettel közlekednek. A középsúlyos mozgássérültek 73%-a önállóan, míg a maradék 28% önállóan, de folyamatos felnőtt felügyelettel közlekedik. A 8 súlyos mozgássérült közül 7 közvetlen felnőtt segítséget igényelt, és 1 közlekedett felnőtt felügyelete mellett. Azt vártuk, hogy a súlyossági index-szel egyenes arányban nő a gyerekek szorongása. Az eredmények viszont azt mutatták, hogy nem a súlyos mozgássérültek szoronganak a legjobban, hanem a középsúlyosak. Az enyhe mozgássérült, mivel nincs rászorulva a felnőttekre mindennapi teendőiben, nem érzi feszélyezve magát, ellentétben egy középsúlyos vagy súlyos gyermekkel. A súlyos mozgássérült állandó és több közvetlen segítséget kap, ezért már természetes számára, elfogadta a helyzetét és tudja, hogy segítség nélkül nem lenne rá képes, ezért kevésbé szoronghat. A középsúlyos gyermek pont e két fázis között van. Kap is valamennyi segítséget, támogatást, de közben elvárják a saját teljesítményét és önállóságát is, vagyis nagyobb a szociális elvárás feléjük nézve. Sokszor előfordul, hogy nagy erőfeszítések árán is csak kis eredményeket érnek el. Problémát jelenthetnek a középsúlyos mozgássérültekkel szemben felállított különböző elvárások és a felnőttek arra adott eltérő megerősítései. A tanárok, speciális pedagógusok és hozzátartozók elvárásait rendkívül fontos lenne összehangolni, mert ha a gyermek állandóan bizonytalan abban, hogy elegendő-e a teljesítménye, sosem lesz elégedett az eredményeivel és ez folyamatosan rombolni fogja az én-erejét. Olyan helyzetre kell törekedni, amiben a gyermek reális sikerélményt szerezhet. Ehhez szükséges a konduktori vagy a gyógypedagógusi team és a szülők összehangolt munkája.

Szignifikáns volt az elkerülő magatartás és a mozgássérültség foka közötti összefüggés. Minél súlyosabb a CP-vel élő mozgásállapota, annál inkább jellemző rá az elkerülő magatartás. A súlyosabb sérült motoros képességei miatt több negatív élményt, kudarcot él át tevékenységei során. Az átélt csalódások arányában egyre jellemzőbb az elkerülő viselkedés, mert így csökkenti a feladathelyzettel szemben fennálló szorongását.

Közlekedési önállóságot tekintve hasonló lineáris (de nem szignifikáns) növekedés észlelhető a szorongás összértékében, tehát minél több segítségre van szüksége a gyermeknek a helyváltoztatáshoz, annál kevesebb kompetenciaélménye van, és annál jobban szorong. Az „egészséges” embernek is sokszor nehezebbé esik segítséget kérni, gondoljunk bele, milyen lehet sok mindenben vagy teljes mértékben egy másik embertől függni. Serdülőkorban ez még nehezebb, mikor a gyermek autonómiára, önállóságra vágyik korából kifolyólag, amire képtelen, és emiatt frusztrált. Nehezebben köt és ápol barátságokat az állandó felnőtt felügyelet mellett.

Magatartászavarok a speciális és integrált iskolában tanuló cerebrális parézissel élő gyerekeknél

A Conners Kérdőívvel összehasonlított integrált és speciális iskolában tanuló gyerekek magatartási zavarainál mind a négy területén szignifikáns eredményt kaptunk. A speciális intézményben tanulóknál 47%-kal jellemzőbb az oppozíciós viselkedés, 43%-kal gyengébbek kognitív képességeikben, 42%-kal magasabb a hiperaktivitási és 40%-kal az ADHD eredményeik.

A speciális iskolában tanuló gyerekeknél mért kognitív gyengeség, magas hiperaktivitási, valamint ADHD eredmények oka jelentős mértékben az organikus háttérre vezethető vissza. A CP társ tünetei között megtalálhatóak mindazon tünetek, amelyek a nem mozgássérült tanulási nehézségekkel és figyelemzavarral élő gyermekeket jellemzik, mint például a lassú érés (később kezd el beszélni, járni), szegényes szókinccs, az ismeretek alacsonyabb szintű rendezése, alacsony szociális képességek. Továbbá jellemző a figyelemzavar (hullámzó, elterelhető, letapadó figyelem, szelektálási probléma), a viselkedés és aktivitás terén jelentkező zavarok, a percepció zavara, a mozgáskoordináció és a finommozgás zavarai, a téri orientáció, lateralizáció és testséma problémái, valamint a nyelvi működés, a gondolkodás és az emlékezés zavarai.

Az összetettebb kórképeknél a diszfunkciók is sokkal súlyosabb formában jelentkeznek. Nagyobb az esélye a szekunder módon kialakuló tanulási problémáknak, személyiségtorzulásoknak. Ezeknek gyakori megnyilvánulási módja a figyelemfelkeltő viselkedés, a megromlott kortárskapcsolatok, antiszociális viselkedés és a nem megfelelő önértékelés.

A gyerek nyugtalanságának oka az otthoni stressz is lehet. A vizsgált speciális iskolában a tanulók életét folyamatos kontroll, feladatra koncentráció jellemzi, viszont a serdülők szabadságigénye előfordul, hogy nem egyezik ezzel az életvitellel. Természetesen az oppozíciós magatartást számos más tényező is kiválthatja (pl. elhanyagolás). Rutter kutatásában részt vevő CP-vel élők között a nyílt antiszociális viselkedés viszonylag ritkán, de jelen volt. Ez leggyakrabban 40-60%-ban általános irritabilitást, lobbanékonytságot jelentett, valamint kevés számú esetben dührohamokat is a serdülők körében (ANDERSON 1982).

Legyen a tanulási és viselkedési nehézségek oka organikus vagy érzelmi, közös vonása a gyerekek csökkent önértékelése és önbecsülése. Ez gyakran mutatkozik meg impulzivitásban, hiperaktivitásban vagy szorongó, visszahúzó magatartásban.

Összefoglalás

Vizsgálatunkban a cerebrális parézissel élő gyermekek szorongását mértük fel. Szinte minden CP-vel élő gyermek esetében az alapbetegséggel együtt jár a magas szorongás. A szociális szorongás az integrált környezetben mutatott csak magasabb értéket, ez arra enged következtetni, hogy fokozottabb figyelmet kell fordítani azokra az ismert tényezőkre, melyek a szociális szorongás fokozódásához vezethetnek (felelősségvállalás, sikerorientáltság, kudarckerülés, együttműködési készség alakulása). Kiemelten vulnerábilis a középsúlyos populáció ebben a tekintetben, hiszen a súlyos sérült speciális környezetben van, az enyhe mozgássérülttel szemben támasztott magasabb elvárások pedig könnyebben teljesíthetők. Nagyon jellemző volt mindkét csoportban az elkerülő magatartás, mely speciális iskolai környezetben kissé magasabb értéket mutatott, ez egyenes arányban volt a mozgászavar súlyosságával.

Meglepő módon a speciális iskolában kiemelkedően magasabb volt az oppozíciós magatartás, a megoldás az lehet, hogy biztosítani kell ennek a korosztálynak az intimitás lehetőségét, a szabadidővel való rendelkezés jogát.

Eredményeink alapján úgy véljük, hogy, amennyire csak lehet, törekedni kell a sajátos nevelési igényű populációban az önálló aktivitás serkentésére, különös tekintettel a kezdeményező készség fenntartására, mely kisgyermekkorban a sérült CP-vel élőknel is jelen van. A modern segédeszközök (elsősorban a testtávolsági ortézisek) jó megválasztása és adekvát használata elősegíthetik az önállósodás, felnőttektől való leválás folyamatát. A NAT követelményeinek merev teljesítésére való törekvésben elveszhet az egyén-specifikus motivációk kialakítása, illetve a mozgászavaros gyermekekre fordított differenciált figyelem. A mozgásfejlesztéshez kellene igazítani a tantervet, nem pedig egy sértéses tantervet szűk időkeretek között ráerőltetni a mozgászavaros populációra. Minél súlyosabb a mozgászavar, annál erősebb az elkerülő magatartás, ebből következően a fejlesztés tartalma elsősorban a motoros képességekre kell, hogy fókuszáljon. Még ép intellektus mellett is a mozgászavarral együtt jár a figyelem fenntartásának gyengesége, jellemzően a speciális iskolai csoportban, ezért ebben a nevelési környezetben szélesíteni kell a fejlesztésben használatos eszközök repertoárját, amely a figyelemzavaros gyermekeknél alkalmazandó: külső zavaró tényezők elkerülése, megválasztani az optimális időkeretet, létszámot. Szerencsére a speciális nevelési környezet lehetőséget adhat erre, ezzel élni is kell.

A vizsgálatunk továbbvitelénél kvalitatív módszerek alkalmazását véljük helyénvalónak, mint például esetelemzések, megfigyelések, interjúk. Ezáltal még pontosabban és konkrétan tárhatjuk fel a cerebrális parézissel élő gyermekek szorongási és magatartási problémáit.

Következtetéseink ismeretében úgy gondoljuk, hogy minden CP-vel élő gyermeket, tinédzsert vagy fiatal felnőttet foglalkoztató, fejlesztő intézményben szükség van a pszichoterápiában járatos szakember intervenciójára.

Reméljük, hogy vizsgálatunk hozzájárulhat a különböző szakemberek – konduktorok, fejlesztő pedagógusok, gyógypedagógusok, pszichológusok stb. – mindennapi munkájának eredményességéhez, mind a felismerés, mind az operatív beavatkozás tekintetében.

Irodalom

- ANDERSON, E. M.–CLARKE, L. (1982): *Disability in Adolescence*. Methuen & Co., London.
- ATKINSON, R. C.–HILDEGARD, E. (2005): *Pszichológia*. Harmadik átdolgozott kiadás. Osiris Kiadó, Budapest.
- BÁBOSIK I.–TORGYIK J. (2007): *Pedagógusmesterség az Európai Unióban*. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest.
- BALOGH L.–TÓTH L. (2005): Tanulási nehézségek – segítő pedagógiai tevékenység. In *Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből*. I. kötet. III. fejezet. Neumann Kht., Budapest. Online: <http://mek.oszk.hu/>
- BALOGH, E.–KOZMA, I. (2009): A konduktív nevelés gyermekneurológiai indikációja. *Ideggyógyászati Szemle*, 1–2, 12–22.
- BNO-10 zsebkönyv DSM-IV meghatározásokkal* (1998). Animula Egyesület, Budapest.
- COMPTON, S. N.–GRANT, P. J.–CHRISMAN, A. K.–GAMMON, P. J.–BROWN, V. L.–MARCH J. S. (2001): Sertraline in children and Adolescents With Social Anxiety Disorder. An Open Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (5), 564–571.
- CONNERS, C. K. (1997): *Conners Rating Scales-Revised Technical Manual*. Multi-Health Systems, North Tonawanda, New York.
- CONNERS, C. K.–SITAREINOS, G.–PARKER, J. D.–EPSTEIN, J. N. (1998): The Revised Conners Parent Rating Scale: factor, structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257–268.
- DIAMOND, K. E. (2002): The development of social competence in children with disabilities. In *Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. Blackwell Publishers, Oxford. 572–587.
- GALLOWAY, D.–GOODWIN, C. (1987): *The Education of Disturbing Children*. Longman, London.
- GOOD, T. L.–BROPHY, J. E. (1972): *Educational Psychology. A Realistic Approach*. Holt–Rinehart–Winston, London.
- HÁRI M.–KOZMA I.–HORVÁTH J.–KÓKÚTI M. (1991): *A konduktív pedagógiai rendszer hatékony működésének alapelvei és gyakorlata*. Nemzetközi Pető Intézet, Budapest.
- KÁLMÁN ZS. (2004): *Bánatkő – Sérült gyermek a családban*. Bliss Alapítvány, Budapest.
- KÁLMÁNCHEY R. (2000): *Gyermekneurológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- MARCH, J. S. (1997): *Multidimensional Anxiety Scale for Children*. Technical Manual. Multi-Health System, New York.
- MONTGOMERY, D. (1990): *Children with Learning Difficulties*. Cassel, Nichols Publishing.
- NAGY J. (1998): A kognitív képességek rendszere és fejlődése. *Iskolakultúra*, 9, 3–21.
- N. KOLLÁR K.–SZABÓ É. (2004): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó, Budapest.
- PERCZEL FORINTOS D.–KISS ZS.–AJTAY GY. (2007): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Második, javított kiadás. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.
- PORKOLÁBNÉ BALOGH K. (szerk., 1988): *Iskolapszichológia*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- RIGBY, K. (2002): Bullying in children. In *Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. Blackwell Publishers, Oxford. Part 9/28. Online: http://www.blackwellreference.com/public/tocnode?id=g9780631217534_chunk_g978063121753437
- SILVER, L. B. (1992): *The Misunderstood Child*. TAB Books, New York.
- SMITH, S. L. (1995): *No Easy Answers: The Learning Disabled Child at Home and at School*. BANTAM Books, New York.
- WILEY, R.–RENK, K. (2007): Psychological Correlates of Quality of Life in Children with Cerebral Palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19 (5), 427–447.
- WILSON, M.–EVANS, M. (1980): *Education of Disturbed Pupils*. Schools Council, London.

A felnövekvő értelmiség sérült emberekhez való viszonya

UJFALUSSY RITA BENEDIKTA

ujfalussy.rita@gmail.com

Absztrakt

A sérült emberek integrációja napjainkban gyakran felmerülő kérdés. Mégis még mindig vannak téves elképzelések, megalapozatlan előítéletek, melyek meghatározzák az emberek attitűdjét. Kérdőíves felmérést készítettem tehát, mellyel a felsőoktatásban hallgató diákok attitűdjét vizsgáltam meg. A kérdőívet 189 hallgató töltötte ki, 8 felsőoktatási intézményből. A diákok attitűdjét az ismeret, a viselkedés és az elfogadás dimenziói mentén vizsgáltam. Feltételeztem, hogy az attitűd e három összetevője összefügg egymással, vagyis a kognitív konzisztencia lesz jellemző a hallgatók válaszára. A kérdőívre adott válaszokból azonban az derült ki, hogy a hallgatók nem hozták összhangba attitűdjük különböző komponenseit, vagyis megfogalmazott válaszaik véleménymolekulákra hasonlítanak.

Kulcsszavak: integráció, attitűd, kérdőív, kognitív konzisztencia

Bevezetés

A sérült emberek társadalmi integrációja napjainkban sokat tárgyalt kérdés. Ennek ellenére még ma is vannak téves elképzelések, pontatlan ismeretek, megalapozatlan előítéletek, melyek meghatározzák az egyes emberek viselkedését, attitűdjét.

Munkámban a budapesti felsőoktatásban hallgató diákok attitűdjét vizsgáltam, ők lesznek ugyanis a jövő értelmisége. Fontos tehát a véleményük, mert ha befejezik az egyetemet, főiskolát, ők is aktív részei lesznek a társadalomnak. Döntéseket hoznak, ítéleteket mondanak, embereket irányítanak, ezért nem közömbös, hogy hogyan vélekednek a sérült emberekről. Hogy erre a kérdésre választ kapjak, kérdőívet állítottam össze, melyben a diákok attitűdjét vizsgáltam meg.

Az attitűd tárgyak, emberek, események és eszmék rokonszenvesnek vagy ellen-szenvesnek értékelése (VÁRINÉ 1987). Ezek az attitűdök kognitív, affektív és viselkedéses összetevőkből állnak (ATKINSON 2003). Másképp: pozitív és negatív viszonyulások tárgyak, személyek, csoportok, helyzetek vagy a környezet bármely azonosítható mozzanata iránt. Attitűdjeinkre jellemző, hogy gyakran véleményként megfogalmazzuk őket, érzelmeket fejeznek ki, ismeretek kapcsolódnak hozzájuk és befolyásolják cselekedeteinket (ATKINSON 2003).

