

# Adatok az esélyegyenlőség szolgálatában

## Gyermekek fogyatékosága és egészségi okból fakadó korlátozottsága a hivatalos statisztikában

### Data for equal opportunities

#### Disability and health-related limitations of children in official statistics

Földvári Mónika<sup>1</sup> – Gárdos Éva Beáta<sup>2</sup>

<https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.2024.1.3>

Beérkezés: 2023.10.12.

Átdolgozott változat beérkezése: 2024.01.30.

Elfogadás: 2024.03.20.

**Összefoglaló:** A gyermekek fogyatékoságának/korlátozottságának felmérése több szempontból is speciális. Bár nemzetközi szinten is számos erőfeszítés történt arra, hogy ezen a területen standard mérőeszközök és összehasonlítható adatok álljanak rendelkezésre, még mindig jelentős vakfoltok jellemzik az elérhető információkat. Tanulmányunkban egyfelől felvázoljuk a gyermekek fogyatékoságának/korlátozottságának felmérését érintő főbb nemzetközi és hazai tendenciákat, a kihívásokat, törekvéseket és az eddig elért eredményeket, másfelől megvizsgáljuk a gyermekek korlátozottságát és a korlátozott gyermekek társadalmi helyzetét az ismertetett standard mérőeszközöket alkalmazó hazai nagymintás felvételek adatainak tükrében. Az eredmények megerősítik az új típusú mutatók tartalmával, használhatóságával szembeni előzetes elvárásokat, és alátámasztják, hogy a korlátozottság, különösen a súlyos korlátozottság együtt jár a társadalmi kirekesztődés kockázatával.

**Kulcsszavak:** gyermekek korlátozottsága, a korlátozottság felmérése, standard mérőeszközök

**Abstract:** The measurement of children's disabilities is specific in several ways. Although many efforts have been made at international level to provide standard measurement tools and comparable data in this area, there are still significant blind spots in the information available. In our study, on the one hand, we outline the main international and national trends, challenges, efforts and achievements in the field of disability assessment of children, and on the other hand, we examine the prevalence of disability among children and the social situation of children with disabilities in the light of data from large-scale national surveys using the standard measurement tools described. The results confirm the preliminary expectations regarding the content and usability of the new type of indicators, and that disability, especially severe disability, is associated with the risk of social exclusion.

**Keywords:** children's disability, measuring disability, standard measurement tools

1 Központi Statisztikai Hivatal, e-mail: monika.foldvari@ksh.hu

2 Központi Statisztikai Hivatal, e-mail: egardosster@gmail.com

## Bevezetés

Jelen tanulmány célja bemutatni, hogy hogyan, milyen szemlélettel, milyen mérőeszközök kidolgozásával közelíti meg a *hivatalos statisztika* a gyermekek fogyatékoságát, illetve korlátozottságát, és milyen hazai nagymintás, országosan reprezentatív, a bemutatott mérőeszközöket alkalmazó felmérésekből származó adatok érhetőek el a *gyermekek korlátozottságáról*. Az utóbbi szempontból cikkünk úttörő munkának tekinthető, mivel a legkorábbi életkortól vizsgálja a magánháztartásokban élő gyermekek általános egészségi állapotát, illetve az annak következtében fennálló funkcionális korlátozottságot. A szerzők a hazai szakirodalomban ilyen tartalmú tanulmányt nem találtak. A gyermekek egészségéről szóló tudományos munkák leggyakrabban speciális betegségekre, kóros állapotokra fókuszálnak.<sup>3</sup>

Az ifjúság globális egészségállapotának tradicionálisan hiányos felmérése mögött több ok feltételezhető. Ezek között a legfontosabb lehet, hogy a gyermekek krónikus betegségei okozta társadalmi szintű egészségterhek messze elmaradnak az idősebbekétől. Ezt támasztják alá az elérhető megbetegedési és halálozási adatok.<sup>4</sup> Ehhez társul, hogy az adatgyűjtés kivitelezése jogilag és technikailag a felnőttekhez viszonyítva lényegesen nehezebb, és jóval nagyobb az erőforrásigénye. Ha azonban lennének is a teljes gyermekkort lefedő egészségfelmérések, nem állt volna rendelkezésükre elég idő, hogy a gyermekek korlátozottságának mérésére kidolgozott, közelmúltban ismertté vált kérdések beépüljenek.

Írásunkban a gyermekek korlátozottságára vonatkozó, nemzetközileg standardizált mutatók kifejlesztésének okai, körülményei és a kifejlesztett mutatók módszertani leírása mellett célul tűztük ki a bemutatott standard mérőeszközöket alkalmazó nagymintás felvételek adatai alapján a korlátozott gyermekek arányának és a korlátozott gyermekek társadalmi helyzetének alapszintű vizsgálatát is. Noha az egészségi állapot és a társadalmi helyzet hazai összefüggése jól dokumentált az egészségzociológiában (Losonczy 1989, Pikó 2002, Győri 2022), és a fogyatékoságtudomány köréből számos kutatás foglalkozik a fogyatékoság és társadalmi helyzet kapcsolatával (Perlusz et al. 2021, Kozma et al. 2020, gyermekek esetében Bass 2004, Vedres 2005, Kereki 2010), az általunk bemutatott korlátozottsággal való összefüggés kevésbé vizsgált (KSH 2018, Kozma et al. 2020, Gárdos–Földvári 2022), gyermekek esetében pedig hiányzik.

## 1. Módszertan: szemlélet és kidolgozott mérőeszközök

### 1.1. Paradigmaváltás a fogyatékoság és korlátozottság felmérésében

A fogyatékoságról és egészségi okból fakadó korlátozottságról való gondolkodás mélyreható változásokon ment keresztül az elmúlt évtizedekben. Míg korábban el-

3 Az egyedüli általánosabb megközelítésű statisztikai adatgyűjtés az Iskolás korú gyermekek egészség-magatartása című nemzetközi együttműködésben megvalósuló felvételsorozat, mely ugyan reprezentatív statisztikai felvétel, de a 11 évesnél fiatalabbakról ez sem gyűjt adatot, továbbá hagyományosan nem alkalmazza az alábbiakban ismertetett mérőeszközöket sem (lásd: [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)).

4 Lásd: KSH Tájékoztatási adatbázis. <https://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?lang=hu>

sősorban a testet érintő, orvosi megoldásra szoruló problémának tekintették (ezt nevezi a szakirodalom medikális modellnek), idővel egyre inkább előtérbe került a környezeti tényezőket is beépítő emberi jogi megközelítés, miszerint a fogyatékos-ság társadalmi konstrukció,<sup>5</sup> s társadalmi változásra van szükség a fogyatékos-sággal élők esélyegyenlőségének növeléséhez, társadalmi részvételének elősegítéséhez (szociális modell).

A hivatalos statisztikai gyakorlatban a Funkcióképesség, fogyatékos-ság és egészség nemzetközi osztályozására (ICF)<sup>6</sup> (WHO 2001) és a Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezményre (CRPD)<sup>7</sup> (UN 2006) építve az ún. biopszichoszociális (kevert) modell vált meghatározóvá. Eszerint a fogyatékos-ság vagy egészségi probléma önmagában a korlátozottság veszélyét hordozza, de hogy mennyiben jelent valóban akadályt a társadalmi részvételben, mindennapi tevékenységekben, vagyis mennyiben jelent korlátozottságot,<sup>8</sup> az függ az egyéni adottságokon túl a szűkebb és tágabb környezet által kapott támogatástól is (ahol a támogatásba beleértendő az elfogadó, pozitív attitűd, a megfelelő, elérhető egészségügyi ellátás, a szükséges eszközök biztosítása, az akadálymentesített intézmények, anyagi támogatás stb.) (Mont 2007, Palmer–Harley 2012, Altman 2014, Földvári–Gárdos 2021).

A szemléletváltás során hangsúlyosabbá vált a társadalom felelőssége abban, hogy a korlátozottsággal élő személyek minél inkább másokkal hasonló módon élhessenek, részt vehessenek a társadalmi életben. Ennek megfelelően a kutatási gyakorlatban is előtérbe került a különböző funkciókban, tevékenységekben, a mindennapi életben megtapasztalt nehézségek feltérképezése, ilyen módon a társadalmi kirekesztésnek kitett népesség behatárolása. Természetesen a medikális mérőeszközök sem veszítették el jelentőségüket,<sup>9</sup> azonban az esélyegyenlőség megvalósulásának monitorozására alkalmasabb a korlátozottság (vagyis a fogyatékos-ság vagy egészségi ok miatt megtapasztalt nehézségek) felmérése.<sup>10</sup> Ehhez számos, a megta-

5 A szociológiában hangsúlyos, hogy egy egészségi állapot, jellemző egy adott társadalom, kultúra érzékelésének, értékelésének fényében nevezhető fogyatékos-ságnak, normálistól való eltérésnek; ilyen értelemben a fogyatékos-ság társadalmilag létrejött és értelmezett állapot (Bánfalvy 2016).

6 International Classification of Functioning, Disability and Health, magyarul Funkcionális állapotok nemzetközi osztályozása (FNO). Az ICF szerint a funkcióképesség a testi állapotokon kívül magában foglalja a különböző tevékenységeket és a társadalmi részvételt is (WHO 2001).

7 Convention on Rights of People with Disabilities. Az egyezmény Preambulumának (e) pontja szerint a fogyatékos-ság mint dinamikus fogalom a fogyatékos-sággal élő személy és a környezeti, attitűdbeli akadályok kölcsönhatásaként értelmezhető (UN 2006).

8 Bár az említett nemzetközi dokumentumok magyar fordításában magát a „fogyatékos-ság” fogalmat értelmezik a korábbi medikális megközelítéshez képest tágabban, a hivatalos statisztikai gyakorlat szóhasználatában egyértelműen elválik a szűkebb és tágabb megközelítés: a „fogyatékos-ság” a medikális megközelítéshez tartozik és a testi funkcióképesség hiányát, tartós sérülését jelenti (Chikán 2001), míg az egészségi probléma miatt a mindennapi tevékenységekben, társadalmi részvételben történő akadályozottságra a „korlátozottság” kifejezést használjuk (Földvári–Gárdos 2021).

9 Például ha célzott támogatás megalapozásához kifejezetten egy adott típusú fogyatékos-ság felmérése a cél. Emellett az orvosi ellátás, rehabilitáció terén értelemszerűen alapvető jelentőségű, bár a modern medicina orvosi szemléletébe is egyre inkább beépül az emberi jogi megközelítés (Kulmann–Kun 2016). Nemzetközi viszonylatban nagyobb a súlya olyan országokban, ahol háború, természeti katasztrófák fordulnak elő, vagy nagy a szegénység.

10 A fogyatékos-sággal élők és a mindennapi életben korlátozottak között természetesen jelentős az átfedés. A Mikrocenzus 2016 szerint a magyar lakosság 4,3 százaléka él valamilyen fogyatékos-sággal, akik nagy része (háromnegyedük) korlátozottan érzi magát a mindennapi életben, negyedük viszont a fogyatékos-ságát nem éli meg korlátként (ebben szerepe lehet a megfelelő egészségi ellátásnak, a rendelkezésre álló eszközöknek vagy a támogató környezetnek). A mindennapi életben egészségi okból korlátozottak köre tágabb a fogyatékos-sággal élők körénél, a hazai lakosság 15,7 százaléka (Földvári–Gárdos 2021).

pasztalt nehézségek különböző körét lefedő standard mutató került kidolgozásra. A legismertebbek az alábbiak:

- A testi funkcióképesség területeire vonatkozó, globális szinten leggyakrabban alkalmazott mérőeszközöket a Washington Group fejlesztette ki a kétezres évek elejétől (Golden 2016). A népszámlálásokhoz is javasolt rövid kérdéssor (WG-SS) a látás, hallás, járás, emlékezés, önellátás és kommunikáció területeit méri fel, míg a hosszú kérdéssor (WG ES-F) a rövidhez képest lehetőséget ad a felsőtesti funkcióképesség, a fájdalom, a szorongás, depresszió és kimerültség felmérésére is.<sup>11</sup>
- A különböző tevékenységek elvégzésében megtapasztalt nehézségekre és a kapott/igényelt segítségre használt kérdéssorok a WG-SS-hez képest a funkcióképesség magasabb területeire, az önellátás bizonyos komponenseire (mint például fürdés, öltözködés, közlekedés) és egyes háztartási tevékenységekre (például bevásárlás, pénzügyek, adminisztráció intézése, házimunka) vonatkoznak. Az önellátásra vonatkozó kérdéssor ADL (Activities of Daily Living), az önálló élethez szükséges háztartási tevékenységekre vonatkozó kérdéssor IADL (Instrumental Activities of Daily Living) néven is ismert. Kutatási, biztosítási és klinikai gyakorlatban is alkalmazzák a funkcióképesség, önálló életvitelre való képesség felmérésére, monitorozására (Palmer–Harley 2012).
- Végül általában kérdez rá a mindennapi életben (a tevékenységekben és a társadalmi életben) megtapasztalt tartós (legalább hat hónapig fennálló) nehézségekre az ún. GALI (Global Activity Limitations Indicator) mutató. Ez a mérőszám, amely az egészségesen várható élettartam számításának egyik alapjául is szolgál, meghatározó szerepet tölt be az EU-ban politikai célok, programok monitorozásában, hatásmérésben (Bogaert et al. 2018).<sup>12</sup>

A korlátozottságról alkotott általános szemléletváltást némi fáziskéséssel követte kifejezetten a gyermekekre fókuszáló gondolkodás, amely a gyermekek jogainak biztosítása érdekében egyfelől a gyermekek korlátozottságának természetére, másfelől a kutatás lehetőségeire és az alkalmazható mérőeszközök kidolgozására is kiterjedt.

