

CÉLCSOPORTOK BEMUTATÁSA

SZAKMAI ANYAG

FOGLALKOZÁSI TANÁCSADÓK

RÉSZÉRE



SZÉCHENYI TERV

CÉLCSOPORTOK BEMUTATÁSA

**SZAKMAI ANYAG FOGLALKOZÁSI TANÁCSADÓK
RÉSZÉRE**



Fogyatékos Személyek
Esélyegyenlőségéért
Közhasznú Nonprofit Kft.

Szerzők:

Dr. Harangozó Judit

Jászper Éva

Pántya Erika

Dr. Perlusz Andrea

Dr. Petky Ferenc

Simonné Janzsó Tünde

Valiczko Éva

Zalabai Péterné

Szakmai lektorálást végezte:

Bela Szilvia

Dávid Andrea

Fehér Ildikó

A kiadvány a TÁMOP 5.3.8-11/A1-2012-0001 kódszámú
„Rehabilitáció – Érték – Változás (RÉV): Megváltozott munkaképességű
személyek munkaerő-piaci helyzetének elősegítése érdekében történő
rendszerszintű képzési és szolgáltatásfejlesztési modellprogram”
kiemelt projekt keretében készült a
Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft.
megbízásából.

2014.

**Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért
Közhasznú Nonprofit Kft.**

Cím: H- 1071 Budapest, Damjanich utca 4.

Telefon: (+36 1) 450 3230

www.fszk.hu

Felnőttképzési nyilvántartási szám: 01-0849-04

Intézményi Akkreditációs Lajstromszám: AL-2057

Tartalomjegyzék

Előszó	4
Hallássérült emberek	6
Beszéd fogyatékos emberek	47
Mentális és viselkedészavarral élő emberek.....	88
Mozgásszervi betegséggel küzdő emberek	130
Szív- és érrendszeri betegséggel küzdő emberek	147
Daganatos betegséggel küzdő emberek	162
Ajánlott irodalom, hasznos linkek	182

Előszó

Az Egységes Szolgáltatás és az Átvezetésszolgáltatás módszertani kiadványok elsősorban olyan szakmai útmutatók, amelyek a szolgáltatások folyamatával, céljaival, tartalmával foglalkoznak, valamint segítséget nyújtanak a foglalkozási tanácsadók részére, akik a szolgáltatást biztosítják a megváltozott munkaképességű emberek részére.

A módszertani kézikönyvekben az egyes szolgáltatások céljánál, tevékenységeknél és tartalmaknál a szakemberek találhatnak információt a speciális célcsoportokra vonatkozóan is.

Ez a kiadvány mélységében a hallássérült, beszéd fogyatékos, mentális és viselkedészavaros emberekkel, valamint a szív- és érrendszeri betegséggel, mozgásszervi és daganatos betegséggel küzdő emberekkel foglalkozik.

A speciális célcsoportok külön-külön fejezetben kerülnek bemutatásra. A szakemberek először az adott speciális célcsoport meghatározásáról, ehhez kapcsolódó betegségtípusokról, szocio-demográfiai jellemzőikről, arányukról a megváltozott munkaképességűek csoportján belül, valamint munkaerőpiaci helyzetükről olvashatnak. Praktikus tanácsokat, javaslatokat kapnak a foglalkozási tanácsadók az egyes célcsoport foglalkozási rehabilitációjának elősegítésére vonatkozóan.

A könnyebb felhasználás érdekében esetekkel, példák illusztrálásával tettük változatosabbá a szakmai anyagot.

A speciális célcsoporttal kapcsolatos részeket gyakorlott szakemberek, az adott terület szakorvosa, foglalkozási tanácsadók és gyógypedagógusok írták. A felhasznált esetek, példák a napi gyakorlatból kerültek beemelésre.

A kiadvány végén a szakemberek a speciális célcsoportokkal kapcsolatos ajánlott irodalomjegyzéket, hasznos linkeket találnak, ami további tájékozási lehetőséget biztosít.

Hallássérült emberek

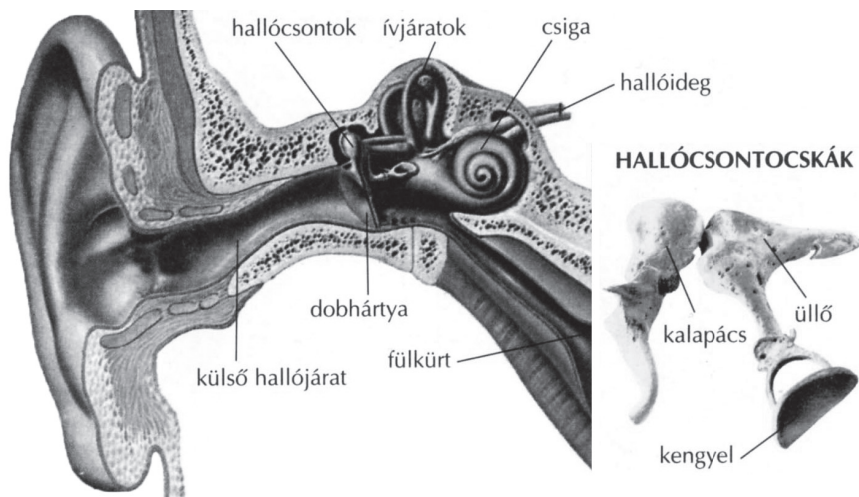
I. A CÉLCSOPORT MEGHATÁROZÁSA

A **hallássérülés** a hallószerv valamely részének veleszületett vagy szerzett sérülése, illetve fejlődési rendellenessége, mely az éptől eltérő hallásteljesítményt eredményez.

Hallássérülés esetén a hallásküszöb megemelkedik, a személy csak a valamilyen mértékben erősebb hangokat hallja meg, vagy meg sem hallja azokat. Minél jobban eltér a hallásküszöb görbéje a 0 dB-től, annál súlyosabb a hallássérülés.

Hallássérülés esetén a különböző frekvenciájú hangok meghallása különböző mértékben károsodik. A hallásveszteség sok esetben nem egyenletes, vagyis nem azonos mértékben jelentkezik minden frekvenciasávon (hangmagasságon). A megemelkedett hallásgörbe lefutása ilyenkor nem vízszintes, hanem lehet emelkedő (a mélyebb hangoknál nagyobb a hallásveszteség), eső (a magasabb hangok területén nagyobb a hallásveszteség), illetve ingadozó. Ha a hallássérülés a beszédhangok területét is érinti a hangerő és/vagy a frekvenciák szempontjából, nehezítetté válik a beszéd meghallása, s a beszédfejlődés, nyelvelsajátítás is rendellenesen alakul.

1. ábra: A fül szerkezete



Annak alapján, hogy a hallássérülés a hallószerv mely részének károsodása eredményeképpen jött létre, vezetékes, idegi, illetve kevert típusú hallássérülés különböztethető meg.

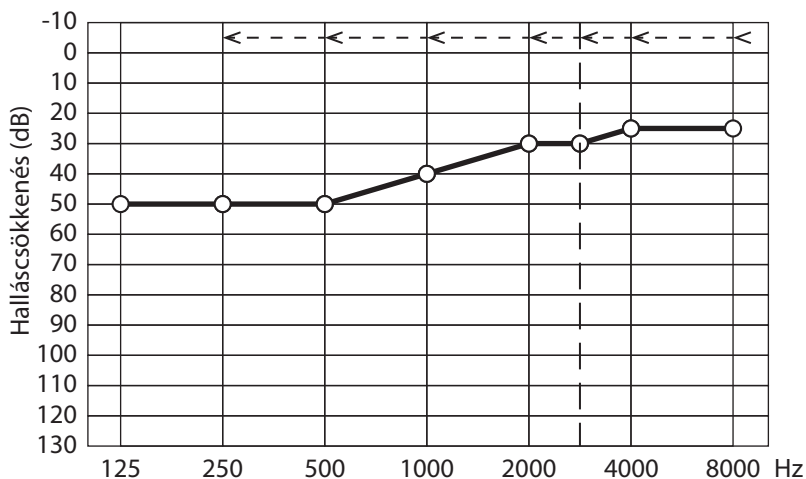
A külső és a középfül, vagyis a hangvezető rendszer károsodása ún. vezetékes hallássérülést eredményez. A **vezetékes hallássérülés** esetében a hallószervet érő rezgések a hallójárat, a dobüreg vagy a hallócsontocskák működési zavarai miatt nem jutnak akadálytalanul a belső fülhöz. Ennek hátterében állhat a külső fülben felgyülemlett fülzsír, a fülkagyló vagy a hallójárat fejlődési rendellenessége, a fülkürt vagy a középfül nyálkahártyájának gyulladása, a folyadék felszaporodása, a dobhártya perforációja vagy a hallócsontláncolat sérülése, összenövése.

A vezetékes hallássérülés jellemzője:

- a hallássérülés mértéke általában nem haladja meg a 60 dB-t;
- az audiogram lefutása általában vízszintes jellegű;
- az érintett személy csak halkabban, de nem torzítva hallja a beszédet;
- a legtöbb esetben orvosilag kezelhető, szükség esetén hallókészülékkel jól korrigálható.

Ha a beszédhangok eléggé erősek, a vezetékes hallászavarban szenvedők meghallják a beszédet.

2. ábra: A vezetékes hallássérülés típusos görbéje



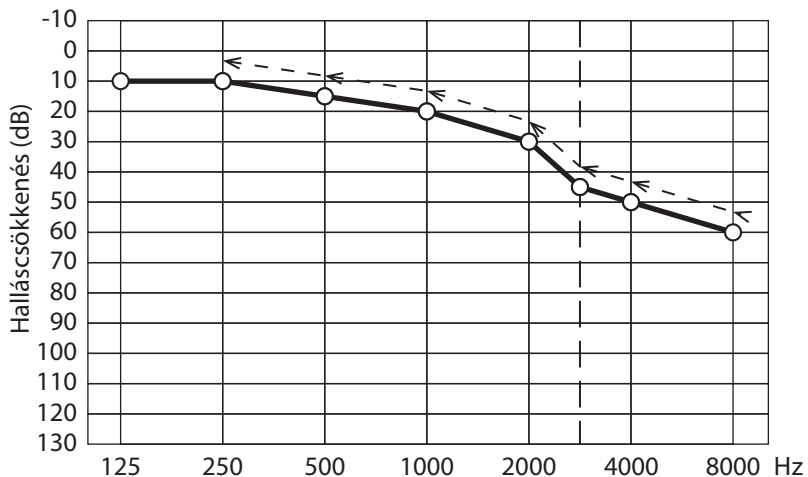
Idegi jellegű a hallássérülés, ha a károsodás a belső fülben lévő csiga szőrsejtjeit vagy az agyhoz vezető idegrostokat éri. Az idegi eredetű hallássérülés kórokai között elsősorban az öröklés, a szülés körüli oxigénhiány, egyes vírusfertőzések, agyhártyagyulladás, keringési zavarok és a szőrsejteket károsító gyógyszerek szerepelnek.

Az idegi eredetű halláscsökkenés jellemzői:

- az enyhe halláscsökkenéstől a súlyos hallássérülésen át akár a teljes siketségig terjedhet;
- elsősorban a magasabb frekvenciák meghallása sérül;
- hallókészülékkel, hallásneveléssel valamint műtéti úton is (lásd: cochleáris implantáció) javítható.

Az idegi eredetű hallássérültek kb. 95 százalékánál a csiga károsodása okozza a hallásproblémát – ez a cochleáris hallássérülés. A többi esetben a hallóideg kóros elváltozása a hallászavar oka – ez az idegi eredetű hallássérülés. Az idegi eredetű hallásvesztésben szenvedőknél a beszéd hangerejének növelése nem javítja kellő mértékben a beszédértést, torzításokat eredményez, ami tovább nehezíti a beszédértést.

3. ábra: Az idegi eredetű hallássérülés görbéje



A **centrális** (központi) hallászavar esetében az ingerület eljut ugyan az agy hallásközpontjába, de a hallássérült személy mégsem képes felismerni, értelmezni a hallottakat.

A vezetékes és az idegi eredetű hallássérülés közötti különbség leegyszerűsítve úgy jellemezhető, hogy míg a vezetékes hallássérülés csak mennyiségi különbséget jelent (a beszédet halkabban hallja), addig az idegi eredetű hallássérülésnél az ép halláshoz képest mennyiségi és minőségi eltérés (a beszédet halkabban és torzítva hallja) is tapasztalható.

A valóságban azonban a hallássérülés két típusa gyakorta kombinálódik, mely **kevert típusú** hallássérülést eredményez, mivel a különböző kórokok a középfület és a belső fület, az idegi apparátust egyformán érintik.

A hallássérült személyek egy csoportja – összhangban a fogyasztókkal élő személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló ENSZ Egyezményrel – hallássérülését nem hiányként, a normálistól való eltérésként értelmezi, hanem az ún. *kulturális, illetve antropológiai értelmezés szerint*: „a siketség egy olyan embercsoport létállapota, adottsága, amely tagjainak közös vonása, hogy a világot elsődlegesen vizuálisan érzékelik, akiket közös kultúra, hasonló tapasztalatok, viselkedési szokások jellemeznek, s legfőképpen, közös nyelvet, a jelnyelvet használják, amely elsődleges kommunikációs és megismerő szerepe mellett – más nyelvi közösségekhez hasonlóan – önazonosságuk szimbóluma is.” (<http://www.sinosz.hu/?q=kozossegunk/siketség-es-jelnyelv>)

A hallássérülés kórokát tekintve lehet **veleszületett** vagy **szerzett**. Az első esetben a hallássérülés már a születést

megelőzően fellép, a szerzett hallássérülés pedig a születéstől kezdve bármely életkorban kialakulhat.

A veleszületett hallássérülés kórokai között elsősorban genetikai faktorok (öröklés), az anya és a magzat között fennálló vércsoport-összeférhetetlenség (Rh-inkompatibilitás), illetve a magzati életben bekövetkezett fertőzések szerepelnek.

A szerzett hallássérülés leggyakrabban gyulladásos megbetegedések (pl. középfülgyulladás, agyhártyagyulladás) következtében alakul ki.

Jelentős, hogy a hallássérülés a beszéd megtanulása előtti időszakban, vagyis a második életév előtt (prelingvális hallássérülés) vagy ezt követően (postlingvális hallássérülés) következett-e be. Az első esetben a gyermeknek a beszédet, illetve annak meghallását teljes egészében meg kell tanulnia, az utóbbi esetben viszont inkább újratanulásról, a beszéd megtartásáról van szó.

A hallássérülés kórokától függően a hallásromlás lehet **átmeneti** (pl. középfülgyulladás), illetve **tartós, végleges** (pl. örökletes betegség), de ismeretesek olyan megbetegedések is, amelyek fokozatosan romló hallássérülést okoznak.

A hallássérülések orvosi és pedagógiai szempontú csoportosítása

A hallássérülés **orvosi** szempontú meghatározása a gyógy-pedagógiai megközelítésnél jóval tágabb. **Orvosi értelemben hallássérültnek tekinthetők mindazok, akiknek hallásteljesítménye az ép hallástól eltérést mutat.**

Az egyoldali enyhe fokú hallásveszteség, a kétoldali kismértékű hallásveszteség, a csak az igen magas frekvenciákat érintő hallássérülés, az átmeneti hallásromlás, illetve az időskori halláscsökkenés orvosi értelemben igen, azonban gyógypedagógiai értelemben nem tartozik a hallási fogyatékoság körébe, mivel nem vagy csak kevésbé érinti a beszédértés, beszédelsajátítás területét.

„A hallássérülés gyógypedagógiai fogalma elsősorban a beszédértéshez szükséges hallásterületen közepes vagy annál súlyosabb fokú nagyothallást, siketséggel határos vagy siketségnek diagnosztizált hallásveszteséget jelent. Más megközelítésben a hallássérültek pedagógiája a hallássérült kifejezést olyan halláscsökkenésre alkalmazza, amelynek következményeként a beszédfejlődés nem indul meg, vagy a beszéd oly mértékben sérült, hogy a beszéd megindításához, korrekciójához speciális beszédfejlesztő módszerek alkalmazására van szükség.” (Farkas, 2000.)

A hangerő csökkent érzékelése szempontjából a következő kategóriák állíthatók fel a főbb beszédfrekvenciákon mért átlagos hallásveszteséget alapul véve:

- **enyhe nagyothallás:** 25–40 dB hallásveszteség;
- **közepes nagyothallás:** 40–60 dB hallásveszteség;
- **súlyos nagyothallás:** 60–90 dB hallásveszteség;
- átmeneti sáv a súlyos nagyothallás és a siketség között: 90–110 dB hallásveszteség;
- **siketség:** 110 dB felett.

A frekvenciák szempontjából a nagyothalló típusú hallásveszteség esetén a hallássérült személy a magasabb, 1000 Hz

feletti frekvenciákat is meghallja, hallásmaradványos síketség esetén a magasabb hangok területén már nem mutatható ki hallásmaradvány.

Enyhe fokú nagyothallás esetén a hallássérült személynek a távoli, illetve igen halk beszéd megértésében lehetnek nehézségei. Hallókészülék viselése a 40 dB körüli hallásvesztés esetén válik indokolttá.

A **közepes fokú nagyothallás** a társalgó beszéd megértését már nehezíti, ha a hallássérült személy nem látja a beszélő száját a mondanivaló pontos megértése már csak kb. 50%-os. Közepes fokú nagyothallás esetén már szükséges a hallókészülék viselése. A **súlyos nagyothallás** csak a közeli, nagy hangerejű beszéd felfogását, illetve a környezeti zajok, zörejek felismerését teszi lehetővé. A beszéd megértéséhez feltétlenül szükséges a hallókészülék viselése. Az átmeneti sávban elhelyezkedő, illetve a **siket személyek** már csak egyes és igen erős hangok meghallására képesek, inkább vibrációt érzékelnek. A kommunikáció során elsősorban a vizuális csatornára támaszkodnak. Amint az a fentiekből kitűnik, a nagyothalló személyek – a hallásvesztés függvényében – a beszédmegértés során nagymértékben támaszkodnak megmaradt hallásukra. Hallókészülékkel, esetleg még anélkül is képesek a beszéd differenciálására, megértésére. A nagyothallók számára a szájról olvasás a hallást kiegészítő információs forrás. Veleszületett nagyothallás esetén a nagyothalló kisgyermek beszédfejlődése spontán megindul, de a hallásvesztés mértékétől függően a beszédfejlődés késést mutat. Megfelelő gyógypedagógiai fejlesztés nélkül a nagyothalló kisgyermek beszéde mind tartalmilag, mind alakilag hibásan alakul. A későbbi életkorban bekövetkező, nagyothallást eredményező hallássérülés esetén a beszéd tartalmi oldala nem, alaki

oldala azonban sérülhet, mivel a nagyothalló személy saját kiejtését nem hallja tökéletesen.

A siket személyek még nagyteljesítményű hallókészülékkel is csak zajok, zörejek, illetve a beszéd töredékes felfogására képesek. A veleszületett, illetve a beszéd megtanulása előtt siketté vagy hallásmaradványos siketté vált kisgyermek beszédfejlődése spontán módon nem indul meg. Esetükben a beszédmegértés, információfelvétel fő csatornája a szájról olvasás.

A hallássérült személyek nagyfokú heterogenitást mutatnak a preferált kommunikációs csatorna tekintetében.

Az, hogy a hallássérült személy a hangos beszédet vagy inkább a jelnyelven történő kommunikációt használja, számos tényezőtől függ:

- a hallássérülés bekövetkezésének ideje,
- audiológiai ellátás, hallás- és beszédfejlesztés,
- hallókészülék viselése,
- tanulmányait speciális vagy többségi intézményben végzi,
- családi (halló vagy hallássérült) háttér,
- öndefiníció.

A 2009. évi CXXV. törvény a magyar jelnyelvről és a magyar jelnyelv használatáról meghatározása szerint, hallássérült személy: olyan siket vagy nagyothalló személy, aki kommunikációja során a magyar jelnyelvet vagy valamely speciális kommunikációs rendszert használja, illetve, siketvak személy: olyan egyidejűleg hallás- és látássérült személy, aki kommunikációja során speciális kommunikációs rendszert használ.

A siket személyek egy csoportja önmagát nyelvi kisebbségként definiálja. Ezt az önmeghatározást támogatja a hallássérültszemélyek országos érdekvédelmi szervezete (Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége) is. A nyelvi és kulturális siket közösség jellemzője, hogy tagjai a világot elsődlegesen vizuálisan érzékelik, közös kultúrájuk van, bizonyos viselkedési szokások jellemezőek rájuk, valamint közös nyelvet, a jelnyelvet használják, amely elsődleges kommunikációs és megismerő szerepe mellett – más nyelvi közösségekhez hasonlóan – önazonosságuk szimbóluma is. A siketek és nagyothallók ugyanakkor a halló társadalom egészében – hallásállapotukból eredően – fogyatékossgal élő személyeknek is minősülnek.

II. A HALLÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK SZOCIO- DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

A 2011. évi népszámlálási adatok szerint a teljes lakosság körében a hallássérült emberek száma 71 585 fő, közel 12 százalékuk siket ember, a fennmaradó 88% pedig nagyothalló. A jelnyelvhasználók számára vonatkozóan a KSH nem közölt adatot. Az aktív korú hallássérült személyek száma 30 ezer főre tehető.

Egybecsengenek ezzel a nemzetközi statisztikák, melyek szerint a súlyos fokú hallássérülés előfordulási gyakorisága születéskor 1 ezrelékes, ez a hazai népességre vetítve körülbelül 10 000 főt jelent. Tartós hallássérülés a gyermekek kb. 1-1,5 százalékánál áll fenn. (Csányi, 1994.) A nagyothallók előfordulása a siketekhez képest körülbelül tízszeres.

1. táblázat: Népszámlálási adatok a hallássérült személyekről (2011.)

Év	Nagyothalló	Siket, siket-néma, néma	Hallássérültek összesen	Százalékos arány	Fogyatékosok összesen
2011	63 014	8571	71 585	15,67%	456 638
2001	44 679	8886	53 565	9,28%	577 006

A táblázatból világosan látszik, hogy a korábbi népszámlálási adatokhoz képest növekedett a magukat hallássérültként megjelölő személyek száma, azonban a növekedés a nagyothalló csoport esetében figyelhető meg, míg a siket személyek esetében némi csökkenés mutatható ki. Ha a hallássérült népesség életkori jellemzőit vesszük figyelembe (2. számú táblázat), akkor megállapítható, hogy az életkor előrehaladtával nő a hallássérültek száma, a hallássérült emberek több mint fele (60%-a) 55 éves vagy idősebb. A jelenség oka az időskori hallásromlás, mely már a 40. életévtől jelentkezik, s melynek növekvő aránya összefügg az átlagéletkor emelkedésével. A középkorú, illetve idősebb emberek esetében jelentős a zajártalom okozta hallássérülés előfordulási gyakorisága is.

2. táblázat: A hallássérült emberek korcsoport szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a hallássérült emberek körében	Arányuk a hallássérüléssel nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
25 alatt	0,6	1,2	1,2
25-34 éves	4,2	4,2	4,2
35-44 éves	6,0	11,7	11,2
45-54 éves	29,3	32,2	31,9
55 és felette	59,9	50,7	51,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A hallássérült emberek aránya a megváltozott munkaképességű népesség között

A 3. számú táblázat a hallássérült személyek iskolai végzettség szerinti megoszlását mutatja. Az adatok tanúsága szerint a hallássérült személyek elmaradnak az iskolázottság tekintetében a más megváltozott munkaképességű csoportoktól, hiszen némiképp nagyobb arányban vannak, akik legfeljebb általános iskolát végeztek, és kevesebben, akik felsőfokú végzettséggel rendelkeznek.

3. táblázat: A hallássérült emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű csoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Iskolai végzettség kategóriái	Arányuk a hallássérült emberek körében	Arányuk a hallássérüléssel nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
Kevesebb mint 8 általános	8,4	4,8	5,1
Általános iskola	31,7	30,6	30,7
Szakiskola/ Szakmunkás-képző	39,5	38,8	38,8
Középfokú végzettség/ Érettségi	13,2	16,7	16,4
Technikusi végzettség	4,8	3,9	3,9
Felsőfokú szakképzettség	0	1,2	1,1
Felsőfokú végzettség	2,4	4,1	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Az iskolázottsági adatok értelmezésekor nem tekinthetünk el az életkorral való összevetéstől, hiszen a 8 általános iskolát el nem végzettek a 60 éves vagy annál idősebb korcsoportból

kerülnek ki, napjainkban az alapfokú iskolai végzettséget minden hallássérült fiatal megszerzi. Az aluliskolázottság több tényezőre vezethető vissza: a hazai oktatás erőteljesen támaszkodik a verbalításra, melynek során a hallássérült gyermekek – különösen azok, akiknek a hangzó beszéd elsajátítása során nehézségeik vannak –, hátrányos helyzetbe kerülhetnek. Eltérőek a speciális és az integrált oktatásban részt vevő hallássérült gyermekek továbbtanulási esélyei is, míg a speciális iskolákból többen szakiskolákban, szakközépiskolákban és kevesebben gimnáziumokban tanulnak tovább, addig az integrált oktatásban részt vevő hallássérült gyermekek nagyobb arányban tanulnak tovább gimnáziumokban és a felsőoktatásban. Ennek okait területi korlátok miatt itt nem részletezzük. Fontos szempont az is, hogy a szakiskolai képzések egy részében a hallássérült fiatalok alacsonyabb végzettséget nyújtó, a munkaerőpiacon kevésbé versenyképes szakmákattanulnak, vagyis nem találkozunk a munkaerő-piaci keresleti és kínálati oldal. A hallássérült fiatalok munkaerő-piaci esélyeit rontja az is, hogy az alap- és középfokú oktatás során kis hangsúllyal szerepelnek azok a témák, amelyek szükségesek lennének a munkaerőpiacon való jobb érvényesüléshez (pl. életpályaépítési kompetenciák, önismeret, pályaismeret, vállalkozási kompetenciák stb.). A hallássérült fiatalok pályaválasztási és továbbtanulási esélyeire jellemző továbbá, hogy a hallássérülés miatt eleve szűkebb lehetőségek közül választhatnak, maga a fogyatékoság ugyanis bizonyos szakmák tekintetében még ma is kizáró ok. Gyakran a pályaválasztás előtt álló fiatal nem lát elég sokféle modellt, előfordul, hogy maga a szülő is úgy választott szakmát, hogy a fogyatékosága miatt megalkuvásra kényszerült, illetve a speciális iskolai és diákotthoni elhe-

lyezés is csökkenti a követhető modellszemélyek számát. A kevesebb információ és a szűkebb kapcsolatrendszer tehát negatívan befolyásolhatja az esélyeket. Egy frissen megjelent tanulmány szerint (Nagy S. – Grónai É. – Perlusz A. 2013.) /n=608 fő/ a tanulóikat integráltan végző hallássérült személyek szignifikánsan, ötször nagyobb eséllyel szereztek magasabb iskolai végzettséget (érettségi, OKJ-szakma, felsőfokú végzettség), mint a hallássérültek speciális iskoláiban tanulóikat végzők. További szignifikáns összefüggés volt tapasztalható az életkor és a lakóhely szerint; a Budapesten élők és a 18–30 év közöttiek nagyobb eséllyel szereztek magasabb iskolai végzettséget. Az alacsonyabb iskolai végzettség esetében kétszer nagyobb volt az esély a munkanélküliségre. A vizsgálat eredményei arra is rámutattak, hogy a hallásjavító eszközt viselő, tanulóikat integráltan végző, hangos beszéd útján kommunikáló hallássérült személyek könnyebben boldogulnak a munkába állás során, sikertelenség, kudarc esetén ennek okát kevésbé tulajdonítják a hallássérülésnek, és jobban beilleszkednek a hallók közé.

III. A HALLÁSSÉRÜLÉS KÖVETKEZMÉNYEI

III.1. A hallássérülés kihatása a beszédre

A halló emberek a hallásuk révén veszik fel az információk jelentős részét, azonban a hallássérültek információhoz jutása a hallássérülés következtében nehezített. Ugyanakkor nyelvi nehézségeik miatt hátrányba kerülhetnek a kommunikáció során is.

A hallássérültek esetében tapasztalható nyelvi nehézségek oka, hogy a beszédelsajátítás kisgyermekkorban nagyrészt a hallás révén megy végbe, mely folyamat a hallássérülteknél a hallásvesztés súlyosságának mértékével arányosan nehezített. A hallássérülés tehát elsősorban a nyelvi funkciókra hat ki, érintve mind a beszédmegértés, mind a nyelvi megnyilatkozások, az aktív beszéd területét. Ugyanakkor hangsúlyozni kell, hogy a hallássérülés következményes jelenségei nem érintik az intelligenciát, az értelmi képességeket.

Enyhe fokú nagyothallás esetén a hallássérült személynek a távoli, illetve igen halk beszéd megértésében lehetnek nehézségei. Hallókészülék viselése a 40 dB körüli hallásvesztés esetén válik indokolttá.

A közepes fokú nagyothallás a társalgó beszéd megértését már nehezíti, ha a hallássérült személy nem látja a beszélő száját, a mondanivaló pontos megértése már csak kb. 50 százalékos. Közepes fokú nagyothallás esetén már szükséges a hallókészülék viselése, valamint kiegészítő információs forrásként szolgál a szájról olvasás.

A súlyos nagyothallás csak a közeli, nagy hangerejű beszéd felfogását, illetve a környezeti zajok, zörejek felismerését teszi lehetővé. A beszéd megértéséhez feltétlenül szükséges a hallókészülék viselése és a szájról olvasás. Az átmeneti sávban elhelyezkedő, illetve a siket személyek még nagyteljesítményű hallókészülékkel is csak egyes és igen erős hangok, zajok, zörejek meghallására képesek, inkább vibrációt érzékelnek.

A kommunikáció során elsősorban a vizuális csatornára támaszkodnak. Esetükben a beszédmegértés, információfelvétel fő csatornája a szájról olvasás, illetve közülük töb-

ben használják a jelnyelvet kommunikációjuk során. E csoport számára is létezik azonban egy olyan műtéti eljárás, a cochleáris implantáció, mely lehetőséget nyújt a hallásra. A beszéd meghallása szempontjából a hallássérültek kb. 75 százaléka tudja hallókészülékkel jól hasznosítani hallását.

A súlyos fokú hallássérülés nyelvi hatásai leginkább az artikuláció, a grammatika és a szókincs területét érintik. Az **artikuláció** (a helyes kiejtés) hibái elsősorban azokra a beszédhangokra terjednek ki, amelyeket a hallássérült személy nem jól hall meg. Minél súlyosabb a hallásvesztés, annál több beszédhangot érinthet a hibás ejtés.

A hallássérült személy beszédének érthetőségét nehezíti a beszédhangok torz ejtése, esetleg egyes hangok hiánya. Ugyancsak a beszédérthetőség minőségét rontja a **szupraszegmentális elemek** (hangsúly, hanglejtés, ritmus, tempó, dinamika stb.) hibája vagy hiánya. Ez szintén abból ered, hogy a hallássérült személynek nincs vagy csekély mértékű a visszajelzése a saját beszédéről, illetve mások beszédében sem képesek felismerni a szupraszegmentális elemek jellegzetességeit. A beszéd jellemzője lehet a dallamtalanság, a hibás hangsúlyozás, a lassabb beszédtempó, a ritmustalanság. Sokszor az alaphang sem tiszta, rekedtes vagy fátyolos lehet. A kiejtési hibák, illetve a szupraszegmentális elemek használatában fellépő nehézségek hallókészülék használatával, illetve speciális hallás-, beszédnevelési eljárások alkalmazásával csökkentetők, korrigálhatók.

Grammatikai hibák is jellemezhetik a hallássérültek beszédét. Mivel a magyar nyelvben a toldalékok általában hangsúlytalan, szóvégi helyzetben fordulnak elő, gyakori

lehet a ragok elhagyása, inadekvát ragok használata, az alanyi és a tárgyas ragozás hibái, helytelen szórend, egyes- és többes számú egyeztetési hibák stb. A grammatikai hibák szurdopedagógiai eljárások segítségével szintén korrigálhatók, illetve a rendszeres olvasás nyújthat segítséget a hibák kiküszöbölésében.