Korábbi vizsgálatok (HEIDER 1958) alapján megfigyelhető, hogy bizonyos vélemények rendszeresen együtt járnak. Az emberek attitűdjei rendelkeznek egyfajta belső logikával, mely rendszerint nem valamilyen szigorú formális logika. Ezt a logikát a szociálpszichológia kognitív konzisztenciának nevezi. Az elmélet kiindulópontja, hogy

* A szerző munkahelye a tanulmány készítésének idején.

minden ember arra törekszik, hogy vélekedései, attitűdjei és viselkedése összhangban legyen egymással, vagyis következetesek, konzisztensek legyenek (FESTINGER 1957).

Az 1960-es évek végén készült felmérések (ABELSON 1968) ellentmondást találtak a korábbi vizsgálatokkal és a konzisztencia hiányára világítottak rá. A kognitív konzisztencia helyett azt állapították meg, hogy véleménymolekulák léteznek. Egy kommunikációs helyzetben, ha egy téma felmerül, olyan párbeszédjegyekként szerepelnek a molekulák, melyek koherens mondanivalót biztosítanak az ember számára (ATKINSON 2003).

Az attitűdöket Dr. Illyés Sándor és Mérei Vera is vizsgálta az ép emberek fogyatékos személyekhez fűződő társas kapcsolataiban (ILLYÉS–MÉREI 1975). A szerzőpáros az elfogadás és elutasítás dimenziói mentén vizsgálta az attitűdöt. Megfogalmazták, hogy a fogyatékos embereknek a sikeres társadalmi beilleszkedéshez kettős akadállyal kell szembenézniük. Az első akadály maga a fogyatékos és az ebből fakadó tulajdonságok, melyeket le kell győzniük. A másik akadály az, melyet a társadalom állít a fogyatékos emberek elé. A társadalmi beilleszkedés mértéke ezért nemcsak a fogyatékos minőségétől és fokától függ, hanem a fogyatékos emberrel szemben tanúsított társadalmi reakcióktól is (ILLYÉS–MÉREI 1975).

Véleményem szerint ez a kettős akadály még ma is fennáll. Hogy képet alkossak arról, ez mennyire teljesül napjainkban, vizsgálatommal a felsőoktatásban hallgató diákokat kerestem meg. Kíváncsi voltam, hogy korosztályunk, a fiatal felnőttek, hogyan vélekednek a sérült emberekről.

A vizsgálat módszere

Kérdőívem 22 kérdést tartalmaz, ebből 21 kérdés zárt kérdés, egy pedig nyílt kérdés.¹ Ahogyan az attitűdöt három összetevő határozza meg, kérdőívemben is három kérdéscsoportot lehet elkülöníteni azon kérdéscsoporton túl, mely a megkérdezettek neméről, életkoráról, felsőoktatási intézményéről, illetve felekezeti hovatartozásukról tájékozik.

A hallgatói attitűd vizsgálatában az első kérdéscsoport a válaszoló tudását próbálja felmérni a fogyatékos emberekkel kapcsolatosan (ez az attitűd kognitív összetevője). Ebbe a kérdéscsoportba az 5., 6., 7. és 8. kérdések tartoznak.

Az első kérdéscsoport válaszlehetőségeiből létrehoztam egy úgynevezett ismereti indexet minden egyes hallgatóhoz. Az ismereti index megmutatja, hogy a hallgatóknak milyen tudása, képe van a fogyatékos emberekről. Az indexbe beletartozik, hogy a hallgatók milyen szoros kapcsolatban vannak a fogyatékos emberekkel, vagyis hogy – az 5. kérdés szerint – van-e a családjában, szomszédjában, évfolyamán stb. sérült ember, hogy (6. kérdés) szerintük kik a fogyatékos emberek, hogy (7. kérdés) mi jellemzi a fogyatékos embereket, illetve (8. kérdés) hogy honnan merítik az információikat a fogyatékos emberekkel kapcsolatban. Az index egy számérték, melyet úgy kaptam, hogy az egyes kérdések válaszaihoz értékpontokat rendeltem (1. táblázat). Így a maximálisan elérhető pontérték 43, a legkevesebb -8 pont volt.

Az 1. táblázat megmutatja az egyes kérdések válaszaihoz rendelt értékpontokat. Az első oszlopban látható a kérdések sorszama (k5 az 5. kérdés, k6 a 6. kérdés, k7 a 7. kérdés, k8 a 8. kérdés), az első sorban pedig az adható válaszok sorszama (v1 az első válaszlehetőség, v2 a második válaszlehetőség stb.). A táblázatból leolvasható, hogy az egyes kérdésekhez hány válaszlehetőség tartozik, illetve hogy az egyes válaszoknak

¹ A kérdőív e-mailen megkapható az ujfalussy.rita@gmail.com címen.

milyen pontértéket adtam. A táblázat azon cellái, melyekben nem szám, hanem „-” jel van, nem rendelkeznek az adott kérdéshez több válaszlehetőséggel. A 6. és 7. kérdés válaszaira a pontokat a válasz adekvátsága szerint (helyes-e a válasz vagy nem), az 5. és 8. kérdésekre pedig szubjektív megítélesem szerint adtam: a legjobb válaszokra a legtöbb pontot, a legkevésbé jó válaszra a legkevesebb pontot.

	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10
k5	2	1	1	2	0	-1	-	-	-	-
k6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
k7	2	2	2	2	2	2	-	-	-	-
k8	1	0	1	-1	1	2	2	2	-1	-

	v11	v12	v13	v14	v15	v16	v17	v18	v19	v20	v21
k5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
k6	1	-1	1	1	1	1	-1	-1	-1	-1	1
k7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
k8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1. táblázat. Az ismereti index létrehozásához szükséges pontértékek az egyes kérdésekre adott válaszok függvényében. A sorok a kérdéseket, az oszlopok a kérdésekre adott válaszokat jelentik, a táblázat egy eleme az adott kérdésre adott válasz pontértéke.

Az ismereti indexet két újabb indexre osztottam a kérdések jellegét tekintve. Így kaptam az 5. és 8. kérdésekből a találkozási indexet, a 6. és 7. kérdésből pedig a tájékozottsági indexet. Az ismereti index megosztására azért volt szükség, hogy pontosabb képet kapjak a hallgatók ismereteire vonatkozóan. A találkozási index megmutatja, hogy a hallgatóknak milyen kapcsolatai vannak a fogyatékos emberekkel (5. kérdés: „Él-e a környezetben valamilyen sérült ember?”, 8. kérdés: „Honnan merítet az információdat...”), a tájékozottsági index pedig választ ad arra a kérdésre, hogy milyen tudásuk van a hallgatóknak a sérült emberekről (6. kérdés: „Szerinted mire mondjuk, hogy fogyatékos ember?”, 7. kérdés: „Szerinted mi jellemzi a fogyatékos személyeket?”).

A találkozási index pontértékei és a tájékozottsági index pontértékei is az *1. táblázatban* található. Az adott kérdésekhez tartozó válaszok pontértékeit nem változtattam meg ezen két index kiszámolásához. Így a találkozási index szélsőértékei: -3 és 15. A tájékozottsági index szélsőértékei pedig: -5 és 28.

A második kérdéscsoport a kérdőív kitöltőjének a viselkedéses reakcióját vizsgálja különféle helyzetekben (az attitűd viselkedéses összetevője). A 9–18. kérdések tartoznak ebbe a csoportba. A kérdéscsoport kérdései arra keresik a választ, hogy az egyes hallgatók hogyan viselkednének fogyatékos emberekkel, hogyan reagálnának egy-egy találkozásra, mennyire volnának segítőkészek, hogyan segítenének.

A kérdéscsoport kérdéseinek válaszaiból állítottam össze a viselkedési indexet. Az indexet úgy határoztam meg, hogy – az ismereti indexhez hasonlóan – az egyes kérdések válaszaikhoz értékpontokat rendeltem (*2. táblázat*). A viselkedési indexben elérhető maximális pontszám 23, a minimális pontszám -23. Az értékpontok pozitív számok voltak, ha a válasz a kérdésre megfelelő, adekvát volt, negatív, ha nem volt megfelelő. A számok abszolút értéke a válaszok minőségét tükrözi.

A 2. táblázatban is – hasonlóan az 1. táblázathoz – az első oszlopban a kérdések sorszáma látható, az első sor pedig a válaszok sorszámát mutatja meg. A „-” jelzés ebben a táblázatban is azt mutatja, hogy az adott kérdéshez nem tartozik több válaszlehetőség. A táblázat nem tartalmazza a 11. kérdést, a kérdőív egyetlen nyitott kérdését. A kérdés nyitottsága miatt a válaszok nem értékelhetők pontszámokkal, ezekről külön tesztek említést.

	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7
k9	0	1	0	0	0	-	-
k10	1	2	0	-1	0	-	-
k12	0	1	-1	2	-2	0	-
k13	1	0	-2	2	0	-1	-1
k14	1	0	-2	2	0	-1	-1
k15	2	-2	0	1	1	-	-
k16	-1	-2	0	1	1	-	-
k17	0	-2	1	0	1	-1	-
k18	0	-2	1	0	1	-1	-

2. táblázat. A viselkedési index létrehozásához szükséges pontértékek az egyes kérdésekre adott válaszok függvényében.

A harmadik kérdéscsoport a 19.a, 19.b, 20.a, 20.b, 21.a, 21.b és 22. kérdéseket foglalja magába. A kérdéscsoport válaszaival az attitűd affektív összetevőjét vizsgáltam. A kérdések arra keresik a választ, hogy a hallgatók különféle társas helyzeteket (gyermek iskolába járatása, munkakapcsolat, párkapcsolat) tudnak-e vállalni a különböző fogyatékos emberekkel, illetve az egyes társas helyzetekben hogyan állítanának rangsort a különbözőképpen sérült emberek között.

A kérdéscsoportoz tartozó kérdések válaszaiból (a 19.a, a 20.a és a 21.a válaszokból) állítottam össze az elfogadási indexet. Az index értékeit a 3. táblázat foglalja össze. Az első oszlop a kérdőív kérdéseinek sorszámát mutatja meg, az első sor pedig a válaszok sorszámát. Az index szélső értékei: -3 és 8. A 3. táblázat alapján az egyes hallgatók a következő elfogadási index pontokat kaphatták: 8, 5, 3, 2, 0, -3. 5 pontot és 0 pontot kétféleképpen, más pontszámot egyféleképp szerezhettek a hallgatók.

	v1	v2
k19. a	2	-1
k20. a	2	-1
k21. a	4	-1

3. táblázat. Az elfogadási index létrehozásához szükséges pontértékek az egyes kérdésekre adott válaszok függvényében.

A kérdéscsoportoz tartozó 19.b, 20.b, 21.b kérdéseket és a 22. kérdést nem foglaltam táblázatba, és nem alkottam a válaszokból indexet. A válaszok ugyanis rangsorolást kértek az egyes hallgatóktól. Az egyes kérdéseket külön-külön elemeztem.

A kérdőív feldolgozása az R statisztikai szoftverrendszerrel (R Development Core Team, 2008) történt. A kérdőíveken adott válaszokat először egy Excel-táblázatba írtam

át, melyet később automatikus módszerekkel vizsgáltam. A kérdőív eredményeinek ábraszintű megfogalmazásában Dr. Kiss Tamás volt a segítségemre.

Hipotézisek

A vizsgálat kimenetelétől azt várom, hogy azok a hallgatók fognak jobb elfogadási indexértékekkel rendelkezni, akiknek magasabb pontszámot sikerült szerezniük az ismereti indexben. Azt gondolom ugyanis, hogy akiknek van lehetőségük sérült emberekkel találkozni, illetve a találkozások alapján közelebbi ismeretséget kialakítani, realisabb képpel rendelkeznek a sérült személyekről, mint azok, akiknek erre nincs lehetőségük. Ezért elfogadóbbak lesznek a fogyatékos emberekkel szemben.

Azt gondolom ezen felül, hogy az ismeret meghatározza a viselkedést, valamint az elfogadást. Ha a hallgatónak megfelelő ismeretei vannak a sérült emberekről, megfelelően is tudnak velük kommunikálni, kapcsolatot teremteni, elfogadóbbak lesznek.

Kérdőívemmel nyolc felsőoktatási intézmény hallgatóit kerestem meg. A felsőoktatási intézmények közül vannak olyan karok, melyek hallgatói várhatóan olyan szakterületen fognak elhelyezkedni, ahol közvetlenül emberekkel fognak foglalkozni. Ezen karok: az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar (ELTE-PPK), az Eötvös Loránd Tudományegyetem Tanító- és Óvóképző Kar (ELTE-TÓK), a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar (SE-EFK) és a Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar (SE-GYTK). Azt gondolom, hogy ezek a hallgatók, mivel ilyen szakmát választottak, talán pozitívabb attitűdöt mutatnak a sérült emberek felé. Tanulmányaikban nagyobb valószínűséggel szerepelnek a fogyatékos emberekről információk, tehát tudásuk várhatóan nagyobb lesz, ismereteik is tágabbak és ennek hatására a viselkedésük és az elfogadásuk jobb eredményeket mutat.

Az alapadatok között rákérdeztem arra, hogy a válaszadó tartozik-e valamilyen felekezethez. Tudomásom szerint, különböző egyházak, egyházhoz tartozó csoportok, szolgálat gyanánt, vagy karitatív tevékenység címén foglalkoznak fogyatékos emberekkel, tábort szerveznek, évközi programokat rendeznek sérült embereknek. Azt gondolom tehát, hogy a felekezethez tartozó hallgatóknak gyakrabban van lehetőségük sérült emberekkel találkozni, így nagyobb az esély arra is, hogy megismerkedésük révén pozitív attitűd alakul ki bennük a fogyatékos személyek felé. Ennek a ténynek számértékekben való megmutatkozását várom a kérdőívemben.

A kérdőív kiértékelése

Felmérésben, melyet a 2006/2007-es tanévben vettem fel, az ép- és a fogyatékos emberek kapcsolatát az épek oldaláról vizsgáltam.

A vizsgálatban nyolc különböző budapesti felsőoktatási intézmény 189 hallgatóját kérdeztem meg kérdőívem segítségével. A felsőoktatási intézmények a következők voltak (zárójelben megadom az iskolák nevének rövidítését, melyek a következő táblázatokban és grafikonokon szerepelnek): Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Kar (BCE-GTK), Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar (ELTE-PPK), Eötvös Loránd Tudományegyetem Tanító- és Óvóképző Kar (ELTE-TÓK), Eötvös Loránd Tudományegyetem Természettudományi Kar (ELTE-TTK), Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kar (PPKE-JÁK),

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar (SE-EFK), Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Kar (SE-GYTK) és a Szent István Egyetem Ybl Miklós Építéstudományi Kar (SZIE-YMÉE).

A válaszadók között 52 férfi és 137 nő volt, akik a 4. táblázatnak megfelelő eloszlást mutatták a vizsgált felsőoktatási intézményekben. A megkérdezett hallgatók átlagéletkora és annak szórása 22 ± 2 év, a legfiatalabb hallgató 19, a legidősebb 37 éves volt.

	SZIE-YMÉE	SE-EFK	BCE-GTK	ELTE TTK	ELTE-TÓK	ELTE-PPK	PPKE-JÁK	SE-GYTK	Összesen
férfi	10	2	11	9	2	3	8	7	52
nő	10	18	10	14	19	29	17	20	137
összesen	20	20	21	23	21	32	25	27	189

4. táblázat. A kérdőívet kitöltő hallgatók iskolai és nemi eloszlása

Az ismereti index

Az első kérdéscsoport az attitűd kognitív összetevőjét vizsgálja. A kérdéscsoporthoz tartozó kérdések válaszai meghatározzák az ismereti indexet. Az ismereti indexet két további indexre bontottam, a találkozási és a tájékozottsági indexre.