A gyermekek jogairól már az 1989. évi ENSZ-egyezmény kifejezi, hogy a szellemi vagy testi fogyatékosággal élő gyermekeknek joguk van a teljes élethez, az önellátásukat és a közösségi életben való aktív részvételüket elősegítő körülményekhez (UN 1989, 23. cikk). Az ENSZ fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló 2006-os egyezménye is kitér a gyermekek jogaira. Eszerint a korlátozott/fogyatékosággal élő gyermekeket ugyanolyan jogok illetik meg, mint a többi gyermeket (UN 2006, preambulum), másokkal azonos mértékben van joguk a társadalmi részvételre, töb-

<sup>11</sup> Lásd <https://www.washingtongroup-disability.com>

<sup>12</sup> Korábbi tanulmányunkban (Földvári–Gárdos 2021) részletesebben is bemutattuk az egyes mérőeszközöket és azok jellemzőit.

bek között a játékhöz, sporthoz, kikapcsolódáshoz, kultúrához való hozzáférésre, mindezekre az oktatási rendszerben is (UN 2006, 30. cikk).

A gyermekek jogainak érvényesítésére irányuló nemzetközi törekvés tette szükségessé, alapozta meg az ICF gyermekekre és fiatalokra készült változatát (Classification of Functioning, Disability and Health, Child and Youth Version CF-CY). A gyermekek fizikai, szociális és pszichikai sajátosságait beépítő osztályozást 2007-ben tette közzé a WHO (WHO 2007).

A gyermekekre vonatkozó, nemzetközi összehasonlításra alkalmas mérőeszközök kidolgozása már két évvel az ICF-CY kiadása után elkezdődött a Washington Group és az UNICEF együttműködésében. 2016-ra elérhetővé vált a számos országban tesztelt standard mérőeszköz, gyermekfunkciós modul (UNICEF/WG Child Functioning Module, CFM<sup>13</sup>), melyet 2017-ben az ENSZ, a fogyatékkal élő szervezetek és más érdekelt felek is javasoltak a fenntartható fejlődési célok monitorozására<sup>14</sup> (Devandas 2018, UNICEF 2021). Az UNICEF/WG modulhoz hasonló kérdéseket alkalmazva került tesztelésre a 2019-es felvételi hullámban az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF/EHIS) gyermekmodulja (Földvári–Gárdos 2021).

Annak ellenére azonban, hogy az elmúlt években erősödött a törekvés a gyermekek korlátozottságának alaposabb, nemzetközileg is összehasonlítható módon történő felmérésére, még mindig jelentős vakfoltok vannak a területen, amelyek akadályozzák a korlátozott gyermekek és családjuk hatékonyabb támogatását, segítségét, társadalmi befogadását (UNICEF 2021). Az alábbiakban számba vesszük a felmérést akadályozó főbb tényezőket.

## 1.2. A gyermekek korlátozottságának sajátosságai és a felmérés kihívásai

A gyermekekre nem alkalmazhatók automatikusan a felnőtt lakosság jellemzői alapján kidolgozott, korlátozottságra vonatkozó modellek és vizsgálati módszerek, mivel a gyermekek korlátozottsága természetében, intenzitásában és hatásaiban is eltér a felnőtteknél tapasztaltaktól. A korlátozottság gyermekeknél megfigyelhető főbb specifikumai az alábbiak:

1. Az élet első két évtizedét számos gyors, testi jellemzőket, tevékenységeket és társas kapcsolatokat is érintő változás jellemzi, ami a funkcióképesség vizsgálatánál nem hagyható figyelmen kívül. A kommunikációra való képesség például másképp értelmezhető egy csecsemőnél, egy kisgyermeknél és egy idősebb gyermeknél vagy felnőttél. Bizonyos, felnőttek esetében vizsgált funkciók (például önellátás) az élet korai szakaszára nem relevánsak, viszont más, felnőttek esetében nem vizsgált (például tanulással összefüggő) tényezők fontosak a funkcióképesség kellő részletezettségű, adekvát leírásához. Mivel különböző életkori sza-

<sup>13</sup> Lásd <https://www.washingtongroup-disability.com>

<sup>14</sup> A Fenntartható Fejlődés Keretrendszer 2030 (2030 Agenda for Sustainable Development) kiemeli a leginkább kirekesztett, szűkeget szenvedő csoportok elérését, köztük a korlátozott gyermekeket és szüleiket. A keretrendszer javasolja a korlátozottság szerinti bontást minden indikátor esetében, ahol releváns (UN 2015).

- kaszokban eltérnek a korlátozottság megjelenési formái, gyermekek esetében a fejlődés dinamikája miatt kiemelten fontos figyelembe venni az életút szakaszait, és megvizsgálni az eltérést az elvárt normál növekedéshez, fejlődéshez viszonyítva (WHO 2007, Halfon et al. 2012).
2. A gyermekek fejlődésük során fokozatosan válnak egyre önállóbbakká, függetlenebbekké, s fejlődésük erősen függ az őket közvetlenül körülvevő környezettel való interakcióktól. Ezért a gyermekek fejlődése, funkcióképessége a családi rendszerben, illetve az életkörülményeikkel összefüggésben értelmezhető. A korlátozott gyermekek a felnőtteknél kevésbé képesek helyzetük befolyásolására, sokkal inkább kitettek a környezetüknek, a környezettől kapott támogatásnak: a közvetlen fizikai és társas környezetük minősége jelentős hatást gyakorol funkcióképességük alakulására. Társadalmi befogadásukhoz, ahhoz, hogy más gyermekekkel hasonló esélyekkel indulhassanak, szükségük van megfelelő egészségi ellátásra, oktatásra, szociális szolgáltatásokra és eszközökre, akadálymentes környezetre, támogató, elfogadó társas közegre. Ha kirekesztődnek a társadalomból, esélyeik a jó életre, kiteljesedésre jelentősen lecsökkennek (WHO 2007, Halfon et al. 2012, UNICEF 2021).
  3. A korlátozott gyermekek csoportja – akárcsak a korlátozott felnőtteké – nagyon sokszínű. Lehet a háttérben öröklött rendellenesség, fogyatékoság, nem megfelelő táplálás vagy fertőzés, baleset, környezeti ártalmak, szorongást, depressziót okozó események az életükben. A gyermekek fejlődési üteme is nagyon eltérő lehet, így előfordulhat, hogy bizonyos képességek hiánya nem hosszú távú vagy állandó jellegű, hanem csupán megkésett fejlődés következménye. Így esetükben a funkcióképesség hangsúlyozottan dinamikus fogalom, a megtapasztalt problémák, nehézségek súlyossága idővel változhat (WHO 2007). Az is nagyon változó, hogy a gyermekek egészségi problémáira miként reagál a környezetük, és annak következtében mennyiben válik az általuk megtapasztalt egészségi probléma, fogyatékoság korlátozottsággá (mennyiben maradnak ki a hasonló korú gyermekek által többnyire végzett tevékenységekből, számukra elérhető lehetőségekből). Bár általában jelentős elmozdulás történt a korlátozott, fogyatékosággal élő gyermekekhez való viszonyulásban, és távol az a világ, amikor az ilyen gyermeket Isten büntetéseként, biológiailag alkalmatlanként, kerürendőként kezelték (Halfon et al. 2012), az egyes családok, a közvetlen környezet viszonyulása a gyermek betegségéhez, fogyatékoságához nagyon eltérő lehet.

A gyermekek korlátozottságának felmérésénél tehát a fő cél a gyermekek azon körének meghatározása, akik egészségi állapotuk következtében megtapasztalt nehézségeik miatt fejlődésükben, jóllétükben veszélyeztetettek. Ebben a kihívások,

nehézségek egy részét a *korlátozottság szempontjából alapvető életkori csoportok és a vizsgálándó területek megtalálása* jelenti.

Jelenleg nem létezik egyetlen, általánosan elfogadott életkori csoportosítás, így a különböző adatforrások eredményeinek összehasonlíthatósága gyakran korlátozott. Az Európai Statisztikusok Konferenciájának gyermekek statisztikájára vonatkozó legújabb ajánlái között ezért kiemelt jelentősége van a standard, általánosan alkalmazott életkori csoportosítás kidolgozásának (UNECE 2022).

Hasonlóan nem egyértelmű a vizsgált fogyatékosági/korlátozottsági területek behatárolása. Bár a standard mérőeszközök kidolgozásánál az alapvető, társadalmi részvételben szükséges területek kerülnek előtérbe, mint például a látás és hallás (a nemzetközi összehasonlítás lehetősége miatt is), megjegyezzük, az, hogy mit tekintünk a korlátozottsághoz tartozónak, nem statikus. A modern társadalmakat jellemző gyors társadalmi-kulturális változások folyamatosan átírják a gyermekek fejlődésének körülményeit, az egészségükre ható tényezőket (például demográfiai változások, környezetszennyezés, az elektronikus média térhódítása) és a gyermekek, illetve családjaik problémákkal való megküzdési lehetőségeit; egyúttal részben az orvostudomány fejlődése miatt változnak az egészséges fejlődésre vonatkozó nézetek, a problémák felismerésének lehetőségei is (Halfon et al. 2012).

Szintén alapvető jelentőségű, hogy mérhetővé váljanak a korlátozott gyermekek befogadását segítő és gátló egyéni és környezeti tényezők is. A leggyakrabban alkalmazott standard mérőeszközök információt adnak a korlátozott gyermekek arányáról, de arról nem, hogy milyen tényezők befolyásolják az életüket és boldogulásukat (UNICEF 2021). A WG jelenleg is dolgozik a környezeti hatások minél alaposabb feltérképezését lehetővé tevő kutatási eszközökön (ilyen a befogadó oktatás modul, Inclusive Education Module, IEM).

A korlátozottak arányának meghatározásán túl cél az is, hogy a korlátozottak/nem korlátozottak egyéni jellemzőit, illetve háztartásuk sajátosságait is megvizsgálhassuk. A háztartási felvételek elviekben megfelelőek lehetnének erre, de a korlátozottság gyermekek körében alacsony prevalenciája miatt még ezen nagymintás felvételeknél sem elég nagy a minta a *teljes népességre vonatkozó statisztikailag megalapozott becslésekhez*. További korlátot jelent, hogy az EU standard háztartási felvételek és egészségfelmérések nem fedik le az intézetben élő népességet (UNECE 2022). A népszámlálás mind a két említett problémára megoldást jelenthet, viszont ott behatárolt a beépíthető modulok nagysága.

### 1.3. Gyermekek felmérésére (is) alkalmas standard mérőeszközök

A gyermekek korlátozottságának felmérésére rendelkezésre állnak az általánosan alkalmazható, népszámlálásokban és nagymintás kutatásokban is szereplő mérőeszközök, a WG rövid kérdéssora és a GALI. Ezeknél azonban korlátot jelent, hogy nem veszik figyelembe a gyermekek sajátosságait.



A WG-SS a funkcióképesség alapvető területei szerint méri fel a társadalmi ki-rekesztődés szempontjából veszélyeztetett gyermekek körét. Előnye, hogy számos országban alkalmazzák Európán kívül is, hátránya viszont, hogy a WG csak öt éves kortól javasolja használatát (WG 2020). A mérőeszköz itthon a 2016-os mikrocenzus kiegészítő felvételében és a 2022-es népszámlálásban is szerepel. A népszámlálás először teszi lehetővé, hogy a teljes gyermekpopulációra vizsgálhassuk a WG-SS eredményeit, a korlátozott gyermekek jellemzőit, társadalmi helyzetét is beleértve. A népszámlálás adatai részletes vizsgálatra egyelőre még nem elérhetők, így tanulmányunkban a mikrocenzus eredményeit mutatjuk be.

A GALI alkalmazható fiatalabb gyermekekre is úgy, hogy a gyermek korosztályára jellemző tevékenységekben való korlátozottságára kérdezzük rá.<sup>15</sup> Ebben a formában az Eurostat ajánlása szerint két éves kortól kérdezhető. Hátránya, hogy nem szolgáltat információkat a korlátozottság típusaira, illetve a funkcióképességre (mivel általában a társadalmi részvétel lehetőségét vizsgálja), és főképp csak az EU-ban használják. A GALI a 2016-os mikrocenzus és a KSH nemzetközileg harmonizált nagymintás felvételeinek (ELEF/EHIS, HKÉF/SILC) is részét képezi, ez utóbbiakat azonban rendszerint nem kérdezik le gyermekekre.

A kifejezetten gyermekek felmérésére kidolgozott UNICEF/WG gyermek kérdőív (CFM) alkalmas a 2–17 évesek vizsgálatára: 16 kérdést tartalmaz a 2–4 éves, és 24 kérdést az 5–17 évesekre vonatkozóan, lefedve a fizikai, érzékszervi, kognitív és pszichoszociális funkcióképesség területeit. A kérdések a megtapasztalt nehézségek súlyosságára is rákérdeznek. A hazai felvételek közül a CFM kérdéseinek jelentős részét tartalmazta az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2019-es hullámának gyermektesztmodulja.

A CFM rendszerint a korlátozottság WG-SS használatához képest magasabb prevalenciáját mutatja ki, vagyis a legalapvetőbb területekre vonatkozó WG-SS használatával némileg alulbecsüljük a korlátozott gyermekek arányát. Az Európai statisztikusok konferenciája a WG-SS népszámlálásokba való beépítése mellett javasolja a CFM beépítését kutatásokba is, hogy vizsgálható legyen, mennyire becsüljük alá a WG-SS használatával a korlátozottak arányát. (UNECE 2022).

Az alábbiakban megvizsgáljuk a bemutatott mérőeszközöket alkalmazó hazai nagymintás felvételek adatainak tükrében az egészségi okból korlátozottsággal élő gyermekek arányát és a korlátozott gyermekek társadalmi helyzetét. E tanulmány keretei között ez csak „sűrítve”, a legfontosabb információkat bemutatva lehetséges, mivel azonban a témában gyakorlatilag hiányzik a magyar szakirodalom, fontos lépésnek gondoljuk ezeknek az elemzéseknek a közzétételét.