Az artikuláció és a grammatika hibái sokszor a **helyesírás** hibáihoz is vezethetnek. Mivel a halló gyermekek hallásuk révén elsősorban spontán módon gyűjtik és tanulják meg anyanyelvük szókészletét, ezért a veleszületett vagy kora gyermekkorban bekövetkező hallássérülés a szókincs alakulását kedvezőtlenül befolyásolhatja. A szókincs hiányosságai a beszédértés, illetve az olvasás (szövegértés) zavaraihoz vezethetnek, annak ellenére, hogy a hallássérültek bizonyos gyakorlatot szereznek abban, hogy a számukra ismeretlen fogalmakat, jelentéseket kikövetkeztessék. A szövegértési nehézségeket általában az okozza, hogy a hallássérült személy nem ismeri az adott szót, illetve a szavak szövegben előforduló szinonimáit. Hibás megértést, félreértést eredményezhet az is, hogy a hallássérült személy nem érti meg a beszédben, illetve az írott szövegben előforduló bonyolult mondat szerkezeteket, illetve az átvitt értelmű közléseket, szólásokat, kifejezéseket szó szerint értelmezheti. Előfordul, hogy ritkábban használt kifejezéseknek más értelmet tulajdonítanak, vagy a jelnyelvi tartalommal azonosítják az adott kifejezést. A szövegértési nehézségek hátterében a szövegösszefüggések felismerésének, illetve a szövegből fakadó következtetések helyes levonásának hiánya is állhat. Sokszor nem elegendő a szöveg megértéséhez az egyes ismeretlen szavak tisztázása (pl. jellel), mivel az összefüggések, mondanivaló megértéséhez ennél többre van szükség.

A hallássérülés kihatásaként jelentkező nyelvi nehézségek természetesen minden hallássérült személy esetében más szinten, és nem törvényszerűen jellemzőek. Nagyon fontos tényező ebben a tekintetben a hallássérülés súlyosságán túl a hallássérülés fellépésének ideje is.

III.2. A hallássérült személy és a halló környezet alkalmazkodása

Amint az a fentiekből is kitűnik, a hallássérülés közvetlen következményei elsősorban a nyelvi funkciókat érintik. Ugyanakkor számolni kell azzal a ténnyel is, hogy a súlyos hallássérülés eredményeként a hallássérült személyek környezethez való alkalmazkodása is nehezített. A halló ember viselkedését, a körülötte zajló eseményekre való reagálását az akusztikus ingerek nagymértékben befolyásolják. Az akusztikus információk gyakran irányítják a vizuális észlelést (pl. csöngötnék, kinézünk az ablakon), illetve ún. anticipatív, előrejelző funkciót töltenek be életünkben (pl. lépések zaját halljuk, tehát tudjuk, hogy jön valaki). Ugyanakkor a hallás permanens ingerkövetítő, a körülöttünk zajló eseményekről akarattunktól függetlenül is tájékoztat bennünket. A halló ember fel sem méri, hogy hallása révén a környezetében zajló eseményekről állandó tájékoztatást kap.

A hallássérült személyekhez azonban mindezen információk csak csökkent mértékben, esetleg egyáltalán nem jutnak el. Nem érvényesül a hallás permanens ingerkövetítő szerepe, az akusztikus információk hiányában nem alakul ki az anticipatív magatartás, ezért a hallássérült személyeket a környezetükben történő események, jelenségek vá-

ratlanul, felkészületlenül érhetik. Ennek hátterében állhat az is, hogy a jelenségeket, eseményeket gyakran mozaik-szerűen, az összefüggések felületes vagy hiányos felismerésével, s nem mindig a lényegre irányultan élik meg (a vizuális benyomás éppen a lényegestől vonja el a figyelmet). Ennek kiküszöbölésére sokuknál megfigyelhető az ún. tájékozódó magatartás (tekintgetés), illetve a külső megfigyelő számára indokolatlan bizalmatlanság, mellyel az akusztikus benyomások hiányát próbálják kompenzálni.

A fentebb említett nehézségek fokozottabban, illetve komplexebben jelentkezhetnek a halmozottan hallássérült személyeknél, akiknél a hallássérülés mellé más probléma is társul. A halló környezet sok mindent tehet e nehézségek csökkentése érdekében: amennyiben a hallássérült személy a beszédmegértés során a hallókészülékkel felerősített hallásmaradványára és a szájról olvasásra támaszkodik, úgy a beszélő ügyeljen arra, hogy mindig a hallássérült személlyel szembefordulva, a fényviszonyokra ügyelve beszéljen, vagyis a szája ne legyen árnyékos pozícióban, ne takarja el például a kezével, könyvvvel. Kerülje a túl gyors és a túl lassú beszédet is, törekedjen a természetes artikulációra. A túlzott artikuláció, a beszédmozgások lelassítása, a hangerő felemelése – a hiedelmekkel ellentétben – nem segíti a szájról olvasást. Az arckifejezések és gesztusok többletjelentést adnak a mondanivalónak, ezért is fontos, hogy a beszélő arca jól látható legyen. Minél közelebbről beszélünk a hallássérült személyhez, annál jobban hallja a közléseket. Az ideális távolság 20-30 cm. A hallókészülék a zajokat és a hasznos jeleket (a beszédet) egyaránt felerősíti. Ezért zajban (pl. székek húzogatása,

csengőszó) rosszabb beszédértésre számíthatunk, ugyanez igaz, ha többen beszélnek egyszerre.

Mivel a hallássérült személyektől a halláson és szájról olvasáson alapuló beszédértés állandó odafigyelést és kombinálást követel meg, ezért számolni kell a kifáradással. Ha elveszíti a közlés fonalát, nehezen tud visszakapcsolódni a folyamatba, ennek főleg a folyamatos, hosszabb előadás, értekezéslet esetén van jelentősége. Vizuális szemléltetés egyidejű alkalmazásával (pl. kivetítés), a figyelemelterelő hatások lehetőség szerinti kiiktatásával, csökkentésével segíthetjük a hallássérült személyek számára a megértést.

Azoknak a hallássérült személyeknek, akik a beszédértés során elsődlegesen nem a hallásmaradványukra és a szájról olvasásra támaszkodnak, orális tolmács vagy jelnyelvi tolmács igénybevételére van szükségük a hallókkal való kommunikáció során.

A tolmáccsal segített kommunikáció során a következő szempontok érdemelhetnek figyelmet.

- A beszélő ne a tolmácshoz, hanem a hallgatóságra, illetve a hallássérült személyre nézve beszéljen!
- El kell kerülni a beszélő és a tolmács kétszemélyes beszélgetését, mert ebben az esetben a hallássérült személy kirekesztve érezheti magát.
- Szükséges a tolmácsolásra időt biztosítani, melynek különösen akkor van jelentősége, ha vita vagy párbeszéd folyik a résztvevők között.
- A tolmácsok számára hasznos, ha a téma vázlatát, összefoglalóját előre megkapják, ennek révén átgon-
dolhatják a fordítási feladatot.

A hallássérült személyekkel folytatott kommunikáció során még azokban az esetekben is előfordulhat félreértés, amikor a környezet mindent elkövet, hogy igazodjon a hallássérült személy speciális igényeihez. A probléma hátterében az állhat, hogy a hallássérült személy nem tudja követni a közlést vagy a többszereplős társalgást, illetve nyelvi hiányosságai miatt nem érti meg, félreérti az elhangzottakat. Ilyen probléma állhat elő a kétértelműsége, szójátékra építő viccek esetében is. Sokszor a kommunikációs partnerek válnak türelmetlenné, ha meg kell ismételniük az elmondottakat. Előfordul a „gyorsabban megcsinálom inkább, minthogy ismételve sem” attitűd is, mely bántó a hallássérült személy számára. A félreértés lehetősége különösen fennáll a közlések érzelmi színezetének, a hanglejtésnek az értelmezésében, mely a hallásállapot függvényében nehezített, ugyanakkor jelentést módosító hatása van. Ez megnehezíti a hallássérültek tájékozódását a környezet érzelmi légkörében, melynek nyomán bizonytalanság érzése alakulhat ki. A félreértések nyomán pedig zavar, kínos helyzetek állhatnak elő. A halló emberek sokszor nem értik hallássérült társuk reakcióit, nem tudják megmagyarázni, hogy mi váltotta ki a visszahúzódot, elkülönülést. Gyakori, hogy ha a hallássérült személy nem érti meg a poént, a többiek nevetéséből esetleg arra gyanakszik, hogy rajta nevetnek. A korlátozott verbális kommunikáció, a beszélő környezetben való kiszolgáltatottság érzése nyomán alacsonyabb pszichés feszültségtűrés alakulhat ki, amely túlzott érzékenységre, indulatosságra, sértődékenységre, bizalmatlanságra fejeződhet ki. Mindezen hatások kiküszöböléséért sokat tehetnek a befogadó közösségek, olyan pozitív, elfogadó légkört teremtésével, amelyben a hallássérült személyek akadályozott kommunikációjuk ellenére is képesek magukat egyenrangú, aktív, kompetens szereplőnek érezni.

IV. A HALLÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEK ÁLTAL HASZNÁLT SEGÉDESZKÖZÖK

IV.1. Gyógyászati segédeszközök, hallókészülékek, CI

Manapság a technika fejlődése beláthatatlan lehetőségeket kínál a hallássérült személyek (re)habilitációjának területén, szinte nincs olyan típusú és súlyosságú hallássérülés, amelyet ne lehetne részben vagy teljesen korrigálni. Új távlatok nyílnak a hallókészülékes ellátásban. Olyan súlyos esetekben, ahol a hallókészülék már nem biztosít megfelelő erősítést, ma már műtéti eljárással biztosítható a hallás élménye.

A hallókészülékek működésének lényege, hogy a hanghullámokat elektromos rezgésekké alakítják át, ezeket felerősítik, majd visszaalakítják hanghullámokká.

A hallókészülékekkel kapcsolatos technológia napjainkban rohamosan változik, évről évre új rendszerek jelennek meg. Ezek olyan technikai megoldásokkal rendelkeznek, amelyek jelentősen megkönnyítik használójuk életét.

A hallókészülékkel történő ellátás elsődleges célja, hogy a készülék biztosítsa a beszéd meghallásához legmegfelelőbb erősítést. A hallókészülékek mérete igen változatos, a fül mögé helyezhető változattól egészen a hallójáratba mélyen behelyezhetőig hozzáférhetőek analóg és digitális rendszerek is. A készülék kiválasztáskor mégis – természetesen – az az elsődleges szempont, hogy a beszédhallás céljára melyik az ideális.

A kiválasztást szakemberek segítik, ideális esetben több héten vagy akár több hónapon keresztül. Az adott hallás-sérülésnek megfelelő erősítésű készülékek közül a hallás-sérült személy választja ki a számára legjobb hangzásút, majd tovább finomítják a készülék beállítását. A hallókészülékeket audiológiai állomásokon audiológus szakorvos írja fel. Itt készítik fel a hallássérült személyt a készülék viselésére, karbantartására.

Az analóg rendszerek mellett napjainkban egyre jobban terjed az 1990-es évek legnagyobb vívmánya, a digitális technika felhasználása a hallókészülékekben. A zajszűrés elve szerint működő digitális készülékek képesek arra, hogy a bejövő jeleket frekvenciatulajdonságaik szerint (mély – közepes – magas frekvenciák) különböző csatornákon elemezzék, és hogy a zajt tartalmazó csatornát kevésbé, a beszédet tartalmazó csatornát jobban erősítsék.

A hallókészülékek az utóbbi években ugrásszerűen fejlődtek. Számos felnőtt hallássérült fiatalkorában nem tudott hozzászokni a hallókészülék állandó viseléséhez. Az analóg készülékeket nem lehetett olyan finoman beállítani, hogy a beszédet jól, a zajokat pedig kevésbé erősítsék, így a viselő számára időszakosan kellemetlenül hangossá vált. Más esetben nem volt elegendő az erősítés ahhoz, hogy a beszédhangokat a hallható tartományba erősítsék.

Ez eredményezte azt, hogy ezek a ma már felnőttkorú hallássérült emberek elsősorban nem a hallásukra támaszkodnak, hanem vizuális beállítottságúvá váltak. (Hallássérült szülők saját, illetve gyermekeik hallókészülékének

napi ellenőrzését is nehezen tudják elvégezni, hiszen nem hallják a készülék hangját, nem tudják megállapítani, ha a hibásan működik, azt sem hallják, ha a gyermek fülében sípol a készülék.) A korszerű nagyteljesítményű hallókészülékek elterjedésének köszönhetően fokozatosan jelenik meg az a generáció, amelyik már sokkal nagyobb mértékben viseli kedvvel, eredményesen a hallókészülékét.

A **cochleáris implantáció** azoknak a hallássérült személyeknek nyújt lehetőséget a hallásra, akiknél a súlyos hallásvesztés következtében nincs lehetőség a maradéktalan hallókészülékes (re)habilitációra. A cochleáris implantátum egy olyan összetett technikai eszköz, mely közvetlenül a hallóidegre küld elektromos impulzusokat, tehát ugyanazt a feladatot végzi el, mint az ép hallószerv esetében a szőrsejtek. Azaz az implantátum pótolja a sérült szőrsejteket. A cochleáris implantátum beépítésének legfontosabb feltétele, hogy a hallóideg, vagyis a belső fültől az agykéreg felé vezető pálya ép legyen.

A cochleáris implantátum több elemből áll. Ezek egy részét a hallássérült személy koponyájába operálják, közvetlenül a fejbőr alá, ill. a belső fülbe vezetik, más részeit pedig kívül, a testükön viselik. A külső elem részei a hangokat felfogó mikrofon, a beszédprocesszor, valamint az adókészülék, amely a jeleket a beültetett belső elem felé továbbítja. A belső elem részei a fül mögött a koponyába ültetett vevő- és stimulátoregység, valamint a csigajáratba helyezett elektródák.

Az implantációs műtétet követően, a processzor első beállításkor (mely a műtét után legalább 4 héttel történik) még nem tapasztalható látványos változás. A beállítást végző

szakember (fizikus vagy mérnök) elektródádként állítja be a processzort, mely beállítást az eleinte sűrűbb találkozások alkalmával fokozatosan erősít, finomít.

Hónapoknak kell eltelniük ahhoz, hogy (különösen a veleszületett hallássérültek esetében) az újonnan elnyert hallás, az addig soha nem tapasztalt hangélmények hatására, valamint a megfelelően biztosított közvetlen környezet segítségével a hallássérült személy megtanuljon érteni, tudja értelmezni a környezet akusztikus benyomásait.

A cochleáris implantációs műtét sikeressége sok tényezőtől függ. Azok esetében, akik hallásukat a hangos beszéd kialakulása után veszítették el, szinte 100 százalékos beszédértést lehet elérni a szájról olvasás teljes kizárásával, ha a sérülést követően minél hamarabb kerül sor a műtetre. A veleszületett hallássérülésnél akkor várható a legjobb eredmény, ha a gyermek műtétjére minél fiatalabb életkorban kerül sor.

A nagyothalló személyek – akik a beszéd felfogásában elsősorban a hallásukra támaszkodnak – hatékony segédeszköze lehet az adó-vevő készülék. Az adó-vevő egy mikrofonnal ellátott adóból (melyet a beszélő visel), illetve egy vevőkészülékből (a hallássérült személy viseli, a hallókészülékhez csatlakoztatható) áll. A készülék alkalmas arra, hogy csak a hasznos jelet (az adót viselő hangját) erősítse fel, ezáltal jobb hallási feltételeket biztosít. Előnye az is, hogy az adót viselő szája és a mikrofon közötti távolság állandósága miatt lényegtelenné teszi a beszélő és a hallássérült személy közötti távolságot. Különösen indokolt a használata a nagyobb előadótermekben történő előadások során, illetve minden olyan alkalommal, amikor valaki

hosszasan beszél. Az adó-vevő készülék széles körű elterjedését gátolja, hogy igen magas ára ellenére az egészségbiztosítás nem támogatja a beszerzését.

IV.2. Életvitelt megkönnyítő segédeszközök

A hallássérült emberek információhoz való hozzájutása, tájékozódása a korábban leírtak miatt nehezített. A mindennapi életvitelhez a halló embereknél nagyobb szükségük van olyan technikai segédeszközökre, melyek révén az információkhoz egyenlő eséllyel férnek hozzá, illetve kommunikációs hátrányaik csökkenthetők.

1. Fény- és vibrációs jelzőberendezések

Ezek a segédeszközök a hangingereket alakítják át többnyire fényingerekké, bizonyos esetekben vibrációs rezgésekké. Az **ajtócsengő** hangját, az ajtó nyitódását, a **kisbaba sírását**, a **telefon csengését**, az **ébresztőóra csöngését** és a **riasztó vagy vészjelző** hangját optikai ingerré, azaz fényjelzéssé alakítják.

Az ébresztő óra hangját nemcsak fényjelzésekké, de vibrációs rezgésekké is át lehet alakítani. Ezzel a módszerrel készíthető **ébresztőpárna** (az alvó személy párnája alá elhelyezett vibrátor a megadott időben rezgéssel ébreszt) és **személyhívó** (írásos üzenetek közvetítője, a mobiltelefon korszaka előtt) is.

2. Hangerősítő eszközök

A hallókészüléket használó hallássérült személyek számára fejlesztették ki az **indukciós hurok** elnevezésű eszközt, amely az induktív hangerősítés elve alapján működik.

A berendezés egy kisméretű erősítőből és egy tetszőleges hosszúságú vezetékből (hurok) áll. A hurkot ki lehet húzni egy egész teremben vagy akár csak egy-két szék körül is. Az erősítőt össze kell kapcsolni a helyiségben működő erősítőberendezéssel, televízióval, rádióval, és áram alá kell helyezni. A hallókészüléket viselő készülékét „T” állásba kell állítani, és a személynek a hurkon belül kell elhelyezkednie. Fontos a megfelelő erősítés beállítása. Az indukciós hurkok főbb alkalmazási területei a közösségi helyiségek – templom, színház, mozi, kultúrtermek, konferencia- és oktatási termek –, de egyéni alkalmazása is lehetséges, hiszen nemcsak rögzített, hanem hordozható, mobil formában is hozzáférhető.

A telefont is használni tudó nagyothalló személyek számára fejlesztették ki az ún. **„nagyamatelefont”**, amelyen a hang felerősíthető. Az utcai készülékeken is található egy mikrofona brával ellátott gomb, amelynek segítségével erősíthető és halkítható a beszélgetési hangerő.

A **telefax**készülékek szerepét napjainkban egyre inkább átveszi az elektronikus kommunikáció, az **e-mail** és **skype**, illetve az **SMS** üzemmódot, **internet** hozzáférést biztosító mobiltelefonok. Az internet használatával friss, naprakész információkhoz juthat a hallássérült felhasználó, minden külső segítség nélkül. (Pl. a telefonálni nem tudó hallássérült személy az interneten keresztül foglalhat vonatjegyet, mozijegyet, tájékozódhat programokról stb.) A különböző levelező fórumok, chat-lehetőségek mindezt tovább tárgítják.

Mivel a hallássérült személyek számára a vizuális csatornán közvetített információ előnyt jelent, így a számítógép

nyújtotta szolgáltatások kiemelt jelentőségűek. A helyesírás-ellenőrző programot, szótárt stb. tartalmazó szoftverek használatával a hallássérült személy számára könnyebbé válik az információkhoz való hozzájutás, illetve az írott anyagok ellenőrzése. Egyes szoftverek a hallássérült felhasználók számára azt is biztosítják, hogy a hibát a hangjelzés helyett a monitor villogása jelezze. Sok hallássérült ember szívesen használja a már hazánkban is forgalmazott kiejtésjavító, hallásfejlesztő és szájról olvasási képességet fejlesztő programokat is.

A televízióon keresztül történő információ felvételt a **tele-text**-hozzáférés biztosíthatja.

A hallássérült emberek információszerzésében, tájékozódásában a vizuális információk igen hangsúlyos szerepet játszanak. Ma már széleskörűen elterjedt a webkamera használata is, amellyel megoldható úgy is az információátadás internetkapcsolaton keresztül, hogy a kommunikáló felek lássák is egymást. A webkamera használatával esetenként a jeltolmács segítsége is bevonható.

IV.3. Infokommunikációs akadálymentesítés

A hallássérült személyek tájékozódását és tájékozottságát befolyásolja, hogy a fontos információk milyen módon hangoznak el. A csak akusztikus úton közölt információk (pl. a hangosbemondó információi) nehezen vagy egyáltalán nem hozzáférhetők a hallássérült személy számára. A vizuális jelzőkészülékek a súlyos hallássérült emberek számára szükségesek, hogy képesek legyenek azonosítani

a környezet hangjait, és megfelelően reagáljanak rájuk. Ezek a rendszerek mikrofonnal vagy elektromos úton érzékelik a jeleket, és vezetékes vagy vezeték nélküli kapcsolat segítségével továbbítják, a hallássérült személyek által is felismerhető formára alakítva azokat. Így például amikor valaki belép az ajtón, vagy bekapcsol a tűzjelző, ezek az események fényjelzéssé vagy rezgő készülékké (hívásjelző) alakulnak át. Figyelemfelkeltés, vészjelzés céljára jól látható fényjelzőket kell használni, amelyek párhuzamosan működtethetők az akusztikus jelzőkkel. Fontos a mellékhelyiségek, raktárak és minden olyan helyiség ellátása is fényjelző berendezéssel, ahol a hallássérült személy megfordulhat.

Az infokommunikációs akadálymentesítésben fontos szerepet töltenek be az orális, illetve **jelnyelvi tolmácsok**, erre vonatkozóan jogszabály biztosítja, hogy a hallássérült emberek számára bizonyos keretekbe foglalt (évi 120 óra) térítésmentes jelnyelvi tolmácsszolgáltatás áll rendelkezésre. Magyarországon több mint 20 jelnyelvi tolmácsszolgálat működik, ebből 12 szolgáltatást a Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége működtet. A jelnyelvi tolmácsok a megfelelő tolmácsolási módszerek alkalmazásával akadálymentessé teszik a siketek és hallók közötti kommunikációt. A 120 órán felül további tolmácsolási órákat vehetnek igénybe a tanulmányaikat folytató hallássérült személyek, illetve a közszolgáltatási tevékenység esetén a szolgáltatást nyújtó szervek, szervezetek, intézmények fizetik a tolmácsolást.

A jelnyelvet használó hallássérült személyeket az információk közvetítésében a jelnyelvi tolmácsokon kívül a video-tolmács-szolgáltatás is segítheti. A SINOSZ 2013 márciu-

sában kezdte el kiépíteni az Új Széchenyi Terv keretében kiírt TIOP 3.3.1 B-12/1-2012-0001 azonosító számú pályázati projekt eredményeként a KONTAKT videó alapú jelnyelvi tolmácsolás és szöveges operátori szolgáltatást, melynek keretében jelnyelvi tolmács vagy szöveges operátor távoli közreműködésével valósulhat meg a célcsoport tagjainak akadálymentes kommunikációja. A projekt eredményeképpen nem feltétlenül szükséges a tolmács fizikai jelenléte, hanem egy tableten keresztül videoüzenetben tudják a kapcsolatot tartani, és kommunikálni. Ez a rendszer a földrajzi korlátokat is felülírja. A projekt célja, hogy az ország minden pontján azonos eséllyel, azonos színvonalúan akadálymentesített kommunikációs szolgáltatásokhoz jussanak a siket, nagyothalló, siketvak és a kommunikációjukban egyéb okból akadályozott emberek.

A projekt alatt kialakításra kerülő VRS (Video Relay Switching) / VRI (Video Relay Interpreting) szolgáltatással az alábbi táv-tolmácsszolgáltatások nyújtása válik lehetővé: jelnyelvi kommunikáció az ügyfél és a tolmács között – hangüzenet hagyása halló személy telefonkészülékén– videoüzenet az ügyfél számára – írott szöveges üzenet küldése az ügyfél számára.

A hallássérült személyek számára elengedhetetlenül fontos a környezet adaptálása, akadálymentesítése, melynek formáját a hallássérült személy szükségletei határozzák meg:

- veszély jelzése fényjelekkel (a hangjelzés helyett);
- akusztikusan elhangzó információ vizuális úton való megjelenítése (pl. felirat, piktogram, futófény);

- lehetőség szerint a telekommunikációs eszközök vizuális fajtái, jelnyelvvel is használható skype, videotolmácsolás, e-mail, SMS stb.;
- optimális fényviszonyok biztosítása: a beszélő (szájról olvasás), illetőleg a jelelő (jelnyelvi tolmácsolás esetében) mögött ne legyen ablak vagy fényforrás;
- számítógép által támogatott kommunikáció (pl. beszédfelismerő szoftver);
- ülőhelyek oly módon való elhelyezése, hogy a hallássérült munkavállaló ne üljön a bejáratnak vagy a munkatársaknak háttal;
- háttérzajok minimálása (hallókészülék használatával a beszéd kiszűrése zajos környezetben nehézkes lehet);
- tolmácsszolgáltatás igénybe vétele szükség szerint: tolmács, jegyzetelő/írótolmács (elektronikus vagy kézi) vagy tolmács szájról olvasáshoz (lipspeaker) – két óránál hosszabb ülések esetén ajánlott két tolmács fogadása, hogy válthassák egymást 20-30 percenként;
- ismétlő rendszerek (loop system) felszerelése;
- csipogók (pager) alkalmazása (pl. hogy az esetleges tűzveszélyről értesülhessenek);
- világítótestek elhelyezése ajtókra és falakra, annak érdekében, hogy a látásirányt jobban mutassák, irányítsák;
- kerek vagy ovális asztalok használata megbeszéléseken;
- domború tükrök elhelyezése;
- érzékenyítő tréningek szervezése a munkatársak, munkahelyi vezetők számára, amikor hallássérült személyt alkalmaz a vállalat.

V. A CÉLCSOPORT MUNKAERŐ-PIACI HELYZETKÉPE, PRAKTIKUS ISMERETEK, JAVASLATOK

A foglalkozási tanácsadók számára elsődlegesen fontos a hallássérült csoport heterogenitásának, egymástól igen eltérő szükségleteinek ismerete. Minden esetben az egyén igényei, képességei, készségei határozzák meg, hogy számára milyen kommunikációs módra, környezeti adaptációra és képzésre van szükség.

A hallássérült személlyel együttműködve választható ki a személy számára legmegfelelőbb kommunikációs mód (jelnyelvi, illetve orális tolmács biztosítása, szájról olvasási lehetőség, hangerősítés, vizuális szemléltetés stb.), illetve tisztázhatók azok a helyzetek, amelyek során a hallássérült személynek speciális igényei vannak.

A hallássérült emberek munkavállalási lehetőségeit az egyén munkavégző képessége, munkával kapcsolatos motivációja is befolyásolja. Pályaválasztási lehetőségeiket meghatározza a hallássérülés, de az általuk is végezhető munkakörökben munkaképességük, munkavégzésük intenzitása a hallókéval egyenértékű. „Azokon a munkahe-lyeken, amelyeken nagyobb létszámban és hosszabb ideje foglalkoztatnak hallássérülteket, megbizonyosodtak helyt-állásukról, ott igénylik és fogadják az utánpótlást is. Gondot jelent viszont elhelyezésük ott, ahol első ízben kerülne sor alkalmazásukra.” (Virághné, 1985. 52.p.)

A hallássérült munkavállalók esetében a hallássérülés el-sődleges kihatásaival, illetve a következményes sajátossá-

gokkal kell számolni. A halláscsökkenés kizáró ok azokban a munkakörökben, amelyekhez teljes hallás szükséges. Siketek, olyan szakmában, mely részben hangingerekhez kötött, csak balesetelhárítási szempontból biztosított munkahelyen dolgozhatnak. Nem javasolható a hallás további romlása, illetve a megemelkedett fájdalomküszöb miatt a zajos munkahely, illetve a kedvezőtlen környezeti tényezők közötti munkavégzés. A hallássérültek nyelvi szintjének, kommunikációs képességének figyelembe vétele elsősorban a kommunikációt igénylő pályákon szükséges. Ugyanakkor az új információs és kommunikációs technológiák alkalmazása – legalábbis részben – hozzájárulhat a hallássérült emberek foglalkoztathatóságának növeléshez. A távmunka és a számítógéppel támogatott munka esetében rugalmasabb munkakörnyezet alakítható ki, mely jobban illeszkedik az egyes dolgozók kommunikációs képességeihez, stratégiáihoz, munkavégzési képességeihez.

A hallássérült személyek alkalmazása esetében az egyik legfontosabb szempont a beszédértés és a verbális kommunikáció, tehát, hogy a munkavállaló mennyire tud beszélni, és megérti-e a hozzá intézett kérdéseket, utasításokat.

A hallássérült munkavállalókkal kapcsolatos a munkaadók részéről megjelenő legfontosabb előítélet, a kommunikáció képtelensége. Ha tudomást szereznek a hallássérületről, nem merik vállalni a foglalkoztatást, mert félnek a kommunikációs nehézségektől. Annak ellenére így van ez, hogy a hallássérültek egy jelentős csoportjának nincsenek vagy enyhe fokúak a kommunikációs problémái, a hallássérülés is korrigálható ma már korszerű segédeszközök révén, illetve jelnyelvi tolmácsok is részt vehetnek a folyamatban.

Csilla hallását felnőttkorában, 34 évesen veszítette el egy daganatos betegség következtében. Felépülését követően korábbi munkakörében nem tudott elhelyezkedni. Csilla ismereteit, gyakorlati tapasztalatait még hallóként szerezte, a kereskedelembe dolgozott, több nyelven beszél. A betegség után számítógép-kezelői és irodai asszisztensi képzést végzett. Ilyen munkakörbe jelentkezett egy könyvelőirodába. A munkaköri feladataihoz az adatrögzítés, a beszerzés, postázás és esetenként az ügyfelekkel történő személyes kapcsolat-tartás tartozott. Sikeres állásinterjú után Csillát alkalmazták. Az iroda vezetőjével történt megállapodás szerint Csillának nem kell a telefonos megkeresésekre válaszolnia, azonban e-mailen, illetve SMS-ben fogad üzeneteket, és az abban foglalt feladatokat elvégzi. Mivel a személyes kommunikáció – megfelelő látási feltételek, szájról olvasás biztosítása mellett – az irodában főképpen kétszemélyes helyzetekben történik, így nem okoz gondot a munkatársak számára a kissé lassabb beszédtempó és az esetleges ismétlés, ha Csilla nem ért meg valamit.

Az ügyfelekkel történő személyes kapcsolattartásban Csilla csak akkor vesz részt, ha az irodában nincs más személy. Az ügyfelek számára Csilla jelezheti, ha a hallássérülése miatt nehézsége adódik a megértés során. Ilyenkor megismétlik vagy leírják az információkat.

Fontos tisztázni, hogy a munkavállaló és a munkahely kommunikációjában milyen információs csatornák működnek, ezek folyamatos és akadálymentes elérhetőségének biztosítása garanciája lehet a problémamentes kommunikációnak. Az információk írott formában történő biztosítása (e-mail, honlapon történő megjelenítés, SMS) egyenlő esélyű hozzáférést nyújt a hallássérült személy számára is.

Nagyon fontos a munkahelyen a személyre szabott körülmények megteremtése, úgymint a felszereltség (pl. indukciós hurok, fényjelzők), a fizikai környezet (pl. akusztikai és fényviszonyok), megfelelő technikai berendezések és alkalmazott technológiák, személyi támasz és rugalmas munkavállalás (Greve, 2009. p. 23). A munkahelyi környezet adaptációjához jó támpontokat adhat a hallássérült munkavállaló maga, illetve az a lehetőség, ha a hallássérült személyek kipróbálhatják magukat egy adott munkaterületen, mielőtt munkába állnának.