A találkozási index pontértékei a kiértékelés után körülbelül egy normális eloszlást követnek, ami azt jelenti, hogy a vizsgált hallgatók nagy vonalokban egy egységes populációt alkotnak. Az eloszlás tömege inkább az alacsony indexek felé koncentrálódik (a találkozási index átlaga 2,8), vagyis többen vannak azok, akik kevesebbet találkoznak sérült emberekkel. Ezt tükrözi az is, hogy a lehetséges 15 pontból legtöbb 9 pontot ért el két válaszadó.

A 6. kérdés és a 7. kérdés meghatározza a tájékozottsági indexet. A tájékozottsági index megmutatja, hogy az egyes hallgatók mennyire tájékozottak, mennyire vannak valós ismereteik a fogyatékos emberekkel kapcsolatban. Vizsgálatomból kiderült, hogy a hallgatók nagyobb része a maximálisan kapható értékpont fele alatt teljesített (az index átlagértéke és szórása 13 ± 5), ami azt jelenti, hogy kevesen tudják, hogy kik a fogyatékos emberek és hogy mi jellemzi őket.

Hipotézisem az volt, hogy azok az emberek, akik többet találkoznak sérült emberekkel a mindennapok során, tájékozottabbak lesznek a fogyatékos emberekkel kapcsolatban. Vagyis, ha a kérdőívben egy hallgató magas értékpontokat ér el a találkozási indexben (5. és 8. kérdések), valószínűsíthető, hogy a tájékozottsági indexben (6. és 7. kérdés) is magas pontszámot fog kapni.

Annak ellenére, hogy a vizsgálatomban a kapott pontok nagy szórással helyezkedtek el, a pontokra illesztett egyenes paramétereinek statisztikai vizsgálata azt mutatta, hogy a találkozási index növekedésével a tájékozódási index, ha kis mértékben is, de szignifikánsan növekedett, vagyis feltételezésem helytálló.

A találkozási és a tájékozódási indexből számolható ki az ismereti index. Vizsgálatom során úgy találtam, hogy a hallgatók jelentős hányada nem rendelkezik megfelelő ismerettel a fogyatékos emberekkel kapcsolatban. Amennyiben ezt az attitűdre értelmezem, azt lehet mondani, hogy az attitűd kognitív összetevője a felmért hallgatók között alacsony szinten van.

Az ismereti indexhez köthető egyik hipotézisem, mely az volt, hogy azok az emberek, akik valamilyen felekezetnek a tagjai, nagyobb gyakorisággal találkozhatnak sérült

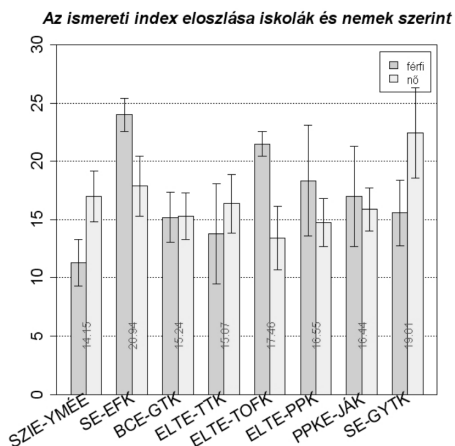
emberekkel, ezért az \bar{X} ismereti indexük magasabb lesz. Vizsgálatom alapján azonban azt találtam, hogy nem függ össze szignifikánsan a felekezethez tartozás szélesebb körű ismeretekkel a fogyatékos emberekkel kapcsolatban.

Az eredmények tudatában összehasonlítottam a felekezethez tartozó aktív tagok és a felekezethez nem tartozó hallgatók ismereti indexének értékpontjait. A vizsgálatot kétmintás t-tesztel végeztem, ahol a p értéke 0,957 lett, így látható, hogy a nincs szignifikáns különbség e között a két csoport ismereti indexének értékpontjai között sem.

Az ismereti index felsőoktatási intézmények, valamint nemi megoszlás szerinti eloszlását mutatja az 1. ábra. A vízszintes tengely mutatja a felsőoktatási intézmények, és az intézményekhez tartozó hallgatók nemi eloszlását. A függőleges tengely az ismereti indexben kapható értékpontokat mutatja meg.

Látható, hogy a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karára járó hallgatók közül a férfiak azok, akik a leginkább tájékozottak a fogyatékos emberekről. A legkevésbé a Szent István Egyetem Ybl Miklós Építéstudományi Karra járó hallgatók közül szintén a férfiak.

Érdekes eredmény, hogy összesen a nyolc karból négyen a férfiak tájékozottabbak, négyen a nők. Azonban a férfiak tájékozottsága azon a négy karon, ahol jobb, mint a nőké, magasabb értékeket mutat, mint a nők tájékozottsága ott, ahol a nők értek el jobb eredményt.



1. ábra. Az ismereti index eloszlása iskolák és nemek szerint. A kék oszlopok a férfi, a rózsaszín a női hallgatók ismereti indexeit mutatják felsőoktatási intézményekre lebontva. Az oszlopokba írt piros számok az egész felsőoktatási intézményből kapott válaszokra jellemző átlag, vagyis a férfiak és a nők együttes átlaga.

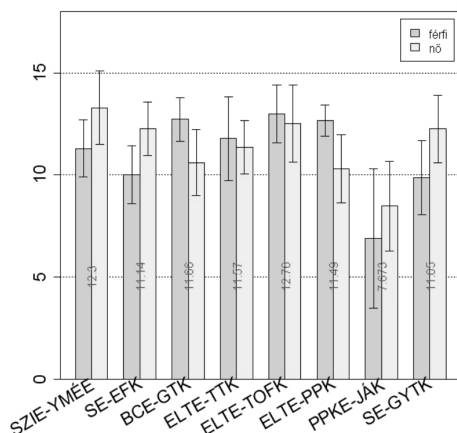
A viselkedési index

A második kérdéscsoport az attitűd viselkedéses összetevőjét vizsgálja.

Grafikonos elemzés után azt találtam, hogy a viselkedési indexben a hallgatói válaszok eloszlása az értékpontok felénél csúcsosodik ki, eszerint a hallgatók a szituációk felében tudtak olyan válaszokat adni, melyek megfelelnek az adott helyzet elvárásainak.

A viselkedést megvizsgáltam a különböző felsőoktatási intézményekbe járó hallgatók eloszlása szerint, és a nemi eloszlás szerint. A 2. ábrán látható a vizsgálat eredménye. A vízszintes tengelyen jelöltem a felsőoktatási intézményeket és a hallgatók nemi eloszlását, a függőleges tengelyen pedig a viselkedési index pontértékeit. Az ábrán a kék színnel jelölt oszlopok a férfi hallgatók viselkedési indexét jelöli, a rózsaszín a nőké.

A viselkedési index eloszlása iskolák és nemek szerint



2. ábra. A viselkedési index átlagos értékei a felsőoktatási intézmények és nemek szerint. Az oszlopokba írt számok az intézmények összesített átlagait mutatják.

A 2. ábrán az figyelhető meg, hogy a legkevesebb értékpontot, bár a hallgatók válszainak szórása igen nagy, a PPKE-JÁK-ra járó férfiak érték el. A következő csoport ugyanezen kar nő tagjai voltak. Mindkét csoport átlagos pontszáma nagyon alacsony, ha figyelembe vesszük, hogy a maximálisan elérhető pontszám 23 volt. Ezen felül látható az is, hogy a többi kar viszonylag egységes válaszokat adott, azonban ezek az értékpontok sem kiemelkedően magasak.

Érdeemes az eredményekhez hozzáfűzni, hogy a kérdőív viselkedési indexének kiértékelésétől jobb eredményeket vártam. Az elvárásom alapja az volt, hogy véleményem szerint a kérdéscsoporthoz tartozó kérdések válaszát, utólagos észrevétellel, túl egyszerűvé tettem. Az előzetes értékelések során azt láttam, hogy a hallgatók nagyon egységesen válaszoltak minden kérdésre. Vagyis könnyű volt megfelelni a kérdőív elvárásainak. Ezzel szemben az elemzés segítségével látható, hogy a válaszolók között egyetlen csoport szórásában volt csak olyan hallgató, aki 15 pontot el tudott érni. A válaszok részletes vizsgálata azt mutatta, hogy a különféle szituációkban a segítségre szoruló embert ugyan sokan észreveszik, de nem az egyén igényeit próbálják megsegíteni. A kérdésekre adható válaszok között ugyanis volt olyan válasz, ami segítséget fejez ki, azonban ha nem volt kellően a sérült emberhez alkalmazkodó, nem kapott magas pontszámot. Például a 14. kérdésben, amely így hangzik: „Ha találkozol az utcán egy vak emberrel, akinek úgy látod, segítségre van szüksége, mit csinálsz?“, nem az a válasz kapta a legtöbb pontot, hogy kérdezés nélkül segíték, hanem az, hogy megkérdezem, hogy segíthetek-e. A válaszok tehát lehet, hogy a segítséget fejezik ki, de azt már nem nézik meg a hallgatók, hogy kinek segítenek, ezért olykor felületesek lehetnek a válaszadásban.

A részletes, kérdésenkénti elemzés is a fenti megállapításomat tükrözi. Megvizsgáltam a 13., 14., 15., 16., 17. és 18. kérdéseket külön-külön. A felsőoktatási intézmények hallgatói elosztása és a nemi megoszlás függvényében értékeltem a viselkedési index adott kérdésre vonatkozó értékpontjait. Minden kérdésnél úgy gondolkodtam, hogy ha a hallgatók a kérdésre kapható értékpontok felét, vagy annál magasabb értékpontokat gyűjtenek össze, az már elfogadható magatartást mutat az egyes helyzetekben.

A mozgáskorlátozott emberekkel való találkozásban (13. kérdés) 5 csoport nem érte el a kapható értékpontok felét. A legmagasabb pontszámot a nőknél is és a férfiaknál is a SZIE-YMÉE hallgatói kapták.

A vak emberrel való találkozáskor (14. kérdés) 6 csoport nem érte el az értékpontok felét. A legmagasabb pontszámot ebben a kérdésben is a SZIE-YMÉE hallgatói kapták.

A hallássérült emberrel való találkozáskor (15. kérdés) azt tapasztaltam, hogy egyetlen csoport érte el a kapható pontszám felét, (SZIE-YMÉE női hallgatói), az összes többi kar hallgatója ennél kevesebb pontot kapott.

A következő kérdés (16. kérdés) az értelmileg akadályozott emberekre vonatkozik. Ebben a kérdésben is csak egyetlen csoport érte el a kapható értékpontok felét (az ELTE-TÓK-ra járó férfiak).

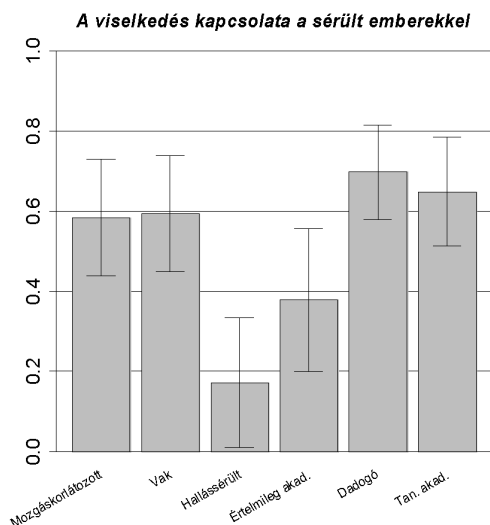
A 17. kérdésben, ahol egy dadogó emberrel kerültek a hallgatók kapcsolatba a válaszok egy kivételével, mind elérték a kívánt határt.

A 18. kérdésben egy tanulásban akadályozott személlyel találkoztak a hallgatók. 6 olyan csoportot találtam, akik nem kapták meg az értékpontok felét. A legmagasabb pontszámot a nőknél is és a férfiaknál is a ELTE-TOFK hallgatói kapták.

Összességében a legtöbbször kevés pontot elért hallgatók a PPKE-JÁK férfi hallgatói. Gyakran kaptak alacsony pontszámot még a PPKE-JÁK női hallgatói és az SE-EFK férfi hallgatói. A fenti elemzésből kiderült, és a 3. ábra is nagyon jól szemlélteti, hogy a legkevésbé jó magatartást a hallássérült személlyel vették fel a hallgatók. Az értelmileg akadályozott személy volt a következő, akivel nem tudtak megfelelően viselkedni, és a dadogó ember volt az, akihez a legkönnyebben tudtak jó magatartással fordulni.

A viselkedés megfelelőségéről szóló rangsor az egyes fogyatékosági csoportokhoz a következőképp alakul. Leginkább a beszédsérült emberekkel, aztán a tanulásban akadályozott, majd a látássérült emberekkel, mozgáskorlátozott emberekkel, az értelmileg akadályozott emberekkel és végül a hallássérült személyekkel tudtak a megkérdezett hallgatók megfelelően viselkedni.

A viselkedési indexet összevettem az életkorral. A vizsgálat alapján az találtam, hogy 20 és 25 év közötti a hallgatók (a megkérdezettek jelentős része) viselkedési indexe nagy



3. ábra. A viselkedési index sérülésekre lebontva. Az oszlopok az adott sérülésekhez tartozó, az összehasonlíthatóság kedvéért -1 és 1 közé normált viselkedési indexeket mutatják.

szórást mutat. Ezzel szemben azok a hallgatók, akik idősebbek egységesebb viselkedési index értékpontokat kaptak. Azt találtam, hogy az életkor előrehaladtával a hallgatók magasabb viselkedési index értékeket érnek el, így lassan nő a viselkedés minősége, azonban a fiatalabb korosztályban is találtam olyan hallgatót, aki magas viselkedési index értékpontokat kapott.

Összevettem a viselkedési index értékeit a felekezethez tartozással is. Nem találtam jelentős különbséget a felekezethez tartozó hallgatók és a felekezethez nem tartozó hallgatók között. Tehát hipotézisem újra nem állta meg a helyét, a felekezethez tartozás látszólag nincs kapcsolatban a viselkedéssel.

A viselkedési index nem tartalmazta, de a kérdéskörhöz tartozik a 11. kérdés, mely arról kérdezi a hallgatót, hogy ismer-e olyan filmet vagy színdarabot, amiben fogyatékos személy a főszereplő. Ha ismer ilyet a hallgató, fel kellett sorolnia, hogy melyek ezek. A kérdésre 95 hallgató válaszolt igennel, ezek közül a leggyakrabban szerepelt válaszok a következők voltak. A filmek közül, külföldi filmek: *Forest Gump*, *Esőember*, *Nevem Sam*, *Virágot Algernonnak*; magyar filmek: *Vakvagányok*, *Álomturné*. Színdarabok közül többen említették a Baltazár Színházat, mint akik sérült emberek szereplésével késztítenek színdarabokat. Darabjaik közül az *Aki nevetve született* című színdarab szerepelt a legtöbbször. Gyakran megemlítették még a hallgatók az *És a nyolcadik napon* című színdarabot is.

A külföldi filmek közül egyik film főszereplője sem fogyatékos ember, a főszereplők csak sérült embert játszanak, azonban a válaszokat elfogadtam.