15 Az Európai lakossági egészségfelmérés 2019-es gyermektesztmoduljában a kérdés megfogalmazása a következő: Korlátozza-e gyermekét valamilyen egészségi probléma a korosztályára jellemző tevékenységekben? Ha igen: fennáll-e legalább 6 hónapja ez a korlátozás? ([https://www.ksh.hu/elef/elef2019\\_kerdoiv.pdf](https://www.ksh.hu/elef/elef2019_kerdoiv.pdf))



## 2. Nagymintás lakossági felvételek eredményei a hivatalos statisztikában

### 2.1. Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF), 2019

Tudomásunk szerint az ELEF ez idáig az egyetlen olyan nagymintás felvétel, ahol a WG kifejezetten gyermekek sajátosságainak megfelelően kidolgozott moduljának jelentős része (CFM) lekérdezésre került. A minta reprezentatív, elemszáma azonban nem teszi lehetővé, hogy a korlátozottság arányának becslésén túl a korlátozottság és más tényezők összefüggését is vizsgáljuk, így az alábbiakban a korlátozott gyermekek körének behatárolására fókuszálunk.

A 2–14 évesek gondviselőitől lekérdezett tesztmodul tartalmazta GALI-t, és a CFM főbb kérdéseit (a CFM és a tesztmodul területeinek/kérdéseinek összevetését lásd a mellékletben). A 15–17 éves korosztályra vonatkozóan az ELEF2019 alapfelvétele szolgáltat információt. A 15–17 évesektől a felnőtteknek is szánt kérdések kerültek lekérdezésre, így esetükben a WG-SS adatai ismertek, illetve tekintetbe vesszük kiegészítésképp a mentális problémákra vonatkozó kérdésekre<sup>16</sup> adott válaszait is. Az alábbiakban áttekintjük a gyermekek korlátozottságát korcsoportonként, majd összegezzük az eredményeinket a 2–17 éves korosztály vonatkozásában. A CFM korlátozottság szempontjából a 2–4 és 5–17 éves gyermekeket kezeli külön, ezenfelül az ELEF keretében a 15 évesektől és idősebbektől a felnőtteknek is szóló kérdőív került lekérdezésre, így három korcsoport adódik.

A 2–4 évesek körében a GALI szerint súlyosan korlátozott 0,3 százalék, mérsékelten korlátozott 4,3 százalék, vagyis 5 százalék alatt van azon gyermekek aránya, akik egészségi okból kifolyólag nehézségeket tapasztalnak meg a korosztályukat jellemző tevékenységek elvégzésében. A tesztmodul funkcionális korlátozottságra vonatkozó kérdései a látás, hallás, járás, tanulás terén megtapasztalt problémákra, illetve a pszichoszociális funkcióképességgel kapcsolatban a rúgás/harapás/ütés gyakoriságára kérdez rá (más gyermekekhez viszonyítva). A funkcionális területek közül a látás, a pszichoszociális funkcióképesség és a hallás terén a korosztály kevesebb mint 1 százalékának van nehézsége, tanulás terén 2 százalék, járás terén 4 százalék érintett. Azok aránya, akiknek legalább egy területen nagy nehézségei vannak, vagy nem képesek az adott tevékenységre, vagy kortársaiknál sokkal gyakrabban rúgnak, harapnak, ütnek meg másokat, 4,6 százalék, tehát esetükben a GALI és a funkcionális területek szerint képzett mutató megegyezik.

16 Az ELEF2019-ben alkalmazott mérőeszköz a mentális problémák feltérképezésére a széles körben alkalmazott PHQ-8 (Patient Health Questionnaire), amely a depresszió diagnosztizálásául szolgáló kilenc tünet közül nyolcat tartalmaz (Lásd a kérdőív F3-as kérdését).

1. táblázat: Korlátozott gyermekek aránya (%) a 2–4 éves korcsoportban (ELEF2019 gyermektesztmodul, N = 167)

	A megtapasztalt nehézség foka a szülő/gondviselő szerint			
	nincs	kisebb	nagy	egyáltalán nem képes rá
Látás	99,2	0,3	0,0	0,5
Hallás	99,8	0,2	0,0	0,0
Járás	95,8	2,3	1,9	0,0
Tanulás	97,8	1,8	0,3	0,0
	Gyakoriság a vele egyidős gyermekekhez képest			
	egyáltalán nem tesz ilyet	hasonlóan gyakran vagy kevésbé	gyakrabban	sokkal gyakrabban
Rúgás, harapás, ütés	62,9	36,5	0,6	0,0

Forrás: KSH, saját szerkesztés

A 5–14 évesek körében a mindennapi tevékenységekben kortársaikhoz képest súlyosan korlátozottak aránya 0,6 százalék, mérsékelten korlátozott 4,2 százalék, nem tapasztalható számottevő eltérés a 2–4 éves korosztályhoz képest. A funkcionális területeken ugyanakkor a kisebb gyermekekhez viszonyítva nagyobb arányban számoltak be nehézségekről a szülők/gondviselők. A látás, hallás, járás és emlékezés a korosztályhoz tartozó gyermekek 2–6 százalékának jelent kisebb-nagyobb nehézséget, ugyanakkor a tanulás és a pszichoszociális funkcióképesség terén tapasztalt nehézségek a gyermekek jóval nagyobb arányát érintik. A 4–15 évesek közel egytizedének vannak tanulási nehézségei, több mint egyötödüknek gondot okoz viselkedésének kontrollálása (az adott helyzetnek megfelelő viselkedés), és 16 százalékuk szülője/gondviselője legalább heti szinten tapasztalja a nyugtalanság, ingerlékenység, szorongás jeleit.

Azok aránya, akik bármely funkcionális területen nagy nehézségeket élnek meg, vagy nem képesek az adott tevékenységre, illetve legalább napi szinten szembesülnek nyugtalansággal, ingerültséggel, szorongással, a 4–15 éves gyermekek között 6,6 százalék.

2. táblázat: Korlátozott gyermekek aránya (%) az 5–14 éves korcsoportban (ELEF2019 gyermektesztmodul, N = 531)

	A megtapasztalt nehézség foka a szülő/gondviselő szerint				
	nincs	kisebb	nagy	egyáltalán nem képes rá	
Látás	96,0	3,3	0,7	0,1	
Hallás	98,7	1,1	0,3	0,0	
Járás	96,9	2,7	0,0	0,4	
Tanulás	91,5	6,6	1,2	0,7	
Emlékezés	94,3	4,1	1,0	0,6	
A viselkedés kontrollja	88,6	9,8	1,6	0,1	
	Gyakoriság a vele egyidős gyermekekhez képest				
	soha	évente néhányszor	havonta	hetente	naponta
Nyugtalanság, ingerlékenység, szorongás	38,9	32,8	12,5	12,4	3,3

Forrás: KSH, saját szerkesztés

A 15–17 éves korosztály tagjai maguk válaszolták meg a kérdőív kérdéseit, ami önmagában is eltérést okozhat a fiatalabbakhoz képest (ahol a szülők/gondviselők véleményére alapozunk), így emiatt is mérsékeltőbb az összehasonlíthatóság. További korlátot jelent, hogy – mint korábban volt róla szó – ettől a korosztálytól nem a gyermekmodul kérdéseit, hanem a felnőtteknek is szóló kérdőívet kérdezték le, a gyermekmodultól részben eltérő kérdésekkel.

A korosztály 7,6 százaléka tartotta a mindennapi életben egészségi okból korlátozottnak magát; 5,4 százalék mérsékeltén, 2,2 százalék súlyosan korlátozott. A kommunikáció, az önellátás és a járás okozott a legkisebb arányban, 1–3 százalékban nehézséget, a hallás, emlékezés és látás 4–6 százalékának jelentett kisebb-nagyobb gondot. Ugyanakkor a korosztály tagjainak több mint fele megtapasztalt valamilyen mentális problémát a felvételt megelőző két hétben. Leginkább a fáradtság vagy kevés energia és az alvás okozott gondot (az előbbi 39 százalék, az utóbbit 20 százalék említette).

Azok aránya, akik a WG-SS területeinek legalább egyikén súlyos nehézséget tapasztalnak meg, vagy azt, hogy egyáltalán nem képesek az adott tevékenységre, a fiatalok körében mindössze 1 százalék, viszont ha emellett azokat is tekintetbe vesszük, akik majdnem mindennap szembesülnek valamilyen mentális problémával, a 15–17 éves korosztály 8,2 százaléka, azaz minden 12. fiatal érintett.

## 3. táblázat: Korlátozott gyermekek aránya a 15–17 éves korcsoportban (ELEF2019, N = 178)

		A megtapasztalt nehézség foka a válaszadó szerint			
		nincs	kisebb	nagy	egyáltalán nem képes rá
WG-SS területek	Látás	93,8	5,7	0,5	0,0
	Hallás	95,6	3,9	0,5	0,0
	Járás	97,0	3,0	0,0	0,0
	Emlékezés	95,2	4,3	0,5	0,0
	Önellátás*	97,1	2,9	0,0	0,0
	Kommunikáció	98,5	1,0	0,5	0,0
egyszer sem		Gyakoriság az elmúlt két héten			
		néhány napon	több, mint 7 napon	majdnem minden nap	
PHQ-8	Mentális problémák**	48,2	42,2	2,0	7,7

Forrás: KSH, saját szerkesztés

\* Az önellátásbeli nehézségeket a WG-SS-től eltérően nem egy, hanem öt, különböző területet lefedő kérdéssel mértük fel (lásd a kérdőív D1. kérdését). Az említett legsúlyosabb nehézség alapján soroltuk be a válaszadókat.

\*\* A mentális problémákat a PHQ-8 kérdéssorral mértük fel (lásd a kérdőív F3. kérdését). Az említett legnagyobb előfordulási gyakoriság alapján soroltuk be a válaszadókat.

A súlyos nehézséget okozó problémákra vonatkozóan a 2–17 éves hazai lakosságra a fent leírtakat összegezve az mondható, hogy amennyiben a 15–17 évesek mentális problémáit nem vesszük tekintetbe, 5,1 százalék, amennyiben tekintetbe vesszük, 6,5 százalék a funkcióképességükben súlyosan korlátozott gyermekek aránya.

A GALI mutató szerint a 2–17 évesek körében 0,8 százalék a súlyos, és 4,5 százalék a mérsékelt korlátozott gyermekek aránya, vagyis összességében a gyermekek 5,3 százalékát akadályozta egészségi állapota az adott környezeti feltételek között abban, hogy más gyermekekhez hasonlóan élhesse mindennapi életét. A 2019-es évközepi népességszámmal számolva a korlátozott gyermekek száma a korosztályban 91 ezer fő, ezen belül a súlyosan korlátozottaké 14 ezer fő.

Adatainkat összevetettük a hazai adminisztratív adatokkal és nemzetközi becslésekkel is. Az adminisztratív adatok általában a fogyatékosághoz/egészségi problémákhoz köthető támogatásokhoz kapcsolódnak, amely támogatások orvosi diagnózison alapulnak. Így az adminisztratív adatok a számolt egészségügyi problémákról (medikális modell) és nem a társadalmi részvételben való korlátozottságról (szociális modell) adnak tájékoztatást. Mivel az egészségügyi problémáknak csak egy meghatározott körére jár támogatás, az adminisztratív adatok nem fedik le mindazokat, akiknek valamilyen egészségügyi probléma gondot okoz a mindennapokban. További bizonytalanságot okoz, hogy a támogatásokat igényelni kell, ezért mindazok, akikkel összefüggésben bármilyen ok folytán ezt nem teszik, kimaradnak a nyilvántartásból.

Magyarországon a tartós betegséggel, testi vagy értelmi fogyatékosággal élő gyermekek családja a neveléshez, iskoláztatáshoz egyéb családokhoz képest maga-

sabb szintű állami támogatást, családi pótlékot kap.<sup>17</sup> 2019-ben, az ELEF felvételének évében a magasabb szintű családi pótlékban részesülő 18 éves vagy fiatalabb gyermekek havi átlagos száma 82 325 fő volt. Az önellátásra képtelen, súlyos fogyatékos vagy tartósan beteg gyermeket otthon gondozó szülők/gondviselők ún. otthongondozási díjban<sup>18</sup> részesülnek. 2019. december 31-én 11 684 18 évesnél fiatalabb gyermeket ápoltak otthon (KSH 2020).<sup>19</sup>

Nem ellenőrizhető le, hogy mekkora az átfedés az ELEF adatai és az adminisztratív adatok szerint támogatást kapók köre között, és közvetlenül azért sem összehasonlíthatók az adatok, mert az ELEF adatai a 2–17 évesekre vonatkoznak, annyi azonban látszik, hogy az adminisztratív adatok által lefedett korlátozottak és azon belül a súlyosan korlátozottak köre az ELEF alapján számolt értékekhez képest alacsonyabb, de hasonló nagyságrendű.