Elsősorban az alulképzettség problémájának kezelésére olyan képzési programokat kell biztosítani, amelyek illeszkednek a hallássérült személyek speciális szükségleteihez, egyenlő eséllyel hozzáférhetők. Emellett szintén elengedhetetlen, hogy a képzés során elsajátított szakma illeszkedjen egyrészt a célcsoport készségeihez, képességeihez, szükségleteihez, másrészt a munkaerőpiac igényeihez. Mindezekkel nemcsak a képzés elvégzésének valószínűsége növelhető, hanem a munkaerőpiacon való elhelyezkedési esélyeik is.

Sok hallássérült személy hátrányos helyzetben van az állás-keresés szempontjából, hiszen az állásinterjúra történő időpont-egyeztetés gyakran telefonon történik. Még ha a munkakör betöltésének nem is feltétele, hogy a hallássérült személy tudjon telefonálni, gyakran ez szolgáltat alapot a visszautasításhoz.

További nehézséget jelenthet az állásinterjú során a megfelelő kommunikációs szükségletek biztosítása. A jelnyelvet használó siket személy az állásinterjúra jelnyelvi tolmáccsal érkezik. Ez esetben a tolmácsolás szabályai szerint

a vállalat képviselője a siket személyhez beszél, a tolmács pedig fordítja számára az információt, majd a siket személy mondanivalóját visszafordítja hangos beszédre. Ebben az esetben arra kell számítani, hogy az interjú időtartama megnövekszik, illetve biztosítani kell a tolmács megfelelő elhelyezkedését. Azoknál a hallássérült személyeknél, akik az interjún hangos beszéddel kommunikálnak, előfordulhat, hogy valamit nem értenek meg jól, és visszakérdeznek.

A nyelvi nehézségek miatt külön figyelmet érdemel a hallássérült emberek munkavégző képessége mellett a munkahelyi beilleszkedés kérdése. **A hallássérült embereknek nehézségeik lehetnek a közlések pontos megértésében, amely zavart, kínos helyzeteket eredményezhet. Problémát okozhat a társalgásokba való bekapcsolódás egyrészt a beszélgetésben résztvevők követése, illetve az ebből fakadó kifáradás miatt, másrészt a nyelvi szint hiányosságai miatt.** E beszélgetésekből a hallássérült személy sokszor akaratán kívül kimarad, mely visszahúzódtat a hallók tévesen unottságként, érdektelenségként értelmezhetik. Hasonló probléma állhat elő a kétértelműsége, szójátékokra építő viccek esetében is, ha a hallássérült személy nem érti meg a vicc lényegét. Előfordul, hogy a környezet nevetését a hallássérült személy félreérti, azt gondolja, hogy ő a mulatság tárgya. A félreértés lehetősége különösen fennáll a közlések érzelmi színezetének, a hanglejtésnek az értelmezésében. Ez megnehezíti a hallássérültek tájékozódását a környezet érzelmi légkörében, melynek nyomán bizonytalanság érzés alakulhat ki mindkét félnél.

A közlési – megértési nehézségek, a fogyatékos elfogadásának hiánya önbizalom hiányt, alacsony önértékelést

eredményezhetnek. Ennek nyomán a hallássérült emberek a közösségbe való beilleszkedés során sokszor gátlásosak, elkülönülők. Ugyanakkor vélhetően igényük lenne a társas kapcsolatokra, hiszen a már kialakult személyközi viszonyokban együttműködők, önzéstől mentesek. A befogadó közösségek felelőssége abban áll, hogy kellő segítséget nyújtsanak a hallássérült embereknek önmaguk elfogadásához, a hallókkal szembeni – sokszor negatív – előítéleteik megszüntetéséhez, illetve ahhoz, hogy akadályozott kommunikációjuk ellenére is képesek legyenek magukat aktív, feladatukat ellátó munkatársaknak tekinteni, hiszen hallássérülésük ebben nem korlátozza őket.

A már korábban idézett kutatás (Nagy S. – Grónai É. – Perlusz A. 2013.) eredményei szerint a hallássérült válaszadók a munkahely választásakor a legfontosabbnak azt tekintették, hogy érdekelje őket, amit csinálnak, jó legyen a munkahelyi légkör, kreativitást igénylő munka legyen, és legkevésbé volt számukra fontos, hogy legyen más hallássérült kollégájuk. A vizsgálat eredményei arra is rámutattak, hogy a hallássérült személyek szívesen dolgoznak, de a sikeres integrációhoz szükséges segítséget nem kielégítően kapják meg. Munkájuk végzéséhez nagyobb arányban lenne szükségük FM-rendszerekre (jelenleg az OEP által támogatott eszközök listáján nem szerepel), indukciós hurokra, a munkakörnyezetük akadálymentesítésére (pl. a háttérzaj csökkentése, amihez az FM-rendszer egyébként segítséget nyújthatna), az infokommunikációs akadálymentesítésre és a munkatársak megértő hozzáállására. Ezen tényezők révén jelentősen javulhatna a hallássérült személyek foglalkoztatottsági aránya, és ezzel együtt életminőségük.

A foglalkoztatási tanácsadó felelőssége és szerepe abban áll, hogy a munkahelyi környezetet felkészítse a hallássérült ügyfél be- és elfogadására, a munkahelyi környezet akadálymentesítésére.

Fontos a hallássérült ügyfél hallássérülésével kapcsolatos információk átadása, a számára legmegfelelőbb, és a leendő munkatársak által is elfogadható kommunikációs csatornák meghatározása, szükség esetén ezen eszközök használatának gyakoroltatása. A vezérelvet az egyén szükségletei, igényei jelentik.

Barnabás 33 éves, súlyosan hallásfogyatékos, asztalos szakképesítéssel rendelkező ügyfél. A foglalkoztatási tanácsadóval való találkozásakor már rendelkezett munkatapasztalattal, melyet olyan védett munkahelyi környezetben szerzett, ahol több hallásfogyatékos személy is dolgozott. Nyílt munkahelyi beillesztése viszont olyan munkáltatónál valósult meg, ahol ezzel a célcsoporttal kapcsolatban még nem volt a munkáltatónak tapasztalata.

A foglalkoztatási tanácsadó a munkatársak felkészítésével, az ügyfél speciális kommunikációs sajátosságainak, a vele való kapcsolatteremtés praktikumainak közös összegyűjtésével segítette a munkahelyi beilleszkedést. Az ügyfél esetében az írásbeli kommunikáció került előtérbe, mivel beszéde a gyakori és rövid szavak kivételével nem érthető. Ennek megkönnyítéséhez jegyzetömb és íróeszköz állandó használata került bevezetésre, melyet mind a munkatársak, mind pedig az ügyfél tartott magánál a foglalkoztatás kezdetétől. A foglalkoztatási tanácsadó felhívta a munkatársak figyelmét továbbá a szájról olvasás megkönnyítése érdekében arra, hogy mindig nézzenek rá, amikor hozzá-

szólnak. Ügyeljenek arra, hogy ha közérdekű dolgot mondanak vagy egyszerűen csak beszélgetnek, őt se hagyják ki a lényeg közléséből, még ha ez egy ideig pluszt is kíván tőlük. Fontos volt továbbá annak a nyomatékosítása is, hogy mondanivalójuk leegyszerűsítése miatt ne essenek abba a hibába, hogy nem a megfelelő hangnemben szólnak hozzá. Az illem, az emberi méltóság betartása esetükben ugyanis még inkább fontos, mint ép társaik esetén.

Az ügyfelekkel történő személyes kapcsolattartásban Csilla csak akkor vesz részt, ha az irodában nincs más személy. Az ügyfelek számára Csilla jelezheti, ha a hallássérülése miatt nehézsége adódik a megértés során. Ilyenkor megismétlik vagy leírják az információkat.

A kommunikációs nehézségek, illetve a befogadó környezet hozzáállása miatt a hallássérült személyek formális beilleszkedése is előfordul. Ebben az esetben a munkavégzéshez, munkafolyamatokhoz kötött kommunikáción túl nem alakulnak ki kapcsolatok a hallássérült munkavállaló és a munkahely többi szereplője között. Mivel a halló munkatársak nincsenek felkészülve a hallássérült személlyel való együttműködésre, sok esetben türelmetlenebbek azokban a helyzetekben, amikor hallássérült munkatársuknak meg kell ismételniük egy-egy közlést. Az „inkább megcsinálom, míg elmagyarázom” típusú hozzáállás aláássa a hallássérült személy önbecsülését, növeli elszigetelődését, ezáltal a formális jelenlétét erősíti.

A Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége megbízásából készült felmérés (Abonyi, 2000.) eredményei szerint, melyben 250 hallássérült személy vett részt a válaszadók

többsége (75%) segítőkésznek írta le a hallókat, ugyanakkor voltak olyanok, akik türelmetlennek, közönyösnek jellemezték a hallók viselkedését. Különbség mutatkozott a megítélésben a hallássérülés súlyosságától függően, a hallók hozzáállásával inkább a siketek voltak elégedetlenek, melynek háttérében vélhetően a súlyosabb kommunikációs nehézségek állnak. Ugyanakkor, mint arra Ungár (2003. 208.p.) rámutat: **„A hallókkal szembeni attitűd alapjául nem pusztán az interakciós helyzetekben szerzett valós tapasztalatok szolgálhatnak, hanem az ingroup – outgroup dichotómiájára épülő értéköltéletek, a másik csoporttal való azonosság vagy távolság érzete, illetve a sztereotípiák is.”** Vagyis **„a siketek nemcsak hallásállapotuk, hanem életvitelük, szokásaik, nyelvhasználatuk, egyszóval kultúrájuk tekintetében is távolabbinak érzik magukat a hallóktól, mint a nagyothallók.”**

BESZÉDFOGYATÉKOS EMBEREK

I. A CÉLCSOPORT MEGHATÁROZÁSA

A beszéd fogyatékos emberek olyan ép fizikai hallással bíró gyermekek, fiatalok és felnőttek, akiknél a beszédfejlődés (a verbális és grafikus is) menete nem indul meg, kórosan késik, vagy valamely területén hibásan működik.

A beszéd fogyatékoság legjellemzőbb jegye, hogy a kommunikáció zavart, hiányzik vagy torzul a hangzó beszéd, annak folyamatossága, ritmusa, az artikuláció, sérül a beszéd megértése, jellegzetes hibák mutatkoznak az írásban. A beszéd hiánya – különösképpen akkor, ha, mint az esetek túlnyomó részében, mozgászavar is társul hozzá, tehát halmozott, súlyos fogyatékoság részjelenségeként szerepel – alapvetően befolyásolja a kommunikációs képességeket.

Súlyos beszédzavar miatt kialakuló kommunikációfogyatékoság esetében az augmentatív¹ (= kiegészítő) és alternatív kommunikáció (a továbbiakban AAK) ad lehetőséget a helyzet javítására.

A beszédképtelenség fokozatai és következményei

A beszédképtelenség tág klinikai kategória, amely a teljes beszédhiánytól a többé-kevésbé érthető beszédig terjed:

- nincs beszéd, hangképzés sincs;
- artikulálatlan hangok;

1 Erről részletesebben a 70. oldalon olvashatnak.

- alig érthető szókezdemények, beszéd töredékek (súlyos diszartria, anartria²), amelyet csak az ért, aki megszokta/ismeri;
- súlyos diszartria³ mellett – főleg környezeti és szituatív kulcsok birtokában – többé-kevésbé érthető beszéd.

A beszéd fogyatékos emberek csoportjában a gyógypedagógia négy területet különít el: hangképzési (artikulációs) zavarok (pöszeség, rossz hangkiejtés); orrhangzós beszéd, beszédritmus zavarok (dadogás, hadarás); részképesség-zavarok: diszlexia, diszgráfia, diszfázia (és súlyosabb formája az afázia).⁴

II. A BESZÉDFOGYATÉKOS EMBEREK SZOCIO- DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

„A népszámlálási adatok szerint 2011-ben 14 528 főt regisztráltak beszédhibás és 10 913 főt beszéd fogyatékos emberként Magyarországon. A célcsoport „rejtőzködését”, illetve a probléma széles spektrumát jól jelzi, hogy a szakértők becslései ennél jelentősen magasabbra teszik a beszéd fogyatékos vagy valamilyen beszédhibával rendelkező emberek számát. Szerintük a népességnek körülbelül 1,5-2%-a (150-200 ezer fő) rendelkezik valamilyen beszédhibával. Ezen belül a dadogók és hadarók, valamint az afáziások azok, akiket jelentősen hátráltat kommunikációs problémá-

2 A nyelv bénulásából eredő szótagolási képtelenség.

3 A beszédmozgások koordinációs kivitelezésének, a kiejtésnek a zavara.

4 Ezekről részletesen a 55. oldalon olvashatnak.

juk a társas kapcsolatokban, a tanulásban, pályaválasztásban, álláskeresésben, munkahely megtalálásában.

A beszéd fogyatékosok **a megváltozott munkaképességű emberek** viszonylag szűk körét, **kevesebb mint egytizedét (7,4%) érintik** (NCSSZI-TÁRKI 2010).

A célcsoport tagjainak körében kifejezetten **magas arányban** találunk férfiakat. Körükben **közel kétharmad** (60,3%) az arányuk, míg a megváltozott munkaképességű emberek teljes csoportjában mindössze 41,6%.

A beszéd fogyatékos emberek az aktív korú egészségkárosodott népességnél **kissé fiatalabbak**: köztük a fiatal felnőttek (25–34 évesek) vannak a leginkább eltérően nagy arányban.

1. táblázat: A beszéd fogyatékos emberek korcsoportok szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a beszéd fogyatékos emberek körében	Arányuk a beszéd fogyatékosokkal nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
25 alatt	1,3	1,2	1,2
25-34 éves	11,9	3,5	4,2
35-44 éves	9,3	11,4	11,2
45-54 éves	34,4	31,7	31,9
55 és felette	43	52,2	51,5
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A beszédfigyelmetes emberek személyisége, kommunikációs, pszichés jellemzői

A beszéd az ember emberhez való viszonyának szinte legszemélyesebb, legfontosabb eszköze, az azonos nyelvi közösségek azonos társadalmi, szellemi közege, híd, amelyen át az egyik ember a másikhoz utat talál.

A hibás beszédű ember nemcsak attól a lehetőségtől van megfosztva, hogy gondolatainak és érzéseinek a megfelelő formában adjon kifejezést, hanem a normális beszédre jellemző erővel sem képes hatni beszélőtársára. Élete szegényebb lesz attól, hogy szóbeli kapcsolatait mesterségesen csökkenteni kényszerül.

A beszédfigyelmetes egyén kapcsolata környezetével tehát nem harmonikus, az interperszonális kapcsolatok zavara pedig visszahat össz-személyiségének alakulására.

A beszéd területén mutatkozó károsodások rendkívül bonyolultak, sokoldalúak, és a személyiségre gyakorolt hatásuk sokrétű lehet:

A dadogó ember életmenetét a beszédétől való félelem hatja át. Ellentétben a hadarókkal, a dadogók többsége introvertált, beszédhibájával nagyon is tisztában van. Minden élethelyzetben, amely beszédet igényel, súlyosan szorong. Ezzel függ össze a kisebb (család) és a nagyobb (iskola, munkahely) közösségbe való beilleszkedési nehézségük is. A szociometriai vizsgálatok kimutatták, hogy a dadogók az iskolai osztályokban, a munkahelyeken peremhelyzetűek. A központi idegrendszer károsodása esetén a beszédhiba az egész állapot járulékos tüneteként fogható fel, és a személyiség formálódása a centrális sérülés jellege szerint alakul.

A beszédszervek periférikus károsodása (gégeexstirpáció, szájpadhasadék) – „a megjelöltség” érzetét is kelti, hisz

látszik „ránézésre”, így kettős károsító tényezőként fejti ki hatását; beszédhiba és testi másság együttesen. Következménye a személyiség belső dinamizmusának, életkorának, életfeltételeinek a függvénye.

A pszichés tulajdonságoknak megfelelően a beszédzavar hallgatagsággal, bizalmatlansággal, bátortalansággal, zárkózottsággal, negativizmussal, ingerlékenységgel és csökkent értékűség érzésével járhat.

A beszéd fogyatékoság következményei a teljes személyiségre:

- kopnak az eredeti intellektuális képességek, és komoly kognitív részképességzavarokkal kell számolni;
- érzelmi zavarok (agresszió, depresszió, apátia) lépnek fel;
- a kialakuló szociális ügyetlenség miatt szegregálódik, a WHO participációs⁵modellje értelmében képtelenné válik a kornak megfelelő társadalmi aktivitásra;
- tanulási lehetőségek híján a fogyatékos személyek munkavégző képessége és lehetősége is jelentősen korlátozódik;
- sérülnek emberi jogai is, hiszen a kommunikáció nem egyszerűen alapvető és elvitathatatlan emberi jog, hanem egyben valamennyi egyéb jog realizálódásának az eszköze is.

A beszéd fogyatékosok intelligenciája

A beszéd fogyatékosok értelmi képességeinek vizsgálatakor külön kell tárgyalnunk a dadogók és az artikulációs za-

⁵ A participáció egy intézményesen biztosított részvételi lehetőség a munkavállalók számára a munka világában.

vart mutatókat. A dadogók és az ép értelműek intelligenciájának összehasonlításából az derül ki, hogy lényeges különbség nincs közöttük. Az extrém variánsok – az igen tehetséges és a határeset jellegűek – valamivel magasabb számban fordulnak elő náluk, mint az átlag népességnél. Az artikulációs zavart mutató felnőtteknél viszonylag magas számban találunk értelmi fogyatékoságot is, mint ahogy az értelmi fogyatékosoknál is gyakori a beszédhiba. Különleges problémát jelent az afáziás felnőttek intelligenciájának megismerése. Beszédképtelenség esetén a feltételezett jó értelmi képesség kimutatása sok nehézséget jelent. A beszéd hiánya ugyanis – a meglévő jó képességek ellenére – súlyosan befolyásolja az intellektuális teljesítményt.

A beszéd fogyatékoság egészségügyi és gyógypedagógiai ellátás szempontjából

Mind orvosi, mind pedig gyógypedagógiai ellátással, a beszéd fogyatékosággal élő embereknek csak egy bizonyos köre kerül kapcsolatba – ebből adódóan vannak olyan célcsoporttagok, akik a rendszer számára „láthatatlanok”, így nagy eséllyel ellátatlanok maradnak.

Az **egészségügyi ellátásnak** csak a következő beszéd fogyatékos emberekkel kapcsolatban van szerepe:

- az orrhangzós beszéddel rendelkezők;
- a beszédneurózissal küzdő emberek;
- az afáziás emberek.

Az afáziás embereken kívül a beszéd fogyatékos emberek további három csoportja (artikulációs zavarokkal, orrhangzós beszéddel, beszédritmuszavarokkal rendelkezők) a gyakorlatban a gyógypedagógiai ellátás körébe tartozik.

Mivel ezeket az egészségkárosodásokat zömében gyermekkorban már diagnosztizálják, ezért az érintettek jellemzően hamar megjelennek az ellátórendszerben. A részképességzavarral küzdő fiatalok (diszlexiások, diszgráfiások) például nyilvántartottan, de integráltan szerepelnek az oktatási rendszerben.

A beszéd fogyatékossgal a **logopédusok** foglalkoznak. A logopédiai tevékenység a beszéd fogyatékos ember személyiségfejlődésére irányuló tevékenység, amely soha nem jelenti a személyiségfejlesztés egész folyamatából kiemelt, körülhatárolt funkciógyakorlást, hanem mindig az egész személyiséget gyógyító-nevelő folyamat szerves részeként valósulhat meg. A **logopédiai tevékenység fő feladata** a normális beszéd kialakítása, a sérült beszéd verbális és grafikus formáinak rendezése. A sérülés jellegétől és súlyossági fokától függően adott esetben tartósan vagy átmenetileg sérülésspecifikus megoldásra is szükség lehet (logopédiai intézeti ellátás, kórházi ellátás stb.), máskor az általános feladatokkal párhuzamosan is megoldhatók ezek a feladatok.

A logopédiai munka gyakorlatában sajnos nagyon gyakran előfordul az eredménytelenség, a visszaesés. Ennek a jelenségnek a hátterében gyakran az áll, hogy a beszéd fogyatékos ember kezelése nem sérülésspecifikusan, a problémához igazodó fejlesztőeljárással történt, illetve a beszéd-sérült ember környezete (család, baráti kör, munkahely stb.) nem segíti, sőt hátráltatja, megnehezíti a munkát, aláássa a sérült ember egyébként is gyenge önbizalmát.

Pedagógiai szempontból fontos, hogy

- **mely életkorban** következett be a károsodás:

Marci 18 éves volt, amikor egy baleset következtében elveszítette a beszédképességét, mindent megértett, de képtelen volt beszélni. Mutogatva, majd később számítógép segítségével kommunikált a környezetével.

Jenő 52 éves volt, amikor agyvérzést kapott. Ennek következtében lebénult a bal oldala, és beszéde nehezen érthetővé vált. Kiejtése kásás, bizonytalan lett, teli artikulációs hibákkal. Nagyon zavarta, sokat kesergett rajta. Lánya és családja néhány hét alatt „megszokta” sajátos kiejtését, és türelemmel, odafigyeléssel mindent megértettek, amit Jenő mondott.

- *a károsodás* **funkcionális vagy organikus jellegű:**

Mária fogai nagyon megromlottak. Sajnos, szinte az összeset ki kellett húznia a fogorvosnak. Mária műfogsora még nem készült el. Mária most kicsit pöszén beszél, rosszul képzi a hangokat. Ez zavarja is nagyon. Kezét a szája elé téve, halkán beszél, de ha teheti, elkerüli az embereket. Mária problémája funkcionális jellegű, remélhetően pár héten belül meg is oldódik.

Timi „farkastorokkal” született. Beszéde orrhangzós, szinte az összes hangot rosszul ejti. Problémája szervi (organikus) jellegű. A lágyszájpad-hasadék műtéti korrekciója után megkezdődhet a logopédiai fejlesztése.

- a károsodás **milyen súlyosságú:**

Levente 27 éves. Intelligens fiatalember, de sajnos hajlamos a felső légúti megbetegedésekre. Ilyenkor hetekig hónapokig náthás. Ez alatt az időszak alatt a „t” hang helyett „d” hangot ejt. A környezete pöszeségét elfogadja, munkájában ez a hangképzési zavar csak kissé hátráltatja. Az enyhe súlyosságúnak mondható.

Márk is 27 éves. Szinte az összes hangot rosszul képezi, amely egy nem igazán sikeres lágyszájpad-műtét következménye. Pöszesége súlyos, a logopédiai fejlesztés nem hozta meg a kívánt eredményt. Márkot a környezete viszszahúzó, mogorva fiatalembernek tartja, akinek a beszédét nem lehet megérteni.

A beszéd fogyatékosok a logopédiai fejlesztéssel:

- vagy teljesen rehabilitálhatók;
- vagy tüneteik csökkenthetők, de maradéktalanul meg nem szüntethetők;
- vagy nem érhető el az állapotban tényleges változás, ez esetben a feladat a beszéd fogyatékoság elfogadtatása, a társadalomba való beilleszkedés támogatása.

III. A LEGGYAKORIBB BESZÉDFOGYATÉKOSSÁGI TÍPUSOK ISMERTETÉSE

III.1. Hangképzési (artikulációs) zavarok

A hangképzési (artikulációs) zavarok a különböző beszédhangok, hangcsoportok szabálytalan, rendellenes képzése

következtében jönnek létre. Az artikulációs zavarokat összefoglalóan pöszeségnek is szoktuk nevezni.



Jó tudni:

Az anyanyelv beszédhangjainak következetesen helytelen kiejtését pöszeségnek (artikulációs zavarnak) nevezzük.

A pöszeséget sokféle módon tudjuk csoportosítani. Csoportosíthatjuk a kiváltó ok alapján. Ilyenkor megkülönböztetünk működési (funkcionális) vagy szervi (organikus) alapokon nyugvó hangképzési zavart. Osztályozhatjuk a kiterjedése alapján. Ilyenkor beszélünk általános (vagy diffúz) pöszeségről, illetve részleges (vagy parciális) pöszeségről. Ha a pöszeség általános, akkor szinte minden hangra kiterjed, ha részleges, akkor csak egyes hangcsoportok lesznek érintettek. Jellege szerint megkülönböztetünk torzítást (dyslalia), helyettesítést, felcserélést (paralália) és kihagyást (alália). Szerkezete szerint lehet egyalakú (monomorf), illetve többalakú (polimorf).

Pedagógiai szempontból a tünetek alapján beszélünk:

- szigmatizmusról, amit magyarosan selypességnek hívunk, és a sziszegő hangok (sz, z, s, zs, c, cs,) torz ejtését jelenti, illetve paraszigmatizmusról, amely a sziszegő hangok helyett más hangok képzését (pl. t, d, v, f,) jelenti;
- rhotacizmus – az „r” hang torz ejtése – pararothacizmus – az „r” hang helyett más hangot ejt (pl. j, l,) a beszédsérült ember;

- lambdacizmus – az „l” hang torz képzése – paralambdacizmus az „l” hang helyett más hangot képez (pl. j, n, t,);
- kappacizmus – a „k” hang torz képzése – parakappacizmus a „k” hang helyett más hangot képez az érintett ember;
- gammacizmus „g” hang torz képzése – paragammacizmus a „g” hang helyett más hangot képez.

Gyermekkori hangképzési zavarok

A hangképzési zavarok már a gyermekkorban problémát jelentenek. A beszéd elsajátítását követően – kis türelmi idő után – a szülők a problémával logopédushoz fordulnak. Ha ezt elmulasztanák, az óvoda is szorgalmazza a probléma megoldását. A cél az, hogy az iskolakezdésig rendeződjön a pöszeség, mert az írás, olvasás elsajátításában nehézséget okozhat.

Optimális (családi, pedagógiai) feltételek mellett az enyhe beszédhiba javítása részleges pöszeség mellett körülbelül ½ év, diffúz pöszeség mellett körülbelül 1 év.

Amennyiben szervi pöszeséggel állunk szemben, pl. szájpadhasadék áll a probléma hátterében, úgy a műtétet követően kezdhető meg a logopédiai tevékenység. A lenőtt nyelvféket a gégésznek kell felvágni, majd indulhat a logopédiai korrekció. A rendszertelen fognövéssű gyermek problémáit a fogszabályozást követően lehet logopédiai fejlesztéssel rendezni.

Láthatjuk, hogy a pöszeség tipikusan a gyermekkor problémája. Ennek ellenére felnőttkorban is előfordul, és pszichés következménye gyakran súlyosabb, mint gyermekkorban.

Hangképzési zavarok felnőttkorban

Felnőttkori pöszeség egyik leggyakoribb oka a foghiány. A kor előrehaladtával és a fogak állapotának romlásával együtt jár, hogy még aktív korú felnőtteknek műfogsorra van szükségük. A saját fogaik kihúzása és a műfogsor használatba vétele közötti időszakban jellemző, hogy artikulációs problémák lépnek fel, amit egy beszédfélelem kísér. Ez alatt az idő alatt az egyén nem szívesen megy társaságba, nem mer megszólalni, kínosan érzi magát. Önbizalma csökken. Az új protézis szintén sajátosan befolyásolja beszédképességet. Szokatlansága, újszerűsége gyakran nehezen érthető szóképzést, hangzótorzítást okoz.

Az agyi sérülések következményeként is előfordulhat artikulációs nehézség, „kásás” beszéd, elmosódott hangzóképzés, amely a beteg kommunikációját és a környezet számára a beszédértést megnehezíti. Ennek hátterében állhat az agy beszédközpontjának sérülése (a helyes hangzóképzésért felelős izmok beidegzése nehezített vagy gátolt), de lehet mozgásszervi probléma is (a beszédszervek, illetve az arc izmainak bénulása vagy gyengesége) okozhatja. A probléma lehet átmeneti jellegű, de sajnos hosszú ideig, akár egész életen át is tarthat.

III.2. Orrhangzós beszéd (rhinolalia)

A kemény és a lágy szájpad, a garat és az orrüreg rendellenes működése következtében létrejövő sajátos, dűnnyögő beszéd, amelytől az egész beszéd nazális színezetűvé válik.

Változatai:

- Nyílt (aperta)

- Zárt (clausa)
- Vegyes (mixtra)

Az orrhangzós beszéd leggyakoribb oka a farkastorok, ritkábban a lágyszájpad-bénulás vagy renyheség áll a háttérben. A legsúlyosabb beszédhibák egyike, a nazalitás (orrhangzósság), a magyarban 31 beszédhangot torzít. Sikeres beszédtanítás csak a műtéti beavatkozást követően lehetséges, a terápiájának lényege, hogy az addig használaton kívüli lágy szájpadot munkába állítsa.

A farkastorok fejlődési rendellenesség, így már **kisgyermekkorban** kiderül. Felnőtt embereket már csak akkor érint, ha a műtét valamilyen okból megghiúsult vagy sikertelen volt.

A lágyszájpad-bénulás vagy renyheség azonban **felnőttkorban is kialakulhat**. A koponya-, agysérülések esetében fordulhat elő, azoknál a betegeknél, ahol a lágy szájpad beidegzése sérül.

III.3. A beszédritmus zavarai

Itt a beszéd egész folyamatának, összhangjának a felbomlásával állunk szemben.

Típusai:

- Hadarás
- Dadogás

A hadarás fő tünete a fokozott beszédkésztség. A hadaró ember gyorsan beszél, de beszédének alapvető kritériuma a változó, hullámváz ritmus. Az ember másodpercenként 10-12 hangot ejt ki. A hadaró ember által kiejtett hangok száma ennek 2-3-szo-

rosa, kb. 21-30 hang. A hadarást súlyos beszédneurózisnak tekintjük. Okai között a leggyakoribb a központi idegrendszer sérülése, a rosszul beszélő környezet, illetve nevelési hibák találhatók.

A hadarás súlyosabb formáinál a beszédhangok eltorzulnak, a szavak egymásba folynak, a mondatok felismerhetetlenné válnak. Jellemző az agrammatizmus (a hadaró vagy alig, vagy nagyon sok hibával ragozza a szavakat, mondatokat).

Prognózisa változó, súlyosabb formái, elhanyagolt esetei nehezen korrigálhatók. A tapasztalatok szerint a hadaróknak nincs „betegségtudatuk”, ritkán fordulnak a problémával szakemberhez. Szeretik azt gondolni – és a külvilág felé is ezt közvetítik – hogy sokkal gyorsabban gondolkodnak, mint mások, és a felgyorsult beszédük ennek a következménye. Nincs beszédfélelmük, szívesen és sokat beszélnek.

A hadarás tünetei (Dr. Palotás Gábor rendszerezése alapján):

- a gyorsaság – minél hosszabb a szó, annál feltűnőbb a gyorsítás. A beszéd érthetetlen lesz tőle, a szavak felismerhetetlenné;
- pontatlan artikuláció – a felgyorsult beszédtempó nem teszi lehetővé a pontos kiejtést, artikulálást;
- szegényes szókincs;
- szótagnyelés, szóismétlés;
- magas a befejezetlen mondatok száma;
- a hallási felfogóképesség zavara;
- monotónia;
- légzése gyors, felületes, kapkodó, nincs ideje hangsúlyozásra, hanglejtési szabályok betartására, a hang-erő, hangmagasság érvényesítésére;

- pontatlan helyesírás;
- szétszórt, rendezetlen személyiség;
- magatartása nyugtalan; ideges, hajsztolt ember benyomását kelti. Állandóan izeg-mozog, indokolatlan mozgásokat végez. Hétköznapi nyelven azt mondanánk rá, hogy „izgága”;
- nincs betegségtudat, hadarásukat nem szégyellik, nem érzik problémának. Szívesen magyarázzák hadarásukat a gyors gondolkodási tempójukkal. Szakember segítségét ritkán veszik igénybe.

A dadogást is súlyos beszédneurózisnak tekintjük.

A dadogás tünetei:

- a beszédritmus zavara, amelyhez a folyamatos beszéd közben fellépő görcsös megakadások társulnak. A görcs időtartalma változó, átlagosan 0,2 sec. – 12,6 sec.-ig ingadozhat;
- beszédfélelem (logofóbia);
- együttmozgások – a görcsös beszédmegszakítások pillanatában a test bizonyos részein jelentkezik (arc, nyak, súlyosabb esetben a váll és a kar, nagyon súlyos esetben akár a lábak is együtt mozoghatnak). Az együttmozgások önkéntelenek, akaratlagosan nem szabályozhatóak;
- aritmia – jellemző, hogy nemcsak a beszéd, de a mozgás is ritmustalan, rossz a ritmusérzékük.