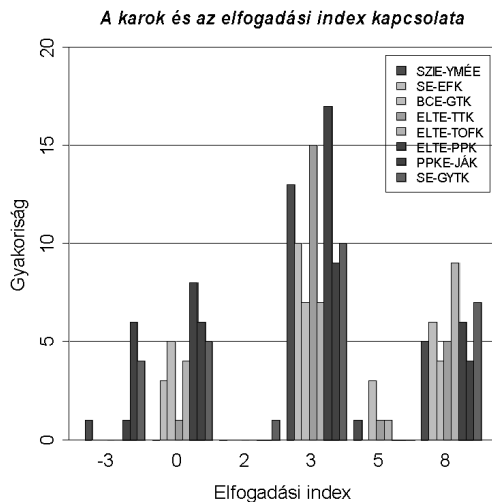
Az elfogadási index

A harmadik kérdéscsoportban az attitűd affektív összetevőjét vizsgáltam.

A 4. ábra megmutatja a hallgatók elfogadási indexét karok szerint. A vízszintes tengelyen jelöltem az elfogadási index pontértékeit, a függőleges tengelyen a hallgatók válaszainak gyakoriságát. A színek jelentik az egyes felsőoktatási intézményeket, melynek sorrendje nem cserélhető fel. A sorrend az értelmezésben segít.

Az elfogadási index értékei nem folytonosak, csak bizonyos pontokat érhetnek el a hallgatók az egyes kérdések megválaszolása szerint. Ha pl.: a 19.a kérdésre, amely arra kérdezi rá, jártná-e a gyermekét a hallgató olyan iskolába, ahol fogyatékos gyermekek is tanulnak igennel felet, két pontot kapott. Ha a következő kérdésre ismét igennel felet, újabb két pontot kaphatott. Ha a 21.a kérdésre igennel válaszolt, 4 pontot kapott, így adódik az index maximális pontértéke, a 8 pont. Ha bármelyik kérdésre a válasza nem volt, veszített egy pontot. Így pl.: ha a 19.a és 20.a kérdésre igen választ, de a 21.a kérdésre nem választ ad a hallgató, akkor összesen 3 pontot kaphat. Ha vagy a 19.a vagy a 20.a kérdésre nemmel felet, de a 21.a kérdésre igennek, akkor 5 pontot kap. És így tovább.

A 4. ábráról egyértelműen le lehet olvasni, hogy a leggyakrabban a hallgatók 3 pontot kaptak az elfogadási indexben. Érdekes adat, hogy jelentős számban vannak olyan hallgatók, akik maximális pontot kaptak az elfogadási indexben. Fontos azt is észrevenni, hogy minden egyes kar hallgatói megjelennek a maximálisan kapható pontértékeknél. Emellett vannak olyan hallgatók is, akik a három kérdésben -3 pontot értek el. Kiemelkedik a PPKE-JÁK hallgatóinak létszáma. A felsőoktatási intézmények közül a legelfogadóbbnak az ELTE-TÓK hallgatói mutatkoznak.



4. ábra. A karok és az elfogadási index kapcsolata. Az egyes karokat színekkel jelöltem, minden lehetséges elfogadási index értékhez így 8 színes oszlop tartozhat pirostól rózsaszínig. Amelyik értéknél nem jelenik meg az egyik oszlop, ott az oszlopnak megfelelő kar egyik hallgatójának sem volt adott pontértékű elfogadási indexe

Megvizsgáltam a hallgatók felekezethez tartozása függvényében az elfogadási indexet. Az elemzés során megmutatkozik, hogy a legmagasabb értékpontot a felekezethez tartozók többen érték el. Többen kaptak 5 pontot is, ami azt jelenti, hogy ők a legintimebb kapcsolatot, vagyis a párkapcsolatot pozitív válasszal értékelték. Azok közül a hallgatók közül, akik 3 vagy 0 pontot kaptak nagyobb létszámban fordulnak elő a nem felekezethez tartozó hallgatók. Ők elutasítóbbak voltak az elfogadási index három kérdésben. Egyenlő a létszám azonban a -3 pontot elért hallgatók felekezeti megoszlásában.

A kérdőív utolsó kérdései (19.b, 20.b, 21.b, 22.) rangsor felállítását kérték az egyes hallgatóktól. Kérdőívemhez hasonlóan, korábbi vizsgálatok is foglalkoztak különböző kísérleti személyek fogyatékos emberekhez való viszonyának magállapításával. Magyarországon az egyik legkorábbi és legjelentősebb vizsgálat Illyés Sándor és Mérei Vera (ILLYÉS–MÉREI 1975) vizsgálata volt. Felmérésükben a Bogardus skála alapján összeállított saját skálát használták. Skálájukban a fogyatékos emberekkel szembeni előítélet mellett a morális vétséget elkövetőkkel szembeni attitűdöt is vizsgálták. Az általuk felállított helyzetek a következők voltak: szívesen látná-e szomszédnak, együtt dolgozna-e vele, szívesen barátkozna-e vele, szívesen fogadná-e családtagnak, szívesen fogadná-e házastársnak. Eredményeiket két további vizsgálattal vetették össze, végső következtetéseket a három vizsgálatból vontak le (ILLYÉS–MÉREI 1975).

A szerzőpáros vizsgálata kérdőívem szempontjából azért érdekes, mert az én kérdőívemben is van két olyan kérdés, mely közös az ő érdeklődésükkel. Ez a két kérdés a munkakapcsolat és a házasság, vagy az én kérdőívemben a párkapcsolat. A megfelelő kérdések kiértékelésekor az ő eredményeikre is ki fogok térni. Nem azonos azonban a szerzőpáros sérülések szerinti csoportosítása az általam használt fogyatékosági csoportokkal. Ezt figyelembe véve hasonlítom az ő eredményeiket össze az enyéimmel.

Az első kérdésnél, ahol rangsort kellett felállítani, arra kellett válaszolni, hogy a hallgató jártná el a gyereket olyan osztályba, ahol fogyatékos gyerekek is tanulnak. A hallgatók közül 147-en (78%) mondták, hogy jártnák gyermeküket ilyen osztályba,

az ő válaszaik alapján készült a következő rangsor. A legtöbb pontot a látássérült tanulók kapták, őket követték a mozgáskorlátozott, majd a hallássérült, beszédsérült, tanulásban akadályozott, magatartászavarral küzdő végül az értelmileg akadályozott tanulók kapták a legkevesebb pontot. A rangsorban az első három fogyatékosági típus megítélése nagyon hasonló volt.

A következő kérdés a hallgatókat a munkakapcsolat felvételéről kérdezi. A hallgatók közül 165-en (87%) adtak igenlő választ. A válaszok alapján született sorrend a következőképp alakult: mozgáskorlátozott emberek, hallássérült, látássérült, beszédsérült, tanulásban akadályozott, magatartászavarral küzdő végül értelmileg akadályozott emberek. Előtérbe került a mozgáskorlátozott emberek helyzete. Jelentős többletponttal került ez a csoport a rangsor elejére. Hasonlít egymáshoz a következő három csoport megítélése, a rangsor egy kissé megváltozott.

Illyés és Mérei vizsgálata eltér bizonyos pontokon az én vizsgálatomtól, azonban párhuzamok is találhatóak. A vizsgálatok eredménye szerint a megkérdezettek a mozgáskorlátozott embereket részesítik előnyben és az értelmi sérülteket helyezik a rangsor legvégére, valamint a harmadik helyen mind a két vizsgálatban a látássérült emberek vannak. Érdekes ellentét, hogy az Illyés–Mérei vizsgálatban a hallássérülés viszonylag a rangsor végére került, az én vizsgálatomban ezzel szemben a hallássérült emberek a második helyen szerepelnek (ILLYÉS–MÉREI 1975).

Kérdőívem eredményeit a viselkedési indexben való elemzéssel összevetve érdekes megállapítást tehetünk. Annak ellenére, hogy a hallgatók a beszédsérült embereknek tudtak a legjobban segíteni, az elfogadási rangsorban a 4. helyre kerültek. Meglepő az is, hogy a mozgássérült emberek, akik a viselkedési index alapján a 4. helyen voltak, ebben a kérdésben az első helyre kerültek, utánuk jönnek a hallássérült emberek, akikkel a legkevésbé tudták a hallgatók a megfelelő magatartást felvenni. A tanulásban akadályozott személyek a negyedik helyre kerültek ebben a rangsorban, holott a viselkedési index alapján nekik tudtak a hallgatók a második legeredményesebben segíteni.

Az utolsó előtti kérdésben a hallgatókat a párkapcsolat létesítéséről kérdezi a kérdőív. A hallgatók közül mindössze 53-an (28%) válaszoltak igennel arra a kérdésre, hogy tudnának-e párkapcsolatot létesíteni fogyatékos emberrel. A válaszok alapján állított rangsor a következő: hallássérült, látássérült, beszédsérült, tanulásban akadályozott, mozgáskorlátozott, magatartászavarral küzdő, végül az értelmileg akadályozott emberek. Az előző két, viszonylag hasonló rangsorhoz képest itt teljesen új képet kapunk a sérült emberek megítéléséről. A hallássérült, látássérült, beszédsérült emberek megítélése együtt mozog, azonban a mozgássérült személyek az előző kérdésre adott válaszokhoz képest nagyon sokat estek vissza ebben a rangsorban. Fontos eredmény az is, hogy a magatartászavarral küzdő és az értelmi fogyatékos személyek megítélése a három kérdés során egyszer sem változott.

Illyés és Mérei vizsgálatában találtam hasonló kérdésre vonatkozó adatokat. Vizsgálatom eredményeit összevetve az Illyés–Mérei-féle vizsgálattal, nagyvonalakban találom hasonlóságokat. A látássérült emberek és a beszédsérült emberek megítélése hasonlóan pozitív mindkét esetben, a mozgássérült embereket mindkét vizsgálat a rangsor közepén helyezte el, és az értelmi fogyatékos személyek helye is változatlan maradt. A hallássérült embereknél van nagy különbség.

A viselkedési index eredményeivel összevetve a rangsort, láthatjuk, hogy a rangsorban egy olyan csoport kapta az első helyet, akikhez a legkevésbé tudtak a hallgatók megfelelően fordulni. A rangsorban a látássérült személyek és a beszédsérült személyek

nagyon hasonló helyzetben vannak, a viselkedési indexben is hasonló eredményeket láthatunk a két csoportra vonatkozóan.

Az eredmények tükrében arra kell következtetnem, hogy az attitűd viselkedéses összetevője és az affektív összetevője nem jár minden esetben együtt. Az, amit az érzelmi szinten vallanak az egyes hallgatók, nem feltétlenül jelenik meg a viselkedés szintjén (pl.: a hallássérült személyek nagyfokú elfogadása a legintimebb társas kapcsolat szintjén is a viselkedés index alacsony értékei mellett).

Az utolsó kérdés arra kérdez rá, vajon a hallgató melyik fogyatékosági típust tudja a maga számára elviselhetőbbnek tartani. Azt vártam a hallgatóktól, hogy önmagukra nézve ítélik meg, milyen fogyatékosági típus volna számukra elfogadhatóbb. A hallgatók válasza alapján a rangsor elején a hallássérülés áll, ezt követi a beszédsérülés, a tanulásban akadályozottság, a magatartászavar, a mozgássérülés, a látássérülés, végül az értelmileg akadályozottság.

Érdekes változásokat tapasztalhatunk. A hallgatók az előző kérdéshez hasonlóan itt is a hallássérülést részesítik előnyben. Nagyon hasonló a megítélés a beszédsérüléssel kapcsolatban is. Meglepő azonban a magatartászavar megítélése. Ebben a rangsorban kapja ez a sérülés a legmagasabb pontszámot így a negyedik helyre kerül. A következő két sérülés már volt egyik vagy másik kérdésben az első helyen. Ezzel szemben ebben a rangsorban a sor végére kerültek. A sort az értelmi akadályozottság zárja. Ez a sérülés nem mozgott, a kérdőív összes rangsorában az utolsó helyre került.

Az indexek összevetése

A három indexnek az volt a célja, hogy az attitűd összetevőit meg tudjam vizsgálni egymás függvényében, valamint hogy a kérdőív kérdésein keresztül a hallgatók attitűdjéről pontosabb képet kapjak.

Az ismereti és a viselkedési index összevetésével kapcsolatos elvárásom az volt, hogy abban az esetben, ha megállapítható, hogy egy hallgató magas értékpontokat kap az ismereti indexben, magas értékpontokat fog kapni a viselkedési indexben is. A vizsgálat alapján a hallgatói válaszok tükrében állításomat nem lehet egyértelműen igazolni. Igaz ugyan, hogy vannak olyan hallgatók, akik magas értékpontokat kaptak mindkét indexben, de számuk elenyésző az összes hallgatóhoz képest. Van két olyan hallgató is, akik magas pontszámot kaptak az ismereti indexben, de a viselkedési indexben 0 pont alatt volt a válaszaik értékpontja. Összességében tehát a közepes ismereti indexhez leggyakrabban közepes viselkedéses index járul.

Az ismereti és az elfogadási index összevetésekor azt tapasztaltam, hogy az elfogadási index értékpontjai nem egységesegek az ismereti index függvényében. Vannak olyan hallgatók, akik az elfogadási indexben nagyon alacsony pontértéket értek el (-3-at), vagyis elutasítottak minden általam felkínált helyzetet (19., 20., 21. kérdések), mégis akár egészen magas ismereti ponttal rendelkeznek (30 pont fölött). Ez azt jelenti, hogy ezek a hallgatók egészen pontos ismerettel rendelkeznek a sérült emberekről, mégis visszautasítják a társas helyzeteket. Az elfogadási index több értékpontjánál is hasonló eredményeket láttam. Nem mondható ki egyértelműen, hogy azok a hallgatók, akik nagyobb ismerettel rendelkeznek a sérült emberekről, elfogadóbbak lennének.

Az attitűdre visszavezetve az indexeket azt kell megállapítanom, hogy az érzelmi döntéshelyzeteket nem befolyásolja az ismereti tudás. Valószínűnek tartom, hogy az érzélem jobban előtérbe kerül egy-egy véleményalkotás során.

A viselkedési és az elfogadási index összehasonlításakor azt tapasztaltam, hogy nincsen összefüggés a viselkedés és az elfogadás között. Azok a hallgatók is tudtak helyes magatartást kialakítani, akikről később kiderült, hogy az elfogadási indexben nagyon alacsony értékpontokat kaptak. Azaz, a hallgatók tudtak uralkodni érzelmeiken, tudták befolyásolni viselkedésüket, még akkor is, ha nem voltak elfogadók a sérült emberekkel szemben. Emellett arra is találtam példát, hogy van olyan hallgató, aki magas pontszámot ért el az elfogadási indexben, de a viselkedési indexben nagyon kevés pontot kapott. Ebben az esetben tehát, ha egy hallgató magas elfogadási index mellett nem tud megfelelően viselkedni az egyes sérült emberekkel, azt gondolom, hogy nem ismeri a sérülés típusát, nem tudja, hogy hogyan kellene fordulnia az adott szituációban a sérült emberhez.

Összefoglalás

Felmérésem egy szűk populációt érintett, és csak az ép emberek szemszögéből vizsgálta az attitűdöt. Vizsgálatommal kapcsolatos elvárásokat nem tudtam minden esetben igazolni.

Első elvárásom az volt, hogy azok a hallgatók lesznek elfogadóbbak, akiknek van lehetőségük találkozni a sérült emberekkel. Az elemzés során kiderült, hogy a találkozási index növekedésével a tájékozottsági index is nő, vagyis azok a hallgatók, akik többet találkoznak sérült emberekkel, pontosabb tudással rendelkeznek róluk. Azonban ha az összesített ismeretet vetem össze az elfogadással, már nem mutatkozik statisztikusan szignifikáns kapcsolat.

Tehát végeredményben a sérült emberekről való vélekedésünk, tudásunk nem feltétlenül van hatással az elfogadásra, az érzelmeinkre. Az attitűd érzelmi összetevője jobban meghatározza a sérült emberekről kialakult képünket, mint az ismereteink, tapasztalataink.