Nemzetközi összehasonlításban a hazai érték megfelel az európai és közép-ázsiai régióban tapasztalt prevalenciának: a régióban minden huszadik gyermek (5,4 százalék) él korlátozottsággal az UNICEF legújabb becslései szerint.<sup>20</sup>

## 2.2. Az egészségi okból korlátozott 0–17 évesek főbb jellemzői a 2016. évi mikrocenzus adatai alapján

A népszámlálás és a mikrocenzus adatfelvételeiben a korlátozottságra, fogyatékos-ságra vonatkozó kérdések megválaszolása önkéntes, ami torzíthatja az adatokat, mivel nem tudjuk, hogy azok, akik nem válaszolnak, a vizsgált adat tekintetében milyen eloszlást követnek. A mikrocenzusban a GALI-kérdés a személyi kérdőíven szerepel, a funkcionalitás kérdései (WG-SS) az *Egészségproblémából fakadó akadályozottság kiegészítő felvétel* című kérdőíven.<sup>21</sup> (KSH 2016)

Noha a mikrocenzus nem alkalmazhatott speciálisan gyermekekre kifejlesztett kérdéseket, az adatok mégis alkalmasak arra, hogy rávilágítsanak ennek a korosztálynak a fogyatékos-sággal, korlátozottsággal összefüggő helyzetére, és ezzel hozzájáruljanak a megfelelő indikátorok, illetve az azok forrását jelentő kérdések körüli polémiához. Az alábbiakban nem törekszünk bonyolultabb összefüggések elemzésre, inkább csak az egyszerűbb megoszlásokat, illetve kétváltozós kapcsolatokat mutatjuk be azt demonstrálva, hogy a korlátozottság mutatói milyen kapcsolatban állnak más, szociodemográfiai ismérvekkel.

17 A magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségeket és fogyatékos-ságokat az 5/2003. (II.19) ESzCsM rendelet nevezi meg. (Lásd még az 1998. évi LXXXIV. törvényt a családok támogatásáról. A tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket nevelőknek járó családi pótlék összegét a 2018. évi CXIX. törvény 16. § (1.) állapította meg, amely 2019. január 1-jétől hatályos.)

18 A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény új 38–39/C. §-aival az otthongondozási díj 2019. január 1-jén került bevezetésre (beiktatta a 2018. évi CXVII. törvény 12. §).

19 A magasabb összegű családi pótlékot kapók és az otthonápolási díjban részesülők adatai elérhetők 2020-ra is. 2020-ban 81 947 18 éves vagy fiatalabb gyermek után kaptak a családok magasabb összegű családi pótlékot, és 11 326 18 év alatti gyermeket ápoltak otthon 2020. december 31-én (KSH 2021).

20 A becslések standard mérőeszközök adatain alapulnak. A nemzetközi összehasonlítás során a WG-SS eredményeket korrigálták (becslést adtak a CFM szerinti értékre), az öt év alattiak halálzási rátáit is beépítve a modellbe (UNICEF 2021).

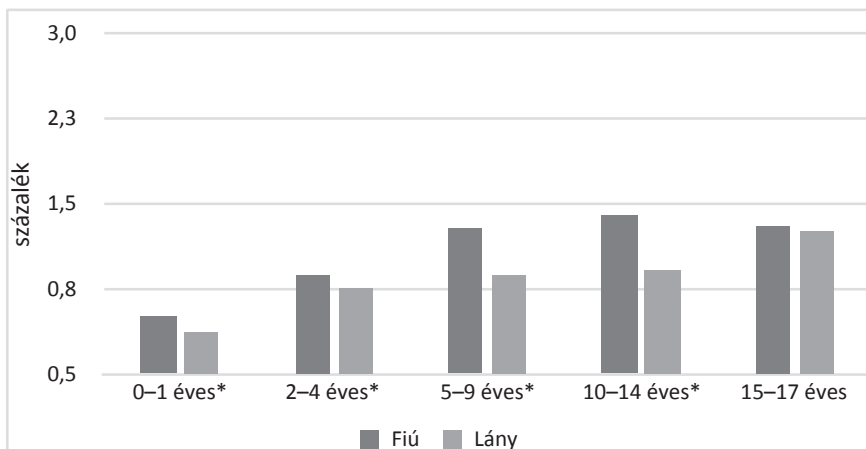
21 Lásd: Mikrocenzus 2016 – Személyi kérdőív (ksh.hu).

*Korlátozottság a mindennapi életben (GALI mutató)*

Bár a gyermekek egészségkárosodására vonatkozó mutatók használatát a kifejlesztők nem javasolják újszülött kortól, a 2016-os magyar adatok alapján azt lehet mondani, hogy az átfogó GALI indikátor a statisztika által megragadható állapotok szintjén megbízható a 0–17 éves korcsoport egészében. A súlyos vagy nem súlyos korlátozottsággal élő gyermekkorúak gyakorisága ugyanis az életkor mentén logaritmikus görbét követ (lásd a 2. mellékletet). Ha feltételezzük, hogy a longitudinális adatok is hasonló mintázatot mutatnak, ez azt jelenti, hogy minél idősebbeket tekintünk, annál kisebb annak a valószínűsége, hogy az adott korévben több az érintettek aránya, mint egy évvel korábban.

Összességében a 0–17 évesek 3,2 százalékát korlátozza valamilyen egészségi probléma, 1,0 százalékuk súlyosan, 2,2 százalékuk nem súlyosan korlátozott. 0 és 14 éves életkor között minden kisebb korcsoportban<sup>22</sup> a súlyos és a nem súlyos korlátozottság kockázata is a fiúknál magasabb, mint a lányoknál, a 15–17 évesek között azonban nincs számottevő különbség<sup>23</sup> (1–2. ábra).

1. ábra: A súlyosan korlátozottak aránya korcsoportonként és nemenként



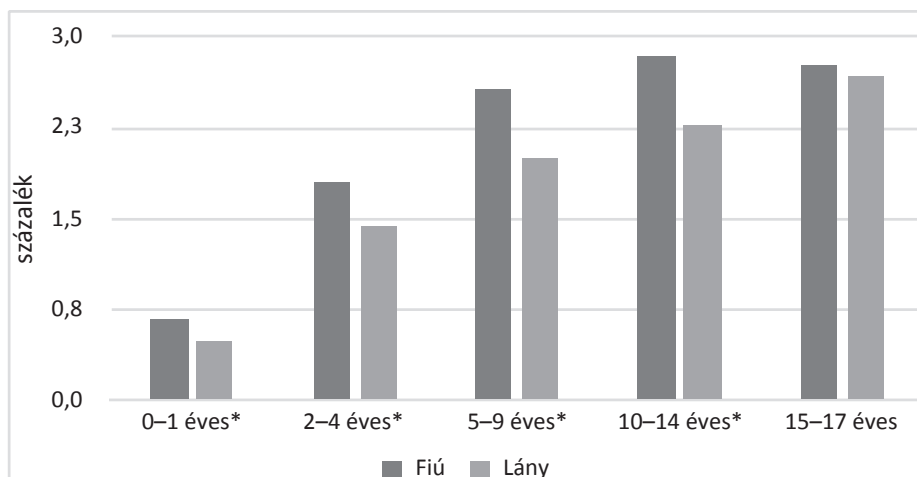
\*Szignifikáns különbség a nemek között ( $p < 0,05$ ).

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

22 Az élet első éveiben jelentős fizikai, szellemi, mentális változások történnek, amelyek indokolhatnák a továbbiakban is az életkor szerinti részletes vizsgálatot. A fogyatékos, illetve a korlátozottság alacsony frekvenciája miatt azonban a koréves adatok erőteljes ingadozást mutatnak, ami inkább a korcsoportos elemzést teszi szükségessé. A korcsoportok kialakítása során figyelembe vettük a GALI és a WG-SS mutatók alkalmazásához ajánlott alsó korhatárokat.

23 Felmerül ezzel kapcsolatban, hogy a tapasztalt korcsoportos nemi különbségeket befolyásolhatja az is, hogy 14 éves korig inkább a szülő válaszolt, 15 éves kortól viszont az összeírt nyilatkozhatott.

2. ábra: A nem súlyosan korlátozottak aránya korcsoportonként és nemenként



\*Szignyifikáns különbség a nemek között ( $p < 0,05$ ).

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

Összevetve a mikrocenzus és az ELEF adatait megállapíthatjuk, hogy az előbbi – bár nagyságrendileg hasonló – kisebb becslést ad a korlátozott gyermekek arányára, a súlyos esetekre az eltérés nagyobb, ami nem is meglepő, ha figyelembe vesszük a két felvétel eltérő tematikáját és a vizsgált korcsoportot.

A gyermekkori korlátozottságnak számos területen életre szóló hatásai lehetnek. A korlátozott gyermekek egészségi állapotuk és a társadalmi és környezeti korlátok miatt ki vannak téve a rosszabb anyagi és szociális helyzet, csökkent életminőség, rosszabb pszichés állapot veszélyének (Kyrkou 2018, Halfon et al. 2012, Dowling–Dolan 2010, Witt et al. 2003).

A fogyatékossgal élő gyermek fejlesztése szempontjából rendkívül fontos a családi, illetve a közvetlen környezet, amelyben él, másrésztől viszont a sajátos nevelési igényű gyermek sokféle, anyagi és fizikai terhet, mentális feszültséget kelthet a családon belül (Di Giulio et al. 2014, Bass 2004, Kereki 2010, Jefferis et al. 2002). Ezért megvizsgáltuk, hol, milyen családokban élnek a korlátozott gyermekek. A 0–17 évesek 98 százaléka magánháztartásban él, a nem súlyosan korlátozottaknak csak 93, a súlyosan korlátozottaknak pedig 91 százaléka. A magánháztartásban élő gyermekkoriak 1,0 százaléka súlyosan, 2,2 százaléka nem súlyosan korlátozott.

A magánháztartásokban a súlyosan korlátozott gyermekkoriak<sup>24</sup> felülreprezentáltak az egyszülős családokban (1,3 százalék), ahol a szülő a családok döntő többségében az anya. A nem súlyosan korlátozottak olyan családokban élnek legnagyobb arányban (3,0 százalék), ahol a gondviselő nem a szülők valamelyike. (Mindegyik

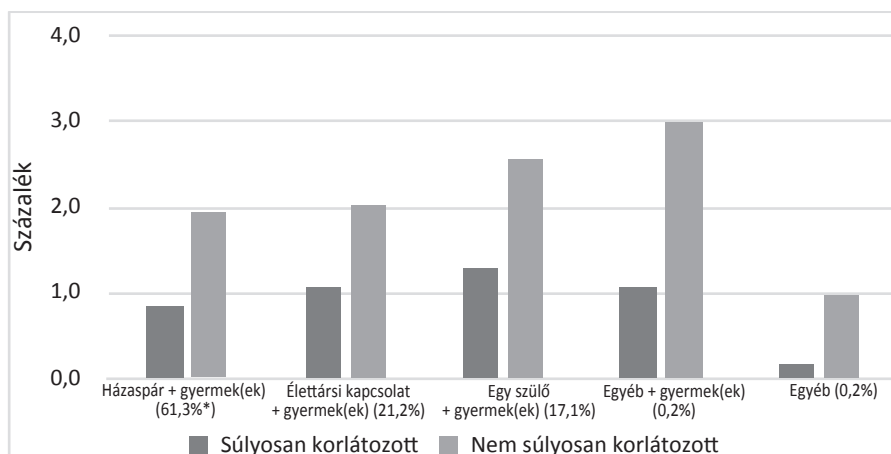
24 A gyermekkoriak családi állása lehet gyermek, rokon vagy nem rokon.



kategóriában további gyermekek is lehetnek a korlátozott mellett.) Bár a mutatkozó különbségek nem nagyok, de tendenciaszerű mintázat látható: azokban a családokban él a legkevesebb korlátozott kiskorú, amelyekben egy házaspár vagy élettársi kapcsolatban élő pár nevel egy vagy több gyermeket (3. ábra). Ez azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy ezek a gyermekek egészségesebbek, mint a más típusú családokban élők, az is lehetséges, hogy ezek a családok biztosítják legnagyobb mértékben a gyermek számára az akadálymentességet.

Korlátozottság szerint megvizsgálva a családösszetételt megállapítható, hogy nem korlátozott társaikhoz viszonyítva a korlátozott gyermekek alacsonyabb arányban élnek házaspárral, és magasabb arányban egy szülővel (4. táblázat).

3. ábra: A magánháztartásokban élő korlátozott gyermekkorúak aránya a család típusa és a korlátozottság súlyossága szerint



\* Zárójelben a családtípusok aránya az összes gyermek körében.

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

4. táblázat: Magánháztartásokban élő gyermekkorúak megoszlása családtípus szerint korlátozottsági kategóriánként (%)

Korlátozottság	A család típusa családi állással				
	Házaspár + gyermek(ek)	Élettársi kapcsolat + gyermek(ek)	Egy szülő + gyermek(ek)	Egyéb + gyermek(ek)	Egyéb
Súlyosan korlátozott	53,5*	23,6	22,6*	0,3	0,0
Nem súlyosan korlátozott	57,7*	20,9	21,0*	0,3	0,1
Nem korlátozott	61,5	21,2	16,9	0,2	0,2
Együtt	61,3	21,2	17,1	0,2	0,2

\* Szignifikáns különbség ( $p < 0,05$ ) a nem korlátozottakhoz viszonyítva.

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

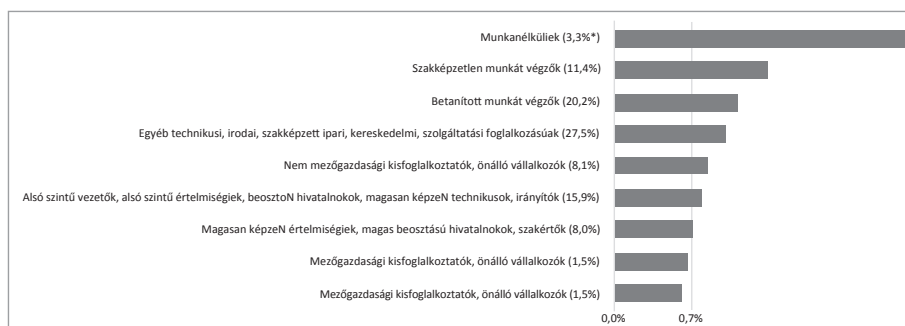
Társadalomkutatók szerint a foglalkozási osztályok az anyagi-vagyoni helyzet egyik legfontosabb meghatározói, és szoros korrelációt mutatnak egy adott személy társadalomban elfoglalt helyével, lehetőségeivel és kockázataival (Kolosi–Pósch 2014). Azt feltételezzük, hogy egyúttal számottevő szerepük lehet abban is, hogyan tud gondoskodni sajátos nevelési igényű gyermekéről, mennyire tudja elősegíteni társadalmi befogadását. A következőkben ahhoz szeretnénk információt adni, hogy a társadalom különböző rétegeit hogyan érinti a fogyatékos gyermek jelenléte, milyen a megküzdési képességük ilyen helyzetben.