A görcs alapján kétféle dadogást különítünk el:

- klónusos – a szavak kezdő hangjának vagy szótagjának az ismételtetése;

- tónusos – a görcs fellépésekor beálló hangképzési képtelenség jellemzi.

A megjelenés módja szerint megkülönböztetünk:

- fiziológiás megakadások

Jellemzői: általában gyermekkorban, a 30. hónap és az 5 év között fordul elő, a beszédfejlődés része. A gyermek számára már fontos a szavak megválasztása, biztos felhasználása, amihez még nem beszél elég jól. Különösen akkor jellemző, ha a gyermek izgatott, gyorsan akar elmondani valamit.

- kezdődő dadogás

Jellemzői lehetnek: gyakoribbak lesznek a hangismétlések, többszöröződnak a szó eleji ismétlések, az egyes hangok megnyújtása hosszabb lesz, izomfeszülés mutatkozik az ismétléseknél, a szünetek közben erőlködés jelei látszanak, a gyermek nem szívesen beszél, általános visszahúzódnak tapasztalható a társas kapcsolatokról, a fiziológiás megakadások 6 hónapról tovább tartanak.

- krónikus dadogás

Jellemzői lehetnek: a szótag- vagy hangismétlések egy-egy szóban is fokozódnak, a tempó az ismétléseknél növekszik, a hangok megnyújtása hosszabb lesz, a száj körüli, nyak és arcizmok feszessége, együttmozgások, a szemkontaktus megszakítása, beszédkerülő magatartás (szavak pótlása dűnyögéssel, morgással), fokozódó hangmagasság és/vagy hangerő beszéd közben, zavartudat és félelemérzet, önbizalomvesztés a nem verbális teljesítményekben.

A dadogás okai:

- testi okok: szülési vagy születés utáni sérülés, károsodás, idegrendszeret érintő betegségek, hajlamosító tényezők: öröklődő, veleszületett beszédgyengeség;
- lelki okok: akut ijedtségélmény (életre hívja a meglévő hajlamot), krónikus konfliktusok, a kapcsolatfelvétel érzelmi zavarai;
- a dadogás, mint tanult magatartás a környezet kritikája (a gyermek/felnőtt megtanulja, hogy ő dadog).

A dadogás következményei:

- az érintett ember rosszabbul és kevesebbet beszél;
- kevésbé bízik önmagában;
- kevesebbet mesél;
- kerüli azokat a helyzeteket, ahol beszélnie kell;
- általában is visszahúzódóbb lesz.

III.4. Az afázia

Az aphasia (afázia) szó magyarul beszédképtelenséget jelent. A dysphasia (diszfázia) a beszédgyengeség. Gyermekkorban – különösen az afázia – szerencsére ritka, felnőttkorban viszont egyre gyakoribb. A keringési betegségek következtében kialakuló stroke gyakori következménye. Sajnos nagyon sok afázia agyvérzés, agylágyulás következménye, de nagyon magas a balesetek következtében kialakuló agysérülésből adódó afáziások száma is.

Az afázia bonyolult, összetett kórkép. A kialakult beszédzavara nagyon sokféle lehet. Gyakran csak korlátozott a beszédképesség – például a helyes szavak megtalálása-

ban –, de az is lehet, hogy a beszédértés teljesen elvész. Amikor ilyen beteggel találkozunk, mindig gondolnunk kell arra, hogy a beszéd nehezítettsége miatt a tényleges intelligencia nehezen megítélhető, és valószínű, hogy az érintett személynek csak a beszéde, nem a gondolkodása és tudása sérült. Az afáziás beteg nem szükségszerűen értelmi fogyatékos! Az érintett személy felfogja az összefüggéseket, érzékeli a realitást, lényegében csak a közlés képességét veszti el. Ez gyakran a „némák börtöne”, ami sok bánattal és szomorúsággal jár, hiszen egyébként gondolkodnak, értenek és érzene, csak nem tudják azt mások felé közölni.

Az afázia típusai

Átfogó (globális) afázia – a beszédzavar legsúlyosabb formája

Ebben az esetben az agy egész beszédterülete súlyosan sérült. Ide tartozik a spontán beszéd, a beszédértés, az olvasás és az írás. Az érintett személy gyakran körülírással fejezi ki magát, vagy olyan helyettesítő szavakat használ, mint pl. aha, hüm, hüm stb.

Ezek a betegek nagyon nehezen beszélnek, a szavakat sokszor nem a megfelelő helyen, a megfelelő értelemmel használják. Kiejtésük gyakran elmosódott, kásás, nehezen érthető. Beszédértésük is esetleges: sok szónak nem ismerik a tartalmát, sok tárgynak pedig a nevét.

Nagyon nehéz velük beszélgetni, mert bizonytalan, hogy mi az, amit megértenek, és mi az, amit nem. Olvasási, írási, számolási képességük is gyakran sérült.

Erzsébet kórelőzményében agyinfarktus szerepelt. Ezzel feködt az ideggyógyászati osztályon, majd került át rehabilitációs részlegre. 47 éves volt, és egy kis falusi óvoda vezető

óvónője. Sajnos az agyinfarktus következtében súlyos – átfogó jellegű aphasia alakult ki nála. Nagyon nehezen beszélt, a szavakat sokszor nem a megfelelő helyen, a megfelelő értelemmel használta. Kiejtése elmosódott volt, kásás, nehezen érthető. Nem tudta a személyes adatait, nem tudta megmondani hozzátartozói nevét, címét, foglalkozását stb., de kifogástalanul tudta a gyermekverseket, a hét napjainak és a hónapoknak a felsorolását sorrendben. (a megtanult, ún. automatizmusokat az agy máshol tárolja, azok szükségszerűen a beszédképességgel együtt nem sérülnek). Beszédértése is esetleges volt, sok szónak nem ismerte a tartalmát, sok tárgynak pedig a nevét. Nagyon nehéz volt vele beszélgetni, mert bizonytalan volt, hogy mi az, amit megért, és mi az, amit nem. Olvasásképesége sérült, a betűket nem ismerte fel, de egyes szóképeket igen (pl. meglepő volt, de felismerte azt a szóképet, hogy lóvasút, bableves, de nem ismerte fel azt, hogy mama). Számolási képesége is sérült. Összeadni, szorozni a 20-as számkörben tudott, kivonni, osztani nem. A pénz értékével, a 20-as számkörön túli mennyiségekkel nem volt tisztában.

Broca afázia

A beszédképesség viszonylag jól megmarad, az érintett személy azonban sokszor nagyon lassan, akadozva és nyelvtanilag nem tökéletesen beszél. Pontosan tudja, hogy mit akar mondani, de sokszor elcseréli a szavakat, pl. birkák – bárkik, kántor – kontár stb. Gyakran egész szavak vagy szótagok egyszerűen lemaradnak. Az érintett személynek még a beszélgetés is fárasztó lehet, mert a szavak feldolgozása nehézkes, és így nem tudja a hallottakat elég gyorsan követni.

Balázs – 21 éves főiskolai hallgató – egy autóbalesetben utasként nagyon súlyos sérüléseket szenvedett. Két hétig volt kómában. Beszéde fokozatosan, lassan jött vissza. Nagyon nehezen és rosszul beszélt. Lassan, akadozva tudta csak elmondani, amit szeretett volna, szavaiban a hangok sorrendje esetleges volt, a ragozás hiányos. A tárgy kiválasztós feladatnál többször is el kellett neki ismételni, hogy melyik tárgyat szeretném látni, de miután felfogta a hallottakat, azt hibátlanul teljesítette.

(A tárgy kiválasztós feladat célja a beszédértés vizsgálata. Egyszerű használati tárgyakat teszünk ki a beteg elé az asztalra – pl. kés, villa, kanál, gyufa, gomb, fésű, zsebkendő, ceruza, olló stb., és megkérjük, hogy az általunk megnevezett tárgyat emelje fel.)

Wernicke afázia

Az érintett személy gyakran semmit sem tud a beszédzavaráról. Minden probléma nélkül és folyékonyan beszél, de a beszédben nagyon sokszor kicsavart és megcserélt szavakat használ. Gyakran új szavakat „talál” ki, mely akár az értelmetlenségig mehet, s így nagyon nehéz a mondanivalójának megértése. Ő maga a hallott beszédet nem érti meg tökéletesen, a beszédértés nagymértékben sérült.

A rehabilitációs osztályra súlyos agyvérzés után az ideggyógyászati osztályról került át Ilona. A kórházi tartózkodása idején töltötte be az 53. életévét. Cipőfelsőrész-készítő volt a szakmája, és a cipőgyárban dolgozott 26 évig. Az agyvérzés következtében Wernicke-féle afáziája alakult ki. Beszéde folyamatos volt, de néha olyan szavakat használt, aminek nem volt értelme, több szót is egymásba

mosott, és ezt nem vette észre. Kedvesen, derűsen mosolyogva jött „beszélgetni”. A tárgykiválasztós feladatnál megkértem, hogy emelje fel a kanalat, rövid ideig tartó tétovázás után felemelte az ollót, a gyufát, kérve a ceruza „akadt” a keze ügyébe.

Amnéziás afázia

Maga a beszédértés alig sérült, de a beteg gyakorlatilag elfelejti a szavakat. A beszéd tartalmát ezért más, lehetőleg egyszerű szavakkal fejezi ki. A keresett szó helyett, mint pl. a töltőtoll, más szavakat, mint pl. a „tót” vagy „izét” mond. Vagy például egy olyan összetett szó esetében, mint a „telefonkönyv” csak a „könyv” szót használja. Gyakran előfordul az is, hogy a keresett szót körülírja, és egy másik, hasonló szóval pótolja.

Zsuzsa herpesencephalitisből gyógyulva került a rehabilitációs osztályra. 33 éves volt ekkor, és eladóként dolgozott egy élelmiszerboltban. A betegség következtében alakult ki nála a felejtéses aphasia. Voltak olyan szavak, amelyeket elfelejtett, és nem tudott kimondani. Ilyen volt például az emelet szó, amely helyett a „magas folyosó” szóösszetételt használta, a burgonya, ami helyett a „kolbászos főzelék” szóösszetétel állandósult. Problémája miatt szorongott, mert attól rettegett, hogy idegenek előtt, az utcán vagy az óvodába, amikor megy a kislány, kerül olyan helyzetbe, hogy beszélgetés közben derül ki, hogy valamilyen szót nem ismer, nem tudja kimondani, és mások ezért bolondnak vagy butának nézik.

Az afázia mértéke

- Enyhe

Diagnosztizálatlan maradhat; a betegben azonban tudatosulhat a zavar, mely akadályozhatja a munkájában, és így másodlagos mentális problémákhoz vezet.

- Közepes

Jelentősen nehezített nyelvi működés; a beteg csak korlátozottan képes kifejezni magát, és felfogni a beszédet.

- Súlyos

Valamennyi nyelvi működés súlyosan károsodott.

Az afázia terápiája, rehabilitációs eljárások

Az afázia esetében az idő nagyon fontos tényező. Ez azt jelenti, hogy amint a beteg olyan fizikai állapotba kerül, még a kórházi osztályon el kell kezdeni a beszédterápiát.

A kezelés hosszú ideig tart, ami azt jelenti, hogy legalább egy évig vagy még tovább kell a betegnek a terápián részt vennie, amely hetente 3-4 órát vesz igénybe.

A gyógyulás még hatékonyabb, ha időnként többhetes intenzív terápiát is igénybe vesznek.

A **rehabilitáció célja** a lehető legnagyobb mértékben visszaállítani az elvesztett képességeket (helyreállító rehabilitáció), gyakorolni a meglévő kommunikációs képességek maximális kihasználását (kompenzációs rehabilitáció), elősegíteni a beteg alkalmazkodását a fogyatékosságához és a megváltozott életéhez.

A csoportos rehabilitáció a leghatékonyabb, mert a sors társak segítik a helyzet elfogadását, a csoportdinamikai folyamatok felerősítik a terápia hatékonyságát, és a csoport maga oldja a beteg elszigeteltségét. A csoportban a be-

teg szembesül azzal, hogy nincs egyedül a problémájával, és az elfogadó, támogató sorstárs közösségben oldódik a szegény, a beszédfélelem és a beszéddel kapcsolatos szorongások és gátlások.

A rehabilitációhoz időre van szükség; optimális fejlődés érhető el az afázia kialakulását követő első évében. Természetesen minél enyhébb az afázia mértéke, annál jobb a gyógyulás esélye.

A rehabilitáció módszerei

- Enyhe károsodás esetében a kivizsgálást és a rehabilitációt a logopédus és a neuropszichológus végzi. Az intenzív és restitúciós⁶ rehabilitáció biztosítja a legjobb eredményt.
- Mérsékelt károsodás – helyreállító és kompenzációs rehabilitáció, amit logopédus és foglalkozásterapeuta végez⁷ azzal a céllal, hogy elérjék az optimális kommunikációs képességet.
- Súlyos károsodás – logopédus és foglalkozásterapeuta által végzett rehabilitáció azzal a céllal, hogy megtalálják a kommunikáció valamilyen módját; segítség és gyakorlás a beteg környezetében lévő további személyeknek azért, hogy létrehozzák a pozitív kommunikáció lehetőségét.

6 A szó jelentése: helyreállító

7 A foglalkozásterápia célja, hogy a beteget alapvető önellátásra, hasznos munkavégzésre és szabadidős tevékenységek folytatására tegye képesé. Még az egyszerű feladatok is több képesség összehangolt működését kívánják meg: megfelelő érzékelést és mozgást (szenzomotoros képesség), tervezést és végrehajtást (kognitív képesség), a feladat végrehajtásához szükséges

Az augmentatív⁸ és alternatív kommunikáció (AAK), mint terápiás eszköz

„Az AAK célja megmutathatóvá tenni a kimondhatatlant.” Meghatározását tekintve az AAK az érthető beszéd hiánya következtében súlyosan károsodott kommunikációs funkció átmeneti vagy tartós pótlására szolgáló kommunikációs rendszerek csoportja. Az augmentatív kommunikációs rendszereknek a meglévő kifejezési eszköztáron kell alapulniuk, felhasználva minden beszédmaradványt és hangadást, a hagyományos és az attól eltérő gesztusokat, jeleket, jelzéseket is.

Legjellemzőbb rá az egyedi megközelítés: minden ember számára külön-külön meg kell találni azt az AAK-fajtát és a használatnak azt a módját, amely a leghatékonyabban szolgálja az adott személy kommunikációs igényeit.

Így egyénenként eltérő lehet:

- az üzenethordozó fajtája: gesztus, fotó, grafika, jelkép, betű, szó, konzervmondat;
- az üzenetkiválasztás módja: adott, előre elkészített üzenethordozók közül vagy a rendelkezésre álló gesztustárból történő választással;
- az üzenetközvetítés módja: segédeszközökkel (pl. papíralapú táblákon, elektronikus eszközökkel) vagy azok nélkül (a saját testtel produkált jelek, jelzések útján).

⁸ Az érthető beszéd hiánya következtében súlyosan károsodott kommunikációs funkció átmeneti vagy tartós pótlására szolgáló kommunikációs rendszerek csoportja. Lényege, hogy hiányzó beszéde helyett a sérült személy nonverbális úton fejezi ki magát, felhasználva mindazt a lehetőséget, amelyet a hangjelzések, gesztusok, manuális rendszerek, jelnyelv stb., és/vagy a betűket, rajzokat, jelképeket, fotókat, tárgyakat stb. tartalmazó kommunikációs táblák, valamint a hangadó gépek (kommunikátorok) biztosítanak.

Nagy szerepet nyernek az eszközök: az adaptált billentyűzetek, a kapcsolóval irányítható elektronikus játékok, a modifikált szoftverek, a számtalan egér (óriás, miniatűr, fej-, szem-, izom- stb.). E területen a számítógép gyógyászati segédeszközként szerepel!

Sajnos, ezzel a módszerrel sem válik az afáziás betegek kommunikációja problémamentessé, mert a rendkívüli módon lelassult kommunikációs sebességet, a szándékot és a feladat elvégzéséig a szándék megőrzésének képességét (lelki alkalmasság) az ép – mindig sietős, mindig türelmetlen! – beszélő társadalom igen rosszul tolerálja.

Az AAK ennek ellenére különösen fontos, hiszen:

- enyhíti a kommunikációképtelenség kínjait;
- megszünteti az érzelmi és társadalmi izolációt;
- elősegíti a nyelvfejlődést;
- erősíti a beszédutánczást és a beszédre való motivált-ságot;
- javítja a beszédpercepciót;
- oktathatóvá teszi a használóját;
- javítja az életminőséget és a társadalmi megítélést;
- s mind e mellett lehetővé teszi az emberi méltóság megőrzését és az önrendelkezéshez való jog gyakorlását.

A hosszú távú kilátások nagymértékben függenek attól, hogy a beteg képes-e alkalmazkodni a fogyatékosága okozta változáshoz. A támogató hozzáállás, a szomorú hangulatban biztosított ösztönzés, a depresszió esetleges kezelése megoldást jelent. Ne felejtsük el segíteni, képezni

a családtagokat sem. A betegszervezetek biztosította adaptációs képzés is hozzájárul a hosszú távú eredményhez. Az európai uniós gyakorlattal ellentétben Magyarországon még nem működik a felnőtt beszéd fogyatékos emberek rehabilitációja. Erre irányuló törekvések megfogalmazódtak a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület (MLSZSZ), a Démoszthenész Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete, az Afáziások Alapítvány és az ELTE Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar együttműködésében.

Ebből kiindulva, egy lehetséges stratégia a beszéd fogyatékos emberek szükségleteire való reagálás során az uniós gyakorlatokhoz hasonló törvényi és finanszírozási keretek megteremtése. A közoktatáson kívüli logopédiai terápia működtetésére, az oktatás és az egészségügyi rendszer közös finanszírozási formájának a megteremtésére lenne szükség. Egy lehetséges cél a logopédusok feladatvállalása a felnőtt járóbetegek ellátásában, a közoktatás területén jól kiépített ellátórendszer, és az ott működő logopédusok részt vállalhatnának a felnőtt járóbeteg-ellátásban, amelyet az egészségügy is finanszírozhatna.

Vannak azonban Magyarországon is olyan törekvések, melyeket jó gyakorlatokként említhetünk meg.

1. A Magyarországon működő logopédusok, ellátóhelyek és ezen belül a felnőtt beszéd fogyatékos emberek ellátását végző intézmények keresőprogrammal kiegészített adatbázisának létrehozására vállalkozott a Démoszthenész Egyesület a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, a Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társasággal való együtt-

működésben, 2005-ben. 430 helyszínt és 1391 beszéd-fogyatékossgal foglalkozó szakembert regisztráltak, közülük azonban csak 37,5% kívánt az adatbázisban nyilvánosan megjelenni. Biztató azonban, hogy a felmérés második hulláma után és az azt követő időszakra az a hozzáállás is jellemzővé vált, hogy a szervezetek maguk jelentkeztek önként tagságra.

2. Modellkísérleti program Székesfehérváron

A program keretében három helyszínen 20 fő részére (6 fő dadogó ember, 14 fő afáziás ember) nyújtottak pedagógiai rehabilitációs szolgáltatásokat. A Fejér Megyei Szent György Kórház neurológiai osztályán Székesfehérváron 34 afáziás beteg vizsgálatát végezték el. A logopédiai vizsgálatokról szakvéleményt állított össze a logopédus, valamint szakmai tanácsokat adott az ápolószemélyzet és az érintett hozzátartozói számára. Személyre szabott egyéni és csoportos foglalkozásokat folytattak. A program eredményeképpen három dadogó ember képessé vált a beszédhibájával való szorongás nélküli együttélésre, néhány lazító technika alkalmazását is elsajátította, és különféle módszerekkel képes a beszéd tudatos irányítására. Életmódjuk, szemléletmódjuk is megváltozott. Két afáziás ember esetében a súlyossági fokban és az olvasási teljesítményben változás következett be.

3. Aphasia Centrum Kistarcsán

Interneten, telefonon és személyesen elérhető rehabilitációs információnyújtással foglalkozik. Emellett rekreációs, klubtevékenységeket és kirándulásokat, sporttevékenységeket, felvilágosító és önismereti, illetve önbizalom-javító programokat is szerveztek a célcsoporttagok számára.

IV. A CÉLCSOPORT MUNKAERŐ-PIACI HELYZETKÉPE, PRAKTIKUS JAVASLATOK

A beszéd fogyatékos embereknek mindössze **4,6 százaléka dolgozik**, ez az arány nagymértékben eltér a megváltozott munkaképességű emberek körében tapasztalttól (15,1%). Ez több okra is visszavezethető. Egyrészt **iskolázottsági helyzetük is meglehetősen kedvezőtlen**. Több mint felük legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezik, és mindössze egytizedüknek van legalább középfokú végzettsége.

2. táblázat: A beszéd fogyatékos emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Iskolai végzettség kategóriái	Arányuk a beszéd fogyatékos emberek körében	Arányuk a beszéd fogyatékos-sággal nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
Kevesebb, mint 8 általános	11,3	4,6	5,1
Általános iskola	39,7	30,0	30,7
Szakiskola/Szakmunkásképző	37,1	39,0	38,8

Iskolai végzettség kategóriái	Arányuk a beszéd fogyatékos emberek körében	Arányuk a beszéd fogyatékos-sággal nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
Középfokú végzettség/Érettségi	7,3	17,2	16,5
Technikusi végzettség	2	4,1	3,9
Felsőfokú szakképzettség	0	1,2	1,1
Felsőfokú végzettség	2,6	4,0	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A nem megfelelő iskolai végzettséget a célcsoport egy része (egynegyedük) szubjektíve is a munkavállalása akadályaként érzékeli. Emellett azonban szintén hangsúlyos az **el-szigetelődés**, illetve az ezzel kapcsolatos félelmek – valamint az, hogy **nem találnak speciális szükségleteiknek megfelelő munkát**.

3. táblázat: A beszéd fogyatékos emberek megoszlása az inaktivitás oka szerint, más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Az inaktivitás oka	Arányuk a beszéd fogyatékos emberek körében (az „igen” válaszok aránya)	Arányuk a beszéd fogyatékos-sággal nem rendelkező emberek körében (az „igen” válaszok aránya)	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében (az „igen” válaszok aránya)
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket.	46,2	44,3	44,4
A családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszéli arról, hogy munkába álljon.	27,3	20,5	21,0
Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő.	24,5	18,8	19,2
Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék, elkülönítenék.	23,8	8,3	9,6
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség.	21,8	16,6	17,0
Diszkrimináció áldozata volt.	10,5	5,5	5,9

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Az adatok elemzéséből világosan látszik, hogy a beszéd-fogyatékos emberek célcsoportját a **korlátozottságuk erős megélése** jellemzi. A felnőttkorban is fennmaradó beszéd fogyatékoság befolyásolja az egyén viselkedését és gondolkodásmódját. **Önbizalomhiányt, érzelmi ki-egyensúlyozatlanságot, nehezített alkalmazkodóképességet, szorongást és passzivitást** eredményezhet. A felnőttkorú, beszéd fogyatékkal élő emberek (elsősorban a dadogók, orrhangzósok és hadarók) a közvetlenül érzékelhető kifejezésbeli nehézségeket meghaladó mértékű **kommunikációs nehézségekkel, kapcsolatteremtési gátlásokkal, pályaválasztási és pályamódosítási gondokkal küzdenek, személyes értékeik kibontakozá-sa, érvényesítése korlátokba ütközik – emiatt nem egyenlő esélyekkel indulnak a munkaerőpiacon.**

„A hang-, a beszéd- és a nyelvi zavarok, más szóval a kommunikációs zavarok, hátrányos helyzetet, esélyegyenlőt-lenséget okoznak, amelynek következményeit az érintett beszéd fogyatékosok nemcsak a mindennapi kommunikáci-ójuk során, de az egészségügy, az oktatás és a munkaerő-piac területén is megtapasztalhatják.”

A beszéd fogyatékos emberekben kialakuló szorongást nyilván fokozza a környezet visszajelzése, a célcsoporttal szembeni **sztereotípiák** érzékelése is. A társadalom tagjai-ban – és így a beszéd fogyatékos emberekkel kapcsolatba kerülőkben, pl. szolgáltatók, munkáltatók stb. – számos tév-hit, téves tudás él a beszéd fogyatékosaságról, ami nyilván minden szintéren hátrányosan érinti a célcsoport tagjait. A hadarás esetében egy éles elmét képzelnek el, a dadogás mögé pedig valamiféle titkolózást, hazugságot vagy értelmi

fogyatékoságot. Az artikulációs zavarokkal kapcsolatban téves elképzelés, hogy aki pösze, az buta is. Emellett jellemző sztereotípiá továbbá, hogy az afáziával küzdő embereket az értelmi fogyatékos emberekkel azonosítják, pedig sokszor a beszédértés képessége megvan, csak a beszéd-képesség nincs, ezért nem tudják kifejezni magukat.

A munkáltatók ritkán bíznak rájuk minőségi, nagy szak-tudást igénylő munkát, kevésbé bíznak a képességeikben.

A munkaerő-piaci elhelyezkedés tekintetében elsődleges speciális szükségletük, hogy nem vagy kevésbé tudnak végezni olyan munkákat, amelyekhez szükség van a verbális kifejezésre (pl. portaszolgálat, kereskedelem, oktatás), inkább megfelelőek számukra a fizikai vagy más, kézzel végezhető munkák. Sajnos az a tapasztalat, hogy azokba a munkakörökbe sem vesznek fel szívesen beszéd-fogyatékos embert, ahol a munka nem kívánja meg a szóbeli kommunikációt.

Az afáziás embereknek van a legkevesebb lehetőségük a munkaerőpiacon. A célcsoport tagjai az öndefiníció tekintetében azonban semmiképpen nem tekintik magukat fogyatékosnak, elutasítják a megnevezést, és szeretnének integrálódni. Az afáziás embereknek kezdetben többnyire „beteg-identitásuk” van, amely a későbbiekben alakulhat „fogyatékosidentitássá”. Az afázia főleg az aktív korú felnőtteket érinti, ezért a munkaerő-piaci re/integrációjukat nagymértékben megnehezíti. Az állapot koponya-, agysérülések következményeként alakul ki (keringési betegségek, agyvérzés, baleset). Számuk folyamatosan emelkedik, azonban nehezen becsülhető, hogy a probléma mekkora kört érint. Lehet rá következtetni a koponya- és agysé-

rültek vagy a balesetesekek számából, azonban ezt az állapotot nem mindig diagnosztizálják külön sérülésként. Egyes becslések szerint az évente mintegy 40-50 ezer új stroke-os betegnek nagyjából 40 százaléka beszédérintett. Így közel 15 ezer új afáziás károsodásról lehet szó évente, akik közül 10 ezer tekinthető nagyon súlyosnak. A gyógyulás nagyon hosszú folyamat. Szakértői becslések szerint **mindössze 10 százalékuk vezethető vissza a munkaerőpiacra** megfelelő rehabilitáció esetén.

Míg az **enyhe artikulációs** nehézségekkel küzdő emberek általában a nyílt munkaerőpiacon maguk, segítség nélkül próbálnak elhelyezkedni, addig a **súlyosabb artikulációs problémák esetében** már segítség nélkül a nyílt munkaerőpiacon elhelyezkedni nagyon nehéz, az érintett **beszéd-fogyatékos embernek szüksége van támogatóra, segítőre.**

A foglalkozási tanácsadónak a célcsoporttal való munka során a következőket kell figyelembe vennie.

- Mindig tiszteletben kell tartani a beszéd fogyatékos ember emberi méltóságát. A tanácsadó sem szóval, sem nonverbális eszközökkel (mimika, gesztus) nem hozhatja kellemetlen helyzetbe a beszéd fogyatékos ügyfelet, nem minősítheti annak beszédét, kiejtését, nem mosolyoghat rajta, nem ismételheti meg hibásan az elhangzottakat. A pösze ember nem tudja helyesen ejteni a hangok egy részét, de hallja, ha mások rosszul ejtik azt.
- Nem illik a helytelenül képzett hangok hallatán kínoisan félrenézni, a szemkontaktust megszakítani.

- Nem a tanácsadó feladata a helyes kiejtés kialakítása. Amennyiben a beszélgetés során kiderül, hogy az érintett rendszeresen járt logopédushoz, de a probléma maradéktalanul nem javult, akkor azt tudomásul kell venni. Amennyiben az ügyfél nem járt logopédusnál, és a probléma nem átmeneti jellegű (a fogászati kezelés nem teszi szükségessé a logopédiai kezelést, mert átmeneti jellegű a probléma fennállása), ott fel lehet hívni a figyelmét arra, hogy a szakember logopédiai kezelés javíthatna a beszédhibáján.
- Amennyiben olyan sok hangzóra kiterjedő artikulációs zavarral állunk szemben, amely a beszéd megértését már súlyosan akadályozza, úgy elsődleges fontosságú annak az ellenőrzése, hogy jól értettük-e az el elhangzottakat. Az ellenőrzéshez segítő kérdéseket teszünk fel, amelyből meggyőződünk arról, hogy az ügyfél is azt szerette volna mondani, s mi mindent helyesen értettünk-e.
- Bizonytalanság esetén az írásbeli kommunikációt is igénybe vehetjük. Minden megbeszélésen legyen elérhető tábla, kréta, papír, ceruza vagy számítógép klaviatúrával. Amennyiben az artikulációs zavaron kívül mozgásszervi gyengeség is nehezíti a megértést, úgy ABC-tábla és mutatópálca vagy szájjal, illetve homlokra erősített pálca segítheti a megértést.
- Az ügyféllel kommunikáljunk, ne az őt kísérő személylyel! Ez nem jelenti azt, hogy nem beszélhetünk külön is az ügyfél beleegyezésével az őt kísérő hozzátartozóval, de azt tegyük külön, ne az ügyfél jelenlétében.
- Beszéljünk világosan, de természetesen!
- Használjunk informális, mindennapi nyelvezetet; ne emeljük fel a hangunkat!

- A kérdéseket egyértelműen tegyük fel (Ne így: „Dohányzik-e vagy iszik-e alkoholt, és mennyit?”; E helyett: „Dohányzik? Mennyit? Iszik alkoholt?” stb.)!
- Egyszerre egy témáról essen szó; ha szükséges, ismételjük meg más szavakkal (más irányú megközelítés segíti a megértést)!
- Ne feledkezzünk meg a gesztusok, a mimika, a rajzolás stb. nyújtotta lehetőségekről, melyek részei a teljes kifejezőképességnek!
- Mindig legyen elegendő időnk az ügyféllel való kommunikációra!
- Ha beszél, egész figyelmünket szenteljük neki!
- Hallgassuk végig türelmesen megértéssel!
- Hagyjunk neki elég időt a válasz megfogalmazására és a válaszra!
- Mondjuk, meg, ha abban a pillanatban nincs rá időnk, hogy mikor tudjuk a beszélgetést folytatni!
- Teremtsünk kellemes atmoszférát!
- Figyeljünk osztatlan figyelemmel rá!
- Ne veszítsük el a nyugalmunkat a beszélgetés során, forduljunk feléje!
- Nézzünk rá a beszéd elejétől a végéig, és ne nézzünk félre, ha dadogni kezd!
- Éreztessük vele, hogy a problémája, mondanivalója érdekel minket!
- Segítsük elő a beszédkontaktus igényét, hallgassuk figyelemmel!
- Fontos a jó beszédpélda, lassan, nyugodtan, jó hangsúlyokkal, beszéljünk!
- Hagyjuk, hogy elmondja a mondanivalóját, ne szaksítsuk állandóan félbe, fogadjuk el a hibás beszédet!