A kérdőívre adott válaszokból az is kiderült, hogy azok a hallgatók, akik olyan szakmát választottak, ahol a későbbiekben emberekkel foglalkoznak majd (ELTE-PPK, ELTE-TÓK, SE-EFK és SE-GYTK), jobb ismerettel rendelkeznek a sérült emberekről, mint a kérdőívet kitöltő többi hallgató. Azonban az nem mondható, hogy a hallgatók ismeretei jelentős mértékben befolyásolják a viselkedésüket. Ugyan megvan a hallgatók tudása, de ezt a tudást nem tudják felhasználni akkor, amikor erre szükség van.

Vizsgáltam a hallgatók felekezethez tartozását és az elfogadás kapcsolatát is. Azt találtam, hogy az elfogadási indexben a legmagasabb értékpontot a felekezethez tartozók többen érték el. Ezen felül kiderült, hogy a felekezethez tartozó hallgatók hajlandóbbnak mutatkoznak párkapcsolatot létesíteni sérült emberekkel.

Összességében úgy látom, hogy annak ellenére, hogy hipotéziseim nem mindenben igazolódtak, megtudhattam, hogy a vizsgálat szerint, a vizsgált populáció attitűdjére nem volt jellemző a kognitív konzisztencia. A vizsgált hallgatók nem törekedtek arra, hogy vélekedéseik, viselkedésük és érzelmeik összhangban legyenek. A hallgatók nem módosították az attitűdjük egyik komponensét sem, ami arra utal, hogy számukra a konzisztencia hiánya nem zavaró. Megfogalmazott válaszaik inkább hasonlítanak véleménymolekulákra (ATKINSON 2003).

Irodalom

- ABELSON, R. P. (1968): Computers polls and public opinion – Some puzzles and paradoxes. *Transaction*, 5 (9), 20–27.
- ATKINSON, R. L.–ATKINSON, R. C.–SMITH, E. E.–BEM, D.-J.–NELEN-HOEKSEMA, S. (2003): *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest. 494–523.
- FESTINGER, L. (1957): *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press, Stanford, CA.
- HEIDER, F. (1958): *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley & Sons, New York.
- ILLYÉS S.–MÉREI V. (1975): Elfogadás és elutasítás az épek fogyatékosokhoz fűződő társas kapcsolataiban. In GÖLLEZ V. (szerk.): *A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve VIII*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest. 225–235.
- R DEVELOPMENT CORE TEAM (2008). R: *A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Online: <http://www.R-project.org>
- VÁRINÉ SZILÁGYI I. (1987): *Az ember, a világ és az értékek világa*. Gondolat, Budapest.

MEGJELENT

ZÁSZKALICZKY PÉTER

A társadalmi és az iskolai integráció feltételrendszere és korlátai

Mennyire illeszkednek vagy nem illeszkednek egymáshoz az ellátórendszer életkor-specifikusan szerveződő intézményei? Mennyire szempont az iskolai oktatás-nevelés során a későbbi társadalmi beilleszkedés? Mire szocializál, mire készít fel, milyen és mire szolgáló kompetenciákkal akar felvértetni az iskola? Mit akar és tud hasznosítani az iskolában megszerzett készségekből és ismeretekből később a felnőtt-intézmény?

Kötetünk két, párhuzamos kutatás eredményeit adja közre. Ezek kérdésfeltevései – a sajátos nevelési igényű tanulók integrált oktatásának feltételrendszere, illetve a felnőtt fogyatékos népesség társadalmi integrációjának állapota és korlátai – egy sokszor méltatlanul elfeledett, jelentőségén alul kezelt összefüggés mentén nagyon is illeszkednek egymáshoz.

A külön vagy együtt nevelés választásának, sikerességének, legitimitációjának kérdése végső soron ugyanis azon áll vagy bukik, hogy felnőtté válva, az iskolából kilépve milyen beilleszkedési lehetőségek várnak az egyénre, illetve mennyire hozzáférhetőek számára a társadalom azon intézményei és közösségei, amelyekben a társadalom többi tagja él és amelyeket a társadalom többi tagja használ – azaz mennyiben látja el őket a szükséges kompetenciákkal az iskola, hogy felnőttként esélyük legyen a lehető legnagyobb önállósággal boldogulni a többségi keretek között.



A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

Vakok Állami Intézete – Vakok Elemi Rehabilitációs Csoportja

Adaptált varrógéphasználat látássérült személyek részére

GRÓSZ JUDIT, TOLNAYNÉ CSATTOS MÁRTA

grosz.judit@vakokintezete.hu, tolnayne.csattos.marta@vakokintezete.hu

Absztrakt

A szabadidős tevékenységek által nyújtott sikerélmények hozzájárulnak a felnőttkorban látássérültté vált klienseink pszichés jóllétéhez, így a komplex rehabilitáció szerves részét képezik. Az adaptált varrógéphasználat módszertanának kidolgozásával szeretnénk bővíteni a látássérült személyek szabadidős lehetőségeinek körét, valamint a „Mindennapos tevékenységek” tantárgy eszköztárát. Cikkünkben áttekintést adunk módszertani munkánk eddigi tapasztalatairól.

Kulcsszavak: látássérült személy, elemi rehabilitáció, varrógéphasználat, adaptáció

Az elemi rehabilitáció elsősorban a felnőttkorban látássérültté vált személyek számára nyújt szolgáltatást, de szükség esetén a veleszületetten vagy fiatalon látássérülést szenvedettek számára is igénybe vehető.

Az elemi rehabilitáció célja:

- A társadalmi integráció megvalósítása, a látássérültek társadalmi életbe való visszavezetése;
- Új életminőség kialakítása, ami lehetővé teszi az aktivitás megtartását, vagy kialakítását;
- Önrendelkező, személyiségi jogait gyakorló, kötelezettségeit vállaló, önálló életvitelre alkalmas személyiség kifejlődése.

Az elemi rehabilitáció potenciális kliensköre:

Az elemi rehabilitációba bevonható személyek az 1998. évi XXVI. törvény alapján az, aki érzékszervi fogyatékos – így különösen látásképeségeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott, és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során.

A fentiekben megfogalmazott célnak alárendelve, illetve azzal összhangban alakultak ki azok a szolgáltatásformák, melyek egyénre szabottan képesek a szükségleteket a rehabilitációs tevékenység hatékonyságával összhangba hozni.

A Vakok Elemi Rehabilitációs Csoportjánál az alábbi szolgáltatási formák valósulhatnak meg:

- bentlakásos szolgáltatás
- bejáró szolgáltatás
- ambuláns szolgáltatás
- otthontanítás, adaptációs otthontanítás

Az elemi rehabilitáció akkor tölti be küldetését, amennyiben annak során kliensközpontú szolgáltatás valósul meg; messzemenően figyelembe véve a szolgáltatást igénybevevő személy aktuális fizikai, pszichés és családi helyzetét, személyes elképzeléseit és igényeit. A szolgáltatás egészét alkotó különböző tevékenységek más-más módon elégítik ki az egyén szükségleteit.

A rehabilitációs szolgáltatás elemei:

- funkcionális látásvizsgálat és tréning, optikai eszközök használata
- tájékozódás és közlekedés
- mindennapi élet tevékenységei, életvitelt segítő eszközök használatának technikái
- aláírás, írás-olvasás optikai eszközök segítségével
- a Braille- és Moon-írás és -olvasás alapjai
- számítógép-használat, informatikai alapismeretek, speciális szoftverek alkalmazása
- szabadidős tevékenységek, mint pl. szövé, gyertyakészítés, gyöngyfűzés és szövé, varrás, patchwork stb.
- pályaorientáció, foglalkozási rehabilitáció

A kézműves tevékenységek helye az elemi rehabilitációban

Az adaptált varrógéphasználat, illetve a foltvarrás látássérült személyek számára történő módszertani kidolgozásának projektjét 2009 szeptemberében indítottuk el a Vakok Állami Intézetének Elemi Rehabilitációs Csoportján belül (VERCS). A módszertani kísérletek megkezdését az a régi törekvésünk ösztönözte, hogy újabb lehetőségeket kínáljunk a látássérült személyek számára a szabadidő eltöltéséhez, bővítve ezáltal az általunk eddig megajánlott kézműves tevékenységek körét (szövé, gyöngyszövé, gyöngyfűzés, gyertyakészítés). Az egyszerű kézműves technikák szervesen épülnek elemi rehabilitációs munkánkba és annak fontos kiegészítését adják, mivel

- az elemi rehabilitációs fejlesztés sokszor kimerítő, fegyelmet és teljes koncentrációt igénylő munka, melyet feloldhat a szabadon választható kézműves tevékenységek kötetlensége;
- lehetővé teszi a szabadidő aktív módon történő eltöltését mind a rehabilitáció alatt, mind a rehabilitációt követően;
- kézzelfogható sikerélményt nyújtanak;
- a kikapcsolódás és feltöltődés forrásai lehetnek, különösen a bentlakó intenzív szolgáltatást igénybe vevők számára, akik a megszokott környezetükből ideiglenesen kiszakítva, az intézeti környezetben sokszor nehezen találják meg az órák között és azok után rendelkezésükre álló idő értelmes eltöltésének lehetséges formáit;
- a közvetlen környezet elismerése az önbecsülés növekedését eredményezheti;

- amennyiben korábban a kézimunka a kliens szabadidejének fontos részét képezte, nem kell lemondania kedvelt időtöltéséről;
- a munkára történő felkészítés egyik lehetséges eszköze is lehet, mivel fejleszti a problémamegoldó képességet, a munkafegyelmet, és a manuális készséget.

Mindezek alapján a kézműves foglalkozásaink mellett, hogy fontos részét képezzik a szabadidős tevékenységeknek, a rehabilitációs munkát is jótékonyan befolyásolják.

A munkába bevont látássérült személyek

Életkori szerinti megoszlás	Veleszületett látássérült/fő	Szerzett látássérült/fő
20–31 év	1	3
32–51 év	3	1
52–59 év	1	0
60 évnél idősebb	0	5
Összesen	5	9
		14
		Nő /fő Ffi /fő
		12 2

Dg.	Közeli vízus	Színlátás	Kontrasztlátás	Társuló betegség
kisgyermekkorú herpesvírus-fertőzés	0.16	Ép	Súlyos zavar	-
Maculopathia diab.	0.04	Ép, pasztellszíneket néha keveri	Közepes zavar	Diabetes
Deg. mac. lut. Myopia, Arterphakia	0.16	Ép, pasztellszíneket néha keveri	Közepes zavar	-
Macula deg.	0.06	Ép	Közepes zavar	-
Orvosilag nem diagn.	0.03	Közepes zavar, alap-színket felismeri	Súlyos zavar	-
Cataracta congen. Glaucoma sec.	n.m.	Enyhe zavar	Közepes zavar	Cerebrális parézis (balkezes, jobb kéz mozgásosan érintett)
Retinopathia diab. Deg. mac. lut.	0.2	Ép	Ép	Diabetes
Látóideg-gyulladás	n.m.	Súlyos zavar	Ép	Izomsorvadás (kerekeszkés, a pedál lábbal történő használata nem lehetséges)
Myopia mai. grad., Cataracta	0.3	Enyhe zavar	Enyhe zavar	-
Glaucoma, Myopia, Cataracta	-	-	-	-
Retinopathia diab., Arterphakia	0.06	Enyhe zavar	Közepes zavar	Diabetes
Cataracta congen. Aphakia, Glaucoma	0.1	Ép, sötét színeket bizonytalanul azonosítja	Súlyos zavar	-
Ablatio ret.o.u., Myopia	-	-	-	-
ROP, Myopia, Glaucoma	-	-	-	-

A munkában résztvevő kliensek közül 3 fő rendelkezett előzetes tapasztalatokkal a varrógép használatának terén, 11 fő egyáltalán nem használt korábban varrógépet.

A módszertani munkában való részvétel felkéréssel és nem önkéntes jelentkezés alapján történt. A résztvevőknek vállalniuk kellett a kreatív együttműködést, közös innovációt, a fejlesztésben való aktív részvételt, illetve azt, hogy a kezdeti időszakban a hangsúlyt elsősorban nem a produktivitásra, hanem a módszertani fejlesztésre, problémamegoldásra helyezzük. A résztvevők meghívásánál mérlegeltük a kliens közügyességét, tapintási érzékelésének finomságát, motivációját, illetve frusztráció tűrését.

Optimális munkafeltételek kialakítása

Foglalkozások gyakorisága: heti 1 x 2 óra

Helyszíne: VERCS társalgó, később kizárólag erre a célra kialakított külön szoba

Csoportlétszám: 3-4 fő, majd egyéni órák

Oktatók száma: 1 fő

A helyszín megválasztásánál figyelembe vettük a szoba méretét és a megvilágítás lehetőségeit. Igyekeztünk a különböző munkafázisokat megfelelően elkülöníteni egymástól, illetve az egyes munkaterületeket az egyéni igényekhez igazítva természetes vagy mesterséges fényvel megvilágítani. Szükség esetén a kliens látásának optimális kihasználását helyi megvilágítással, esetleg az adott munkaterület leárnyékolásával megtámogatni.

Kezdetben nagycsoportos foglalkozások keretén belül dolgoztunk. eltérő látásteljesítménnyel rendelkező klienseink munkamenete és teljesítménye között azonban jelentős különbségek mutatkoztak a kivitelezés módjában, a ráfordított idő, az önállóság és a végeredmény tekintetében. A szembetűnő különbségekből adódó kudarchelyzetek elkerülése érdekében döntöttünk úgy, hogy külön csoportot hozunk létre a gyengénlátó és aliglátó résztvevők számára. Csoportképzéssel kapcsolatos tapasztalatainkat a következő táblázatban foglaljuk össze:

Vegyes csoport		Homogén csoport	
Előnye	Hátránya	Előnye	Hátránya
hatékonyabb közös problémamegoldás, innovatív együttműködés	előzetes ismeretekben, teljesítményben megmutatókozó különbségek	jobban alkalmazkodik az egyéni igényekhez	a folyton változó csoportarányok következtében egyik vagy másik csoport túlzottan kis létszámúvá válhat
csoportos együttműködés élménye, sikerek közös megélése	az egyes résztvevők eltérő mértékben igénylik segítő odafigyelést	többnyire hasonló problémák merülnek fel	
	különböző ütemben dolgoznak a különböző képességekkel és technikai lehetőségekkel rendelkező résztvevők egymáshoz mérik a teljesítményüket	megközelítőleg azonos ütemben dolgoznak	
	több konfliktusforrás		
	nehezen összehangolható közös időpont		

A fenti tapasztalatok alapján a varrógéphasználat, illetve az alapvető varrási technikák egyéni megtanítása után mérlegeljük a csoportok kialakításának lehetőségét, mely függ a munkába aktuálisan bevont kliensek számától, az egyes kliensek varrásban elért önállósági fokától, együttműködési készségüktől, illetve a közös időpont egyeztetéstől.

Gépi varrás adaptációja, módszertani alapok kidolgozása

A valódi foltvarró munkát a varrógéphasználat alapjainak adaptációja előzte meg. Gépi varrással kapcsolatos elsődleges nehézségeink, megoldandó feladataink a következők voltak:

- varrógéptű befűzése (a varrógéptű a hagyományos varrótűtől lényegesen eltér: a lyuk a tű hegyének közelében helyezkedik el, a tű rögzítve van a varrógéphez, a befűzés iránya nem tetszőleges, a cérnának minden esetben előlről hátrafelé kell futnia, a tű és a mögötte elhelyezkedő talpemelő kar között nagyon kevés a hely); alsó szál befűzése, felemelése (orsótokba történő befűzés, orsótok visszahelyezése);
- az anyag tű alá illesztése (a varrás kívánt kezdőpontja a tű alá essen);
- egyenes varrás (a varrás anyagszélről való távolságának megtartása);
- varrásfunkciók beállítása;
- tűpozíció biztonságos megállapítása.