A magánháztartásban élő kiskorúak eltartóinak több mint negyede társadalmi-foglalkozási rétegződése szerint szakképzett ipari, kereskedelmi és szolgáltatói munkát folytat, ötöde betanított munkás, 16 százaléka alsó szintű vezető, illetve értelmiségi, és 11 százalék szakképzetlen munkát végez. További 8-8 százalékot tesznek ki a nem mezőgazdasági kisfoglalkoztatók, valamint a magasán képzett értelmiségiek.

A súlyosan korlátozott 0–17 évesek előfordulása az egyes társadalmi-foglalkozási rétegekben számottevő különbségeket mutat, a legnagyobb gyakoriság meghaladja a legkisebb négyzeresét; a nem súlyosan korlátozottak esetében a szóródás mértéke lényegesen kisebb. A súlyosan korlátozottak aránya a munkanélküliek között kiugróan magas (2,5 százalék), majdnem kétszer annyi, mint a sorrendben következő rétegben, a szakképzetlen munkát végzők körében (1,3 százalék). Ebben a két csoportban – a betanított munkásokéval kiegészítve – az átlagnál gyakrabban él súlyosan korlátozott gyermekkorú, a többi foglalkozási réteghez tartozókéban ritkábban. A nem súlyosan korlátozott gyermekek is kisebb gyakorisággal élnek vezető beosztású, magasabban képzett személyek családjában (4–5. ábra).

Korlátozottság szerint vizsgálva az eltartó társadalmi-foglalkoztatási státuszát, a nem korlátozottakhoz képest különösen a súlyosan korlátozott gyermekek körében nagyobb az alacsonyabb státuszú eltartók, és kisebb a magasabb státuszúak aránya. Minden tizenkettedik súlyosan korlátozott gyermek eltartója munkanélküli (5. táblázat).

4. ábra: A súlyosan korlátozott 0–17 évesek aránya a magánháztartásban az eltartó társadalmi-foglalkozási rétege szerint \*\*



\* Szignifikáns különbség ( $p < 0,05$ ) az átlagos gyakorisághoz viszonyítva.

\*\* Zárójelben az eltartó társadalmi-foglalkozási rétegeinek aránya az összes gyermek körében.

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

5. ábra: A nem súlyosan korlátozott 0–17 évesek aránya a magánháztartásban az eltartó társadalmi-foglalkozási rétege szerint\*\*



\* Szignifikáns különbség ( $p < 0,05$ ) az átlagos gyakorisághoz viszonyítva.

\*\* Zárójelben az eltartó társadalmi-foglalkozási rétegeinek aránya az összes gyermek körében.

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

5. táblázat: Magánháztartásokban élő gyermekkorúak megoszlása az eltartó társadalmi-foglalkozási rétege szerint korlátozottsági kategóriánként (%)

Korlátozottság	Az eltartó társadalmi-foglalkozási rétege				
	Vezetők, értelmiségiek, hivatalnokok, magasan képzett technikusok	Irodai, kereskedelmi, szolgáltatási foglalkozásúak, önálló vállalkozók, kisfoglalkoztatók, egyéb technikusok, közvetlen termelésirányítók, szakképzett ipari foglalkozásúak	Betanított munkások, szakképzetlen munkát végzők	Munkanélküliek	Egyéb
Súlyosan korlátozott	19,8*	34,3*	37,3*	8,6*	0,0
Nem súlyosan korlátozott	22,9*	37,8	35,7*	3,5	0,1
Nem korlátozott	27,8	37,1	31,7	3,3	0,1
Együtt	27,6	37,1	31,9	3,3	0,1

\* Szignifikáns különbség ( $p < 0,05$ ) a nem korlátozottakhoz viszonyítva.

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

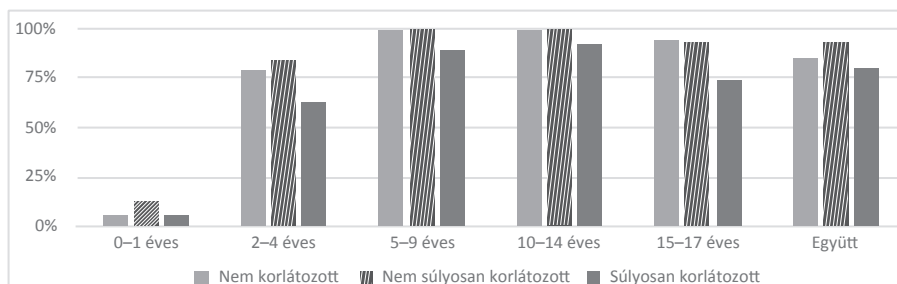
Tekintetbe véve, hogy hazai tapasztalatok szerint a súlyos fogyatékoság létrejötte nem köthető társadalmi helyzethez (Bass 2004, Vedres 2005), inkább az valószínűsíthető, hogy adataink a családok társadalmi helyzetének romlását (különösen a gazdasági aktivitás csökkenését) mutatják a súlyosan korlátozott gyermek családba kerülését követően, semmint azt, hogy a hátrányosabb helyzetű családokban gyakrabban válik súlyosan sérültté a gyermek. Ezt támasztja alá az is, hogy a súlyosan korlátozottak aránya régióként alig szóródik (1,0–1,1 százalék). A súlyosan korlátozott gyermeket nevelő, elszegényedett családok másokhoz képest kevésbé tudják

megteremteni a gyermek igényeinek megfelelő akadálymentes környezetet, és biztosítani számukra a megfelelő fejlesztést (Bass 2004, Kereki 2010).

A nem súlyosan korlátozott gyermekek ugyanakkor felülreprezentáltak Észak-Magyarország, az Észak-Alföld és a Dél-Alföld lakosságában (ezekben a régiókban arányuk eléri a 2,5 százalékot, míg a többi régióban 2,2 százalék alatt marad), ami arra utal, hogy a nem súlyos korlátozottságnak már a kialakulása is összefügg a hátrányos társadalmi helyzettel. A kedvezőtlenebb életkörülmények és a gyermekekre fordított kevesebb figyelem a gyermekek rosszabb egészségi állapotához vezethetnek, egy meglévő egészségi probléma pedig ilyen körülmények között nagyobb korlátozottságot eredményezhet (például, ha nem akadálymentes a környezet). Az, hogy a különböző, gyermekek ellátását/fejlesztését célzó szolgáltatások elérhetősége épp a hátrányos helyzetű régiókban (elsősorban Észak-Magyarországon) a leginkább akadályozott (Kereki 2010), tovább rontja az itt élő gyermekek esélyeit a társaikhoz hasonló életre.

A gyermekek esetében a társadalmi befogadás egyik alapvető szempontja, hogy tudnak-e koruknak megfelelő közösségbe járni. Az adatok jól mutatják, hogy a korlátozottság, illetve annak súlyossága szoros kapcsolatban áll a bölcsőde, óvoda, iskola látogatásával. Összességében a 0–17 évesek 85 százaléka bölcsődés, óvodás vagy iskolás, 14 százalékuk egyéb eltartott, 0,5 százalékuk gazdaságilag aktív és 0,2 százalék inaktív. A nem súlyosan korlátozott gyermekeket jóval hamarabb adják bölcsődébe, óvodába, mint a nem korlátozott társaikat, feltehetően a korai fejlesztés érdekében. Ötéves kor fölött a nem korlátozottak és a nem súlyosan korlátozottak közel azonos arányban intézménylátogatók. A 15–17 évesek között a súlyosan korlátozottak a többiekhez képest jelentősebb mértékben lemaradnak, mint a fiatalabbak csoportjában (6. ábra).

6. ábra: A bölcsődébe, óvodába vagy iskolába járók aránya korcsoportonként és a korlátozottság mértéke szerint\*



\* A vonalkázás a szignifikáns különbség ( $p < 0,05$ ) hiányát jelzi a „nem korlátozott” kategóriához viszonyítva.  
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

A 7–17 évesek között az elvégzett iskolai osztályok korévenkénti száma lineáris trendet mutat a korlátozottság mértéke szerinti mindhárom csoportban. A nem korlátozott és a nem súlyosan korlátozott gyermekek minden életkorban átlagosan közel azonos számú osztályt végeztek, míg a súlyosan korlátozottak egyre inkább elmaradnak a többitől (lásd a 3. mellékletet).<sup>25</sup> Az, hogy a szülők nem tudják a súlyosan korlátozott gyermekeiket iskolába, kortárs közösségekbe járatni, hosszabb távon rontja az ilyen gyermekek védett munkaerőpiacon való megjelenési lehetőségeit (Vedres 2005).

#### *A funkcionális szempontjai*

A funkcionális korlátozottság kettős eredetű: veleszületett vagy a születés után bekövetkezett betegséggel, balesettel összefüggésben alakult ki. 2021-es magyar adatok szerint húsz élveszületett közül egy érintett veleszületett rendellenességgel (Csáky-Szunyogh–Formanek-Balku 2022). Az ifjúkor egyik legnagyobb egészségterhét azonban a balesetek jelentik, amit az is jelez, hogy a 2021. évi adatok szerint a 0–19 évesek körében a perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok (36 százaléka) és a veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszómaabnormitások (21 százalék) után a morbiditás és a mortalitás külső okai (12 százalék) idézik elő a legtöbb halálozást (KSH 2022). A jelenség súlyát jellemzi az is, hogy egy 2018-as önbemelésen alapuló felmérés szerint az 5–11. évfolyamon tanulók mintegy harmada szenved olyan balesetet, sérülést egy év alatt, ami egészségügyi ellátást igényel (Várnai–Németh 2019). Ebben a korcsoportban a balesetek több mint fele esés, leesés, és a következő két leggyakoribb balesettípus az egyenként 10–11 százalékot kitevő ütés, nekiütődés és a szúrás, vágás. A sérülések 5 százaléka okoz életvitelt befolyásoló egészségromlást (Páll 2011).

A funkcionális korlátozottság területeire vonatkozóan egészen 2022-ig nem álltak rendelkezésre nagymintás kutatásokból vagy népszámlálásból a teljes gyermekpopulációt lefedő adatok. A 2016-os Mikrocezus kiegészítő felvételében is csak az akadályozott (fogyatékos vagy mindennapi életben korlátozott) népességre vonatkozóan tették fel a WG rövid kérdéssorát. Ebben a tekintetben előrelépést jelent, hogy a 2022-es népszámlálásnak is része volt ez a standard mérőeszköz, a tanulmány írásának idején azonban a népszámlálás adatainak részletesebb elemzésére még nincs lehetőség, így a Mikrocensus almintájának eredményeit mutatjuk be.

A mikrocensus népességének azt az almintáját, amelyen az egészségproblémából fakadó akadályozottság részletes kérdéseit teszik fel, a személyi kérdőív szűrőkérdései alapján választották ki. Ennek a szabálynak megfelelően azok kerültek az almintába, akiket a válaszadó fogyatékosként vagy egészségi okból korlátozottként nevezett

25 Az előbbieket esetében az egyenes 0,5-ről 9,6-ra emelkedik, az utóbbiaknál 0,4-ről 9,5-re. A súlyosan korlátozottak végzettségét tükröző egyenes meredeksége a nem korlátozottakénak 85 százaléka, 0,4-ről 8,0-ra emelkedve.

meg,<sup>26</sup> esetükben a magánháztartásokban élő 18 éven aluliak száma 60 358. A továbbiakban a rájuk vonatkozó adatok alapján mutatjuk be az ifjúság helyzetét bizonyos funkcionális korlátozottságtípusok szempontjából.

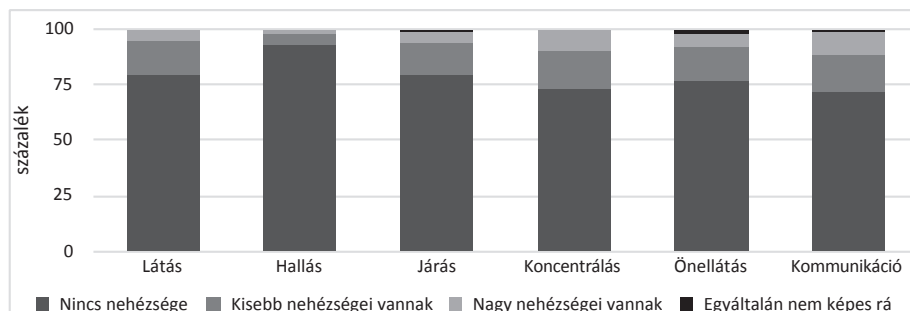
A képességek akadályozottsága tekintetében a kérdések<sup>27</sup> megválaszolására három kategóriába sorolhatták a mintabeli személyt:

- igen – kisebb nehézségei vannak,
- igen – nagy nehézségei vannak,
- egyáltalán nem képes rá.<sup>28</sup>

Az akadályozott gyermekkorúak ötödének a vizsgált hat testi-mentális funkció valamelyike tekintetében nagy nehézsége van, vagy egyáltalán nem képes rá, és harmaduknak „csak” kisebb nehézsége van. Következésképpen negytedük funkcionálisan nem korlátozott.

A legritkábban a hallás okoz hátrányt ennek a korcsoportnak, kevesebb mint egytized érintett e téren. A másik póluson a kommunikációs képesség és a koncentráció áll, egyenként az 5–17 éves akadályozottak közel háromtizede csak kisebb-nagyobb nehézséggel, vagy egyáltalán nem képes megértetni magát másokkal, vagy megérteni, amit mások mondanak, illetve problémás az emlékezés vagy a koncentráció. A többi funkció 20–25 százalékuknál vált ki nehézséget (7. ábra).