- A beszélgetés ne kikérdezés legyen! A gyors, eldöntendő kérdések feszültséget keltenek, és a szándékunk, hogy elkerüljük az ügyfél dadogását, nem válik be. Úgy érzi, hogy sürgetik, hogy türelmetlenek vele a beszédhibája miatt.
- Súlyos dadogás esetében lehetőleg mellőzzük a szóbeli – legyen az élőszó vagy telefonbeszélgetés – kommunikációt, helyette alternatív közlések alkalmazására adjunk lehetőséget (pl. SMS, e-mail).
- Fontos, hogy külön szobát biztosítsunk a beszédfigyatékos ügyfél telefonbeszélgetéseinek, hogy amikor telefonál, egyedül lehessen, más ne hallja, mert az számára zavaró lehet.
- Az afáziás ügyfeleknél gyakori lehet a depresszió, melynek oldására a nyugodt, ellazult légkör jó hatással van, s a kommunikációt is megkönnyíti.
- Legyünk tisztában azzal, hogy az afáziás emberek meg vannak fosztva érzelmeik, félelmeik, kívánságaik megfogalmazásának lehetőségétől, szóbeli kifejezésétől, a különféle indulatok, frusztráció hatására kialakult düh, szorongás levezetésétől, ezért bizonyos helyzetekben a felgyülemelő indulat egy dühroham formájában vezetődik le. Ennek megelőzésére a beszédfigyatékos ügyfél munkahelyi beillesztésénél különös gondot kell fordítani. Fontos felismerni a düh potenciális kiváltó okait az ügyfél esetében (pl. zaj, kezelhetetlen ingerek, biztonságérzetet csökkentő helyzetek, az afáziától szenvedő személyhez közelálló személyek gyakori változása, mások által elkövetett verbális vagy nem verbális csipkelődés, fáradtság, olyan helyzetek, amelyek nem állnak összhangban a napirenddel, stressz, figyelem hiánya), és megtenni

mindent az elkerülése érdekében. A dühkitörések és az agresszió megakadályozását célzó módok megtalálása jelentősen megkönnyítheti az afáziától szenvedő személy rehabilitációját (az ingerek/kiváltó ok megszüntetése vagy fokozatos csökkentése, a figyelem elterelése a zavaró ingerről, megkönnyebbülést hozó beszélgetés, nyugodt hangvétel és viselkedés).

- Általános tapasztalat, hogy a munkáltatók a leginkább elfogadóbbak a beszéd fogyatékos célcsoporttal kapcsolatban. Többnyire a fogyatékosági típusok között nem is tartják számon, illetve nem fogyatékoságnak, sokkal inkább adottságnak értelmezik a beszéd bármely zavarát. A felvételre jelentkező ügyfél esetében hajlamosak elbagatellizálni a problémát, kellő ismeret hiányában (pl. „én is jártam kiskoromban logopédushoz” stb.). Éppen ezért fontos, főleg a súlyosabb beszéd fogyatékoság, afázia esetén a munkáltató és a közvetlen kollégák korrekt tájékoztatása az ügyfél állapotáról, a fogyatékoságának jellemzőiről, a várható nehézségekről és azok kezelésének technikáiról.
- A munkába állás előtt, az ügyfélprofil elkészítésekor, lehetőség szerint történjen meg az ügyfél részletes képességfelmérése (kifejezetten munkaerő-piaci szempontú), melynek alapján pontosan meghatározhatóvá válik, hogy az adott célcsoporttag milyen munkakörhöz kapcsolódó feladat elvégzésére képes, és milyen formában.
- Az ügyfél munkáltatóval való találkozásakor szükség és igény szerint legyünk jelen, és biztosítsuk azokat az eszközöket (papír, ceruza vagy számítógép klaviatúrával), amelyek segíthetik a hatékony megértést.

- Nagyon fontos a célcsoport munkába történő beillesztésénél a munkakörillesztés – az adott munkakör részletes megismerését követően a verbalizációt igénylő feladatkörök kiemelése, más, az ügyfél által elvégezhető feladatelemekkel való pótlása.
- Az ügyfél utókövetéséhez és a vele való kapcsolattartáshoz feltétlenül tisztázzuk annak módját, eszközt a megbeszélte aktuális találkozási időponton túl is (pl. hogyan tud jelezni az ügyfél, ill. a tanácsadó, ha halaszthatatlan közölnivalója van: e-mail, SMS stb.).
- Az ügyfél elhelyezkedését követően az utókövetés során ösztönözzük az ügyfelet arra, hogy ha problémája merül föl, merjen segítséget kérni, bátran alkalmazza azt az alternatív kommunikációs eszközt, amely számára a legmegfelelőbb forma, s eddigi élete során bevált eszköz volt. Ezzel kapcsolatosan mindeképpen készítsük fel a munkahelyi kollégákat is, lehetőség szerint érzük el, hogy a munkáltató jelöljön ki olyan embert a közösségben, aki felvállalja az ügyfél segítségét, mentorálását a kezdeti időszakban.
- Az utókövetési időszak hosszát az ügyfél és a munkáltató igényéhez igazítsuk, a kapcsolat lezárásakor is biztosítsunk lehetőséget mindkét fél számára a megkeresésünkre.

V. AZ AKADÁLYMENTESÍTÉS ESZKÖZEI

A beszéd fogyatékos emberek orvosi rehabilitációja után következhetnek a rehabilitáció egyéb formái (köztük a foglalkozási rehabilitáció is). Ebben a folyamatban a **logopédusnak**, a **gyógypedagógusnak** vannak fontos feladatai.

A beszédneurózissal küzdő emberek esetében szükséges a **pszichológussal** való együttműködés is.

A különféle beszéd fogyatékoknak a következő felnőtt- és időskori kórképei (a demencia, a dadogás, a hadarás, a hangképzési zavarok különböző típusai, az orrhangzós beszéd, a pöszeség, a nyelés időskori zavarai, a hallás időskori zavarai) mind olyan kommunikációs zavarok, amelyek **logopédiai terápiás ellátást** igényelnek. Magyarországon azonban csupán nagyon kis számú logopédus dolgozik az egészségügyi rendszerben, így az ellátás kiterjesztése, az ahhoz való egyenlő esélyű hozzáférés meglehetősen nehézkes. Az **államnak** – a szakértők szerint – fontos szerepe kell hogy legyen annak megoldásában, hogy az oktatási és egészségügyi rendszerekben megjelenjenek olyan szereplők, amelyek a felnőtteknek nyújtanának logopédiai segítséget.

Természetesen a **kommunikációs akadálymentesítés** e célcsoport esetében is fontos. Ennek módszertana még nem teljes körű, s nem elterjedt (ellentétben például a hallás-sérült emberek esetében alkalmazottak). A főbb akadálymentesítési elveket a következőkben foglaljuk össze.

- Számítógép és internet által támogatott kommunikáció.
- Szóbeli – legyen az élő szó vagy telefonbeszélgetés – kommunikáció mellőzése, (főként dadogó emberek esetében, ha számukra ez kellemetlen), helyette alternatív közlések alkalmazása (pl. SMS, e-mail); vagy külön szoba biztosítása beszédzavarral élő telefonbeszélgetéseinek esetére, hogy amikor telefonálnak, lehessenek egyedül.
- Diszpraxiás személyek integrációja esetén hasznos lehet hanganyag készítése a találkozók, megbeszélések

alkalmával, az írást és jegyzetelést jobb ezzel a módszerrel helyettesíteni. Hasonlóképpen a hangfelismerő programok (beszédből átiratot készít) használata is meglehetősen praktikus lehet. Rövid és világos összefoglalókat ajánlott inkább készíteni a részletes jelentésekkel szemben. Amennyiben a beszédfigyatókos embert irodai munkakörben alkalmazzák, az irodai gépek használatának a világos leírása is elengedhetetlen.

- Személyes beszélgetés, interjú előnyben részesítése.
- Fontosabb technikai körülmények:
 - papír, írószer valamint törölhető táblák használatának támogatása;
 - prediktív szövegbevitelt támogató szoftverekkel és hangzó beszéd kimenetelű szoftverekkel rendelkező számítógépek használatának engedélyezése;
 - augmentatív és alternatív kommunikáció engedélyezése (AAC), az ehhez szükséges eszközök biztosítása, előreprogramozott szavak, illetőleg szövegrészek használatának támogatása;
 - telefon használatának engedélyezése szöveges telefon (TTY) módban is, valamint akár a továbbfejlesztett, telefonvonal kiküszöbölésével használható TTY biztosítása.

A munkahelyi akadálymentesség biztosítása elsősorban a munkáltató feladata. Ennek megvalósításához azonban első lépésként **a nyílt munkaerő-piaci foglalkoztatóknak nyitottabbá kellene válniuk a célcsoport** – de általában a megváltozott munkaképességűek csoportja – **irányába.**

A beszéd fogyatékos emberek foglalkozási rehabilitációja szempontjából speciális igényeik, szükségleteik megteremtésében az egyén szerepe elsősorban abban áll, hogy **fel kell vállalnia a beszédhibáját**, és motiválnak kell lennie olyan megoldási lehetőségek keresésében, amelyek munkahelyi integrációját segítik majd. A kommunikációs nehézségek sok esetben logopédiai terápiás ellátást igényelnek. Magyarországon azonban csupán nagyon kis számú logopédus dolgozik az egészségügyi rendszerben, így az ellátás kiterjesztése, az ahhoz való egyenlő esélyű hozzáférés meglehetősen nehézkes. Az **államnak** – a szakértők szerint – fontos szerepe kell hogy legyen annak megoldásában, hogy az oktatási és egészségügyi rendszerekben megjelenjenek olyan szereplők, amelyek a felnőtteknek nyújtanának logopédiai segítséget.

MENTÁLIS ÉS VISELKEDÉSZAVARRAL ÉLŐ EMBEREK

I. A CÉLCSOPORT MEGHATÁROZÁSA

A mentális zavarok problémaegyüttesként való meghatározása történhet a körébe tartozó betegségek megjelölésével is. Mentális és viselkedészavarral élők tekinthetők, akik pl. szkizofréniában, hangulatzavarban, paranoid üldöztetési zavarban, skizoaffektív pszichózisban (ún. nagyképek) szenvednek. (A BNO-osztályozás alapján: F20-29, F31-33 kódok.) De e csoportba tartoznak pl. a depresszióval, a szorongással és egyéb személyiségzavarokkal élők is (ún. kis képek).

Összességében elmondható, hogy bármilyen tünetről is legyen szó, mentális zavarról akkor beszélünk, ha a tünetek korlátozzák, akadályozzák, zavarják a tünettel élő embert vagy környezetét. Ennek hangsúlyozása már csak azért is különösen fontos, mert a pszichiátriai kórképek elsősorban tapasztalati, társadalmi döntéseket is tükröző konstrukciók, nem köthetők olyan egyértelműen biológiai sajátosságokhoz, mint a testi betegségek.

A mentális zavarok alapesetei

Szkizofrénia

A szkizofrénia az elmeműködés zavara, melyet a különböző pszichés működések, mint pl. észrevevés, gondolkodás,

érzelmi élet, motiváció, valóságérzékelés, magatartás kóros eltérései jellemeznek, változatos munkahelyi és szociális működési problémák kíséretében.

Bipoláris zavar

A köznapi nevén mániás depresszió, a hangulatszabályozás megváltozásával járó lelki betegség, melyet emelkedett hangulatú, azaz mániás és lehangolt (vagyis depressziós), illetve a kettő kombinációjával járó, ún. hangulati epizódok időszakos megjelenése jellemez.

Depresszió

A depresszió a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával járó betegség, amelynek klinikai képét a pszichológiai, gondolkodásbeli, testi tünetek esetenként igen változatos kombinációja alkotja. A depresszió orvosi értelemben vett betegség, és nem azonos a nemkívánatos külső környezeti tényezők által okozott rossz egyéni és társadalmi közérzettel.

Alkoholbetegség

Alkoholbetegnek tekintjük azokat az egészségügyi ellátásra szoruló rendszerszeres italfogyasztókat, akik italfogyasztásuk következtében személyiségi, magatartási, társadalmi életformában súlyosan sérültek, az alkohollal pszichés függőségbe kerültek és/vagy testileg is károsodottak.

Szorongásos zavarok

- Pánikbetegség
- Agorafóbia
- Szociális fóbia
- Kényszerbetegség

- Generalizált szorongás
- Poszttraumás stresszszavar
Poszttraumás stresszszavar tüneteit hordozó betegek életét az aggodalom, az irracionális félelmek töltik ki, melyek szorongásos vagy pánik rohamot eredményezhetnek.

Borderline

A főként a hangulat szélsőséges ingadozásával, önkárosító tünetekkel és kínzó érzelmi állapotokkal járó tünetegyüttest, személyiségzavart hívjuk borderline betegségnek.

II. A MENTÁLIS VISELKEDÉSZAVARRAL ÉLŐ EMBEREK SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

A szakemberek által elfogadott becslések szerint a teljes lakosság 60-70 százaléka él szorongásos időszakot legalább egyszer élete folyamán. Azok, akiknél a mentális és viselkedészavar jelentős károsodással és fogyatékossgal társul, nagyjából a lakosság egy százalékát teszik ki, azaz számuk 100 ezer fő körül alakulhat.

A mentális és viselkedészavarral élők körében **nagyobb arányban** találunk **nőket**: bár a megváltozott munkaképességűek teljes csoportjában is nagyobb arányban vannak jelen, mint a férfiak (arányuk 58,3% szemben 41,7%-kal), a mentális és viselkedészavarok esetében jelenlétük még erőteljesebb, hiszen az e problémával élők közel **kétharmada** nő.

1. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek nemek szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Nem	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
Férfi	34,5	44,5	41,7
Nő	65,5	55,5	58,3
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A mentális és viselkedészavarral élő emberek **átlagosan fiatalabbak, mint az egészségkárosodott népesség egésze**. Elsősorban a középkorúak (34–54 évesek) feülreprezentáltak körükben, az 55 évesek és idősebbek aránya közel 7 százalékponttal alacsonyabb, mint a teljes csoportban. Ennek oka lehet, hogy a mentális és viselkedészavarok kezelésére alkalmazott gyógyszerek komoly egészségkárosító hatással bírnak, másfelől okként jelenik meg az öngyilkosság is, illetve kezeletlen betegségek esetében az állandó feszültség.

2. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek korcsoport szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
25 alatt	1,6	1,0	1,2
25–34 éves	4,0	4,3	4,2
35–44 éves	13,4	10,4	11,2
45–54 éves	36,3	30,3	32,0
55 és felette	44,8	54,0	51,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A mentális és viselkedészavarral élő emberek életében a gazdasági-társadalmi tényezők mellett kiemelkedő stresszforrás az emberi kapcsolatokból ered: a bizalom, a reményteli jövőkép és az értelmes életlehetőségek hiánya, valamint a kritikus, agresszív, bántalmazó vagy a túlzottan is bevonódott, aggódó kommunikáció egyaránt igazoltan emeli a testi-lelki-addiktológiai betegség kockázatát esetükben. Különösen fontos azon helyszínek (pl. a munkahely) légköre, ahol az ember a legtöbbet tartózkodik. A megbélyegzés és megkülönböztetés tovább növeli a mentális zavar, illetve annak romlása kockázatát.

„A lelki ‚nyomorból’ indultam, ‚amikor kijött rajtam’, nem nagyon volt kapcsolatom a külvilággal. A hosszú út egy ébredéshez hasonlítható. Közben nagyon sok nehéz, fájdalmas érzésem mentem át, sokszor olyanokon, amiket előtte sosem tapasztaltam. Közben meg kellett küzdenem a megbélyegzéssel is, és azzal, hogy a családom megértse, mi történik velem, ne veszítsem el őket. Mindig azzal biztattam magam, hogy ezen a sok fájdalmas rosszon (érzések, konfliktusok) át kell esni, meglesz az eredménye. A személyiségem is sokat változott. Volt öngyilkossági kísérletem is. Főleg a diagnózis miatt, és ami ezzel járt. Minden elsötétült előttem, úgy éreztem nincs remény, jövő. Kilátástalannak találtam az életem. Azt hittem, sose lesz munkám, megélhetésem (hajléktalan leszek)...”

A mentális és viselkedészavarral élő emberek a helyzetük javítását szolgáló ellátórendszerben kiszolgáltatottnak érzik magukat. Az egészségügyi és szociális ellátásoknál gyakran vannak bántalmazó hatások és méltánytalan bánásmód. A pszichiátriai gyakorlat nem biztosítja/finanszírozza az emberközpontú, humánus szervezeti kultúra felépítését, monitorozását, valamint a nem biológiai terápiákat és eljárásokat, amelyek a felépülést, a rehabilitációt segíthetnék. Az a tapasztalat, hogy a mentális problémával élő emberek a megváltozott munkaképességűek közt is hátrányban vannak, és gyakran küldik el még megalázóan alulkvalifikált munkahelyekről is őket, ha kiderül a diagnózisuk. A mentális és viselkedészavarral élők számának növekedése nem választható el a társadalom csökkenő toleranciaszintjétől, hiszen e célcsoport olyan gondolkodási zavarokkal és egyéb téveszmékkal, viselkedészavarokkal, hallucinációkkal, érzékelési zavarokkal élő emberek csoportja,

akik a társadalom által elfogadott normál működés szintjétől különböznek.

A súlyos mentális és addiktológiai problémákkal élők a lakosság legalább egy százalékát teszik ki. Mintegy 30 ezer ember áll gondozás alatt szkizofrénia diagnózissal. Ehhez képest a megváltozott munkaképességűként nyilvántartott mentális és viselkedészavaros betegek aránya nem magas. Ennek okai a III. fejezetben kerülnek bemutatásra.

A 2012. évben az **új**, megváltozott munkaképesség megállapítására vonatkozó **igénybejelentések közel egyharmadát** (31%) a mentális és viselkedészavarral élő emberek által benyújtottak tették ki (6042 fő). Köztük az összes igénylőhöz képest némiképp kisebb arányban voltak, akiket nem javasoltak rehabilitációra (62,6% a kétharmadhoz képest). A rehabilitálható (azaz B1, C1) kategóriába sorolt megváltozott munkaképességűek között minden negyedik (24,0%) ember esetében a mentális és viselkedészavar az egészségkárosodás oka, a rehabilitációra nem javasolt érintettek körében pedig minden ötödik (18,7%) ember esetében (NRSZH 2012). Összességében tehát egy igen kiterjedt problémáról van szó.

III. A LEGGYAKORIBB MENTÁLIS ÉS VISELKEDESZAVAR-TÍPUSOK ISMERTETÉSE

III.1. A szkizofrénia

A szkizofrénia változatos lefolyású és változatos tünetekkel jellemezhető mentális zavar, amely leggyakrabban

a kamasz- és fiatal felnőttkorban kezdődik, kialakulásához (terhesség és szülés alatti komplikációk, gyermekkori és serdülőkori traumák és családi stresszek) is hozzájárulnak. A szkizofénia legjellemzőbb jelensége a pszichotikus állapot, amikor a valósággal való kapcsolat súlyosan sérül. Az első pszichotikus tünetek megjelenhetnek lappangva vagy hirtelen, ezt téveszmék, hallucinációk, gondolkodászavarok, rendezetlen viselkedés és lelki működés jellemezhetik, de a tüneti kép minden betegnél egyedi. A pszichózis leggyakrabban hatékonyan kezelhető, de hosszabb távon gondot okozhatnak olyan, ún. negatív tünetek, amelyek az önelátás, a testi higiéné, a szociális kapcsolatok sérülésével járhatnak, a betegek érzelmileg visszahúzódóak lehetnek.

Heni főiskolai tanulmányai során, a vizsgákra való felkészülés stresszorai⁹ nyomán produkált először zavart gondolkodást. Intellektusa alapján a felkészülés, vizsgaszituációkon való megfelelés nem jelenthetett volna problémát számára, de téveszméi, hallucináció azt sugallták, hogy a szellemek megakadályozzák minden erőfeszítését. Visszahúzódóvá, a közösségi élettől teljesen elzárkózóvá vált, szorongása állandósult, gyakori halálfélelemmel társult. Egy idő után a lakásukat sem akarta elhagyni. A betegsége diagnosztizálását követően, gyógyszeres kezelés eredményeképpen a lakás elhagyására már képessé vált, de főiskolai tanulmányait nem sikerült befejeznie. Amennyiben döntést kellene meghoznia bármely saját életét érintő kérdésben, láthatóak a szorongás fokozódásának testi tünetei. Heni gondnokság alá került.

9 Stresszoroknak a szervezetre ható külső erőket, körülményeket, vagyis azokat az ingereket nevezzük, amelyek a stresszválaszt létrehozzák.

A betegek nagyobb része jó kezeléssel és rehabilitációval tartósan jó, közel vagy teljesen tünetmentes állapotba hozható, kisebb részüknél életre szóló „fogyatékoság” alakul ki, és folyamatosan is fennállhatnak tünetek. Tehát a diagnózis ténye semmit nem mond a betegség súlyosságáról és várható kórlefolyásáról, továbbá nincs olyan tipikus tünet, amely egyedül kiemelhető a sok más tünet közül, és segíti az azonnali felismerést.

Tatyjana 17 éve, 35 évesen költözött Magyarországra. A teljes életmódváltás időszakában jelentkeztek első szkizofrén tünetei. Téves eszméi az üldöztetéssel kapcsolatosak. Úgy érzi, a munkahelyén összefogtak a munkatársai, hogy eltávolítsák onnan. Otthon egybeeséseket figyelt meg azzal kapcsolatosan, amit éppen csinál és beszélnek a rádióban (pl. ha rántottát csinál a fiának, akkor a rántottakészítés módját mondják a rádióban, ha cipőt tisztít, akkor a cipőápolásról beszélnek...), mintha be lenne kamerázva a lakása. Folyamatosan szorong, félelmei vannak. Gyógyszerei szedése mellett is szétszórt. Többször nem a saját lépcsőházukba ment be, a buszról leszállva nem tudta merre kell elindulnia. A koncentrációs nehézségek, az alvászavarok és a jövőtől való folyamatos rettegése áthatotta munkavégzését is.

Fontos megjegyezni, hogy a szkizofréniában tapasztalható funkcionális károsodás és készségcsökkenés nem csupán a betegséghez kapcsolódó folyamatokból fakadhat. A biológiai kezelésekhez kapcsolódó mellékhatások, a szociális izoláció, a hajléktalanság, a szegénység és a diagnózishoz kapcsolódó szociális stigma szintén hozzájárul a betegség funkcionális kimeneteléhez.

A szkizofréniát tradicionálisan úgy tekintik, mint élethossziglan tartó, súlyos deteriorizációt, fogyatékossgot eredményező kórképet, amelyből nem lehetséges felépülni. Ezzel szemben a hosszú távú vizsgálatok azt mutatták, hogy a betegség hosszú távú kimenetele rendkívül változó, és a betegek jelentős hányada számára a kimenetel kedvező lehet. A 20–40 éves utánkövetéses vizsgálatok szerint 20–65 százalékban a szkizofrénia kimenetele hosszú távon jó, 10–15 százalékban pedig akár teljes felépülés is várható. A felépülést befolyásoló faktorok egyelőre ugyancsak kevésbé ismertek, de felépülés bármikor bekövetkezhet, akár évek után is.

Fontos megjegyezni azt is, hogy bár vannak olyan betegek, akik a teljes tünetmentességet sohasem érik el, mégis képesek megfelelő életminőséget fenntartani, felépülnek, megfelelő támogatás és segítség esetén.

A WHO szerint a szkizofrénia a rokkantságot okozó leggyakoribb 10 betegség között szerepel. A halálozási arány jelentősen magasabb az átlagnépességhez viszonyítva. Ebben a magas öngyilkossági arány (a betegek közel 10%-a halálozik el szuicidium miatt), a gyakoribb erőszakos halál és a fizikális betegségek magasabb gyakorisága játszik szerepet. A szkizofréniában szenvedők esetében gyakoribb a dohányzáshoz köthető testi betegségek előfordulása, az elhízás és a cukorbetegség.

Aszkizofréniával összefüggő stigma azzal a hiedelemmel függ össze, hogy ez a betegség magas kriminális kockázattal jár együtt. A szkizofréniával összefüggő kriminalitás nem sokkal magasabb az átlagnépesség adatainál, és jóval alacsonyabb a drog- és alkoholfüggőséghez kapcsolódó kockázatnál. A szkizofrénia pszichotikus időszakában az okozhat veszélyt, hogy a beteg nem helyesen ítéli meg a környezetét. Az ilyen

állapotban megjelenő kriminalitás esetében a beteg nem rossz szándékból, hanem a téves észlelések és ítéletek miatt válhat veszélyessé, és a gyógyítás nyomán ez a kockázat többnyire megszűnik. Az optimális gondozás és rehabilitáció hozzájárul a kriminális kockázat csökkentéséhez is.

III.2. A bipoláris zavar

A bipoláris betegségen belül jelentkező depresszió a pszichiátriában a negyedik leggyakoribb kórkép. Kiemelt népegészségügyi jelentőségét aláhúzza az a WHO-adat is, miszerint 1990-ben a világon a leggyakrabban keresőképtelenséget okozó első tíz betegség között tartották nyilván. A bipoláris betegségre a különböző súlyosságú depressziós és mániás epizódok váltakozása jellemző, hosszabb-rövidebb tünetmentes periódusok közbeiktatódásával.

A betegséget a mániás állapotok súlyossága alapján két klinikai megjelenési formába soroljuk:

1. a depressziós és mániás állapotok váltakozásával járó ún. bipoláris I;
2. a depressziós és enyhe mániás epizódok formájában megnyilvánuló ún. bipoláris II csoportba;
3. a mániás epizód diagnózisa akkor állítható fel, ha a legalább 1 hétig tartó, abnormálisan emelkedett vagy ingerlékeny hangulat mellett az alábbi 7 tünetből legalább három (ha a hangulat ingerlékeny, akkor legalább négy) fennáll:
4. fokozott önértékelés,
5. csökkent alvásigény,
6. fokozott beszédkésztetés,

7. gondolatrohanás,
8. szórt figyelem,
9. szokatlanul felfokozott aktivitás, nyugtalanság,
10. kritikátlan, meggondolatlan cselekedetek (anyagi és szexuális téren egyaránt).

A kórisme felállításához szükséges még az is, hogy az állapot elég súlyos legyen ahhoz, hogy észrevehető károsodást okozzon a munkaképességben, ill. szociális tevékenységekben, és hogy a tünetek nem kémiai anyag vagy ismert testi betegség (pl. pajzsmirigy-túlműködés) következményei. Jellemző tünet még (bár nem kötelező) a betegségtudat hiánya. A mániás epizód során gyakran a beteg kórházi kezelésére van szükség. A mániás állapotot jól mutatja be pl. a Mr. Jones című film, R. Gere főszereplésével.

A hipomániás szindróma a mániával szemben enyhébb állapot, amely nem okoz lényeges károsodást a munkaképességben és szociális alkalmazkodásban. A mániás és hipomániás epizódon kívül ún. kevert fázissal is találkozunk, amikor a betegnél mániás és depressziós tünetek keverednek.

A bipoláris zavar kezelés nélkül az esetek több mint 90%-ában visszatérően zajló betegség. Az epizódok gyakorisága nagy egyedi különbségeket mutat, az esetek kb. 10–15%-ában gyors váltakozást mutatnak a mániás és depressziós tünetek. A nem kezelt bipoláris betegeknél a leggyakrabban észlelhető komplikációk a tartós munkaképtelenség, korai rokkantositás, másodlagos alkohol-, ill. drogbetegség, családok széthullása, fokozott testi betegségkockázat, valamint az öngyilkosság. A bipoláris betegek kb. egyharmadának volt már legalább egy szuicid kísérlete, és a bipoláris

betegek aránya a befejezett öngyilkosságot elkövetők között több mint hússzorosan haladja meg a lakossági átlagot.

Zsuzsanna 44 éves, elmondása szerint nem tud megmaradni egyetlen munkahelyen sem. Bipoláris affektív zavara gyógyszeresen kezelt, amely eredményeképpen a mániás szakaszai kevésbé szélsőségesek. Ebben az időszakban érzékelhető a gyors beszéd, a kényszeres, felpörgött munkakeresés: minden hirdetésre jelentkezést ad be, ügyintézőjét naponta 4-5-ször hívja, hogy megkérdezze a véleményét az általa feltárt lehetőségekről. Folyamatosan jár az agya, a problémákat keresi, és a megoldásokat gyorsan elveti. Külsejére nagyon ad. A külsődleges jegyek alapján az ügyintézők folyamatosan félreértelmezik viselkedését: úgy tűnik számukra, hogy nem motivált az elhelyezkedésre. Ez a fajta kettősség, a megértés hiánya a depresszív tüneteit erősíti. A végzettségéhez képest alacsonyabb szintű munkakörökben helyezkedett el, védett szervezeti körülmények között.

III.3. Depresszió

A depresszió mind előfordulási gyakoriságát, mind egyéni és társadalmi jelentőségét illetően a pszichiátria és az orvostudomány egyik legfontosabb problémája. A súlyos depressziós epizód kórisméje akkor állapítható meg, ha az alábbi kilenc tünet közül minimálisan öt legalább két hétig fennáll; az első két tünet közül valamelyiknek mindenképpen jelen kell lenni:

1. indokolatlanul szomorú hangulat,
2. az érdeklődés/örömkészség elvesztése,
3. jelentős fogyás vagy hízás,

4. alvászavar vagy túlalvás,
5. mozgásos nyugtalanság vagy gátoltság,
6. fáradtság, energiavesztés,
7. értéktelenség érzése, önvád, bűntudat,
8. csökkent gondolkodási, döntési és koncentrációs képesség,
9. öngyilkossági gondolatok, terv, kísérlet.

A közepes depresszió, ill. disztímia diagnózisának megállapításához az alábbi hét tünetből legalább háromnak kell teljesülni, és az első tünet mindenképpen jelen kell legyen:

1. szomorú hangulat,
2. étvágytalanság vagy fokozott étvágy,
3. inszomnia vagy hiperszomnia,
4. fáradékonyság, anergia,
5. csökkent önértékelés,
6. csökkent koncentrációs és döntési képességek,
7. reménytelenség.

Az unipoláris depresszió (major depresszió, ill. minor depresszió/disztímia) diagnózisa akkor állítható fel, ha a tünetek nem magyarázhatók jobban gyászreakcióval, ill. egyéb betegséggel (pl. pajzsmirigy-alulműködés, pszichoaktív szer használat) és a kórelőzményben nem szerepel mániás vagy hipomániás epizód (utóbbi esetben bipoláris, tehát mániás-depressziós betegségről van szó).

III.4. Alkoholbetegség

Az alkoholbetegség multifaktoriális eredetű betegség, amelynek kialakulásában genetikai, biológiai, személyiségi és

szociokulturális tényezők egyaránt szerepelnek. Különböző személyiségtényezők – hiperaktivitás, erőteljes emocionális, gyengén fejlett szociális adaptációs készség – predesztinálnak alkoholizmus kialakulására. Az alkoholbetegeken gyakran felismerhetőek a dependens személyiségzavar jelei. Az általános szociokulturális adottságok, a mikro- és makrokulturális hatások, a gazdasági és társadalmi változások – a betegség kialakulása szempontjából – jelentősek.

A betegek többsége nem rendelkezik a súlyos alkoholfüggőség jeleivel, családi környezetben él, munkahelye van, rendezett a külseje. Elsősorban szomatikus panaszai miatt, mint gyomor-bél panaszok, vérnyomás-emelkedés, lábikragörcsök, az erőnlét csökkenése vagy pszichés panaszok (feledékenység, alvászavar, idegesség, rossz hangulat) keresik fel orvosukat, de ezek alkoholfogyasztással való kapcsolatát elhallgatják, nem ismerik el, tagadják.

Az alkohol károsít majdnem minden szervet és szervrendszert, így a központi és perifériás idegrendszert, a gyomor-bélrendszert, a vérképzőrendszert, a májat és a hasnyálmirigyet, a szívet és a keringési rendszert, az anyagcsere különböző összetevőit.