A felmerülő nehézségek megoldására irányuló kísérletezésünk során egyre világosabbá vált, hogy a problémák áthidalásához elengedhetetlen a varrógép látássérült személyek igényeihez történő átalakítása, különböző segédeszközökkel való kiegészítése, melyek lehetővé teszik a vizuálisan kontrollált munkafolyamatok taktilis kiegészítését/kiváltását.

A varrógép adaptációjánál a következő szempontokat tartottuk szem előtt:

- a varrógép akadálymentesítése legyen házilag kivitelezhető
- kis anyagi ráfordítással megoldható
- előállítása ne igényeljen speciális szaktudást
- egyéni igényekhez igazítható, szükség esetén cserélhető, változtatható
- a varrógép típusától függetlenül alkalmazható
- vizuális és taktilis úton is használható

Mivel a varrógép legtöbb része tapintással jól érzékelhető, kevés átalakítással megoldható, hogy a varrógép látássérült személyek számára is használható legyen. Az adaptáció során csak a legszükségesebb módosításokat, jelöléseket alkalmaztuk. A kevésbé látható vagy tapintható részeket domború textilfestékkel tettük érzékelhetővé, illetve gyengénlátó, aliglátó használók számára élénk színű ragasztócsíkkal emeltük ki.

A varrógép jelölt részei:

- öltésminta kiválasztó tárcsa (csak a leggyakrabban használt varrástípusokat jelöltük: egyenes varrás, cikk-cakk öltés);
- öltéshossz beállító tárcsa (2 mm a legáltalánosabb öltéshossz, így kizárólag ezt jelöltük meg; ettől fölfelé és lefelé a tárcsa ütközése jelzi a végpontokat);

- felső szál feszességét szabályozó gomb (gyárilag beállított közepes feszességnél jelölve; ha szükséges, a felső szál feszességét az alsó száléhoz viszonyítva lehet ettől eltérve beállítani);
- öltésszélesség beállító gomb;
- a tűtől balra vízszintes vonal jelzi, hogy az anyagot milyen magasságban kell a tű alá helyezni, hogy a varrás kezdőpontja az anyagszélhez kerüljön;
- a nyomótalp szélességéhez igazított hosszanti vonal segíti a varrás anyagszélhez viszonyított egyenletes távolságának megtartását.



1. kép

Az akadálymentesített varrógép használata a funkcionális látás szempontjából

A varrógép használatának módjában a fenti 12 személynél a következő sajátosságok voltak megfigyelhetők:

A gyengénlátó kliensek varrás közben, illetve az előkészítő és utómunkálatok (varrásfunkciók beállítása, szálbefűzés, anyaszélek összeillesztése, egyes munkafázisok ellenőrzése, eldolgozás) során egyaránt támaszkodnak a vizuális és taktilis percepcióra, míg aliglátás esetén a kliensek szemmel követik ugyan a munkájukat varrás közben, de nem észlelik ha pontatlanok, ha az anyagok nem fedik egymást vagy ha a varrás anyagszélről való egyenletes távolságától eltérnek.

Az előkészítés, ellenőrzés, eldolgozás szintén tapintás útján történik, funkcionális látásukat elsősorban kontrasztos anyagok egymáshoz illesztésénél, ép vagy enyhe színlátási zavar esetén a felhasználásra kerülő anyagok színének kiválasztásában tudják használni.

Vak és aliglátó személyek között a gépi varrás módjában nem mutatkozott jelentős különbség.

Foltvarrás technikáira irányuló módszertani kísérletek

A varrógép adaptációt és a gépi varrás alapjainak betanítását követően a tradicionális foltvarrás technikai lehetőségein belül kezdtük meg a kísérleti munkát. Próbálkozásaink során arra törekedtünk, hogy találjunk a foltvarráson belül olyan eljárásokat, amelyek célcsoportunk számára is elérhetőek, módszertanilag adaptálhatóak, az elkészült munkák megjelenésükben esztétikusak. Eredeti szándékunk az volt, hogy a foltvarrás hagyományos geometrikus motívumokra épülő technikáit alakítsuk a látássérült személyek igényeihez, lehetőségeihez.

Ezen bonyolult és nagy pontosságot igénylő varrástechnikák kapcsán azonban több olyan problémával is szembesültünk, melyek ellentmondtak módszertani szándékainknak, a munkakörülményeink nyújtotta feltételeknek, illetve nem illeszkedtek a látássérült személyek által elsajátítható technikai lehetőségekhez, mivel:

- kivitelezésük nagy gyakorlottságot igényel a varrógéphasználásban (klienseink jelentős része nálunk sajátítja el a varrógéphasználat alapjait);
- a legegyszerűbb munkadarabok elkészítéséhez is nagy idő- és energiaráfordítás szükséges (a bevont kliensek egy részének a három hónapos bentlakásos tanfolyami idő áll a rendelkezésére ahhoz, hogy az önálló élethez szükséges rehabilitációs tevékenységek mellett elsajátítsa a varrógéphasználatot és a foltvarrást);
- ezek a technikák nagy pontosságot kívánnak (a kísérleti munkában részt vevő személyek az önállóságig nem jutottak el, mert állandó külső kontrollt igényeltek);
- a kivitelezés sokszor kifejezetten a látás hiányából fakadó nehézségekbe ütközött, ami komoly frusztrációs helyzeteket teremtett.

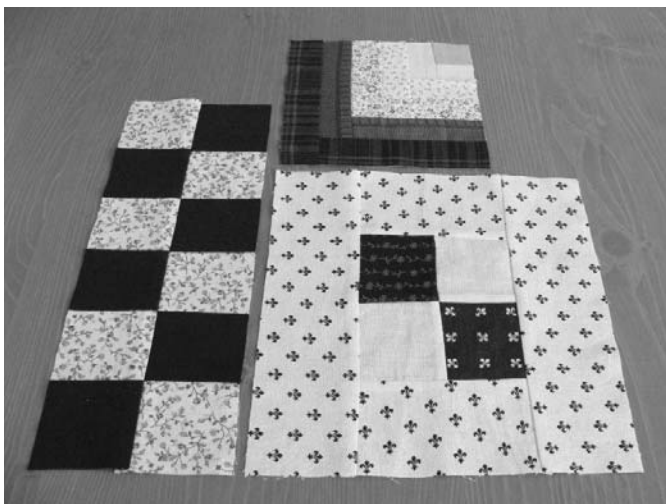
Gyengénlátó klienseinknél a technikák egy része működésképesnek bizonyult, bár az elkészült darabok megjelenésükben nem vetekedhettek a látók által készített munkákkal. Az aliglátó, illetve vak klienseknél ezek elsajátítása és önálló kivitelezése jelentős nehézségekbe ütközött, mivel többnyire nagy pontosságot, precizitást, vizuális kontrollt igényeltek az alkotó részéről.

A munka előrehaladtával nyilvánvalóvá vált, hogy a geometrikus technikák nem felelnek meg az általunk kitűzött céloknak, nem teszik lehetővé a látássérült személyek számára a teljes – azaz a szabást, varrást, eldolgozást jelentő – munkafolyamat terén az önállóságot. Tapasztalataink egyre inkább azt erősítették, hogy a hagyományos foltvarrás bonyolult és szigorú technikai elvárásaitól eltérő eljárást kell módszertanilag adaptálnunk, ami megfelel az alábbi feltételeknek:

- egyszerű varrástechnikára épül;
- rövid gyakorlással könnyedén elsajátítható;
- nem igényel aprólékos előkészületet;
- a betanítást követően látó segítség nélkül önállóan alkalmazható;
- viszonylag gyors munkavégzést tesz lehetővé, a munkadarabok elkészítése nem igényel túlzott idő- és energiaráfordítást;
- funkcionális látástól, előzetes ismeretektől, gyakorlottságtól függetlenül megtanulható;
- látássérült személyek számára is lehetővé teszi az egyes munkafázisok ellenőrzését.

Több hónapon át tartó kísérletező próbálkozás után szűkítettük le technikai repertoárunkat arra a mintázó eljárásra, mely véleményünk szerint megfelel a fent említett követelményeknek, klienseink sikerrel tudták az elsajátítást követően külső segítség nélkül is alkalmazni. Az általunk használt foltvarró eljárásnak az egyszerű varrástechnikával előállítható mintaképzés, az egyenes varráson belüli technikai lehetőségek és dekorációs variációk képezik az alapját.

A különböző csíkritmusok a varrógép használatának elsajátítását követően a legkorábban alkalmazott mintáink, amelyeket az ezek felvágásával és újraillesztésével kialakított kockás variációk követnek. Ezután próbálkozunk meg a bonyolultabb mintázatokkal, blokkokkal, melyek szintén a négyzet és a csík különböző variációiból épülnek fel. A mintaképzés legegyszerűbb formája, ha az anyag saját patchwork hatású mintázatát kihasználva nagyobb felületekkel hozzuk létre az aprólékos, összetett megjelenést.



2. kép

Tapasztalataink azt mutatják, hogy a látássérült résztvevők akkor tudnak a legeredményesebben dolgozni és minőségi darabokat előállítani:

- ha a varrás vonala nem ível;
- nem kell megszakítani a varrást egy adott ponton a két anyagszél között (a varrás egyik anyagszéltől a másikig tart);
- a varrás követi az anyag szélét, mely összefüggő vezetővonalat képez (a varrás vonala nem távolodik el az anyagszéltől, nem tart a munkadarab közepe felé, nem helyezkedik el az anyag közepén, pl. rátétminta);
- ha a szabásminta egyszerű, könnyen áttekinthető és egymásra merőleges egyenes vonalak alkotják.

Az adott eljárás előnye, hogy nem igényel nagy pontosságot, aprólékos mérést, viszonylag gyorsan látványos sikerekhez juttatja az alkotót, így a kliensek nagy örömet lelik a munkában – mindemellett rendkívül variábilis, melyet igyekszünk minél jobban felhasználni, ragaszkodva az igényes kivitelezéshez és esztétikus megjelenéshez. Az eljárásunk egyaránt alkalmas egyszerű javítási munkák elvégzésére, illetve dekoratív munkadarabok létrehozására. Az eddigi résztvevők mindegyike képes volt a technikát rövid idő alatt elsajátítani és önállóan alkalmazni.

Eddigi munkáink egyszerű szabásmintára épülő, viszonylag könnyen összeállítható darabok, illetve ruhajavítási munkák voltak:

- vászontáskák különböző variációi,
- kisméretű kozmetikai táska,
- terítő,
- edényalátét,
- párnahuzat,
- jelmez,
- ruhaátalakítás (nadrágszár levágása, felvarrása).

A munkadarabok elkészítéséhez szükséges idő egyénenként eltér a kliensek kezűgyes-ségétől, előzetes ismereteitől, gyakorlottságától, funkcionális látásától – a munkadarab bonyolultságától függően. Az első munka elkészítéséhez átlagosan három alkalom volt szükséges (egy-egy foglalkozás időtartama 90 perc). A ráfordított idő további gyakorlással természetesen csökkenhet.



3. kép

Foltvarrás munkamenete

A közös munkát minden kliensnél azonos módon készítjük elő:

Az általunk alkalmazott foltvarrás-technikák bemutatása mintadarabok segítségével, az érdeklődés felkeltése, a tevékenység iránti motiváció kialakítása;

- a foltvarráshoz szükséges eszközök, anyagok és azok minőségi jellemzőinek ismertetése.

Varrógép használatát megalapozó folyamatok:

A látásnevelő kollégákkal együttműködve egyénenként a megfelelő megvilágítás, valamint szükség esetén kézimunka-nagyító kiválasztása;

- tűbefűző hagyományos módon történő használata, felső szál befűzése tűbefűzővel; csomókötés;

- cérna anyagból történő kifejtése segédeszköz nélkül;
- a varrógép részeinek és működésének megismerése, jelölések, funkciógombok, leggyakrabban használt programok, beállítások elsajátítása stb.;
- felső szál, alsó szál befűzése;
- automata tűbefűző használata;
- szálvágó használata;
- orsózás, orsócsere;
- anyag nyomótalp alá helyezése, anyagrögzítés;
- pedálhasználat, megfelelő nyomaték elsajátítása, sebesség rugalmas változtatása (alsó végtagsérülésnél ezt jobb könyökkel gyakoroltatjuk; ha a varrógép rendelkezik automata pedál nélküli varrófunkcióval, akkor annak használatát is taníthatjuk);
- folyamatos anyagtovábbítás gyakorlása;
- anyag tű alá rögzítése vezetővonalakhoz illeszkedve;
- egyenes varrás gyakorlása egyrétegű anyagon;
- két anyag összevarrása (tű alá rögzítés, egymáshoz illesztés, varrástávolság megtartása);
- elkészült varrás egyenletességének ellenőrzése;
- tűcsere;
- varrógép karbantartása.



4. kép

Anyagválasztás

Mivel az anyagválasztás nagyban befolyásolja a munka sikerességét, külön figyelmet fordítottunk a felhasználandó textíliák kiválasztására. Igyekeztünk kitapasztalni, hogy mely tulajdonságokkal rendelkező anyagok felelnek meg a foltvarrás általunk alkalmazott technikájának, illetve milyen textilekkel tudnak a látássérült személyek a legoptimálisabban dolgozni. Az anyagválasztásnál figyelembe vettük a fonák-szín oldal megkülönböztetésének, az anyagok illesztésének, a széltől való varrástávolság megtartásának és a láthatóságnak a nehézségeit.

Varrógépválasztás és adaptáció

A munkához eltérő típusú háztartási varrógépeket használunk, így a kliensek többféle varrógépet is megismerhetnek, kipróbálhatnak. A gépi varrás alapjainak betanítását követően természetesen az elsajátított ismereteket bármilyen varrógéptípuson képesek alkalmazni.

Eddigi tapasztalataink azt mutatják, hogy a klienseink számára azok a varrógépek teszik lehetővé leginkább az optimális munkavégzést, melyek az alábbi funkciókkal, tulajdonságokkal rendelkeznek:

- elektromos lábpedál
- rögzíthető automata tűbefűző
- szálvágó
- minél egyszerűbb szálbefűzési rendszer
- szabadkarúvá alakíthatóság

Saját varrógép vásárlása esetén segítünk az adott személy igényeihez leginkább alkalmazkodó típus kiválasztásában, illetve a megvásárolt vagy már meglévő varrógép egyéni adaptációjában.

Összegzés

A gépi varrás nagyban épül a „Mindennapos tevékenységek” tantárgy során elsajátított készségekre, ismeretekre (tűbefűzés, kézi varrás, vasalás). A varrógéphasználattal kapcsolatos ismeretek, eljárások azonban később nem csupán hobbitevékenység formájában kerülhetnek felhasználásra, hanem a háztartási munkák során egyszerű javítások, átalakítások kapcsán is alkalmazhatók, így a varrógép használata beépülhet az egyén mindennapjaiba.

A kísérleti időszak nem zárult le, fejlesztési munkánk jelenleg az önálló szabás, mérés módszertani lehetőségeire, illetve a varrógép változó igényekhez rugalmasan alkalmazkodó akadálymentesítésére irányul. Ennek elérését további próbálkozásokon, minél több kliens bevonásán, valamint egyszerű segédeszközök kidolgozásán keresztül látjuk megvalósíthatónak.

1%-OS FELAJÁNLÁS

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete céljai között a megalakulásától kezdve szerepel a *Gyógypedagógiai Szemle* megjelentetése. Kérjük olvasóinkat, hogy személyi jövedelemadójuk 1%-ának felajánlásával támogassák az Egyesületet annak érdekében, hogy a lap folyamatosan meg tudjon jelenni.