7. ábra: Az akadályozott gyermekkorúak funkcionális nehézségei típusonként\*



\* A látásban és hallásban mutatkozó korlátozottság a 0–17 évesekre, a többi funkcióban tapasztalt nehézség az 5–17 évesekre vonatkozik.

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

A legalább öt éves akadályozottakat 38 százalékának a vizsgált képességek egyikével sincs nehézsége, 28 százalékuknak egy, 14 százalékuknak két, 10 százalékuknak három

26 A fogyatékos vagy egészségi okból korlátozott személyeket összefoglalóan a továbbiakban akadályozottnak nevezük.

27 Lásd: [https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/kerdoivek/kerdoiv\\_akadalyozottsag.pdf](https://www.ksh.hu/mikrocenzus2016/kerdoivek/kerdoiv_akadalyozottsag.pdf)

28 Figyelembe véve, hogy az „egyáltalán nem képes rá” kategóriába funkcionként a gyermekkorúak legfeljebb két százaléka osztályozható, esetenként összevontuk az „igen – nagy nehézségei vannak” kategóriával.

funkció okoz problémát, a legalább négyféle területen korlátozottak aránya 10 százalék alatt marad. Az egyes nehezített funkciók között a kapcsolatokat páronként vizsgálva megállapítható, hogy a komplex képességek gyakran egyszerre okoznak problémát. A Kendall  $\tau_b$  statisztika szerint egyrészt az emlékezés, koncentráció, másrészt a kommunikáció, illetve az önellátás között a legszorosabb a kapcsolat (0,615 és 0,514), de jelentős még az utóbbi kettő (0,487), valamint a járás és az önellátás közötti (0,457) asszociáció is.

Ha feltételezhetnénk, hogy a mikrocenzus kiegészítő kérdőívével a funkcionális problémával érintett valamennyi személy száma jól becsülhető, a fentiekből egyúttal az is következne, hogy a vizsgált tevékenységek/képességek valamelyike a 0–17 éves lakosság 7,5 ezrelékének jelent nagy nehézséget, vagy nem is képes rá, és 12 ezrelékének kisebb nehézséget. A súlyos érintettség szempontjából a szélsőértékeket képviselő hallási nehézség gyakorisága 1,0 ezrelék, a kommunikációé 4,7 ezrelék. Összehasonlítva az ELEF eredményeivel ez azt jelenti, hogy a funkcionális nehézségek gyakoriságát tekintve a 2016-os mikrocenzus becslése az ELEF-étől jelentősen elmarad. Az eltérés az ELEF gyermekmodulhoz képest a különböző felvételi évek, a vizsgált korcsoportok és a mintavételi eljárás mellett a különböző mérőeszközökből is adódik: az ELEF-ben tesztelt CFM nemzetközi tapasztalatok szerint is magasabb arányokhoz vezet, mint a WG rövid kérdéssora (UNECE 2022).

A 2022-es népszámlálás WG-SS adatai alapján hamarosan pontosabb információk lesznek elérhetők a gyermekek funkcionális korlátozottságáról. Egyelőre a frissen közölt adatok<sup>29</sup> az 5–14 éves korosztályra állnak rendelkezésre rögzített korcsoportos bontásban. Ezek az adatok azonban – a fentiekől eltérően – az intézetben élő gyermekeket is tartalmazzák. Ezek szerint az 5–14 évesek körében 7,8 százalék a funkcionálisan korlátozott gyermekek aránya, 1,3 százalék súlyosan, 6,5 százalék mérsékelten korlátozott.

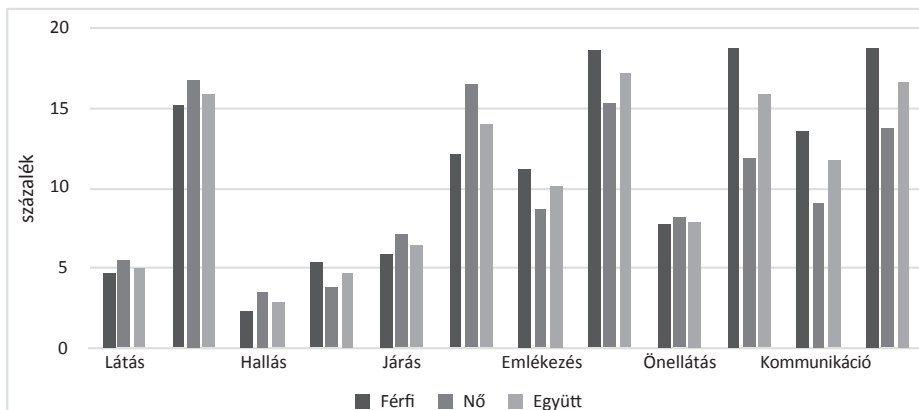
Nyomatékosan fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a továbbiakban az elemzés csak a 0–17 éves *akadályozott* személyekre terjed ki, vagyis akik se nem fogyatékosok, se nem korlátozottak, kimaradnak (mivel a mikrocenzus almintájának nem képezték részét). Így minden megállapítás csak erre a körre érvényes.

Az érzékszervi-fizikai funkciók akadályozottsága terén jellemzően a nők (lányok), az összetettebb képességekben (emlékezés, önellátás, kommunikáció) a férfiak (fiúk) vannak nagyobb kockázatnak kitéve (8. ábra).

29 <https://nepszamlalas2022.ksh.hu/adatbazis/>



8. ábra: Az akadályozott gyermekkorúak funkcionális nehézségei típusonként és nemenként



\* Szignifikáns különbség a nemek között ( $p < 0,05$ ).

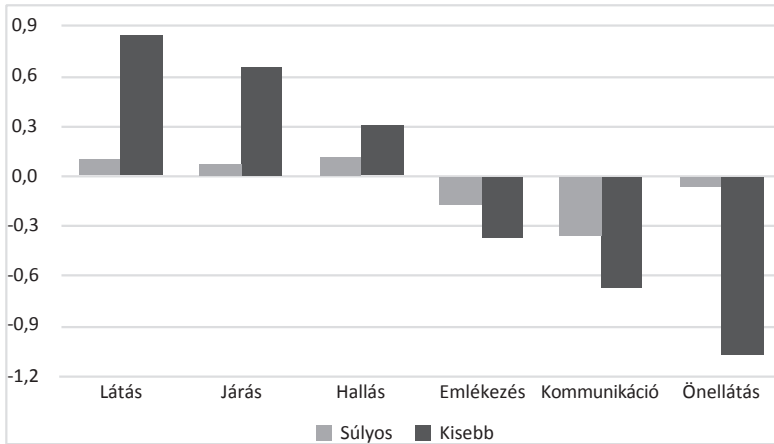
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

Életkor szerint a vizsgált tevékenységek erősen oszcillálnak, aminek több oka is lehet. A magyarázatok között elsőként feltételezhető, hogy ezek viszonylag ritka sztochasztikus jelenségek, de bizonyára szerepe lehet annak is, hogy az oktatási intézményekben jellemzően kétévenként végeznek komplex orvosi vizsgálatot, amikor fény derülhet valamilyen egészségi problémára, vagy a korábban már megállapítottak újabb megerősítést kapnak.

Az alapvető képességekben (látás, hallás, járás) mutatkozó nehézségek gyakorisága a gyermekek során növekszik, erre utal az életkor szerinti trendvonal pozitív iránytangense (lásd a 4–9. mellékletet). A sérült személyek arányának bővülését valószínűleg az magyarázza, hogy a veleszületett rendellenességekkel sújtottak soka-sága az élet korai szakaszában betegség vagy baleset következtében akadályozottá válókkal egészül ki, akiknek a sokasága nagyobb, mint azoké, akiknek a fogyaté-kossága javítható. Ezt a feltételezést erősíti, hogy a hallás képessége változik legke-veésbé, ami jellemzően időskori probléma (KSH 2018), és a gyermekkori betegségek, balesetek során – típusukat tekintve – a vizsgált három funkció közül a hallás sérül legkeveésbé. Az egyszerű képességekben mutatkozó súlyos rendellenességekhez ala-csony abszolútértékű iránytangensek tartoznak, ami azt sugallja, hogy ezek zömmel veleszületett rendellenességek.

Az egyszerűbbekkel szemben a komplex képességek – mint az emlékezés, kon-centrálás vagy az önellátás, illetve a kommunikáció – vonatkozásában mutatkozó problémák prevalenciája az életkor emelkedésével tendenciaszerűen csökken, ami mögött több ok is feltételezhető, elsősorban a hatékony korai fejlesztés, rehabilitáció és rehabilitáció. Az adatokból az valószínűsíthető, hogy a súlyos esetek közül a kom-munikáció javítható a legjobban (9. ábra).

9. ábra: Az akadályozott gyermekkorúak funkcionális nehézségeinek gyakorisági görbéjéhez illesztett életkor szerinti trendvonal iránytangense típusonként

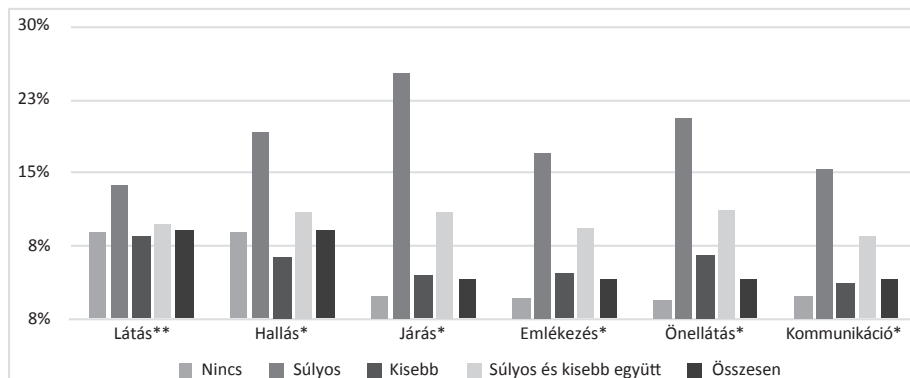


Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

A korlátozott képességek határozottan befolyásolják annak esélyét, hogy a gyermekkorú akadályozottak járnak-e bölcsődébe, óvodába, iskolába. A 0–17 éves akadályozottak 91 százaléka látogatja ezek egyikét, közülük a legalább ötévesek 96, a 6–15 évesek 98 százaléka.

Bármely funkciót is tekintjük, a súlyosan korlátozottak kockázata a legnagyobb arra, hogy nem járnak sem bölcsődébe, sem óvodába, sem iskolába. A mozgáskorlátozottak szorulnak ki leginkább az intézményekből. A kisebb látás- és hallásproblémák viszont inkább fokozzák a bölcsőde-, óvoda-, iskolalátogatás esélyét, és a kevésbé súlyos korlátozottság a többi funkció esetében is számottevően ritkábban veszélyezteti a gyermekintézmények látogatását, mint a súlyosak (10. ábra).

10. ábra: A bölcsődébe, óvodába, iskolába nem járó, akadályozott gyermekkorúak aránya funkcionális nehézségek szerint



\* Kisebb nehézsége van vs. nincs nehézsége, illetve súlyos nehézsége van vs. nincs súlyos nehézsége különbség szignifikáns (Cramer V;  $p < 0,05$ ).

\*\* Súlyos nehézsége van vs. nincs súlyos nehézsége különbség szignifikáns (Cramer V;  $p < 0,05$ ).

Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

Tekintettel arra, hogy a funkcionális korlátozottságok sok esetben nem egymagukban fordulnak elő, az érintettek többféle nehézséggel kénytelenek együtt élni, a bonyolultabb kapcsolatok vizsgálata, nagyobb részletezettségű háttérváltozók bevonása többváltozós statisztikai eszközöket igényelne, de az adatok ilyen taglalású bemutatása nem ennek a tanulmánynak a tárgya.

## Összegzés

Tanulmányunkban egyfelől bemutattuk a korlátozottság és fogyatékoság felméréseinek lehetőségeit és standard mérőeszközeit, másfelől behatároltuk a hazai lakosságban a korlátozottsággal élők körét, és megvizsgáltuk a korlátozott gyermekek társadalmi helyzetét a bemutatott standard mérőeszközöket alkalmazó két felvétel, az ELEF2019 és a 2016-os Mikrocenzus adatainak tükrében.

A korlátozottság és fogyatékoság felmérésében az ezredforduló tájékán bekövetkezett, egészségi probléma helyett a társadalmi részvétel lehetőségét középpontba állító szemléletbeli változás némi fáziskéséssel a gyermekekről való gondolkodást és korlátozottságuk kutatásának módszereit is megváltoztatta. Bár az utóbbi években erősödött az a nemzetközi törekvés, hogy a gyermekek másokhoz hasonló jogainak, teljes életének biztosítása érdekében jó minőségű, kellően részletes és nemzetközileg is összehasonlítható adatok álljanak rendelkezésre a gyermekek egészségi okból fakadó korlátozottságáról, a speciális adottságokkal rendelkező populáció vizsgálatának lehetőségei terén még mindig jelentős kihívásokkal szembesül a hivatalos statisztika.

A kihívások egy részét a gyermekkor sajátosságai jelentik, amit gyors testi, tevékenységekben és képességekben bekövetkező változások, az őket körülvevő környezettől függés jellemeznék. Ennek megfelelően a statisztikai vizsgálat életkori csoportjainak, a vizsgálatba bevont területeknek a meghatározása sem egyértelmű. Ugyancsak megoldandó még a korlátozott gyermekek befogadását segítő és gátló tényezőkre vonatkozó standard mérőeszközök kidolgozása.