Krónikus alkohol hatására gyakran alakulnak ki pszichotikus zavarok. Az alkoholos hallucinosis nagy mennyiségű alkoholfogyasztás talaján alakul ki. Általában tudatzavar nélkül hirtelen, (akár az absztinencia, akár ittasság állapotában, általában megvonási tünetek nélkül) elsősorban akusztikus (de lehet vizuális, scénikus is), kellemetlen tartalmú, gyakran párbeszédszerű hallucinációk jelentkeznek, melyek hangulati nyomottságot, pánikálig fokozódó szorongást okoznak, s másodlagosan téveszmés alakulás révén a beteg magatartását nagymértékben befolyásolhatják.

III.5. Szorongásos zavarok

Pánikbetegség

Spontán jelentkező szorongásos rohamok. A roham viszonylag gyakran, előzmény nélkül jelentkezik, súlyos szorongással, amely lezajlik 20-40 perc alatt. Sok testi panasszal is együtt jár: pl. mellkasi fájdalom, nehézlégzés, zsibbadás, szédülés, izzadás stb. A rohamok között várakozási félelem csatlakozhat hozzá. A súlyosság olyan erős lehet, hogy szívrohamtól nehéz elkülöníteni, a beteg is ilyenre gondol, mentőt hív.

Agorafóbia

Félelem zsúfolt terektől, tömegtől és/vagy zárt terektől, pl. lift. Együtt jár elkerülő viselkedéssel, ami miatt a beteg akár teljesen életképtelen is lehet, otthonából nem tud ki-mozdulni. A félelem tárgya pánikrohamot provokál.

Szociális fóbia

Félelem figyelemnek kitett helyzetekben (pl. nyilvános helyen, vásárláskor, ha előadást kell tartani). Szintén elkerülő viselkedéssel, ezáltal komoly funkcióvesztéssel járhat.

Kényszerbetegség

Ismétlődő gondolatok és cselekvések, amelyek szorongással járnak. A betegnek olyan gondolatai vannak, és/vagy olyan tevékenységeket kell ismételnie, amelyek irracionálisát felismeri: pl. sokszor ellenőrizni kell, bezárta-e az ajtót, hosszan kell mosakodnia, vagy olyan kényszerszorgondolatok gyötrik, hogy megöli a gyermekét (amit pedig nem akar). Súlyos fogyatékossgal járhat.

Generalizált szorongás

Szinte folyamatos, általában enyhe-közepes szorongás, aggodalmaskodás jellemzi.

Poszttraumás stresszszavar

Bántalmazott vagy más súlyos traumán átesett emberek-nél változatos szorongásos és hangulati tünetek lépnek fel, az átélt esemény élénk emléke újra és újra előbukkan (flashback), és rémálmokban is visszatérhet. Elkerülő viselkedéssel társulhat. Komoly fogyatékosságot okozhat.

III.6. A borderline (más néven: érzelmileg labilis) személyiségzavar

Határeseti kórkép, amely gyakran gyermekkori traumákkal függ össze. A személyiség labilitásával, végletes érzelmi állapotokkal, identitászavarral, változatos hangulati, disszociációs és paranoid tünetekkel, szerhasználat, impulzív viselkedéssel, gyakori öngyilkossággal járhat. A személy nem viseli el az egyedüllétet. Ezek közül a tünetek közül nem mindegyik van jelen általában. Az ilyen beteg nagy terhet jelent a környezetében élők számára is, és labilitása miatt (is) nagyon sérülhet a működőképesség. A személyiségzavarok közül a legnagyobb jelentőségű ez a kórkép a megváltozott munkaképesség szempontjából.

Veronika 28 éves, túl van pár rossz párkapcsolaton. Elmondása szerint a férfiak rendszeresen erőszakosak vele, olyan „játékokra” kényszerítik, amelyet ő nem akar. A feltáró beszélgetés viszont a gyakori önkontrollvesztésről ad információkat: ital hatására, de néha anélkül is rendszeresen

kezdeményez idegenekkel, néha egyszerre több partnerrel is kapcsolatot. Nem riasztja vissza ettől az sem, ha olyan rendezvényen van, ahol megfelelően konszolidált viselkedés az ildomos (esküvő, munkahelyi összejövetel...). Képtelen egyedül tartózkodni a szülői házban, volt próbálkozása párkapcsolatban, hogy a párjához költözzön, de ott sem tudott megmaradni egyedül.

IV. A CÉLCSOPORT MUNKAERŐ-PIACI HELYZETKÉPE, PRAKTIKUS ISMERETEK, JAVASLATOK

A mentális és viselkedészavarral küzdő emberek körében a munkát végzők aránya 12,5 százalék, és ez mindössze 2,5 százalékponttal marad el a megváltozott munkaképességű személyek csoportjában tapasztalt aránytól. Ugyanakkor a munkavégzést kísérő szorongások kapcsán már nagyobbak az eltérések.

3. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek korcsoport szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
25 alatt	1,6	1,0	1,2
25–34 éves	4,0	4,3	4,2
35–44 éves	13,4	10,4	11,2
45–54 éves	36,3	30,3	32,0
55 és felette	44,8	54,0	51,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Az elszigeteltségtől, elkülönítéstől való félelem a célcsoport 17,1 százalékára jellemző, ezzel szemben a teljes csoportban csak a válaszadók 9,5%-ára. A mentális és viselkedészavarral élők esetében a foglalkoztatást elsődlegesen és leginkább a velük szemben meglévő előítéletek és félelmek gátolják.

4. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek megoszlása a munkahelyen való elszigeteltségtől való félelem alapján más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

„Attól tart, hogy munkatársai elszigetelnék/ elkülönítenék Önt. Igaz ez?”	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
Igen	17,1	6,4	9,5
Nem	80,7	91,7	88,5
Nem tudja	2,2	1,9	2,0
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Ugyancsak nagyobb félelmet fogalmaznak meg a célcsoport tagjai azzal kapcsolatban, hogy az **iskolai végzettségük megfelelő-e**, miközben a mentális és viselkedészavarral élő emberek csoportjában az iskolai végzettség szintje csak elenyésző mértékben marad el a megváltozott munkaképességűek teljes csoportjához képest.

5. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek megoszlása a végzettség megfelelőségének szubjektív megítélése alapján más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

„Úgy érzi, hogy iskolázottsága, képzettsége nem megfelelő. Igaz ez?”	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
Igen	24,7	17,0	19,3
Nem	73,3	81,7	79,3
Nem tudja	2,0	1,2	1,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A célcsoport tagjainak **egészségi állapota** egyértelműen rossz: **ritka, hogy valakinek kizárólag mentális problémája legyen.** Ennek okai között megtaláljuk a házi-orvosi ellátás hiányosságait, a gyakoribb dohányzást és alkoholfogyasztást, vagy a mentális probléma kezelésére alkalmazott gyógyszerek mellékhatásait, mint például a cukorbetegség, az elhízás és a pajzsmirigyműködés zavara. A nem megfelelő kezelés tovább szűkítheti a beteg kapcsolatrendszerét, ellehetetlenítheti munkavállalását, még rosszabb anyagi és szociális helyzetet idézve elő.

A mentális és viselkedészavarral élők **szociális helyzete rendkívül rossz.** Egyfelől a hátrányos helyzetű emberek körében eleve gyakrabban jelenik meg a vizsgált probléma, hiszen minden pszichológiai és szociális stressz, a bizony-

talanság, az egzisztenciális szorongás nagy valószínűséggel predesztinálja a mentális és viselkedészavarok kialakulását. Másfelől pedig a romló mentális állapot még inkább felerősítheti a szociális helyzet romlásának folyamatát.

6. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek iskolai végzettség szerinti megoszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Iskolai végzettség	Arányuk a mentális és viselkedészavarral élők körében	Arányuk a mentális és viselkedészavarral nem rendelkezők körében	Arányuk a megváltozott munkaképességűek körében
Kevesebb mint 8 általános	6,1	4,7	5,1
Általános iskola	32,6	30,0	30,7
Szakiskola/ szakmunkás-képző	34,5	40,5	38,8
Középfokú végzettség/ érettségi	16,2	16,6	16,5
Technikusi végzettség	5,4	3,4	3,9
Felsőfokú szakképesítés	1,2	1,0	1,1
Felsőfokú végzettség	4,0	3,9	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Korai életkorban megjelenő mentális és viselkedészavar esetében gyakori, hogy a betegség **megakadályozza a tanulmányok befejezését, a szakmaszerzést,** ami tovább rontja az elhelyezkedési esélyeket.

A munkavállalás szempontjából további akadályt jelent a **stigmatizáltság**. Általános tapasztalat, hogy a munkáltatók **a megváltozott munkaképességűek csoportján belül legkevésbé a mentális és viselkedészavarral élőket foglalkoztatják.**

A munkába állás nehézségei miatt a mentális és viselkedészavarokkal küzdők gyakorta nem szereznek elégséges szolgálati időt ahhoz, hogy ellátást kapjanak. Ha mégis munkába tudnak állni, a számukra felkínált lehetőségek jellemzően alacsony iskolai végzettséget megkívánó munkák. Hiába rendelkezik egy célcsoporttag akár felsőfokú végzettséggel, ritka, hogy eredeti szakmájában tudjon elhelyezkedni. A feketemunka is számos veszélyt rejt magában, mert gyakori, hogy nem fizetik ki a munkavállalókat.

A munkáltatók hozzáállására jellemző továbbá, hogy ha fel is vesznek mentális és viselkedészavarral élő munkatársat, akkor megállapodnak abban, hogy nem jár be a munkahe-lyére dolgozni, így a foglalkoztatás voltaképpen fiktív, és további izolációban, passzivitásban tartja az érintettet. Gyakori a munkáltatók esetében az is, hogy inkább mozgáskorlátozott munkatársat alkalmaznak, akinek az egészségkárosodása jobban látható, így a „marketingértéke„ nagyobb.

A munkavállalás szempontjából speciális igényeket tekintve más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz képest a mentális és viselkedészavarral élők esetében az egyik legalapvetőbb különbség, hogy állapotuk válto-

zékony, ezért nehéz felmérni képességeiket, illetve az állapotuk változásával együtt járó lehetséges kockázatokat. Nehezebben mondható meg, és nem egységesíthető, hogy milyen feltételek biztosítása lenne szükséges a megfelelő munkavégzéshez. Mindemellett e csoport tagjai igen sérülékenyek, és az asszertivitás is kevésbé jellemző esetükben.

„Sajnos a diagnózis ‚szkizofrénia‘ nagyon megbélyegző, valami misztikus dolgot sejtet a kívülállók számára, és előítéletei vannak az embereknek e állapotban szenvedők felé. Az gondolják, bolondok az ilyen emberek, pedig ez csak egy megváltozott tudatállapot, pontosabban Gondok Okozta Átmenetileg Megváltozott Állapot, amit közösen találtunk ki (egy sorstársi önsegítő csoportban) a ‚szkizofrénia‘ helyett a találkozások alkalmával, és aminek a rövidítését én ajánlottam használni: GOÁMÁ. A problémák megszűnésével visszaáll a normális állapot. Maga a megbélyegzés nagyon érzékenyen érinti a ‚betegeket‘. Értéktelennek érzik magukat, számkivetettnek. Ezen felül munkát is nehezen kapnak e diagnózissal élők.”

A mentális és viselkedészavarral élő emberek munkaerő-piaci (re)integrációja

A mentális és viselkedészavarral élő emberek speciális jellemzőiből adódó egyedi szükségleteire komplex módon szükséges reagálni a társadalom több színterében (munkáltatók, állam, egészségügy, szociális ellátórendszer, civil szervezetek).

A munkába állíthatóságuk javítása érdekében mindenképpen szükséges „felépülésszemléletű” közösségi pszichiátriai támogatásuk. Az „otthon gondozás módszertanán” ke-

resztül, az „emberkörüli gondozási terv” előkészíti a beteg munkahelyi pszichoszociális akadálymentesítését.

„A közösségi pszichiátria egy új utat mutatott meg nekem. Képes vagyok kézben tartani az életemet, mára felismerem, hogy mikor jön egy esetleges rosszullét, és sok eszközöm van a kivédésére. Újra van önbizalmam. A barátaimmal szabadon beszélek a problémáimról is. Ők is segítenek az egyensúlyom megőrzésében. Szabadnak érzem magam, és az életem az enyém.”

7. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek speciális jellemzőiből adódó egyedi szükségletek a foglalkozási rehabilitáció szempontjából

Speciális jellemző	A jellemzőből adódó szükséglet
Stigmatizáltság	<ul style="list-style-type: none"> A sztereotípiák és az előítéletek csökkentése.
Izoláció	<ul style="list-style-type: none"> Annak elérése és támogatása, hogy az érintett kimozduljon a megszokott életéből. A szociális kompetenciák fejlesztése.
Szorongás	<ul style="list-style-type: none"> Törekedni az ezt kiváltó okok csökkentésére, illetve a megfelelő kezelésre. A megszokottnál hosszabb időtartamú utókövetés.
Változékony állapot	<ul style="list-style-type: none"> Munkáltatói rugalmasság. A megszokottnál hosszabb időtartamú utókövetés.

A **munkahellyel** szemben támasztott legfőbb követelmény, hogy képes legyen valóban **elfogadó és biztonságos légkört** teremteni a mentális és viselkedészavarral élő munkavállaló számára. Ez már önmagában is rendkívüli megtartó erőt tudna képviselni. Alapvető fontosságú

a **munkáltatók nyitottabbá válása**. Nemcsak az érzékenyítésükre kell energiát fordítani, hanem arra is, hogy **valós képet kapjanak a mentális és viselkedészavarral élő emberek csoportjáról**. Fontos lenne megláttatni elsősorban, hogy **e csoport nem homogén**: nagyon sokféle betegség, és azoknak nagyon sokféle tünete tapasztalható a célcsoport körében. Rá kellene világítani arra, hogy milyen pozitív hozadékaik vannak a mentális és viselkedészavarral küzdő munkavállalók alkalmazásának. Erre a tevékenységre külön forrást is szükséges lenne biztosítani, a jelenlegi ösztönzőrendszer fenntartása mellett.

A munkahelyi beilleszkedésben és a tartós munkában maradás szempontjából fontos a mentális és viselkedészavarral élő munkavállaló támogatása a munkafolyamatok megtanulásában, a munkahelyi problémák megoldásában, a munkatársak közé való beilleszkedésben (akár az új munkatárs és a munkaadó, valamint a kollégák közötti közvetítés útján – tehát egyfajta mentori tevékenység révén).

A munkáltatók a **munkahelyi lelki egészségprogramok** kidolgozásával nemcsak hozzá tudnak járulni munkatársaik megfelelő lelki egészségéhez, a mentális és viselkedészavarral élő munkatársakkal szemben megjelenő stigma gyengítéséhez, megszüntetéséhez, hanem egyben a termelékenység növeléséhez is, hiszen az ilyen programok minden munkatárs teljesítményét javítják, és segítik egészségük megőrzését.

Lehetővé kellene tenniük továbbá, hogy a célcsoportba tartozó megváltozott munkaképességű munkavállaló **munkakörülményei rugalmasan, egyénre szabottan**

legyenek alakíthatók, mindkét fél (alkalmazott és munkaadó) igényeit figyelembe véve.

8. táblázat: A mentális és viselkedészavarral élő emberek munkába állása szempontjából speciális szükségletei és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
Jelenlét	<ul style="list-style-type: none"> • Rugalmas munkahelyi környezet • Rugalmas időbeosztás • Szünetek, elmeheessen tanácsadásra • Távmunka • Rendszeres kapcsolattartás a munkavállaló gondozóival
Koncentráció	<ul style="list-style-type: none"> • A stressz csökkentése • Asszertív kommunikáció • Saját, külön hely a munkavégzésre • A zenehallgatás engedélyezése • Természetes fény vagy nagy spektrumú fény biztosítása • Rugalmas munkakörnyezet • Rugalmas időbeosztás • Szünetek • Elmeheessen konzultációra • Távmunka • A nagyobb feladatok kisebbekre, kisebb célokra osztása • A munka átstrukturálása alapvető funkciókra, emlékeztetők
Érzelmek	<ul style="list-style-type: none"> • Stresszkezelő technikák alkalmazása • Asszertív kommunikáció • Segítő állat jelenlétének engedélyezése • Kapcsolatfelvétel orvossal, egyéb segítőkkel munkaidőben is • Rugalmas szünetek

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
Fáradtság	<ul style="list-style-type: none"> • Rugalmas munkahelyi környezet • Rugalmas időbeosztás • Szünetek • Elmeheessen tanácsadásra • Távmunka • Célorientált munkavégzés • A fizikai megterhelés és a munkahelyi stressz csökkentése • Ergonomikus munkaállomás
Memória	<ul style="list-style-type: none"> • „Job coach” mentor • Néhány perces megbeszélések, tréningek • Hallás utáni vagy írott anyagok • Emlékeztetők • További idő tréningre • Írott „checklist” • Színkódolás, a fontossági sorrend betartásának elősegítésére • Jegyzetek, szervezők, az információk rögzítése stb. • Táblák
Szervezés	<ul style="list-style-type: none"> • Napi, heti, havi feladatlista • Naptár - kiemelve a találkozók és a határidők + emlékeztető • Elektronikus szervezők vagy mobil eszközök • Kisebb feladatokra és célokra való felosztás • Színkódok a fontossági sorrendhez
Munkatársi interakció	<ul style="list-style-type: none"> • Kiléphessen a frusztráló szituációból vagy konfrontációból • Elválasztók vagy zárt ajtók biztosítása a magányos munkavégzéshez – amennyiben szükséges • A munkatársak felkészítése, érzékenyítése
Pánikrohamok	<ul style="list-style-type: none"> • Szünet, elengedni megnyugtatóbb helyre • Relaxációs technikák • Kapcsolatfelvétel támogató szakemberrel • A környezeti kiváltó okok azonosítása és eltávolítása • Támogató állapot jelenlétének engedélyezése

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
Alvászavarok	<ul style="list-style-type: none"> • Rugalmas munkakezdés • Rövid szünetek, pihenőhely biztosítása • Konzisztens időbeosztás szerint dolgozzon • Figyelmeztető jelzések • Napfényes vagy természetes fénnel ellátott munkaállomás
Stressz	<ul style="list-style-type: none"> • Munkahelyi támogatás • Kapcsolatfelvétel a támogató szakemberekkel akár munkaidőben is • Támogató állat jelenlétének engedélyezése • Rugalmas munkakörnyezet, rugalmas időbeosztás • Módosított szünetbeosztás • Elmeheessen tanácsadásra • Távmunka • Hatékony vezetői kultúra • Munkahelyi egészségprogramok • Asszertív kommunikáció alkalmazása, elvárása és tréningje a munkahelyen • Érzékenyítő tréning a munkatársaknak

Forrás: Job Accomodation Network, Office of Disability Employment Policy, USA;

Ágnes 38 éves, gyermekvédelmi intézményben dolgozott, gyermekfelügyelői tevékenységet végzett, szkizofrén megbetegedése miatt szűnt meg a munkaviszonya. Betegsége abban az esetben jól kezelt, amikor ellenőrzött körülmények között szedi a gyógyszereit. Súlyos anyagi nehézségei és lakhatási problémák miatt (munkásszállón él) erősen motivált az elhelyezkedésre. A szociális elszigetelődéséből, anyagi viszonyaiból, valamint a betegséggel kapcsolatos stigmák megéléséből adódó tünetek kezelése érdekében a foglalkozási tanácsadó rehabilitációs, életvezetési tanácsadásba vonta az ügyfelet. Ágnes elhelyezésére a tárgyalások révén egy áruházlánc hipermarketjében adó-

dott lehetőség. Az ügyfél fogadását a közvetlen munkatársak, vezetők érzékenyítő beszélgetésbe vonása mellett az áruházlánc saját érzékenyítő tréningje is segítette. Szavatossági időkontroller munkakörben alkalmazták Ágneszt, a betanulási időszakban a foglalkozási tanácsadója is mellette állt, elkísérte. A biztonságos beilleszkedést követően a munkahelyi mentorral rendszeres kapcsolattartás történt, ennek keretében kerültek feltárára a foglalkoztatást hátráltató további tényezők. Ágnes anyagi problémák miatt nem minden esetben vásárolta meg a gyógyszerét, illetve rendszeresen cigaretta, illetve pénzt kért kollégáitól, melyet elfelejtett megtéríteni. Szükséges volt a beavatkozás. Ágnessel segítő beszélgetés keretében került tisztázásra a viselkedése munkahelyi beilleszkedésére, elfogadói légkörre irányuló negatív hatása. A munkatársakkal is tisztázásra került, hogy Ágnes viselkedészavarai esetén hogyan szükséges reagálniuk. A gyógyszerek rendszeres használata érdekében a munkahelyen történő tárolás nyújtott segítséget a továbbiakban.

A hosszú távú munkavállalása alapja jelenleg, hogy a munkahelyén mind kollégái, mind vezetői elfogadóak, toleránsak a betegségtünetekkel és a velük járó speciális élethelyzetből fakadó nehézségekkel szemben, hiszen Ágnes jó munkaerőnek bizonyult. Hangulati változás esetén, viselkedésbeli furcsaságok észlelésekor nem a munkaviszony megszüntetésén gondolkoznak, hanem a problémák kezelésén, és ennek érdekében folyamatosan kapcsolatot tartanak fenn a foglalkozási tanácsadóval. Ágnes jól érzi magát a munkahelyén.

Abban kell támogatni a mentális és viselkedészavarral élő embert, hogy visszanyerje reményét és hitét az életben, hogy megtalálja identitását, hogy képes legyen a stigma le-

küzdésére, az önsegítésre – azaz visszanyerje emberi méltóságát. Ennek nem szükséges feltétele a tünetmentesség.

Heni, miután elfogadta a gondnokságba vételét, nagyon együttműködőnek bizonyult a segítőivel szemben, megérezte, hogy mindannyian az ő előmenetelét, betegsége leküzdésének segítségét szeretnék elérni. Még hosszú folyamat áll előtte, hogy a nyílt munkaerőpiacon munkát tudjon vállalni. Első lépésként egy alapítványi működtetésű könyvtárban szervezett számára a foglalkozási tanácsadó a hivatalos önkéntes munkavégzési lehetőséget. Ennek keretében jelenleg a könyvtári állományt kezeli: a kölcsönzésből visszahozott könyvek nyilvántartását és polcra visszahehelyezését végzi. A munkatársak, a könyvtár ügyfelei nagyon szeretik, elfogadják őt. Ha egészségi állapota rosszabb tüneteket produkál, telefonon értesíti a könyvtárat, hogy pár napig nem vesz részt az önkéntes munkában. Ma már magasabb felelősségű munkákat is rábízhatnak: telefonon fogadja és intézi az könyvtár olvasóinak hívását, illetve részt vesz a könyvtár rendezvényeinek szervezési munkáiban.

Heni párt is talált magának az utóbbi hónapokban, így kiegyensúlyozott és vidám.

V. A HATÉKONY FOGLALKOZÁSI REHABILITÁCIÓT SEGÍTŐ TÉNYEZŐK

Szkizofrénia

- *Előnyök:* A terápiásan jól karbantartott, a stigmát legyőzni képes betegek stabil és lojális munkatársak. Sokkal többen vannak köztük munkára alkalmas emberek,

mint ahányan foglalkoztatottak, sikert jelenthetnek a foglalkoztatás szempontjából.

- *Hátrányok:* Ha nincs jó rehabilitáció, gondozás, akkor az állapot, illetve a kezeléssel összefüggő mellékhatások (pl. aluszékonyság, koncentrációs zavar, reggeli felkelés nehézsége, fizikai fáradékonyság) megnehezítheti a foglalkoztatást. Hátrány az is, hogy e diagnózishoz kapcsolódik a legtöbb stigma.
- *Egyéb munkát segítő tényezők:* A szervezetben dolgozók érzékenyítő tréningje, a stigma és diszkrimináció elkerülését szolgáló szervezeti kultúra, a jó stresszkezelés, és a kliens egyéni adottságaihoz adaptált, önbizalmat adó munkavégzés (pl. későbbi munkakezdés, egyedül végezhető munka vagy épp csapatban). Ez a kliens szükségleteinek és céljainak felmérése nyomán alakulhat ki. A betegség romlását jelző korai tünetek monitorozása, a gondozókkal való szoros kapcsolattartás, a stresszhelyzetek azonnali hatékony kezelése, a páciens körüli támogató, baráti kapcsolatrendszer segítése, a szerhasználat megelőzése hatékony környezetet jelentenek.

Bipoláris zavar

- *Előnyök:* A bipoláris problémával élő emberek sokszor kreatívak, enyhén felhangolt állapotban kifejezetten emelkedik a munkateljesítményük. Többnyire barátkozó, kommunikatív emberek. Jól kezelhető a betegség, ami tartósan teljes tünetmentességgel jár, így teljes értékű munkaerőként foglalkoztatható a kliens. A neves emberek, művészek közt kiemelkedően magas a bipolárisok aránya.

- *Hátrányok:* Változékony lehet a kliensek hangulata, amely pl. a munkaképesség megítélésében is nehézséget okozhat. A depresszív időszakban többnyire romlik a teljesítményük.
- *Egyéb munkát segítő tényezők:* A bipoláris emberek számára nagyon előnyös a stabil napirend tartása, ezért az állandó munkaidő és napirend előnyös számukra. Jó, ha toleráljuk, hogy időnként átlag feletti szinten, máskor átmenetileg esetleg átlag alatti szinten dolgoznak. A szervezetben dolgozók érzékenyítő tréningje, a stigma és diszkrimináció elkerülését szolgáló szervezeti kultúra, a jó stresszkezelés segít. A betegség romlását jelző korai tünetek monitorozása, a gondozókkal való szoros kapcsolattartás, a stresszhelyzetek azonnali hatékony kezelése, a páciens körüli támogató, baráti kapcsolatrendszer segítése, a szerhasználat megelőzése hatékony környezetet jelentenek.

Depresszió

- *Előnyök:* Jól kezelhető betegség, tartós tünetmentesség lehet, ami teljes értékű munkaerőt eredményez. Általában lojális, lelkiismeretes emberek a betegség tüneteit hordozó személyek.
- *Hátrányok:* A depressziós állapot rontja a munkateljesítményt. A kliens konfliktus, stresszhelyzet esetén könnyebben válik büntudatosná, aggodalmaskodóvá.
- *Egyéb munkát segítő tényezők:* A depressziós emberek számára előnyös a stabil terhelés, a támogató légkör, az alacsony stresszterhelés, a biztatás. A szervezetben dolgozók érzékenyítő tréningje, a stigma és diszkrimináció elkerülését szolgáló szervezeti kultúra, a jó stresszkezelés segít. A betegség romlását jelző

korai tünetek monitorozása, a gondozókkal való szoros kapcsolattartás, a stresszhelyzetek azonnali hatékony kezelése, a páciens körüli támogató, baráti kapcsolatrendszer segítése, a szerhasználat megelőzése hatékony környezetet jelentenek.

Alkoholbetegség

- *Előnyök:* Jó gondozással sokszor érhető el tartós absztinencia, ami teljes értékű munkaerőt eredményez.
- *Hátrányok:* Gyakori a visszaesés.
- *Egyéb munkát segítő tényezők:* AA csoportba járás, a gondozókkal való kapcsolattartás. Előnyös a stabil terhelés, a támogató légkör, az alacsony stresszterhelés, a biztatás, ugyanakkor a határok és házirend betartása, a problémáról való őszinte beszélgetés, amely kerüli a minősítő, moralizáló stílust. A függőség legyőzését a motiválás segíti. Fontos a tisztelet, elfogadás, az ösztönzés (a kíváncsi viselkedés dicsérete!), a ráhangolódás a kliens nézőpontjaira, a tájékoztatás, önálló döntéshozatal segítése, felelősség átadása. Előnyös az ún. „rövid intervenció” egyszerű kommunikációját elsajátítani, amelyet minden függőséggel élővel, minden közegben alkalmazhatunk. A szervezetben dolgozók érzékenyítő tréningje, a stigma és diszkrimináció elkerülését szolgáló szervezeti kultúra, a jó stresszkezelés is segít, amely a kliens szükségleteinek és céljainak felmérése nyomán alakulhat ki. A betegség romlását jelző korai tünetek monitorozása, a gondozókkal való szoros kapcsolattartás, a stresszhelyzetek azonnali hatékony kezelése, a páciens körüli támogató, baráti kapcsolatrendszer segítése, a szerhasználat megelőzése hatékony környezetet jelentenek.

A helyes segítő kommunikáció sajátosságai a függőségben élőkkel

- Örülök, hogy be tudta tartani, amit vállalt.
- Kissé aggódom az alkoholfogyasztása miatt.
- Szeretném, ha leülnénk megbeszélni, hogyan tudna változtatni ezen?
- Biztos vagyok benne, hogy Ön képes tenni az egészségéért és a munkahely megőrzéséért.
- Mit gondol, mi segíthetne ebben a változásban?
- Tehát akkor vállalja, hogy nem fogyaszt alkoholt a munkahelyen. Nagyon örülök.
- Ezzel sokat tesz az egészségéért is.
- Szeretném, ha a hétvégén újra találkozoznánk, és megbeszelnénk, hogyan sikerült.
- Örülök, hogy őszinte velem és önmagával, amikor elmondja, hogy nem sikerült a vállalás. Beszéljük meg, hogyan tovább? Biztos vagyok benne, hogy sokat tanult ebből, és egy jobb tervet tud majd készíteni.

János 50 éves, 10 éve absztinens. Rendszeresen jár a Kék Kereszt segítő csoportba, illetve 3 évente Dömösön vesz részt rehabilitációs foglalkozásokon.

A foglalkozási tanácsadó közreműködésével portaszolgáltos munkakörben sikerült az elhelyezkedése. A hosszú távú foglalkoztatása érdekében szükséges a rendszeres utókövetés, amely keretében feltárássra és realizálásra kerülnek azok az ügyfél által feltételezett, felnagyított munkatársi megítélések, amelyek miatt stresszt él meg. Az utókövetés és a megfelelő munkahelyi odafigyelés megtartó erejű számára, három éve dolgozik a jelenlegi munkahelyén.

Szorongásos zavarok

- *Előnyök:* Jól kezelhető betegség, tartós tünetmentesség lehet, ami teljes értékű munkaerőt eredményez. A szorongásos zavarokkal küzdők általában lojális, lelkiismeretes emberek.
- *Hátrányok:* A szorongás ronthatja a munkateljesítményt.
- *Egyéb munkát segítő tényezők:* A szorongó emberek számára előnyös a stabil terhelés, a támogató légkör, az alacsony stresszterhelés, a biztatás, a munkával kapcsolatos érzékenységekhez való alkalmazkodás (pl. zárt tértől vagy tömegtől való félelem stb.). A szervezetben dolgozók érzékenyítő tréningje, a stigma és diszkrimináció elkerülését szolgáló szervezeti kultúra, a jó stresszkezelés segít. Ez a kliens szükségleteinek és céljainak felmérése nyomán alakulhat ki. A betegség romlását jelző korai tünetek monitorozása, a gondozókkal való szoros kapcsolattartás, a stresszhelyzetek azonnali hatékony kezelése, a páciens körüli támogató, baráti kapcsolatrendszer segítése, a szerhasználat megelőzése hatékony környezetet jelentenek.

Borderline

- *Előnyök:* Nagy energiák, képességek, kreativitás jellemzi őket. Kihívásokat is sokszor jól bírják a páciensek. Művészi tehetség lehet közöttük.
- *Hátrányok:* Labilitás, szélsőséges megnyilvánulások, váratlan viselkedési reakciók.
- *Egyéb munkát segítő tényezők:* A támogató légkör, az alacsony stresszterhelés, a biztatás mellett fontos a határok pontos betartása. A szervezetben dolgozók érzékenyítő tréningje, a stig-

ma és diszkrimináció elkerülését szolgáló szervezeti kultúra, a jó stresszkezelés segít. Ez a kliens szükségleteinek és céljainak felmérése nyomán alakulhat ki. A betegség romlását jelző korai tünetek monitorozása, a gondozókkal való különösen szoros kapcsolattartás, a stresszhelyzetek azonnali hatékony kezelése, a páciens körüli támogató, baráti, de munkahelyi határok közt mozgó kapcsolatrendszer segítése, a szerhasználat megelőzése hatékony környezetet jelentenek.