Adószám: 19024251-1-42

Vakok Óvodája, Általános Iskolája, Speciális Szakiskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye, Kollégiuma és Gyermekotthona
Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XX. Kerületi Tagintézménye
(volt Vörösmarty Mihály Általános Iskola és Logopédiai Intézet)

„Logopédiai játékok”-tól a logopédiai játszóházig

PÁL-DAMJANOVICS ZSUZSANNA

paldamjanovics.zsuzsanna@gmail.com

Absztrakt

A budapesti Vakok Általános Iskolájának logopédusai úgy érezték, hogy egy olyan programot kellene szervezni a zárt közösségben, ahol a beszédfejlesztésen, a játékos logopédiai feladatokon keresztül valósul meg egymás megismerése, elfogadása. Az évek folyamán bekapcsolódtak a játékbba a pszichológusok is. A pösze-terápia előkészítő gyakorlatait vettük alapul, melyeket kiegészítettünk önismereti, személyiségfejlesztő játékokkal, illetve közös zenéléssel, énekléssel – a közösség összetartó erejét szolgálva. A közszolgálati szükségletekhez és körülményekhez igazodva szerveztük meg a játékot, így létrejött a logopédiai játszóház.

Kulcsszavak: logopédiai játékok, vak gyerekek, logopédiai játszóház, logopédiai szakszolgálat, beszéd- és ritmus- és személyiségfejlesztés

A történet 8 évvel ezelőttre nyúlik vissza. A budapesti Vakok Általános Iskolájának logopédusai úgy érezték, hogy egy olyan programot kellene szervezni a zárt közösségben, ahol a beszédfejlesztésen, a játékos logopédiai feladatokon keresztül valósul meg egymás megismerése, elfogadása. Az évek folyamán bekapcsolódtak a játékbba a pszichológusok is, tarsolyukban a különböző személyiségfejlesztő játékokkal. Így a logopédiai játékok immár hagyománnyá váltak intézményünkben, minden tanév végén a gyereknapal egybekötve szervezzük meg. Egy vidám délutáni program kerekedik, amelyeken minden nagycsoportos és alsó tagozatos gyermek részt vesz.

Az alacsony osztálylétszám ellenére két délután bonyolítjuk le a rendezvényt, korosztályonként, kicsit egyénibbé téve. Minden gyermek részt vesz a játékban, függetlenül attól, jár-e logopédiára. Akinek nincs beszédhibája, nyelvi nehézsége, az is betekinthet a foglalkozások menetébe, a logopédiai fejlesztésben részesülő gyermekek pedig megmutathatják, milyen sokat fejlődtek, milyen jól megy nekik a zizi megtartása, a méz lenyalogatása, a lufi fújása, a csettintés, vagy a szógyűjtés tik-tak bombával. A pösze-terápia előkészítő gyakorlatait vesszük alapul, melyeket kiegészítünk önismereti és személyiségfejlesztő, illetve relaxációs játékokkal és közös zenéléssel, énekléssel – a közösség összetartó erejét szolgálva. A zenét népi forrásokból merítve válogatjuk össze, kisebbeknél pedig a Gryllus-dalok az alapok. A terápiás közösség és a nevelőtanárok gondoskodnak arról is, hogy a móka végén minden gyermek apró emlékeztető ajándékkal távozzon. A foglalkozások időpontjának megválasztása azért is esik a tanév végére, mert ezáltal egész évi munkánk játékos lezárására nyílik mód.

A fentiekben tapasztaltakat szerettem volna átültetni a kerületi logopédiai munkába is. Pesterzsébeten, ahol részmunkaidősként dolgoztam, a vezetőm és kollégáim lehetőséget láttak a logopédiai játékok megszervezésében. Itt viszont kicsit más céllal és felállásban, az adott szükségletekhez és körülményekhez igazodva szerveztük meg a játékot, így létrejött a logopédiai játszóház. A játékos délutánnal a logopédiai foglalkozásra járó óvodás korosztályt céloztuk meg. Az ötlet megszületésekor fontos szempont volt, hogy tanév elején kerüljön sor a rendezvényre, hogy ezzel is megalapozzuk az egész éves munkánkat, és a szülő valóban partnerré válhasson a fejlesztésben, terápiában. Tehát a gyermekek szórakoztatása mellett célunk az volt, hogy a szülők közvetlenül megismerkedhessenek a logopédiai munkával, és játékos ötleteket kapjanak az otthoni gyakorláshoz, áttételesen javítva ezzel a szülő-gyerek kapcsolatot és a gyermek önbizalmát.

A rendezvényre a központi intézményben került sor. Az ovisok szülővel vagy nagyszülővel érkeztek, néhány gyermeknek a testvére is eljött. Belépéskor regisztrálni kellett, majd a köszöntő után ismertettük a játékszabályokat. Ezt követően a gyermekek csapatokba rendeződtek aszerint, ki milyen állat képét húzta kártyán. Így alakultak ki a farkasok, a cicák és a kutyák csapatai, melyeket a résztvevők az adott állat hangját utánzó csatakiáltással tettek még hitelesebbé. Ezután kezdetét vette a játék. A gyermekek megkapták a menetlevelüket, majd a csapatvezető logopédusokkal és a szülőkkel együtt elvonultak az első helyszínre.

A program „forgószínpad-szerűen” működött, a termék adottságaihoz igazodva. Ez alapján a gyermekek négyféle foglalkozáson vehettek részt, hat helyszínen. Kézműves foglalkozáson és a ritmizáláson minden gyermek részt vett, a logopédiai ügyességi játékok és a mese-dramatizálás pedig választható volt. Az időkeret betartására húszpercenként sípszó figyelmeztetett. A kézműves foglalkozáson az artikulációs gyakorlatok során használt mentő, baba, csacsi, malac figuráját készíthették el a gyerekek, amiket haza is vihettek. A résztvevők minden helyszínen kaptak pecsétet a menetlevelükre. Azon gyermekek, akik három pecsétet összegyűjtöttek, oklevélben részesültek, melyet ünnepélyes keretek között adtunk át.

A kétféle logopédiai délutánt hagyományteremtő céllal hívtuk életre. A nagy munkával, szervezéssel járó délutánok fáradtságait mindkét esetben kárpótolja a gyerekek lelkesedése és a jó hangulat, valamint azok a pozitív visszajelzések, melyeket utólag osztanak meg velünk.

GYÓGYPEDAGÓGIA, PSZICHOLÓGIA, PEDAGÓGIA, PEDAGÓGIATÖRTÉNET

ELTE EÖTVÖS KIADÓ



Keresse könyveinket honlapunkon és az Eötvös Pontokban!

www.eotvoskiado.hu

www.eotvospontok.hu

KÖNYVISMERTETÉS, ÚJDONSÁGOK

BORBÉLY SJOUKJE

A szülők és mi

BUDAPESTI KORAI FEJLESZTŐ KÖZPONT, 2012.

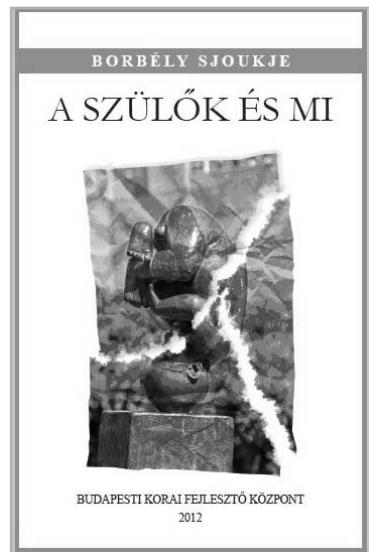
Elsősorban a korai fejlesztés területén tevékenykedő szakembereknek íródott ez a könyv, tehát gyógypedagógusok, gyógytornászok, mozgásterapeuták (stb.) számára, akik munkájuk során szoros, közvetlen kapcsolatban állnak sérült gyermeket nevelő családokkal.

A korai intervenció a szerző olvasatában többet jelent a szűken értelmezett korai fejlesztésnél, hiszen nem kizárólag egy sajátos nevelési igényű gyermek terápiája áll a foglalkozások fókuszában, hanem a szülőkkel együttműködve, egymás tapasztalataira építve történik a valamilyen okból eltérő fejlődésmentű gyermekek fejlesztése.

Ahhoz, hogy ez az ún. terápiás háromszög eredményes legyen mindhárom fél (szakember, szülő, gyermek) számára, nemcsak felismerni, hanem megérteni is szükséges a szakemberek és a szülők között fennállható kommunikációs nehézségeket.

A szerző hosszasan fejti ki az anyaságról és a speciális anyaságról alkotott nézeteit. Stern, a híres amerikai pszichiáter és pszichoanalitikus nézetei alapján értelmezi az anyaságot mint „sajátos pszichés állapotot”, majd Jet Isarin holland filozófus és „érintett” szülő gondolatai mentén világít rá a „más” gyermek szüleinek érzelmi problémáira, a szülők és sérült gyermekük kapcsolatának minőségére. Isarin disszertációjából Borbély az alábbi szülői választ idézi, amely híven tükrözi a szülőkből lejátszódó érzelmi bizonytalanságot, kettősséget:

„Ha engem megkérdeztek volna, hogy »kellett volna-e lélegeztetni őt?«, azt mondtam volna, hogy »Nem, nem kellett volna«. Ha azonban azt kérdezed, »Akkor jobb lenne, ha nem lenne?«, akkor már nem tudok mit mondani, nem tudom a választ. Belátom, hogy a két válasz nem összeegyeztethető.”



A „Hogyan bánunk, illetve bánjunk a saját és a szülők érzelmeivel?”, a „Ki vagyok én?” kérdésekre nem könnyű válaszolni, hiszen ezt erősen befolyásolja környezetünk, másokkal való kapcsolatunk. Amikor korai fejlesztő szakemberként új gyermek szülei-vel találkozunk, szem előtt kell tartanunk és el kell fogadnunk, hogy a traumafeldolgozás e kezdeti időszakában a szülők részéről az erős, negatív érzelmek teljesen természetes reakciók.

Az utolsó egységben a szerző a tranzakcióanalízis atyja, Eric Berne játszmaelmélete alapján veszi górcső alá a szakember és szülő kapcsolatában megnyilvánuló játszmákat, és lehetséges megoldási módokat kínál a felmerülő kommunikációs problémákra.

Borbély hangsúlyozza a pedagógiai tanácsadás fontosságát, amely során a szakember segítséget nyújt a szülőknek gyermekükkel kapcsolatos konkrét nevelési dilemmákban, nehézségekben, de nem tartozhat kompetenciájába a szülők egyéni problémáinak megvitatása, kezelése.

Összegezve az eddig leírtakat, Borbély Sjoukje könyve nagy segítségére lehet minden olyan fejlesztő szakembernek, aki szeretné jobban megérteni a tapasztalt szülői viselkedés mozgatórugóit és kiegyensúlyozottabb együttműködés kialakításán fáradozik.

Pongrácz Kornélia

MAGYE INFORMÁCIÓK

Elérkezett a tagdíjfizetés ideje, kérjük befizetni az alábbiak szerint:

Aktív dolgozó:	2.800 Ft/év
Nyugdíjas/hallgató:	1.800 Ft/év
Intézmény:	10.000 Ft/év

MAGYE bankszámlaszám: 11707024-20094959

MAGYE levelezési cím: 1071 Budapest, Damjanich u. 41–43.

MAGYE honlap: www.magye-1972.hu

A tagdíjat befizetők a *Gyógypedagógiai Szemle* számait ingyenesen kapják.

F I G Y E L Ő

Diagnosztikus kézikönyv

Az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. a TÁMOP 3.1.1. „21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció” kiemelt projekt 2013. évi egyik fejlesztési programja volt a „Diagnosztikus kézikönyv” elkészítése.

A pályázatban részt vevő kutatók és fejlesztők a gyógypedagógiai ellátás valamely területén dolgozó, közvetlen gyakorlati tapasztalattal rendelkező, korszerű és tudományosan megalapozott tudással bíró szakemberek voltak. Többségük a felsőoktatásban, a gyógypedagógusok képzésében bizonyított, oktatói gyakorlattal rendelkezett, elsősorban a gyógypedagógiai diagnosztikai tevékenységhez kapcsolódóan, mások a pedagógiai szakszolgálati feladatellátásban szereztek diagnosztikai gyakorlottságot.

A nagy létszámú csapat tagjai egy-egy fogyatékosági területre vonatkozóan készítették el a fogyatékoság megállapítására vagy kizárására irányuló diagnosztikus munka protokolljait. Ehhez közvetlenül kapcsolódott azoknak a diagnosztikus eszközöknek és eljárásoknak a felkutatása, megnevezése és bemutatása, melyek a nemzetközi gyakorlatban használatosak, és szükség lenne hazai alkalmazásukra is. A program során fejlesztett diagnosztikus protokollok szerkezete minden diagnosztikus szakterületre vonatkozóan azonos. A protokollok első részében a szerzők összegyűjtötték, elemezték és bemutatták a nemzetközi gyakorlatot, hangsúlyossá téve azokat a megoldási módokat, amelyek a hazai szakszolgálati környezetbe is jól beilleszthetők.

A szakmai protokolltérképet a fejlesztő team tagjai, Mészáros Andrea gyógypedagógus–neuropszichológus, Nagyné Réz Ilona gyógypedagógus–pszichológus, Torda Ágnes gyógypedagógus – klinikai gyermek szakpszichológus vezető szakértők készítették. A protokolltérképek biztosították azt, hogy a fogyatékosági területeként dolgozó szakmai csoportok azonos szempontok alapján, azonos szerkezetet és azonos arányokat követve készítsék el a diagnosztikai mintaprotokollokat. Szempontok voltak a kliens életkora, életkori szakasza, problémájának jellege, a vizsgálat típusa, a vizsgálat jelenleg alkalmazott és bevezetésre ajánlott (a nemzetközi gyakorlatban jellemzően és gyakran használt) eszközei és eljárásrendje. Kértük a diagnosztikus folyamat bemutatását és javaslatot annak a szakmai keretnek és feltételrendszernek a kialakításához, amely garantálja a diagnosztikai munka egységesítését.

A kutatás-fejlesztés során készült kéziratok lektora Lányiné Engelmayer Ágnes gyógypedagógus–pszichológus volt, aki a gyógypedagógiai pszichodiagnosztika elméletét és gyakorlatát hosszú évtizedeken át fejlesztette és tudományos igényvel alakította, a kötet szerzőinek többségét erre a feladatra mint főiskolai tanár oktatta, és munkatársait később gyakorlati tanácsaival is támogatta. Gondossága, igényessége és fáradhatatlan közreműködése nagyban hozzájárult ahhoz, hogy a tanulmányokban korszerű és hiteles tartalmak kaptak helyet. A kéziratok kontrollszerkesztője Bolla Veronika gyógypedagógus.

gógus–pszichológus volt, a kéziratok gondozásának és szerkesztésének feladatát Szerencsés Hajnalka gyógypedagógus végezte.

A szakmai munka irányítója és a „Diagnosztikus protokollok kézikönyve” alkotó szerkesztője Torda Ágnes.

A diagnosztikus protokollok az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. honlapján megtalálhatóak: http://www.educatio.hu/hirfolyam/tamop311_4pillar

Torda Ágnes

„A mi életünk” program



A mi életünk!

Az ÉFOÉSZ (Értelmi Fogyatékosokkal Élők és Segítők Országos Érdekvédelmi Szövetsége) 2013-ban elindította „A mi életünk” programot, melynek célja az értelmi fogyatékos és megértési nehézséggel élő személyek számára könnyen érthető kommunikációval hozzáférhető információkat biztosítani az egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása érdekében, ezáltal az életvitelhez szükséges tudás megalapozása, az aktív társadalmi részvétel segítése.