Nehézséget jelent az is, hogy a teljes sokaságra adott, megalapozott becslésekhez sokszor a nagymintás felvételek sem adnak biztos alapot, a népszámlálások és mikrocenzusok kérdőíveiben ugyanakkor behatárolt lehetőség van a korlátozottság felmérésére kidolgozott standard mérőeszközök beépítésére.

Többek között ez is az oka annak, hogy a hazai hivatalos statisztikában mind ez ideig csak tesztmodulként használtak kifejezetten a gyermekek korlátozottságának felmérésére szolgáló standard mérőeszközt (CFM). Rendelkezésre állnak ugyanakkor az általánosan használható standard mutatók, a GALI és a WG rövid kérdéssorának adatai, előbbi a mindennapi életben megtapasztalt korlátozottságra, az utóbbi a funkcionális korlátozottság területeire kérdez rá.

Az ELEF2019-ből és a 2016-os Mikrocenzusból származó eredményeink szerint a hazai lakónépesség körében a gyermekek 3–5 százalékát korlátozza a mindennapi tevékenységében egészségi probléma, közülük 1 százalékot súlyosan. Adataink nagyságrendileg összhangban vannak a nemzetközi becslésekkel és a testi vagy értelmi fogyatékosággal élő gyermekeknek nyújtott állami támogatásokra vonatkozó, medikális szemléleten alapuló adminisztratív adatokkal is.

A 2019-es ELEF gyermekmodul szerint a 2–17 évesek körében 5 százalékra (a serdülőkori mentális problémákat is figyelembe véve 7 százalékra) becsülhető a legalább egyik funkcionális területen korlátozottak aránya. A 2–4 évesek körében leginkább a járás és a tanulás; az 5–14 évesek közt a tanulás mellett a pszichoszociális funkcióképesség (nyugtalanág, szorongás, viselkedés kontrolljának nehézségei); a 15–17 éveseknél leginkább a mentális problémák (azon belül is kiemelten a fáradtság és alvás) jelentik a főbb nehézségeket a funkcionális korlátozottság területei közül.

A fogyatékos vagy egészségi okból korlátozott (vagyis akadályozott) 5–17 évesek számára legnagyobb arányban a kommunikáció és az emlékezés, koncentráció okoz gondot a Mikrocenzus adatai szerint. Ezek és az önellátás problémáinak prevalenciája az életkor emelkedésével – részben a fejlesztés lehetősége miatt – tendenciaszerűen csökken, míg az alapvető tevékenységekben (látás, hallás, járás) megtapasztalt nehézségek előfordulásának gyakorisága nő (ahogy a veleszületett problémákkal küzdők köre betegség vagy baleset következtében akadályozottakkal egészül ki).

A korlátozottság mutatói várakozásainknak megfelelő, és a gyermekek helyzetét vizsgáló fogyatékoságtudományi elemzésekkel összhangban lévő kapcsolatokat mutatnak a gyermekek szociodemográfiai jellemzőivel. Elemzéseink alátámasztják, hogy a korlátozott gyermekek esetében magasabb a társadalmi kirekesztődés kockázatának kitétek aránya. Nem csupán maga az egészségi probléma, hanem társadal-

mi helyzetük is ebbe az irányba mutat, hiszen a korlátozott, különösen a súlyosan korlátozott gyermekek egészséges társaiknál nagyobb arányban élnek alacsonyabban képzett, alacsonyabb társadalmi státuszú családokban. A nem súlyosan korlátozott gyermekek felülreprezentáltak a hátrányos helyzetű régiókban, ahol egyúttal a fejlesztési lehetőségek elérése is korlátozott, tovább csökkentve esélyeiket a társaikhoz hasonló tevékenységekben való részvételre.

A súlyosan korlátozott gyermekeknél a legnagyobb a kockázata annak, hogy nem járnak sem bölcsődébe, sem óvodába, sem iskolába, és az is kimutatható, hogy az életkor növekedésével az elvégzett iskolai osztályok tekintetében egyre inkább elmaradnak a társaiktól, így hosszabb távon folyamatosan csökkennek az esélyeik a védett munkaerőpiacon való megjelenésre. A gyermeknevelés és közoktatás intézményeiből leginkább a mozgásukban korlátozott gyermekek szorulnak ki, ami aláhúzza a környezeti tényezők, ebben az esetben az akadálymentesítés fontosságát is.

Minden gyermeknek joga van a kortársaihoz hasonló lehetőségekhez, tevékenységekhez, élethez. Az egészségi problémákkal küzdő gyermekek hatékonyabb segítéséhez a lehető legjobban meg kellene ismernünk a támogatásra szoruló körét és helyzetét, az általuk megtapasztalt nehézségeket, vagyis jó minőségű, kellően részletes adatokra van szükség a gyermekek korlátozottságáról. Tanulmányunk a hivatalos statisztikában elérhető felvételek mutatóinak és adatainak bemutatásával ehhez kívánt hozzájárulni.

Magyarországon a hivatalos statisztikában nagy eredmény, hogy a gyermektesztmodul ELEF-ben való 2019-es lekérdezését követően a 2022-es népszámlálás adataiból részletes képet kaphatunk az 5–17 évesek WG-SS szerinti korlátozottságáról és annak társadalmi összefüggéseiről. További előrelépést a WG gyermekmoduljának (CFM) nagymintás kutatásokban való lekérdezése és az adminisztratív adatok felhasználási lehetőségének javítása jelenthetne.

## Irodalom

- Altman, B. M. (2014): Definitions, concepts and measures of disability. *Annals of Epidemiology*, 24 (1): 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.05.018>
- Bánfalvy, Cs. (2016): „A szociológiát nem a fogyatékosok művelik...” A fogyatékosok jelensége a szociológiában. In Zászkaliczky, P.– Vedres, T. (szerk.): *Tágabb értelembe vett gyógypedagógia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 285–306.
- Bass, L. (2004): Súlyosan, halmozottan fogyatékos gyermeket nevelő családok életkörülményei Magyarországon. In Bass, L. (szerk.): *Jelentés a súlyosan, halmozottan fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány, 53–91.

- Bogaert, P. – Van Oyen, H. – Beluche, I. – Cambois, E. – Robine, J.-M. (2018): The use of the global activity limitation indicator and healthy life years by member states and the European Commission. *Archives of Public Health*, 76(1): 1–7.  
<https://doi.org/10.1186/s13690-018-0279-z>
- Chikán, Cs. (2001): *Esélyegyenlőség, fogyatékoság*. Vác: Mozgáskorlátozottak Pest Megyei Egyesülete.
- Csáky-Szunyogh, M. – Formanek-Balku, E. (2022): Éves jelentés a Velezületett *rendellenességek országos nyilvántartás 2010–2020. évek jelentett adatairól*. Budapest: Nemzeti Népegészségügyi Központ.
- Demográfiai évkönyv, 2021. Budapest: KSH, 2022.
- Devandas, C. (2018): The development and testing of a module on child functioning for identifying children with disabilities in surveys. *Disability and Health Journal*, 11(4): 493–494. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.07.011>
- Di Giulio, P. – Philipov, D. – Jaschinski, I. (2014): Families with disabled children in different European countries. *Families and Societies*. Working paper series 23. A project funded by European Union's Seventh Framework. <http://www.familiesandsocieties.eu/wp-content/uploads/2014/12/WP23GiulioEtAl.pdf>
- Dowling, M. – Dolan, L. (2010): Families with Children with Disabilities - Inequalities and the Social Model. *Disability and Society*, 16(1): 21–35.  
<https://doi.org/10.1080/713662027>
- Földvári, M. – Gárdos, É. (2021): A fogyatékoság és az egészségi okok miatti korlátozottság mérésének módszerei a hivatalos statisztikában. *Statisztikai Szemle*, 99(2):142–172. <https://doi.org/10.20311/stat2021.2.hu0142>
- Gárdos, É. – Földvári, M. (2022): Az egészségi okból fakadóan korlátozottak társadalmi helyzete, egészségi állapota és hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz az ELEF2019 tükrében. *Statisztikai Szemle*, 100(7): 671–713.  
<https://doi.org/10.20311/stat2022.7.hu0671>
- Golden, C. (2016): Washington Group meetings, processes and milestones. In Altman, B. M. (ed.): *International Measurement of Disability. Purpose, Method and Application*. Springer International Publishing Switzerland, 29–52. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28498-9>
- Györi, Á. (2022): A társadalmi egyenlőtlenségek és az egészség összefüggései Magyarországon. *Statisztikai Szemle*, 100(7): 645–670.  
<https://doi.org/10.20311/stat2022.7.hu0645>
- Halfon, N. – Houtrow, A. – Larson, K. – Newacheck, P. W. (2012): The Changing Landscape of Disability in Childhood. *The future of children*, 22(1): 13–42.  
<https://www.jstor.org/stable/41475645?seq=1>
- Hatályos jogszabályok gyűjteménye. <https://net.jogtar.hu>
- Jefferis, B. J M H – Power, C. – Hertzman, C. (2002): Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. *BMJ*, 325 (7359), 305. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7359.305>

- Kereki, J. (2010): A fogyatékoság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban. In Kolosi, T. – Tóth, I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2010*. Budapest: TÁRKI, 348–368. [https://tarki.hu/tarsadalomkutatas/publikaciok/tpubl\\_a\\_925.pdf](https://tarki.hu/tarsadalomkutatas/publikaciok/tpubl_a_925.pdf)
- Kolosi, T. – Pósch, K. (2014): Osztályok és társadalomkép. In Kolosi, T. – Tóth, I. Gy.(szerk.): *Társadalmi Riport 2014*. Budapest: TÁRKI, 139–156. <https://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b328.pdf>
- Kozma, Á. – Petri, G. – Bernát, A. (2020): Kiszolgáltatottság és stagnálás: fogyatékos emberek társadalmi helyzete a 2010-es években. In Kolosi, T. et al. (szerk.): *Társadalmi Riport 2020*, Budapest: TÁRKI, 381–403. [https://www.tarki.hu/sites/default/files/2020-10/381\\_403\\_Kozma\\_Petri\\_Bernat\\_web.pdf](https://www.tarki.hu/sites/default/files/2020-10/381_403_Kozma_Petri_Bernat_web.pdf)
- KSH (2018): Mikrocenzus 2016–8. *A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus\\_2016\\_8.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_8.pdf)
- KSH (2020): *Szociális Statisztikai Évkönyv 2019*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH (2021): *Szociális Statisztikai Évkönyv 2020*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH (2022): *Demográfiai Évkönyv 2021*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Kulmann, L. – Kun, H. (2016): „El kell-e felejtünk az orvosi modellt?...” A fogyatékoság jelensége az orvostudományban. In Zászkaliczky, P. – Vedres, T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 69–90.
- Kyrkou, M. R. (2018): Health-related family quality of life when a child or young person has a disability. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 9(4), 49–74. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs94201818640>
- Losonczi, Á (1989): *Ártó-védő társadalom. Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Mont, D. (2007): Measuring health and disability. *Lancet*, 369(9573), 1658–1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60752-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60752-1)
- Páll, G.(2011): Sérülések, balesetek. In Németh, Á. – Költő, A. (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Budapest: OGYEI.
- Palmer, M. – Harley, D. (2012): Models and measurement in disability: An international review. *Health Policy and Planning*, 27(5),357–364. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr047>
- Perlusz, A. – Cserti-Szauer, Cs. – Sándor, A. (szerk.) (2021): *Fogyatékos emberek a 21. századi magyar társadalomban. Tanulmánykötet Bánfalvy Csaba tiszteletére*. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar – Gyógypedagógia Fejlesztésért Alapítvány.
- Pikó, B. (2002): *Egészségszociológia*. Budapest: Új Mandátum.
- UN (1989): *Convention on the Rights of the Child*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf>



- UN (2006): *Convention on Rights of People with Disabilities*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- UN (2015): *Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable development*. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- UNECE (2022): *Statistics on Children. Spotlight on children exposed to violence, in alternative care, and with disability. Prepared by the Conference of European Statisticians Task Force on Statistics on Children, Adolescents, and Youth*. Geneva: United Nations. <https://unece.org/sites/default/files/2022-10/ECECESSTAT20225.pdf>
- UNICEF (2021): *Seen, counted, included. Using data to shed light on the well-being of children with disabilities*. New York: United Nations Children's Fund. <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/>
- Várnai, D. – Németh, Á. (2019): *Sérülések, balesetek*. In Németh, Á. – Várnai, D. (szerk.): *Kamaszéletmód Magyarországon*. Budapest: ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó.
- Vedres, T. (2005): *Súlyosan, halmozottan fogyatékos gyermekek és fiatalok a közoktatásban*. Budapest: De juRe Alapítvány – Kézenfogva Alapítvány.
- WG (2020): *The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS)*. Washington Group on Disability Statistics, 19 March 2020. [https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Washington\\_Group\\_Questionnaire\\_\\_1\\_-\\_WG\\_Short\\_Set\\_on\\_Functioning.pdf](https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Washington_Group_Questionnaire__1_-_WG_Short_Set_on_Functioning.pdf)
- WHO (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization. <https://www.refworld.org/docid/3b00f2e80.html>
- WHO (2007): *International classification of functioning, disability and health: children and youth version: ICF-CY*. Geneva: World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Witt, W. P. – Riley, A. W. – Coiro, M. J. (2003): *Childhood Functional Status, Family Stressors, and Psychosocial Adjustment among School- Aged Children with Disabilities in the United States*. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(7), 687–695. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.7.687>