Veronika könyvelőirodában talált a segítője révén munkalehetőséget. A folyamatos orvosi kontroll és a segítő beszélgetések révén a munkahelyi beilleszkedése problémamentes volt. Munkahelyén nem jelentkezik egészségi állapotából adódó viselkedészavarai. A rábízott feladatokat becsületesen elvégzi, néha túlzott munkavégzési ritmus jellemzi, de ekkor sem hibázik. Magánélete terén még nem sikerült rendeznie a problémáit, de hajlandó újabb segítők elfogadására, hogy ezen a területen is eredményesebb lehessen.

VI. ÁLTALÁNOS TANÁCSOK

A mentális és viselkedészavarral élő emberek speciális jellemzőiből adódó nehézségeire a foglalkozási tanácsadók számára sok esetben ajánlott, hogy ne elszigetelten, más segítők, szakemberek bevonása nélkül reagáljanak. Nagyon fontos a foglalkozási rehabilitáció során a szakemberek kompetenciahatárainak megtalálása és betartása.

Gyakori, hogy a mentális és viselkedészavarral élő emberek segítői érzelmileg túlzottan bevonódnak a folyamatba,

illetve akad sok példa arra vonatkozóan is, hogy a betegség tüneteire és nem a mögöttük „megbújó” emberekre reagálva a foglalkozási tanácsadók rejtett előítéletei aktívvá válnak, anélkül, hogy tudatosulna bennük elutasító magatartásuk. A túlzott bevonódás a mentális és viselkedésszavarral élő emberek szociális nehézségei és egészségi állapotuk súlyossága, valamint a támogatottság hiánya érzékeléséből és erre való érzékenységből adódhat. Fontos megérteni a problémákat, megérezni a betegségből adódó terheket, ugyanakkor megtalálni azokat a pontokat, amelyekben a foglalkozási tanácsadó tud segítséget nyújtani az elhelyezkedést gátló tényezők elhárításának érdekében.

A foglalkozási tanácsadó, ha azt érzékeli, hogy az ügyfél állapota láthatóan rosszabbodik, akkor az ügyfél beleegyezésével felveheti a kapcsolatot a kezelőorvossal, hogy jelzést adjon számára a tapasztaltakról. Az interjúk során szükséges feltárni az ügyfél támogatói körét: kik azok a családtagok, közeli ismerősök, barátok, akik bevonhatóak a foglalkozási rehabilitáció folyamatába. Pl. oda tudnak-e figyelni arra, hogy az ügyfél szedi-e a gyógyszereit, vagy segítséget tudnak-e nyújtani, hogy időben felkeljen, hogy odaérjen a tanácsadás időpontjára, a munkaidő kezdetére.

Súlyos szociális problémák és azok erős kihatása a munkába járás képességére szintén nem feltétlenül a foglalkozási tanácsadó kompetenciakörébe tartozó, megoldandó feladat. Amennyiben van a szociális ellátórendszerben az ügyfélnek kialakított kapcsolata, akkor a beleegyezésével ott is szükséges a kapcsolatfelvétel a foglalkozási tanácsadó részéről. Sok esetben viszont az is tapasztalható, hogy az ügyfél elveszítette a hitét a segítségben, és már nem tart kapcso-

latot semmilyen civil vagy állami fenntartású szociális intézménnyel, illetve székelyi helyzetét, önmagát vádolja, önbecsülése nagyon alacsony szintre került, és nem mer lépéseket tenni annak érdekében, hogy támaszokra leljen. Ebben az esetben fontos, hogy az önbizalom-erősítésben közreműködjön a tanácsadó. Az eddigi sikerek feltárása, a sikerekben való személyes közreműködés tudatosítása jó eszköznek bizonyulhat. A tanácsadás folyamata során a viselkedésében, megjelenésében, magabiztosságában jelentkező pozitív változások visszajelzése ugyanúgy kiemelten fontos a mentális és viselkedészavarral élő emberek számára. A bizonytalanság áthidalására viszont némely esetben szükségessé válhat az ügyfél helyett szervezési feladatok átvállalása is: pl. orvossal, családsegítővel, közösségi pszichiátriai gondozóval első kapcsolatfelvétel.

Felajánlhatjuk az ügyfél személyes elkísérését is a felsorolt szakemberekhez.

A mentális és viselkedészavarral élő emberek esetében a bizalmi kapcsolat – amely alapfeltétele a további együttműködésnek – kialakítása hosszabb időt vesz igénybe. Fontos, hogy az együttműködés kezdetén rövid határidőkkel történjen az ügyfél visszahívása, illetve a szakember következetesen viselkedjen, ne ígérjen olyan segítséget, amelynek teljesítése bizonytalan, és nem tartozik a kompetenciaterületébe.

A munkahelyfeltárások, munkakör-átalakítási javaslatok során több szempontot érdemes a szakembernek figyelembe vennie:

- nem ajánlott balesetveszélyes gépek kezelését mentális- és viselkedészavarral élő emberek munkakörébe sorolni;

- a korai műszakkezdés a gyógyszerek hatása miatt nem javasolt;
- amennyiben lehetséges, az eltolt munkaidőkezdés a legideálisabb megoldás esetükben;
- az éjszakai műszak is rossz irányba befolyásolhatja az ügyfelek egészségi állapotát, pihenési fázisát összezavarhatja;
- kerülendők az egészséges emberek tűréshatár érintő, zajos, a szervezetre megterhelő munkahelyi stresszorok: túl erős hanghatás, fényhatás...;
- a feltárt munkakört nagyon fontos olyan szempontok alapján is elemeznünk, hogy a „termelési” folyamaton belül ne képviseljen magas felelősségű, mások munkájára erős kihatású feladatsort, pozíciót;
- nem javasolt a más munkaköröktől, munkatársaktól teljesen elszigetelt munkakör sem;
- sem betegségekkel, sem speciális személyiségjegyekre nem toleráns munkahelyi közösségbe ne kényszerítsük mentális és viselkedészavarral élő munkavállalót.

A mentális és viselkedészavarral élő munkahelykeresőkkel szemben a beilleszthetőség, elfogadás, munkatársi türelem csak abban az esetben valósítható meg, ha a gyógyszerei megfelelő módon vannak beállítva, és a terápiával kapcsolatos összes orvosi javaslatot betartja a megváltozott munkaképességű munkavállaló.

A hosszú távú munkavállalás másik alappillére a munkahelyen belüli támasz: mentor megtalálása, aki folyamatosan figyelemmel kíséri a megváltozott munkaképességű alkalmazott munkáját, beilleszkedését, közösségi életét. Viselkedésbeli, hangulati változások esetén türelemmel segíti

a munkavállalót, illetve jelez a foglalkozási tanácsadó számára, hogy szükséges a külső beavatkozás.

A mentális és viselkedészavarral élő munkavállaló érkezése előtt szükségessé válhat a leendő munkatársi, vezetői felkészítés arra vonatkozóan, hogy milyen módon kommunikáljanak, közelítsenek az új kolléga irányába. Hiszen esetükben nem előnyös a túlzott érzelmi bevonódás, a teljes elzárkózás, a problémák teljes figyelmen kívül hagyása. Érzékenyítő beszélgetés vagy tréning megvalósítása esetén előnyös „tapasztalati szakértő”, vagyis a betegségtünetekkel már kevésbé érintett, és jelenleg is munkát vállaló mentális és viselkedészavarral élő személy részvétele a beszélgetésen, tréningen.

Az ügyfél első munkanapján – vele és a munkahelyi környezettel előzetesen elfogadtatva és egyeztetve – jó megoldásnak bizonyulhat, ha a foglalkozási tanácsadó elkíséri a munkavállalót, így a munkakörrel kapcsolatos további változtatási javaslatokat is tapasztalat alapján tudja a cég vezetősége felé jelezni, illetve a helyszínen felmerülő kérdésekre azonnal tud reagálni.

Fontos arról is tájékoztatni, meggyőzni az ügyfelet, hogy a munkavállalásával egy időben ne szüntesse meg a korábbi, munkahelyen kívül működő segítő kapcsolatait, hiszen a munkavállalás nem egyenlő a gyógyulással, csak segítséget nyújthat az állapotjavításhoz. A közösségi pszichiátriai gondozásban, az orvosi terápiában, hasonló betegséggel küzdők közösségi programjaiban, csoportterápiájában való részvétele nagyon fontos annak érdekében is, hogy a munkahelyen felmerülő nézeteltéréseket megfelelő módon tudja értelmezni, ventilálni.

A fokozatosság elvét érdemes mentális és viselkedészavarral élő emberek munkavállalásával szemben érvényesíteni: előfordulhat, hogy a hosszú munkanélküli időszakból először közösségi jellegű vagy önkéntes munkavégzésbe javasolt vonni az ügyfelet, majd később, az önbizalom megerősítését követően szervezni számára megfelelő munkalehetőséget. Az alacsonyabb szintű munkavégzést is felválthatja a nagyobb felelősségű feladatok felvállalása, ha a munkahelyi környezet megtartó erejű az ügyfél számára.

A hosszú távú munkavállalás másik fontos alappillére pedig a foglalkozási tanácsadó által az átlagnál jóval hosszabb idejű utókövetési folyamat biztosítása, ami egyéntől függően változó időtartamú lehet.

MOZGÁSSZERVI BETEGSÉGGEL KÜZDŐ EMBEREK

I. A CÉLCSOPORT MEGHATÁROZÁSA

A mozgásszervi betegségek csoportja igen széles körű, magában foglalja **a csont, az izom és a kötőszövet károsodásainak, elváltozásainak számos formáját**. Ezeket okozhatja kopás, ritkulás, gyulladás, idegi jellegű elváltozás, baleset stb.

A mozgásszervi betegségek jelentkezhetnek veleszületett vagy szerzett formában, valamilyen egészségkárosító hatás vagy körülmény hatására. Ezen kívül a betegség súlyossága is eltérő lehet: előfordulhat átmeneti egészségkárosodás (akut betegség), tartós egészségkárosodás (krónikus betegség) vagy maradandó egészségkárosodás (fogyatékoság).

Közlük a mozgásszervi rehabilitáció jellemzően a következő célcsoportokra terjed ki:

- ortopédiai betegséggel, rendellenességgel rendelkezők;
- reumatológiai problémában szenvedők;
- baleset következtében (polytrauma, neurotrauma, égés stb.) szerzett sérüléssel rendelkezők;
- amputált betegek;
- anyagcsere-problémák, diabétesz következtében mozgásszervileg károsodott betegek.

A fogyatékoság egy állapot, amely az egyént tartósan akadályozza a társadalmi részvételben, ami részben összefügg az egészségi állapottal is. Ezzel szemben: a betegség (egészségkárosodás) az egészségügy hatókörébe tartozó probléma, ami egészségügyi eszközökkel kezelhető, ami eredményezheti a problémás eset gyógyulását, szinten tartását, az egészségromlás lassítását. A krónikus betegségek is az egészségkárosodások körébe tartoznak egészen addig, amíg el nem érik azt a szintet, amely tartósan akadályozza az egyén társadalmi részvételét, ekkortól fogyatékoságról beszélünk. A mozgást a mozgásrendszer és az idegrendszer összerendezett, egységes működése biztosítja.

A mozgást a mozgatórendszer végzi, a központi idegrendszer vezérli az izmokat a mozgatóidegeken keresztül, így valósulnak meg a tartással és mozgatással összefüggő tevékenységek.

A mozgatórendszer károsodása akadályoztatja:

- az alaphelyzetek felvételét és megtartását, pl. állás, ülés, térdnyújtás, hajlítás, egyensúlymegtartás;
- a testhelyzet megváltoztatását, pl. ülés, felállás;
- a helyváltoztatást pl. járás;
- a tárgyak mozgatását, pl. emelés, húzás, tolás, teherhordás;
- a manipulációs képességet pl. markolás, csavarás.

Előidéző okai lehetnek: betegség, baleset, trauma.

- A neurológiai és mozgásszervi betegségekhez fájdalom, problémát okozó eltérés is tartozik, de még nem sorolhatóak a fogyatékoság körébe. Az ezekhez tartozó betegségek, pl. ízületi gyulladás, izomletapadás,

- idegbecsípődés, meszesedés, ínhúzódás, ínszakadás, ficam, zúzódás, húzódás, törés, köszvény.
- Az ortopédiai betegségek körében a deformitásokkal összefüggő problémák tartoznak, pl. porckopás, csontkinövés, meszesedés.
 - A reumatológiai betegségekhez pedig az ízületi, a kötőszöveti problémák, pl. ízületi gyulladás, ínhüvelygyulladás.
 - Mindkét betegségtípusra jellemző egy fájdalommal nehezített, beszűkült mozgás.
 - Gyógykezelése: gyógyszerekkel, masszázzsal, fizioterápiával, hidroterápiával történik.
 - Segédeszköz-szükséglete is lehet a mozgásszervi betegségeknek, pl. sín, fásli, bot, járókeret, fűző.

II. A MOZGÁSSZERVİ BETEGEK SZOCIO- DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

A mozgásszervi károsodás a daganatos, keringési, mentális betegségek és a viselkedés zavarok után a leggyakoribb oka a megváltozott munkaképességnek.

2011-ben **3302 új igénybejelentés** érkezett be csont-, izomrendszer és kötőszöveti betegségben szenvedőktől – ők adták **az összes új igénylés egy kilencedét (11,1%)**. Az összes új igénybejelentésen belül tapasztalt arányokhoz viszonyítva csekély az eltérés a rehabilitálhatóak és a **rehabilitációra nem javasoltak** között: míg a mozgásszervi betegeknek mindössze **58 százaléka** tartozik

az utóbbi kategóriába, addig az összes célcsoport viszonylatában ez kétharmad.¹⁰

A mozgásszervi megbetegedések egyértelműen az idősebbek körében, az **55 év felettiek** között jelentkeznek leggyakrabban. Ennek fő oka, hogy őket sújtják leginkább a kor előrehaladtával kialakuló – a helytelen életmódnak is köszönhető – reumás vagy kopásos mozgássérülések.

1. táblázat: A mozgásszervi betegek korcsoport szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a mozgásszervi betegek körében	Arányuk a mozgásszervi betegséggel nem rendelkezők körében	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban
25 alatt	0,8	2,0	1,2
25–34 éves	3,1	6,3	4,2
35–44 éves	9,2	15,0	11,2
45–54 éves	30,8	34,3	32,0
55 és felett	56,2	42,3	51,3
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A megváltozott munkaképességű személyek teljes létszámát tekintve mozgásszervi betegségek gyakorisága az összlétszám 2/3-át teszik ki. Az ilyen típusú betegségekre jellemző, hogy az alapbetegséghez egy vagy több betegség is társulhat, vagy azok idézik elő (pl. cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegségek, magas vérnyomás).

¹⁰ Forrás: NRSZH 2012.

A teljes **megváltozott munkaképességű** csoportot tekintve a mozgásszervi betegségek még inkább gyakoriak, közel **kétharmaduknál jelentkeznek ilyen jellegű problémák**. Az ilyen típusú sérülések, elégtelenségek – a többi betegség- és fogyatékosági típushoz hasonlóan – jellemzően nem önmagukban fordulnak elő, mellettük egy vagy több másféle betegség is állhat.

A mozgásszervi betegségekhez leggyakrabban tartósan fennálló, **krónikus betegségek** – pl. szív- és érrendszeri vagy cukorbetegség – (az esetek 60 százalékában) vagy **rendszeresen visszatérő fájdalomérzet** (49 százalék) párosul (NCSSZI-TÁRKI 2010).

Zoltán esetében az alsó végtag törése, majd többszöri műtété, illetve magasvérnyomás-betegség, cukorbetegség és elhízás miatt állapított meg az orvosi bizottság egészségkárosodást. Főleg rossz anyagi helyzete miatt erősen motivált a munkába állásra. Elmondása szerint bármit elvállalna, míg az orvosi javaslat egészségi állapota alapján korlátozza munkavállalása feltételeit. Nem javasol tartós állást és járást, nehéz fizikai munkát, balesetveszélyes munkahelyet és teljes munkaidős foglalkoztatást. Zoltán esetében a többféle típusú egészségkárosodás figyelembe vétele szükséges a munkaerőpiacon történő tartós elhelyezéséhez.

A mozgásszervi betegség hatása a személyiségre

A mozgásszervi betegségekre jellemző a gyakori, erős fájdalom és/vagy lázas állapot, a mozgáskészség rosszabbodása (főleg időváltozás esetén). Az állapotrosszabbodást befolyásolja az életkor, a testsúly, az életmód, és hatással van rá a kultúra is. A mozgásszervi problémával élő személynek

a mindennapi életében nehézséget okozhat betegsége az ön-ellátásban, a közlekedésben, az aktivitásban, a munkavégző képességében, a társas kapcsolatban. Mindezek a hátrányok, a gyakori fájdalommal társulva hatnak az egyén viselkedésre, ingerültebbé, esetleg agresszívebbé válhat, melynek leküzdésére akár pszichológusi segítségre is szükség lehet.

A szerzett mozgásszervi károsodás esetében – főként, jelentkezik – a betegnek meg kell küzdenie a betegség kialakulásának feldolgozásával járó lelki nehézségekkel. Így esetükben kiemelt jelentősége van a pszichológiai segítségnyújtásnak, támogatásnak is. Veszélyeztetett vagy gyermekkorban szerzett betegség esetében ennek kisebb súlya van, hiszen a betegnek munkaképes korára lehetősége van hozzácsokni a károsodáshoz (hacsak nem jelentkezik újabb tünetek vagy járulékos betegségek), illetve az orvosi rehabilitációja is korán elkezdődhet.

Ferenc 50 éves férfi, csípőprotézis-műtéten esett át, hogy mozgási stabilitását helyreállítsák és fájdalmát csökkentse. Már a műtét előtt nagyon nehezen élte meg a mozgásában való korlátozottságát, ahogy a fájdalmat is nehezen viselte. Dühöt és agressziót érzett, tehetetlennek érezte magát. A felépülését követően már ismételt munkába állását tervezte, ami a foglalkozási tanácsadó eredményes munkájának köszönhetően sikerült is.

István 38 éves, egy balesetben sérült meg súlyosan a lábfeje. Sem korábbi munkakörében, sem tanult szakmájában (mezőgazdasági gépszerelő) nem tud a felépülést követően tovább dolgozni. Csekély összegű ellátást kap, családjában nem ő az egyetlen munkanélküli. Kistelepülésen

él, ahonnan a bejárás sem megfelelő a városba. Eddig el tudta tartani a családját, most hirtelen nehéz lett a megélhetés, és mozgásában is korlátozott. Mindenkire haragszik, mindenkit okol a kialakult helyzetért. Nincsen elképzelése, reális célja, mindenütt próbálkozik elhelyezkedni, de a visszautasítások tovább rontják a helyzetét és mentális állapotát. Háziorvosa pszichológus szakembert ajánlott számára, amit ő elfogadott. A szakemberrel és a foglalkozási tanácsadóval történő közös, de hosszú munkának köszönhetően újra munkába tudott állni, ezzel megtartva családfenntartói szerepét is.

III. A CÉLCSOPORT MUNKAERŐ-PIACI HELYZETKÉPE, PRAKTIKUS ISMERETEK, JAVASLATOK

A célcsoport a kor mellett a ***lakóhely szempontjából is hátrányokkal indul a munkaerőpiacon*** való elhelyezkedési esélyek tekintetében. Tagjai ugyanis nagyobb arányban élnek a ***keleti országrész régióiban***, mint a más típusú egészségkárosodásban szenvedők (56,5 százalék az összes megváltozott munkaképességű ember körében tapasztalt 54 százalékhöz és a nem mozgássérültek körében megfigyelt 49,3 százalékhöz képest). E területen belül is elsősorban a dél- és az észak-alföldi régióban viszonylagosan magas az arányuk. Emellett a legkisebb településeken, a községekben felülreprezentáltak. Ez azért jelent nagy gondot, mert ily módon ***korlátozott(abb) lehetőségük van a munkalehetőségekhez és a rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez***.

1. táblázat: A mozgásszervi betegek településtípus szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoporthoz viszonyítva (2010, %)

Településtípus	Arányuk a mozgásszervi betegek körében	Arányuk a mozgásszervi betegséggel nem rendelkezők körében	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban
Főváros	7,6	12,0	9,1
Megyeszékhely	16,2	17,4	16,7
Egyéb város	34,0	35,7	34,6
Község	42,2	34,9	39,6
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A munkaerő-piaci részvétel – valamint az erre való hajlandóság – szempontjából azt láthatjuk, hogy a mozgásszervi betegséggel rendelkezők nem térnek el jelentősen más célcsoportoktól: sem aszerint, hogy van-e munkájuk, sem aszerint, hogy azok, akik állásban vannak, milyen típusú munkahelyen foglalkoztatják (nyílt munkaerő-piaci munkáltatónál, akkreditált foglalkoztatónál, szociális foglalkoztatásban stb.) A végzettség szempontjából sem mutatnak különbségeket.

Inaktivitásukat erősen befolyásolja mobilitási, közlekedési lehetőségeik hiányosságai, például a rossz utak, a ritka járatok, a hosszan tartó gyaloglással megközelíthető munkahelyek stb. Ezen okok miatt előnyben részesítik azokat a lehetőségeket, amelyek a családi kötelezettségekkel járnak, például a háztáji és a házkörüli teendők ellátása.

Előbbi, a fentiekben leírt lakóhelyi jellemzők ismeretében nem meglepő. Azt azonban megerősíti, hogy a kisebb településen élő mozgásszervi sérültek munkához jutási esé-

lyei eleve korlátozottak, melyeket a szállítási nehézségeik megoldásával lehetne javítani. Ez utalhat rossz szociális helyzetükre, egy otthon lévő családtag ápolására, akár a háztáji gondozására, ami bevételi forrást jelenthet.

2. táblázat: A mozgásszervi betegek eloszlása az inaktivitás oka szerint, más megváltozott munkaképességű célcsoporthoz viszonyítva (2010, %)

Inaktivitás oka	Arányuk a mozgásszervi betegek körében (az „igaz” válaszok aránya)	Arányuk a mozgásszervi betegséggel nem rendelkezők körében (az „igaz” válaszok aránya)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (az „igaz” válaszok aránya)
Nincs megfelelő közlekedési lehetőség	18,7	13,8	17,0
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg (hogy dolgozzon)	9,4	6,6	8,4

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Orvos-egészségügyi rehabilitáció

Az **egészségügyi rehabilitáció** a mozgásszervi betegek esetében mindig **célzottan valósul meg**, a testnek arra a pontjára fókuszál, ahol a károsodás található. Ezt nyilván befolyásolhatja a betegség eredete, illetve a járulékos sérülés, amennyiben van vagy vannak ilyenek. Az egészségügyi rehabilitáció folyamata mindig **egyénre szabott**. Az anamnézis és a betegvizsgálat után egy orvosi stáb alakítja ki az **egyéni fejlesztési tervet** – ennek mentén zajlik a folyamat. Az egyéni rehabilitációs terv felülvizsgálatára, a beteg fejlődésének ütemétől függően, lehetőség

van. Az anamnézis tartalmazza a beteg egészségügyi és pszichológiai állapotának, valamint szociális és foglalkoztatási helyzetének elemzését. A betegvizsgálat már konkrét orvosi vizsgálat, a test és a szervek állapotának, funkcióinak, működésének vizsgálatára irányul. Az ellátás során mindezek mellett figyelembe veszik az életkort, a fejlődési zavar(oka)t, a családi terheltséget, a progressziót, a funkcionális paramétereket (légzésfunkció, fizikai állóképesség, izomerő), a lelki alkatot és a szolgáltatások elérhetőségét is. Az orvosi rehabilitáció – minden egyéni sajátosság figyelembevételére miatt – tehát **nagyon differenciált**. Éppen ezért arra sincsen minden betegre érvényes modell, hogy milyen időtartamban zajljék a folyamat, illetve meddig kell eljutnia a betegnek a rehabilitációs folyamat végére. A cél – amennyiben erre van reális esély és lehetőség –, hogy a mozgásszervi sérültek úgy kerüljenek ki az egészségügyi intézményből (és így az egészségügyi rehabilitációból), hogy önálló életvitelre képessé váljanak.¹¹

A rehabilitáció során és utána a mozgásszervi betegeknek szükségük lehet **segédeszközre**, amelyeket szintén az egyén szükségleteinek megfelelően választanak ki a szakorvosok. Mára már nagy kínálata van a segédeszközöknek. A segédeszközök szinte minden beteg számára elérhetőek. A segédeszközök mellett más egészségügyi szolgáltatások is lehetőséget biztosítanak a mozgásszervi betegségek gyógyítására, vagy a hosszabb ideig tünetmentessé válására. Ezek lehetnek a különböző szakorvosi rendelőkben működő ortopédiai vagy reumatológiai rendelések vagy a kórházak szakrészlegei, az ORFI illetve az Ortopédiai Klinika

11 Forrás: Dr. Vekerdy-Nagy 2010 és szakértői interjúk.

országos intézményeként foglalkozik a mozgásszervi betegekkel. A szakorvosi javaslatra igénybe vehetők a gyógyvizes fürdőkben a rehabilitációt segítő szolgáltatások.

Foglalkozási rehabilitáció

A munkaképes korú mozgásszervi betegeknél egészségügyi rehabilitációjuk után jellemzően munkaképesség-változást állapítanak meg, melynek mértéke függ a sérülés súlyosságától és jellegétől. Ez az állapot nem feltétlenül állandó: a betegnek az idők folyamán súlyosbodhat, de akár javulhat is az állapota.

Az orvosi rehabilitáció után – nyilván attól függően, hogy volt-e előtte munkahelye, illetve hogy az milyen sajátosságokkal bírt – a mozgásszervi betegséggel küzdők **nagy valószínűséggel nem tudnak visszaállni korábbi munkahelyükre, munkakörükbe**, legalábbis annak adaptációja nélkül nem. Azok pedig mindenképp nehezebb helyzetben vannak, akiknek a sérülésük bekövetkezése, diagnosztizálása előtt sem sikerült – ideiglenesen vagy tartósan – elhelyezkedniük. A nem megfelelően kialakított környezet befolyással lehet a mozgásszervi betegség rosszabbodására. Ezért fontos figyelembe venni a foglalkoztatás során a foglalkoztatás-egészségügyi szakember által előírt feltételeket, és azokat alkalmazni is. (Abban az esetben, ha ezt az egészségi állapot indokolja /pl. ülőmunka esetén/ ergonómiailag megfelelő szék, bútor, beszűkült mozgástartomány esetén könnyen elérhető munkaeszközök, járási probléma esetén lépcsőzésmentes munkakör biztosítása.) A foglalkoztatási rehabilitáció sikeréhez nagymértékben járulnak hozzá a különböző szolgáltatások. Az igénybe vehető lehetőségek köre egyre szélesedő, de még mindig jel-

lemzően a nagyobb városokban, illetve a fővárosban érhető el. A kisebb városokban, településeken élők számára a szolgáltatásokhoz való hozzáférési nehézségek gátolják a munkaerő-piaci re/integrációjukat. Azok a mozgásszervi betegek, akiknek orvosi rehabilitációja a probléma felismerését közvetően azonnal elkezdődik (pl. fürdő, gyógyszer, fizioterápia stb.) nagyobb eséllyel tudnak munkaképessé válni, de a későbbiek során az állapotromlás megakadályozására, szinten tartásához szükség van a folyamatos orvosi ellenőrzésre, és a szükséges gyógykezelések biztosítására.

A munkakeresés során – amennyiben a mozgásszervi beteg már képes erre, megfelelő az egészségügyi állapota, rendelkezik a szükséges készségekkel, kompetenciákkal és motivációval – szintén fontos szempont, hogy a mozgásszervi betegségek megléte (főként súlyosabb esetekben) szemmel látható, így a munkáltatók számára is nyilvánvaló – nem eltitkolható, mint más, belső szervi megbetegedések, így például a daganatos vagy a szív- és érrendszeri megbetegedések. Ez magában foglalhatja a mozgásszervi sérülés(ek)kel rendelkezőkkel szembeni sztereotípiák, előítéletek felszínre törését, amely szintén akadálya lehet a munkavállalásnak. Ilyen esetek mára már egyre kevésbé észlelhetők – mind a megváltozott munkaképességű emberek, mind a szakértők észlelése szerint¹² –, azonban lehetőségük mindig fennáll. Ez nem feltétlenül abban nyilvánul meg, hogy egy mozgásában bármilyen mértékben korlátozott munkavállalót kevésbé vesznek fel egy adott

12 Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010, szakértői interjúk.

állásba,¹³ hanem akár abban is, hogy a neki megfelelő munkakör kiválasztásánál a sérülése az elsődleges szempont, és más egyéni jellemzők figyelmen kívül maradnak.

A foglalkoztatás megkezdésekor a munkáltató kötelező feladata, hogy a munkavállalót foglalkozás-egészségügyi vizsgálatra küldje. Ennek során határozza meg a szakorvos a foglalkoztatás feltételeit, egészségkárosodás esetén a munkakörülményeket, illetve a betöltendő munkaköröket. Minden munkavállalónak a jogi előírásoknak megfelelően rendszeres foglalkozás-egészségügyi vizsgálaton kell részt venni, így biztosított az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, változás esetén megfelelő intézkedések megtétele.

A **munkába állás** – és akár már a munkahely és a munkakör – kiválasztása során fontos szempont (főként, ha a munkakereső valamilyen segédeszközt vesz igénybe), hogy **a munkahely és azon belül is a munkavégzés helyszíne jól megközelíthető legyen** a célcsoporthoz tartozó munkavállaló számára. A munkába való eljutásnak, a munkahely környezetének és a munkavégzés fizikai környezetének tehát akadálymentesnek kell lennie ahhoz, hogy a munkavállaló zavartalanul tudja megoldani a rendszeres munkavégzést. Az akadálymentesítésnek, főként a munkaállomás terén, szintén az egyén szükségleteihez kell illeszkednie.

13 Nyilván előfordul, hogy egy munkára való kiválasztás során egy egészséges munkakeresőt előnyben részesítenek egy mozgásszervi beteggel szemben, azonban sok munkavállaló úgy vélekedik, hogy ezek a munkakeresők a mozgásszervi gondjuktól eltekintve képesek az adott feladat ellátására, így előnyben részesíthetik a más típusú betegséggel rendelkező megváltozott munkaképességű álláskeresőkhöz képest.

3. táblázat: A mozgásszervi betegek munkába állása szempontjából speciális szükségletek, és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
A munkahelyre való akadálymentes eljutás	<ul style="list-style-type: none"> • Tömegközlekedéssel jól megközelíthető munkahely. • Támogatószolgálat (vagy más segítő szolgálat) igénybe vétele. • Rugalmas munkabeosztás. • Távmunka.
A munkahelyen belüli akadálymentes közlekedés	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahely fizikai akadálymentesítésének biztosítása. • Munkatársak, munkahelyi személyzet segítség-nyújtása. • Kommunikációs eszköz alkalmazása a munkahelyen belül a mozgás, közlekedés csökkentése érdekében. • Az ésszerű alkalmazkodás elve alapján, amennyiben az egyén állapota azt szükségessé teszi. • A munkahelyen belüli mozgáskönnyítés érdekében megfelelő munkakör biztosítása és egyénre szabott átalakítása.
A munkavégzéshez szükséges eszközök gond nélküli használata	<ul style="list-style-type: none"> • A munkavégzéshez feltétlenül szükséges eszközök elérhető közelségbe tétele. • A mozgásszervi betegség okozta problémákhoz kell igazítani az eszközöket, pl. helyzetváltoztatási probléma esetén, kapaszkodási, támaszkodási lehetőség kialakítása. • Beszűkült mozgás esetén az eszközök az eltérési tartományon belüli elhelyezése. • Emelési, teherhordási probléma esetén emelő szerkezet biztosítása. • Manipulációs vagy finommozgási képességromlás esetén fogást segítő eszközök biztosítása.
Fizikai megterhelés csökkentése	<ul style="list-style-type: none"> • Rendszeres szünetek beiktatása. • Szellemi vagy kézi összeállítást igénylő feladatok ellátása.

Forrás: Morosky, Ulin, Bruyere 2000; Kyei-Dompim 2010; szakértői interjúk.