„A mi életünk” program két egységből épül fel. Az online és print információk a www.amieletunk.foesz.hu honlapon érhetők el. A felületen megtalálható a közéleti hírek könnyen érthető változata, illetve az életvitelt érintő területekről – mint például az egészség, vásárlás, lakhatás, szabadidő, nemi identitás kérdésköre – rövid leírás. Az ismeretek rövid munkalapok, munkafüzetek formájában letölthetők a „Tudástár” menüből, a „Videók” menüben az ehhez kapcsolódó mini videók találhatóak meg. A munkafüzetek és a közéleti hírek érintettek bevonásával készül, így valósítva meg a „semmit rólunk nélkülünk” elvet. A program második egységeként az érintettek számára az egyéni szükségleteknek és kommunikációnak megfelelő képzéseket szervezünk a már említett témákban.

A program fejlesztéseként 2014 első felében tájékoztató kiadványokat készítünk „Mi nők, igazán nők” és „Mi férfiak, igazán férfiak” címmel, melyekben érintett személyek, orvosok, pszichológusok, gyógypedagógusok, színészek, életmód-tanácsadók írnak a nemi identitásról egyéni szempontból. A tájékoztató füzetek az ÉFOÉSZ által szervezett azonos című képzésekhez tartoznak.

A programmal kapcsolatos észrevételeket, javaslatokat, együttműködési szándékokat a gonczy.rita@foesz.hu címre várjuk a fogyatékos személyektől, a kollégáktól, a szülőktől és az érdeklődőktől.

Farkasné Gönczi Rita

Gyógypedagógiai hasznossággal bíró cikkek a Fizioterápia szakfolyóiratban

Szakkikkek olvasása közben találok a *Fizioterápia* folyóiratban (a Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága lapja) két olyan publikációval, amelyek véleményem szerint hasznosak a gyógypedagógia területén is. Dóle Tímea és Fehérné Kiss Anna szerzők két szorosan egymáshoz kapcsolódó és tartalmilag is összefüggő cikkben foglalták össze a cerebrális paresis (CP) mozgáskezelését.

A cerebrális paresis az agyi károsodások révén mozgási, értelmi, kommunikációs vagy egyéb elváltozásokkal és ezek halmozódása okozta akadályozottságokkal jár együtt. Ezek az SNI gyermekek nagy számban jelennek meg a gyógypedagógia különböző szakterületein és így az ellátás területén sajátos problémakört jelentenek. Bár a cikkek a fizioterápia körébe tartozó kezelési módot ismertetnek és a szomatopedagógusok számára nem ismeretlen eljárást mutatnak be, hasznosnak tartom felhívni a gyógypedagógia egyéb területein dolgozó szakemberek figyelmét is a *Fizioterápia* XXII. évfolyamának (2013) 4. számában megjelent két publikációra. A cikkek tartalma minden olyan gyógypedagógus számára fontos, akik praxisában a CP-s gyermekek előfordulnak.

A szerzők „*A gyermek NDT – a Bobath-szemlélet mint komplex kezelés*” című cikkükben az előzőekben írtak bemutatására az NDT (neurodevelopmental treatment) kezelést írják le. A vizsgálati módszerek célirányultságának hangsúlyával fogalmazzák meg a gyermekek ilyen irányú kezelésének a lényegét. A hangsúlyt a motoros tanulásra és a funkcionális program alapján kialakított sztereotip mozgásmintákra, mozgásfolyamatok gyakorlására helyezik, így az életkornak megfelelő önállóság megteremtését állítják a kezelés középpontjába. Az életszerű szituációban gyakorolt tevékenység hangsúlya a kezelés központja, amelyben az önállóság, a játék örömteli mozgásélményt jelent a kezelték számára és életkornak megfelelő komplex fejlődést tesz számukra lehetővé.

„*A CP fizioterápiája a Bobath-szemlélet szerint*” című cikkükben mindezt a cerebrális paresis kezelésébe integrálják. A központi idegrendszer sérülése okozta klinikai tünetek ismertetése, a klasszifikációs lehetőségek összefoglalása mellett a kezelés célkitűzésében korszerűen olyan terápia-fejlesztési, de ugyanakkor nevelési feladatokat ismertetnek, amelyek a gyermek mozgásterápiás kezelését az életkornak megfelelő gyermeki tevékenységre, annak befolyásolására ösztönözik. Ebbe a fejlesztés-fejlődés folyamatba integrálják a Bobath-módszer egyes elemeit, felhasználva a CP-s gyermekek terápiai foglalkozásait a mindennapok tevékenységeinek fejlesztésére.

Mivel a cikkek szemlélete és tartalma a gyakorló gyógypedagógusok számára is hasznos, indokolt, hogy e rövid tájékoztatással hívjuk fel a figyelmet a CP-s gyermekek gyógypedagógiai rehabilitációjában való hasznosságára.

A leírtakat indokolt kiegészíteni a szomatopedagógia már ismert, hasonló célkitűzésű komplex gyógypedagógiai eljárásaival, amelyhez két korábbi publikációm szeretném ajánlani:

- BENCZÚR M.-né (1998): Gondolatok a Bobath-módszer pedagógiai hasznosságáról és adaptációs lehetőségeiről. *Speciális Pedagógia*, 4, 3, 2–12.
- BENCZÚR M.-né (2000): A korai agykárosodások utáni mozgásrendellenességek mozgásnevelése. In Uő. (szerk.): *Sérülésspecifikus mozgásnevelés. Mozgáskorlátozottak mozgásterápiája, adaptált testnevelése és mindennapos tevékenységre nevelése*. ELTE BGGyF, Budapest. 129–188.

Benczúr Miklósné

A Gyógypedagógiai Szemle munkatársai 2013-ban

Eredeti közlemények

<i>Benczúr Miklósné</i>	A szomatopedagógia történeti előzményeinek irodalmi áttekintése	emlékkötet	43. o.
<i>Berényi Marianne – Katona Ferenc</i>	Fejlesztések és terápiák. Fogalomzavar, vagy vetélkedés a mindennapokért?	3.	174. o.
<i>Bokor Tamás – Bokor Bacsák Györgyi</i>	Résztvétől a részvételeig. A participatív kommunikációs koncepció érvényesítésének lehetőségei a logopédiai tevékenységben	4.	241. o.
<i>Csákvári Judit</i>	Adaptív viselkedés mérése mérsékelt intellektuális képességzavarral élő felnőttek magyar mintáján	2.	81. o.
<i>Csányi Yvonne</i>	Integráció/inklúzió és a szakvéleményezés összefüggései	3.	165. o.
<i>Csányi Yvonne – Perlusz Andrea</i>	Technikai, módszertani, szemléleti és populációs változások a hallássérültek pedagógiájában (1957–2012)	emlékkötet	73. o.
<i>Csonkáné Polgárdi Veronika – Dékány Judit</i>	A Diszkalkulia Pedagógiai Vizsgálata (DPV)	2.	118. o.
<i>Dérczyné Somogyi Veronika – Katona Krisztina – Somorjai Ágnes</i>	A súlyos fokban látássérültek gyógypedagógiájának öröksége és új útjai	emlékkötet	93. o.
<i>Eigner Bernadett</i>	A szülői stressz szerepe a korai anya-gyerek kapcsolatban	1.	39. o.
<i>Farkasné Gönczi Rita</i>	Könnyen érthető kommunikáció nyelvi szintjei	3.	208. o.
<i>Fábián Zsuzsanna – Tóthné Aszalai Anett</i>	Narratívumok elemzése – beszéd fogyatékos szülői nézőpontból	1.	56. o.
<i>Febérné Kovács Zsuzsanna</i>	A logopédiai tevékenység tartalmi dominanciáinak változása a hang-, beszéd- és nyelvi zavarok gyógypedagógiája területén	emlékkötet	83. o.
<i>Font Orsolya – Kóbor Andrea – Takács Ádám</i>	A nem verbális fluencia fejlődési mintázata 3. és 5. osztály között	4.	275. o.
<i>Gellért Etelka</i>	Tudósok és emberek. Dr. Tóth Zoltán és Gordosné dr. Szabó Anna, a gyógypedagógia meghatározó személyiségei	emlékkötet	130. o.
<i>Gereben Ferencné</i>	Klinikai gyógypedagógia: a tágan értelmezett gyógypedagógia-tudomány és -gyakorlat ismeretrendszere történeti aspektusból	emlékkötet	31. o.
<i>Hacki Tamás</i>	A hangképzési zavarok kezelésének jelentősége az egészségügyben – A klinikai logopédia feladata	2.	137. o.
<i>Horváth Zsuzsanna – Szilajné Bárdos Mária</i>	Mozgás alapú terápia hatása a csoportra és az egyénre halmozottan fogyatékos fiatalok körében	3.	187. o.
<i>Kereki Judit</i>	A koragyermekkori intervenciók rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei	1.	23. o.
<i>Lányiné Engelmayer Ágnes</i>	Tudománytörténeti reflexiók a gyógypedagógia, a pszichológia és a gyógypedagógiai pszichológia kapcsolatához	emlékkötet	3. o.
<i>Loványi Eszter – Piczkó Katalin</i>	Társadalmi szemléletformálás és integráció támogatása segítőkutyák bevonásával, avagy a négylábú segítőtársak	2.	95. o.
<i>Lukács Ágnes – Győri Miklós – Rózsa Sándor</i>	TROG-G: új sztenderdizált módszer a nyelvtani megértés fejlődésének vizsgálatára	1.	1. o.
<i>Márkus Eszter – Papp Gabriella</i>	Többszintű gyógypedagógus-képzés az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon: szerkezeti és tartalmi változások a Bologna-folyamat hatására	emlékkötet	53. o.
<i>Mesterházi Zsuzsa</i>	Gyógypedagógusok doktori képzése	emlékkötet	22. o.

<i>Mezeiné Isépy Mária</i>	Gordosné dr. Szabó Anna, a Magyar Gyógyneveléstudományok Egyesületének alapító tagja, a Gyógyneveléstudományi Szemle főszerkesztője	emlékkötet	116. o.
<i>Mile Anikó</i>	A rendszermonitor és az elszámoltathatóság kérdései	2.	95. o.
<i>Pákozdy Kenderessy Katalin</i>	Gyógyneveléstudomány-történeti Gyűjtemény	emlékkötet	125. o.
<i>Pongrácz Kornélia</i>	Többségi általános iskolások sajátos nevelési igényű gyermekekkel szembeni attitűdjének vizsgálata	3.	197. o.
<i>Pukánszky Béla</i>	Párhuzamok és ellentétek. Gondolatok A magyar gyógyneveléstudomány-képzés története című kötet olvasása közben	emlékkötet	13. o.
<i>Radványi Katalin - Regényi Enikő Mária - Csorba János</i>	„Emberhez méltó jobb lakó- és életkörülmények nekik is”. Értelmileg akadályozott emberek életminősége és a kitagolás kérdése	4.	262. o.
<i>Rózsáné Czigány Enikő - Vargáné Molnár Márta</i>	A pszichoneveléstudomány fejlődése a gyógyneveléstudományi tevékenységek rendszerében	emlékkötet	102. o.
<i>Schumayer Izolda</i>	„A Bárczi Könyvtára”. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógyneveléstudományi Kar könyvtári gyűjteményének alakulása a kezdetektől napjainkig	emlékkötet	118. o.
<i>Stefánik Krisztina - Őszi Tamásné</i>	Egy régi-új ismerős: az autizmus spektrum korszerű neveléstudományja	emlékkötet	109. o.
<i>Tar Éva</i>	A fonológiai profil feltárásának szerepe Down-szindrómás gyermekek logopédiai ellátásában	4.	254. o.
<i>Torda Ágnes</i>	Gondolatok a gyógyneveléstudományi tevékenység alakulásáról az ezredforduló idején	emlékkötet	65. o.

A gyakorlat műhelyéből

<i>Fischer Lászlóné - Mezőfi-Horváth Antónia - Pamula Miklós</i>	Audiovizuális stimuláció összehasonlító hatékonyságvizsgálata a kiskőrösi EGYMI-ben	4.	289. o.
<i>Horváthné Somogyi Ildikó - Balogh Fruzsina</i>	KULCSprogram - gyakorlati megvalósulás és szemléletformáló kommunikációs kampány	3.	223. o.
<i>Katona Vanda</i>	A szakma hozzájárulása a társadalmi integrációhoz egy TÁMOP projekt keretében	1.	65. o.
<i>Pintér Henriett</i>	Az írásbeli kommunikáció fejlesztése a konduktív nevelésben	2.	140. o.
<i>Tiszai Luca</i>	„Legyen a zene tényleg mindenkié” Nádiumzum - egy halmozottan sérültekből álló zenekar születése	3.	213. o.

Könyvismertetés, újdonságok

<i>Csányi Yvonne</i>	Heidi Heldstab: Miért nem beszél a gyermekem?	1.	73. o.
<i>Csányi Yvonne</i>	Kathrin Hoberg: Schultatgeber ADHS	3.	232. o.
<i>Farkasné Gönczi Rita</i>	Horváthné Somogyi Ildikó - Danó Réka - Tóth Szilvia: Támogatott döntéshozatal - Az ÉFOÉSZ modellkísérleti programjának tapasztalatai	2.	154. o.
<i>Őszi Tamásné</i>	Matthew Dicks: Egy képzeletbeli barát naplója	4.	307. o.
<i>Pongrácz Kornélia</i>	Ollé János - Papp-Danka Adrienn - Lévai Dóra - Tóth-Mózer Szilvia - Virányi Anita: Oktatásinformatikai módszerek - Tanítás és tanulás az információs társadalomban	4.	305. o.

Figyelő

<i>Farkasné Gönczi Rita</i>	Újszerű képzési módszerrel készült a mentorhálózat az intézményi férőhelyek kiváltásának sikeres lefolytatására	2.	159. o.
<i>Novák Géza – Virányi Anita</i>	A digitális tananyagfejlesztés kihívásai	2.	156. o.
<i>Perlusz Andrea</i>	Kedves Öregdiákunk, Kedves Bárczis Alumni!	3.	234. o.
<i>Urbán Péterné</i>	Gyakornokként a lipcei Autizmus Ambulancián	2.	161. o.

In memoriam

<i>Csocsán Emmy</i>	Búcsúbeszéd	emlékkötet	138. o.
<i>Regényi Enikő – Schiffer Csilla</i>	In memoriam Gordosné dr. Szabó Anna	1.	75. o.
<i>Szöllősiné Sipos Virág</i>	Dr. Sári Jánosné	3.	235. o.
<i>Zászkaliczky Péter</i>	Búcsúbeszéd	emlékkötet	136. o.

A MAGYE életéből

	Beszámoló a MAGYE 2013. évi, Tatabányán megrendezett konferenciájáról	4.	309. o.
--	---	-----------	---------

Kitüntetések, elismerések

	Kitüntetések, elismerések	3.	237. o.
--	---------------------------	-----------	---------

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete folytatja továbbképzési sorozatát a **GMP BESZÉDPERCEPCIÓS DIAGNOSZTIKA** tanfolyammal.

A tanfolyamot Dr. Gósy Mária tartja.

A tanfolyam időpontja:
2014. június 5-6-7. (csütörtök, péntek, szombat) 9 órától 17 óráig

A tanfolyam helye:
MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest VI., Benczúr u. 33., földszinti nagyelőadó

Részvételi díj: 45 000 Ft

Érdeklődni lehet:
dr. Gyarmathy Dorottya: 321-4830/172-es mellék és Kajáry Ildikó: 313-9288
e-mail: gmp.info@citromail.hu