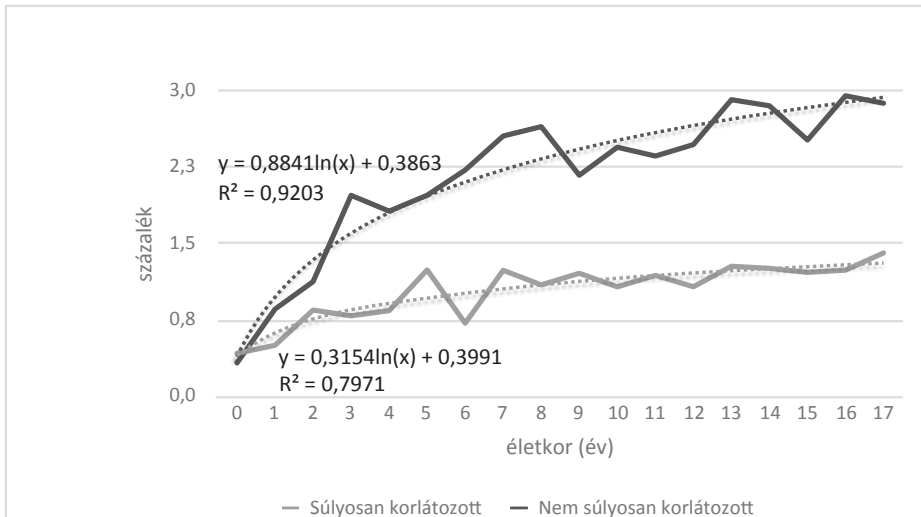
## Mellékletek

1. melléklet: A korlátozottság CFM-hez képest vizsgált területei az ELEF2019 alapkérdőívben és gyermektesztmodulban

Korosztály	WG-CFM vizsgált területei	ELEF2019 gyermektesztmodul (2–14 év)	ELEF2019 alapkérdőív (15–17 év)
2–4 éves	Látás	X	
	Hallás	X	
	Járás	X	
	Apró tárgyak felemelése		
	A szülő/gondviselő megértése		
	A szülő/gondviselő megérti-e a gyermeket		
	Tanulás (a vele egyidős gyermekekhez viszonyítva)	X	
	Játék (a vele egyidős gyermekekhez viszonyítva)		
52–17 éves	Rúgás harapás, ütés (a vele egyidős gyermekekhez viszonyítva)	X	
	Látás	X	X
	Hallás	X	X
	100 méter séta sík terepen	X	
	500 méter séta sík terepen		X
	Önellátás		más formában: az önellátás terén megtapasztalt nehézségeket külön kérdésblokk vizsgálja, tevékenységenként
	Megértik-e a beszédét a háztartásban élők		más formában: a WG-SS kommunikációra vonatkozó kérdése
	Megértik-e a beszédét a háztartásán kívül élők		
	Tanulás (a vele egyidős gyermekekhez viszonyítva)	X	
	Emlékezés (a vele egyidős gyermekekhez viszonyítva)	X	más formában: a WG-SS emlékezésre és koncentrációra vonatkozó kérdése
	Olyan tevékenységekre koncentráció, amit szeret csinálni		
	A napirendjét érintő változások elfogadása		
	A viselkedés kontrollja (a vele egyidős gyermekekhez viszonyítva)	X	
Barátkozás			
Nyugtalanág, ingerlékenység, szorongás	X	mentális problémák: PHQ-8 kérdések	
Szomorúság, lehangoltság			

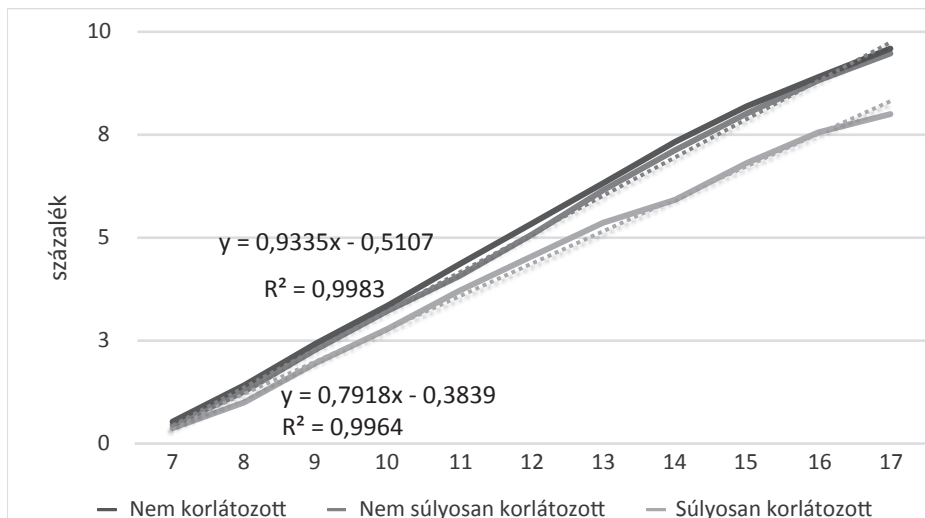
Forrás: KSH, saját szerkesztés

**2. melléklet: Egészségi okból súlyosan és nem súlyosan korlátozottak aránya, 2016**



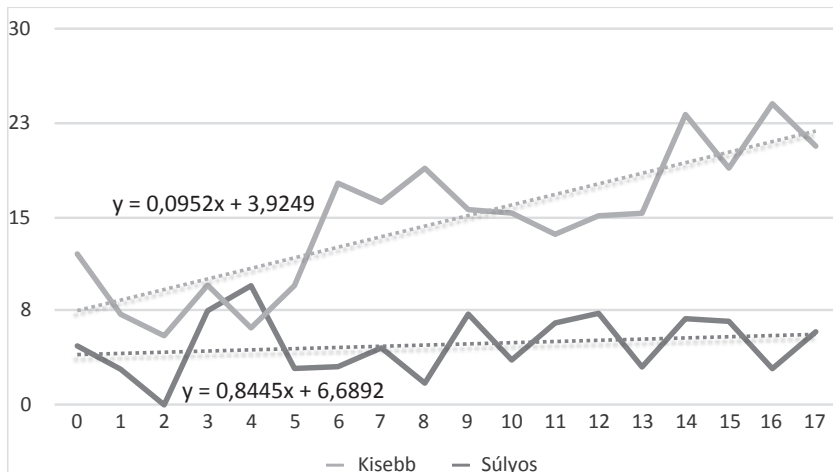
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

**3. melléklet: A 7–17 évesek által átlagosan elvégzett osztályok száma a korlátozottság súlyossága szerint, 2016**



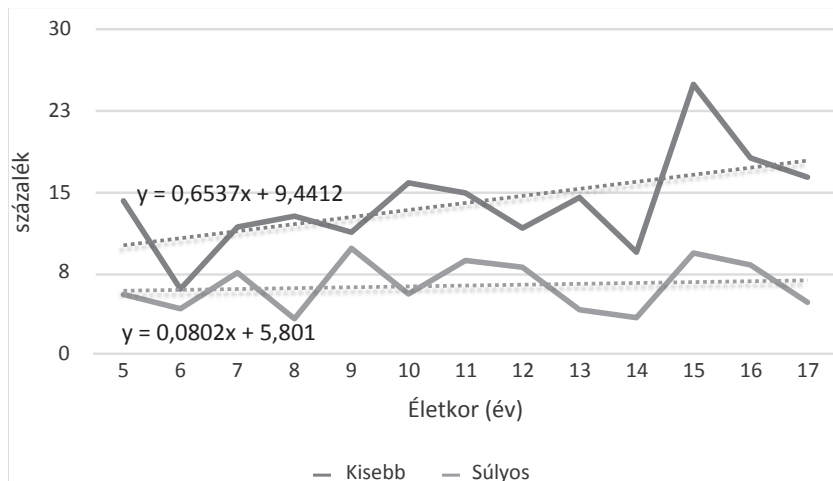
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

4. melléklet: A látásukban korlátozottak aránya az akadályozott gyermekkorúak körében súlyosság és életkor szerint, 2016



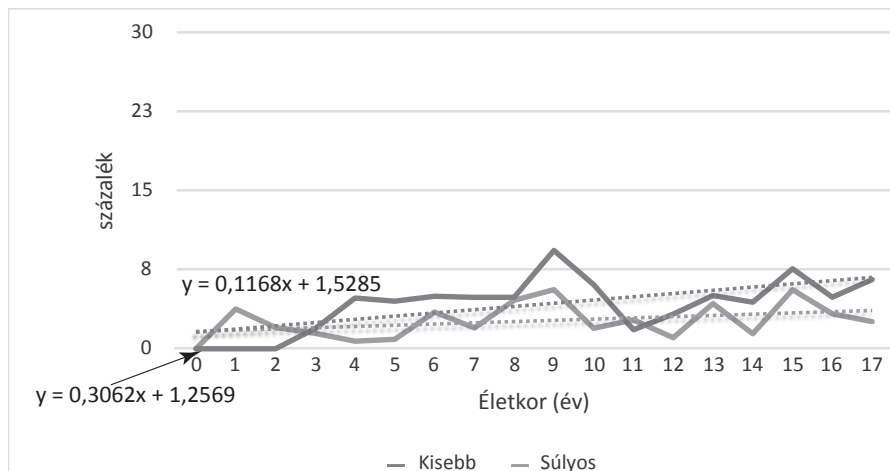
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

5. melléklet: A járásukban korlátozottak aránya az akadályozott gyermekkorúak körében súlyosság és életkor szerint, 2016



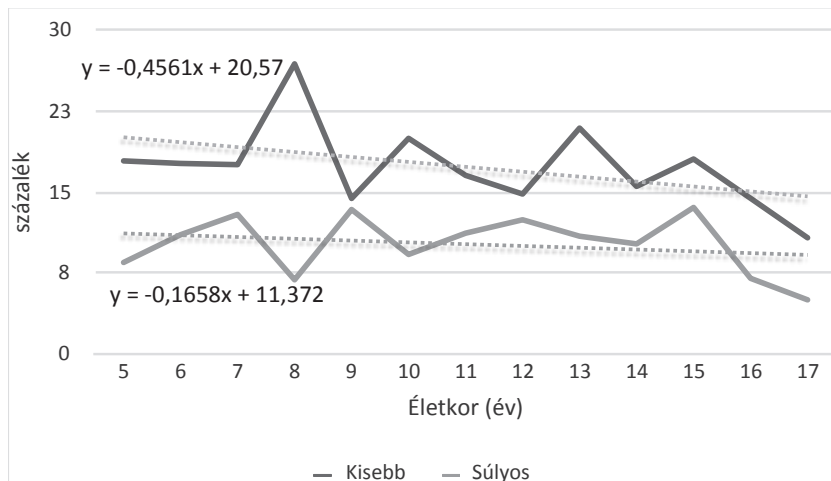
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

**6. melléklet:** A hallásukban korlátozottak aránya az akadályozott gyermekkorúak körében súlyosság és életkor szerint, 2016



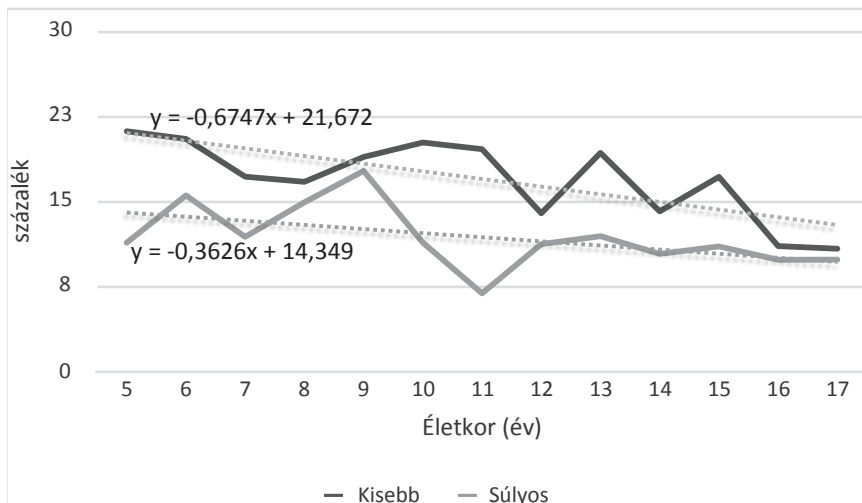
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

**7. melléklet:** Az emlékezésben korlátozottak aránya az akadályozott gyermekkorúak körében súlyosság és életkor szerint, 2016



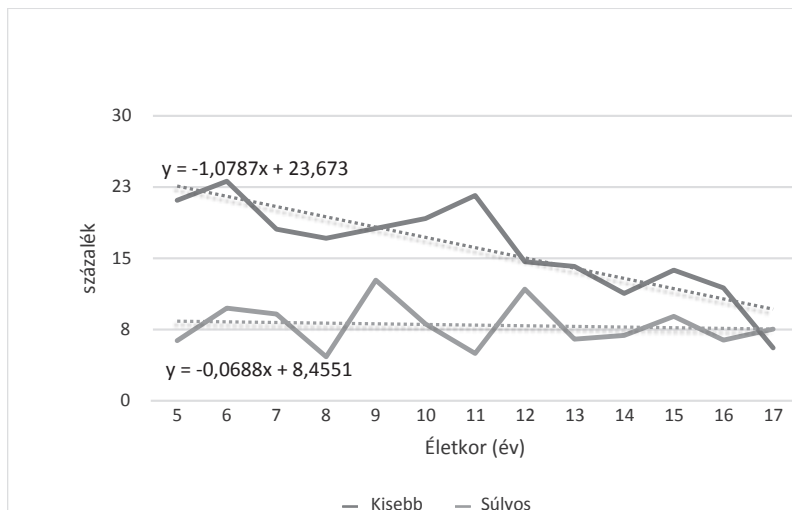
Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

8. melléklet: A kommunikációban korlátozottak aránya az akadályozott gyermekkorúak körében súlyosság és életkor szerint, 2016



Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés

9. melléklet: Az önellátásban korlátozottak aránya az akadályozott gyermekkorúak körében súlyosság és életkor szerint, 2016



Forrás: Mikrocenzus 2016, KSH, saját szerkesztés