Mindezek alapján a célcsoport számára alkalmasak lehetnek ülő, asztal mellett végezhető feladatok; **számítógéppel végezhető munkák**, pl. adatrögzítés, adatkarbantartás; **adminisztratív munkák**; **kézi összeállítást végző munkakörök**. Mindemellett – vagy ezeken belül – fontos szem előtt tartani **a munkavállaló egyéni kompetenciáit, képességeit, attitűdjeit**, végzettségét, adottságait.

A foglalkozási tanácsadónak a célcsoporttal való munka során a következőket érdemes figyelembe venni, mint a mozgásszervi betegek munkába állása szempontjából speciális szükségleteket és lehetséges megoldásokat.

A rehabilitációs szolgáltatásokhoz való hozzáférés fejlesztése

A mozgásszervi betegségben szenvedő személyek fizikai problémáik miatt – hasonlóan a mozgásfogyatékos személyekhez – a nem megfelelő környezeti feltételek miatt hátrányos helyzetbe kerülhetnek. Pl. közlekedés, csak lépcsővel megközelíthető munkahely, közutak rossz állapota stb.



Jó tudni:

A foglalkozási tanácsadó a helyi (mozgássérült emberek egyesületéhez) eljuttatott szóróanyagokkal, személyes tájékoztatók tartásával, az orvosi rendelőkbe, rendelőintézetekbe kihelyezett információs anyagokkal, a segédeszközök javításával, átalakításával, kölcsönzésével foglalkozó műhelyhálózat felkeresésével, informálásával sokat tehet azért, hogy elérje a célcsoportba tartozókat. A kisebb településen őket elsősorban a háziorvosokhoz, illetve az önkormányzatokhoz eljuttatott információs anyagokkal lehet elérni.

Egyéni szükségletek, igények figyelembe vétele

Mivel a mozgásszervi betegségek – a betegség jellegétől, súlyosságától stb. függően – igen sokfélék lehetnek, amit a járulékos betegségek még inkább differenciálnak, a célcsoport rehabilitációja során fontos az egyéni szükségletek, igények figyelembe vétele a folyamat hatékonyságának növelése érdekében.

A munkahely felkészítése

A mozgásszervi betegek esetében – szükség esetén – fel kell készíteni a munkaadót:

- az egyén problémáját figyelembe vevő munkakörnyezeti kialakításáról, átalakításáról;
- a munkavállaló munkavégzésével összefüggő egészségkárosodásából adódó problémáiról, speciális igényeiről, szükség esetén (pl. asztmás);
- amennyiben a munkatársakat is érinti az egyén egészségkárosodása (pl. közös munkavégzés alkalmazásával, a csoportos teljesítmény esetén tudni kell a kollégáknak, ha a munkatárs csak korlátozott súlyt mozgathat, vagy nem emelhet), úgy az ő felkészítésük is szükséges, egyéb esetben nem.

A mozgásszervi betegek esetében (is) a munkahely felkészítése magában foglalja egyrészt a munkakörnyezet adaptációját, valamint a munkaadó és a munkatársak érzékenyítését is. A munkakörnyezet tekintetében szükséges a munkavégzés helyszínének, a munkaállomásnak, illetve környezetének fizikai akadálymentesítése – annak biztosítása, hogy a mozgásszervi betegséggel küzdő munkavállaló könnyen el tudjon jutni (az otthonából) a munkahelyére, és azon belül is könnyen el tudja érni a feladatai elvégzésének

színterét. A munkaadó és a munkatársak felkészítésének a célcsoporthoz tartozó munkavállaló beilleszkedésének szempontjából van kiemelt jelentősége; hogy a munkatársai elfogadják, nyitottak legyenek felé, integrálódni tudjon a munkavállalók csoportjába; valamint hogy a kollégái is ismerjék azokat a speciális igényeit és szükségleteit, melyek kielégítése a megfelelő munkavégzés érdekében szükséges, és tudjanak segíteni ezek megteremtésében. A munkahely felkészítése tehát elengedhetetlen a célcsoport foglalkozási rehabilitációja – elsősorban munkába állása és munkában maradása – szempontjából.

A célcsoporttagok asszertivitásának fejlesztése

A célcsoport fontos jellemzője egyrészt, hogy – főként, ha betegségük nem veleszületett, hanem szerzett, és meg kell küzdeniük a betegség kialakulásával járó nehézségekkel – zárkózottan, önbizalom-hiányosan élnek, és ezek leküzdése a munkaerő-piaci integrációjuk alapvető feltétele. Az orvosi rehabilitációval kapcsolatos információk között ismerniük kell az egészségügyi kezelések, a rehabilitációhoz hozzájáruló gyógylehetőségek igénybevételének módját és helyszíneit. A különböző foglalkozási rehabilitáció lehetőséget biztosító szolgáltatók elérhetőségeit, a jogi előírásokat (jogosultságok és köteleességek), egyéb intézményeket, amelyek akár szociális – pszicho-szociális segítséget biztosítanak szükség esetén az egyénnek.

SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGGEL KÜZDŐ EMBEREK

I. A CÉLCSOPORT MEGHATÁROZÁSA

A keringési rendszer betegségei „népbetegségnek” tekinthetők ma Magyarországon. A szakértők becslése szerint a népesség közel felét érintik a szív- és érrendszeri betegségek. Természetesen ebbe beletartoznak a különböző fokon, különböző formában megbetegedett emberek is.

A Betegségek Nemzetközi Besorolása a BNO-10-09 főcsoportban sorolja fel a keringési rendszer betegségeit.

Ide tartoznak:

- Reumás szívbetegségek (pl. reumás szívizomgyulladás, a mitrális billentyű betegségei)
- Magas vérnyomás
- Ischaemiás szívbetegségek (pl. angina pectoris, szívinfarktus)
- Cor pulmonale (jobbszívfél-elégtelenség) és a tüdőkeringés betegségei (pl. tüdőembólia)
- A szívbetegség egyéb formái (pl. szívburokgyulladás, szívritmuszavarok)
- Agyi érbetegségek (pl. agyembólia, agytrombózis, agyvérzés, agyérögörcs)
- Az artériák, az arteriolák és a hajszálerek betegségei (pl. érszűkület, aneurysma, Raynaud-szindróma, perifériás érbetegségek)

- A visszerek, nyirokcsomók, nyirokerek betegségei (pl. vénás betegségek, aranyér, visszérgyulladás)
- A keringési rendszer egyéb, nem meghatározott betegségei (pl. alacsony vérnyomás, a keringési rendszer beavatkozást követő rendellenességei)

A szív- és érrendszeri betegségek esetében speciális, hogy a károsodás szervi eredetű, nem kizárólag egy adott testrész, testtájat érint. Így **az orvosi rehabilitációnak is az egész testre ki kell terjednie**, a beteg szempontjából együtt kell járnia életmódváltással és folyamatos mozgással, amely kihatással van a mindennapjaira is, jelentős változást okozva ezzel az életvitelében, amihez szintén mind neki, mind pedig a családjának, szűkebb és tágabb környezetének alkalmazkodnia kell. Ez abban az esetben is így van, ha a betegség műtéti úton kezelhető – ekkor a műtét utáni rehabilitáción van a hangsúly, és azt kell ilyen módon kiegészíteni.

Az orvosi rehabilitációval egy kiegyensúlyozott egészségügyi állapot érhető el, ami a későbbiekben szinten tartható. A betegnek így együtt kell élnie a betegséggel élete végéig, meg kell tanulnia elfogadni és kezelni azt. Ebben nehézséget okozhatnak még a járulékos betegségek, valamint a rendszeresen visszatérő fájdalomérzet.

A keringési zavarok többnyire érzőkület következtében alakulnak ki. Az érzőkületes betegségeknek is három nagy csoportja van, attól függően, hogy hol alakul ki a keringési rendellenesség:

- nyaki érzőkületek,
- végtagi érzőkületek,
- koszorúér-betegségek.

A nyaki érszűkület kockázata, hogy agyi keringési zavart okoz, amely kihatással lehet a mentális állapotra, illetve bénulásos tünettel is járhat. A végtagi érszűkület jelentkezhethet a karban vagy a lábban – ami folyamatos fájdalomérzetet okoz, a leg-súlyosabb esetben amputáció szükségességét is előidézhetheti. A koszorúér rendellenességei (szűkület, elzáródás) pedig további szívbetegségekhez vezethetnek.

Ezek a betegségek ritkán veleszületettek (legfeljebb a hajlam), de ha ilyen mégis előfordul, a korai diagnózis-nak köszönhetően műtéti úton kezelhetők, így nem hat-nak ki a munkavégzésre. Többnyire **szerzett betegség** lévén általában az életmódnak köszönhetően (helytelen táplálkozás, a mozgás hiánya, dohányzás, alkohol, stressz stb.) alakulnak ki – azonban ebben nyilván számtalan szubjektív tényező közrejátszik.

Az érszűkületes betegségek velejárója ezeken kívül a tü-netek (pl. végtagi fekély, kisebesedett végtag) miatti szégyenérzet, mellyel kapcsolatban a betegek úgy érzik, a társadalom tagjai félreértelmezhetik, és így előítéletek-kel fordulhatnak feléjük.

Ez természetesen befolyásolhatja a munkába állási és munkában maradási esélyeiket is.

II. A SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGEK SZOCIO- DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

A 2011. évben közel **7500 új igénybejelentés** érkezett ke-ringési rendszeri betegségben szenvedőktől, ez **az összes igénylés negyedét** adta. Ezzel ez a betegségtípus **vezet a munkaképesség csökkenését okozó betegségek kö-**

zött. A betegeknek mindössze egyharmadát nyilvánították rehabilitálhatónak, ami nem tér el jelentős mértékben az összes igénybejelentés között tapasztalható aránytól.

2010-ben, az NCSSZI-TÁRKI kutatásban is a megkérdezettek nagy aránya, **58 százalékuk válaszolta, hogy megállapítottak nála valamilyen tartósan fennálló, krónikus betegséget.** A szív- és érrendszeri betegségek jellemzően **ritkán fordulnak elő önmagukban.** Az említett mintában is mindössze 11 százalék azoknak az aránya, akik kizárólag e károsodás miatt lettek megváltozott munkaképességűek. A járulékos károsodások között a **mozgásszervi rendellenességek** és a **tartósan visszatérő fájdalomérzet** voltak azok, amelyek leggyakrabban fordultak elő: előbbi kétharmaduk esetében, utóbbi felüknél jelentkezett. Emellett vannak olyan betegségek is, melyek a keringési zavarok következményeként alakulnak ki, így önmagukban nem jelennek meg a betegségtípusok között: ilyen a **cukorbetegség** és az **autoimmun** betegségek, melyek szintén igen gyakoriak a célcsoportban.

Éva magasvérnyomás-betegségben szenved, emellett cukorbeteg, és enyhe látásproblémája is kialakult. Rendszeres gyógyszeres kezeléssel állapota egyensúlyban tartható, így a munkaerőpiacon történő elhelyezése esetében szükséges volt figyelembe venni a betegség halmozott jellegét. Cukorbetegsége miatt figyelembe kellett venni, hogy napi többszöri étkezése a munkahelyen is biztosított legyen, illetve azt, hogy Éva esetében egy esetleges rosszullét súlyos következményekkel járhat egy nem megfelelő munkakörben. A többműszakos munka és az egyenetlen fizikai megterheléssel járó munkavégzés szintén nem tette volna lehe-

tővé a cukorbetegnek ajánlott életmód betartását. Látásproblémája miatt csak olyan munkaterület jöhetett szóba, ahol a jó látás nem alapfeltétele a munkavégzésnek. Éva csomagolóként, részmunkaidőben sikeresen el tudott helyezkedni. Lehetőséget kapott arra is a munkáltatótól, hogy a számára a cukorbetegség miatt szükséges étkezési szünetek biztosítottak legyenek.

A keringési betegségekkel rendelkezők között vannak azonban olyanok, akik „láthatatlanok” maradnak, **nem jelennek meg semmilyen ellátórendszerben sem.** Ez elsősorban az egészségügyi ellátásban való részvételen keresztül érhető tetten. Oka egyrészt abban keresendő, hogy van a betegeknek egy olyan köre, akik szociális szempontból eleve hátrányos helyzetben vannak: **kistelepüléseken élnek, főként egyedül, idősen.** Esetükben nagyon csekély a valószínűsége, hogy akár a háziorvoshoz is eljussanak, vagy ha el is jutnak (akkor is úgy, hogy családtagok, szomszédok, ismerősök találják rájuk, és viszik el őket), rendszerint már későn, amikor már mozgásszervi problémák is párosulnak az eredetileg érszűkületből kiinduló betegséghez.

A szakértők szerint a szív- és érrendszeri megbetegedések egyre inkább sújtják a magasabb státuszú fiatalokat – a helytelen életmód, azon belül is elsősorban a stressz miatt. Azonban az ilyen jellegű krónikus betegek körében **az idősebbek és a kistelepülésen élők felülreprezentáltak** (NCSSZI-TÁRKI 2010). Mindez megerősíti annak a fontosságát, hogy a hátrányos helyzetű csoportok szolgáltatásokhoz való hozzájutásának esélyegyenlősége szembetűnő, és egyelőre megoldatlan problémát jelent.

1. táblázat: A szív- és érrendszeri betegek korcsoport szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a szív- és érrendszeri betegek körében	Arányuk a szív- és érrendszeri betegséggel nem rendelkezők körében	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban
25 alatt	0,4	2,2	1,2
25–34 éves	2,1	7,1	4,2
35–44 éves	7,5	16,4	11,2
45–54 éves	31,8	32,4	32,0
55 és felette	58,2	41,9	51,4
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

2. táblázat: A szív- és érrendszeri betegek településtípus szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű célcsoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Településtípus	Arányuk a szív- és érrendszeri betegek körében	Arányuk a szív- és érrendszeri betegséggel nem rendelkezők körében	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban
Főváros	8,9	9,3	9,1
Megyeszékhely	16,4	16,9	16,6
Egyéb város	32,8	37,1	34,6
Község	41,9	36,6	39,6
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A célcsoport tagjai a megváltozott munkaképességűek körében is nagy arányban reprezentáltak: mind a soros felülvizsgálatok, mind az új igénybejelentések tekintetében.

A szív és érrendszeri betegség hatása a személyiségre

A szív és érrendszeri betegségek gyakran járnak tartósan fennálló fájdalomérzettel (pl. érszűkület esetén), emellett szédülés, kimerültség, fáradtság, zsibbadás-érzés, fülzúgás és egyéb érzészavarok is megjelenhetnek. A panaszok kezeléssel megszüntethetőek, enyhíthetőek, de fennállásuk esetén mindenképpen kihatnak a beteg pszichés állapotára is. Az emberek különböző módon, különböző toleranciával viselik a betegség okozta panaszokat. Van, akit ingerültebbé tesz, türelmetlenné, van, aki csendesen, panasz nélkül viseli, és megtanul együtt élni a betegséggel.

Egy szívinfarktus vagy agyi érkatasztrófa megélése, de a krónikus betegség tudata is gyökeresen megváltoztatja a beteg önmagáról alkotott képét, testképét, aktivitásának és társadalmi részvételének „értelmét”. A részvétel leginkább attól függ, hogyan képes megküzdeni betegségével és megváltozott élethelyzetével.

A szívbetegségek diagnosztizálása után kialakult pszichés zavarok részben a betegségre adott reakciók. A betegség megghiúsítja a korábbi életfelfogást és megküzdési stratégiákat (pl. egy szívinfarktus esetében már nem működik a teljesítménnyel történő kompenzáció). Kialakulhat egy önértékelési krízis, pszichés trauma, lehangoltság, szorongás jelentkezhetsz és szomatoform tünetek (olyan testi tünetek – pl. fájdalom, zsibbadás –, amelyek háttérben nem tárható fel szervi elváltozás).

A felépülés a betegségből gyakran kimerítő (pl. stroke esetében). A számos fizikai mellékhatás mellett tehetetlenségérzés, frusztráció, depresszió, apátia is kialakulhat. A javulás egyénenként nagyfokú eltéréseket mutat. Sok függ a kezeléstől, a beteg személyiségétől, élettapasztalatától és problémamegoldó képességétől. A rehabilitáció szempontjából nagy jelentősége van a motivációnak.

Minél jellemzőbb a betegség befolyásolhatóságának érzése és az ezzel kapcsolatos felelősségérzés, annál kevésbé éli meg a beteg betegségének negatív aspektusait, pl. a fáradtságérzetet, örömtelenséget stb. A társas támogatásnak nagy szerepe van a betegséghez történő alkalmazkodásban. A támogatottság-érzés pozitívan hat a krónikus betegség pszichoszociális kimenetelére.

III. A CÉLCSOPORT MUNKAERŐ-PIACI HELYZETKÉPE, PRAKTIKUS ISMERETEK, JAVASLATOK

A célcsoport tagjainak **munkaerő-piaci részvétele viszonylag alacsonynak tekinthető** (nem éri el a 13 százalékot, míg a teljes mintában 15 százalék, a krónikus betegséggel nem diagnosztizáltak körében 18 százalék az arányuk). Ezt részben alátámasztja, hogy a krónikus betegek inaktivitásuk okaként relatíve nagyobb arányban van jelen **a környékükön elérhető munkalehetőségek hiánya**, valamint **a családi kötelezettségek, mint akadályozó tényező** (utóbbi jóval kevésbé domináns).

Ezek mellett sokan érzik úgy, hogy a betegségük hátráltatja őket a munkavállalásban, mivel **nem találnak a szükségleteiknek megfelelő álláslehetőségeket.**

3. táblázat: A szív- és érrendszeri betegek eloszlása az inaktivitás oka szerint, más megváltozott munkaképességű célcsoporthoz viszonyítva (2010, %)

Inaktivitás oka	Arányuk a szív- és érrendszeri betegek körében (az „igaz” válaszok aránya)	Arányuk a szív- és érrendszeri betegséggel nem rendelkezők körében (az „igaz” válaszok aránya)	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban (az „igaz” válaszok aránya)
Egyáltalán nincsenek munkalehetőségek a környéken	49,3	45,3	47,7
Nem ismer a szükségleteinek megfelelő állásokat, munkalehetőségeket	45,1	43,4	44,4
Családi kötelezettségei miatt nem teheti meg (hogy dolgozzon)	9,6	6,7	8,4

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

Pál 54 éves, idült szívbeteg, emellett szorongásos, depresszív zavart, elhízást is megállapítottak az esetében. Nagyon nehéz körülmények között él egy zsáktelepülésen, néha még arra sem telik, hogy beutazzon a városba a szakrendelésre. A munkára nagy szüksége volt, de a rossz közlekedés miatt tanácsstalanná vált, hogy hol tudnák alkalmazni. A foglalkozási tanácsadó a munkáltatói kapcsolatok révén bedolgozói munkakört tárt fel az ügyfél részére, ami elfogadásra került.

Mivel a szív- és érrendszeri betegségek nagyobb részt szerzett formában fordulnak elő, és főként a munkaképes korúakat érintik, **a betegnek meg kell küzdenie a betegség kialakulásának feldolgozásával járó lelki nehézségekkel.**

Esetükben fontos lehet a pszichológiai segítségnyújtás vagy a környezet, a hozzátartozók támogatása is. Veszélyeztetett vagy gyerekkorban szerzett betegség esetében ennek kisebb súlya van, hiszen a betegnek munkaképes korára lehetősége van hozzászokni a károsodáshoz (hacsak nem jelentkezik újabb tünetek vagy járulékos betegségek), illetve az orvosi rehabilitációja is korán elkezdődhet.

Orvos-egészségügyi rehabilitáció

A célcsoport **rehabilitációja három szinten valósul meg**

- Az első a szakorvosi kezelés, ide a háziorvosi, majd a szakorvosi diagnózis után kerül a beteg. Itt megtörténik a beteg kezelése, melynek célja az önálló életvitelre való képesség tétele.
- Ezt követi a második szinten az ambuláns kezelés, amely már nem feltétlenül kórházi kezeléshez kötött,

miután a beteg képes az önálló életvitelre, bizonyos tanácsadással (amely főleg az életmódváltás elemeire vonatkozik) pedig visszailleszkedik a társadalomba, a munkaerőpiacra.

- A rehabilitáció harmadik szintjének igénybe vétele talán a legritkább. Az ebben résztvevők már visszailleszkedtek a társadalomba és a munkába, és bizonyos rendszeres tevékenységekkel (pl. testmozgás) igyekeznek szinten tartani vagy javítani a rehabilitáció előző két állomásának eredményeképpen kialakított állapotot.

Amennyiben műtéti beavatkozásra kerül sor, a beteg akkor is ezt az utat járja végig. Az orvosi rehabilitáció módszertanának igen nagy hagyományai vannak hazánkban, éppen ezért a gyakorlat is jól működik. Ennek időtartama általában hat hónap, ezután pedig – csökkenő intenzitással – rendszeres kontrollvizsgálatokra van szükség.

Foglalkozási rehabilitáció

Mivel a betegségcsoport igen széles körű, számtalan lehetséges tünet-együttesel, következménnyel és kísérő betegséggel, nehéz arra vonatkozóan általános érvényű megállapítást tenni, hogy milyen szükségletei vannak a célcsoportnak a munkába állás és a munkában maradás szempontjából. Akitet enyhébb fokú betegséggel diagnosztizáltak, lehetséges, hogy a rehabilitációs szolgáltatások igénybe vétele után akár eredeti munkakörükbe is vissza tudnak helyezkedni, főleg, ha az nem nehéz fizikai munkavégzést igényelt. Az is előfordulhat, hogy újra el tudnak helyezkedni eredeti munkahelyükön, munkakörükben, legfeljebb csak kisebb módosításokat kell alkalmazni a feladatvégzés tekintetében a szükségleteinek megfelelően.

Az is megtörténhet persze – főként súlyosabb károsodást szenvedettek vagy a korábban nehéz fizikai munkát végzők esetében –, hogy a megváltozott munkaképességű munkavállalók már nem tudnak többé a betegségük előtti állásba, sem munkahelyre visszatérni. Ezért is **kiemelkedően fontos a foglalkozási rehabilitáció során az egyéni szükségletek figyelembe vétele.**

János szívinfarktust követően kapta meg a szakorvosi bizottság véleményezését, melyben megállapították a rokantság fokát. Korábban vezetői pozícióban dolgozott a mezőgazdaságban, embereket irányított, döntéseket hozott. A betegség és a korábbi munkahelyet érintő változások miatt munkanélkülivé vált. Személy- és vagyonőr tanfolyamot végzett, de csak kevés munkatapasztalattal rendelkezett e téren, mert nem érezte úgy, hogy ez a szakma igazán megfelel a számára. Ezt követően takarítást vállalt, de problémák merültek fel a kollégákkal, otthagyta az állást. János ekkor jelentkezett a foglalkozási tanácsadónál, hogy segítséget kérjen az elhelyezkedéshez. Az együttműködés során kiderült, hogy elsősorban beilleszkedési nehézségekkel küzd a munkahelyen, hiszen egyetemi végzettséggel sokáig vezetői pozícióban volt. Számára olyan munkaterület feltárása szerepelt célként, ahol kamatoztatni tudta vezetői kompetenciáit, de a munka nem jár nagy felelősséggel, stresszel. Ugyanakkor a kollégák felkészítésére is időt kellett fordítani a munkahelyre történő beillesztés során.

A legnehezebb mégis azoknak a munkaerő-piaci integrációja, akiknek a betegségük diagnosztizálása előtt is hátrányaik voltak a munkakeresés és a munkába állásuk tekintetében.

Kálmán 25 éves, rokkantsági járadékos fiatalember. Keringési károsodása a szív veleszületett fejlődési rendellenességéből ered. Emellett enyhe értelmi fogyatékoságot is megállapítottak nála. Több szívműtéten esett át. Fizikailag nem terhelhető, de mivel ez korán nyilvánvalóvá vált, a szülők úgy alakították az életét, hogy a betegség szinte észrevétlenül van csak jelen Kálmán életében. A speciális szakiskolából való kikerülést követően munkaerő-piaci tanácsadó segítségét kérték a számára megfelelő munkakör megtalálásához. Kálmán esetében nemcsak a szívbetegség okozott nehézséget az elhelyezkedésben, hanem mindazok a hátrányok, melyekkel értelmi fogyatékosként találkozott a munkaerőpiacon, amikor önállóan, illetve szülői segítséggel akart elhelyezkedni. A foglalkozási tanácsadó segítségével egy áruházláncnál sikerült elhelyezkednie a munkapróba és a közvetlen dolgozók érzékenyítése után.

4. táblázat: A szív- és érrendszeri betegek munkába állása szempontjából speciális szükségletek és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
A fizikai terhelés csökkentése, minimálisra szorítása.	<ul style="list-style-type: none"> • Ülő- és/vagy szellemi feladatok végzése. • Kerülgék a sok sétálást, lépcsőzést a munkahelyen. • Ne végezzenek nagyobb tüdő-igénybevétellel járó munkákat. • Kerülgék a meleget. • Kerülgék a magaslatban végzendő munkákat. • Kerülgék a veszélyes munkákat (tűz, áram, vegyszerek).
Az esetleges rosszulletek kezelésére való felkészülés.	<ul style="list-style-type: none"> • Ne végezzenek egyedül munkát. • Ne végezzenek éjszakai munkát.

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
A depresszió és a pánik-betegség kialakulásának meggátolása.	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahelyi stressz csökkentése. • A munkatársak felkészítése.
Rendszeres orvosi kontrollra járás.	<ul style="list-style-type: none"> • Rugalmas időbeosztás. • Részmunkaidő, esetleg távmunka.
A műtéti beavatkozás következményeinek kezelése (további speciális szükségletek merülnek fel).	<ul style="list-style-type: none"> • Segédeszköz, pl. szívritmus-szabályzó (kerülni kell az elektromágneses sugárzást); amputáció esetén művégtag (amennyiben lehetséges) vagy egyéb segédeszköz (további speciális szükségleteket lásd a mozgásszervi betegeknél).

Forrás: Brunse, Birket-Smith (é.n); Gobelet, Franchignoni (2006).

A szív- és érrendszeri betegek esetében a munkahely és a munkakör adaptációja nem a klasszikus formában zajlik, nem elsősorban fizikai akadálymentesítést igényel. Esetükben inkább a munkaadó és a munkatársak felkészítésén van a hangsúly: tudják, hogy a célcsoport tagjainak milyen speciális szükségleteik, igényeik vannak munkájuk megfelelő elvégzésének érdekében, illetve ezeket hogyan lehet számukra biztosítani. Ezzel a szív- és érrendszeri betegséggel élő munkavállaló számára mind a munkahelyre, mind pedig a munkakörbe való beilleszkedése segíthető, növelve ezáltal az elhelyezkedés és a munkában maradás esélyeit.



Jó tudni:

A szív- és érrendszeri betegek, abból gyógyult dolgozó munkaalkalmassági vizsgálata mindig különleges körültekintést igényel, mindig egyénre szabottnak kell lennie. Gondosan át kell tanulmányozni a dolgozó hozott leleteit, zá-

rójelentéseit, az **NRSZH Szakértői Bizottságának szakvéleményének, az egészségi állapot és az** össz-szervezeti **egészségkárosodás százalékban kifejezett** mértékét, az egészségkárosodást okozó keringési betegség és annak szövődményeinek felsorolását, a rehabilitálhatóságot, a rehabilitációs javaslatot, az állapot minősítését (A-E), és hogy szükséges-e felülvizsgálni az adott személyt.

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltató szakorvosa ezt követően hozza meg a munkaalkalmasságról szóló döntését.

Az **alkalmasság tekintetében a szakorvos például 1-3-6 hónapos időkorlát bevezetése mellett dönthet** attól függően is, hogy például a dolgozónál mikor várható a legközelebbi angiológiai és egyéb kontroll vizsgálata. A foglalkozási rehabilitáció során a szív és érrendszeri betegek szempontjából is fontos lehet **a próbaidő, a próbamunka és a rövidebb ideig, napi 4-5 órában való alkalmazása.**

Munkaalkalmasság megadásánál nagyon is aktívan kell alkalmazni a **bizonyos korlátozások** bevezetését, amelyek „A foglalkozások egészségi tényezői” című leiratban **„kizáró / korlátozó tényezők” formájában szerepelnek.**

Munkaalkalmassági vizsgálatnál arra kell különös figyelmet fordítani, hogy a megváltozott munkaképességű dolgozónak keringési betegségei miatt mozgása lehet nehezített, súlyosan nehezített, illetve lehet akár mozgásképtelen, – kerekesszékhöz való kötöttsége is fennállhat. Ezzel összefüggésben keringési betegség szövődményeként fennállhat akár mozgásszervi fogyatékosága is. Ezekben az esetekben munkaalkalmasság megadásnál azt kell megjegyeznünk, hogy a dolgozó a munkahelyére, illetve otthonába való ki-be szállíttatásával lehet csak alkalmas a munkavégzésre. Ezt az úti balesetek megelőzésének céljából megjegyezni lehet fontos és indokolt.

DAGANATOS BETEGSÉGGEL KÜZDŐ EMBEREK

I. A CÉLCSOPORT MEGHATÁROZÁSA

A daganatos megbetegedés gyűjtőfogalomnak tekinthető, amely magában foglalja a betegség számos formáját.

Az orvostudomány jelenleg több mint 100 ráktípust ismer, ezek 5 fő kategóriába sorolhatóak:

- karcinóma (hámszövetből, hám eredetű sejtekből induló daganatok),
- szarkóma (kötőszöveti vagy alátámasztó szövetekből – pl. csont, izom, porc, zsír stb. – induló daganatok),
- leukémia (vérképző szövetekből induló daganatok),
- limfóma (immunrendszeri eredetű daganatok),
- központi idegrendszeri daganatok (agyi vagy gerincvelői eredetű daganatok).¹⁴

A célcsoport meghatározása szempontjából nem elhanyagolható tény, hogy az egyes betegségtípusokon belül is eltérő lehet a betegség súlyossága – amit a diagnózis után mindig egyénre szabottan állapít meg egy orvosi stáb, és ennek megfelelően döntenek a kezelésről is. Hazánkban

14 Forrás: National Cancer Institute, USA.

<http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>

a teljes lakosságot tekintve a leggyakoribb megbetegedések a tüdő- és a mell-daganatok (Tompai 2011).

A daganatos betegek először – és elsősorban – az **egészségügyi ellátórendszerben** jelennek meg. A prevencióban (szűréseken) való részvétel még mindig alacsonynak tekinthető (becslések szerint 60-70 százalékos), azonban akiknél diagnosztizálják a daganatos megbetegedést, többnyire teljes körben igénybe veszik az orvosi ellátást. Ezen túl azonban **kevesen vesznek részt a további rehabilitációs szolgáltatásokban**, aminek oka – az egyéni motiváció hiánya és a reményvesztettség mellett – az elemi rehabilitáció és főként a foglalkozási rehabilitáció elérhetőségének hiányosságaiban keresendő. Az orvosi beavatkozás, kezelés után, amennyiben a beteg még nem alkalmas arra, hogy munkába álljon, gyakran megváltozott munkaképességűvé válik. Akik azonban motiváltak arra, hogy minél előbb vissza- (vagy ki-) kerüljenek a munkaerőpiacra, igyekeznek ezt elkerülni, vagy minél előbb kikerülni az ellátásból. Közük jellemző, hogy ezután már nem kerülnek kapcsolatba az ellátórendszerrel (csak ha nagyon muszáj), igyekeznek eltitkolni betegségüket a társadalom, és elsősorban a munkáltatók elől az előítéletektől való félelem miatt.

A célcsoport jellemzőinek, illetve az ebből adódó speciális szükségleteknek az elemzésekor egyrészt figyelembe kell vennünk a betegek sajátos szocio-demográfiai jellemzőit, illetve magából a betegségből fakadó sajátosságait – hiszen ezek együttesen határozzák meg a munkaerőpiacon való elhelyezkedési esélyeiket.

II. A DAGANATOS BETEGEK SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐI

Magyarországon a daganatos betegséggel újonnan megbetegedők száma körülbelül 70 ezer főre tehető évente (Tompai 2011). A gyógyult betegekről nincsenek adatok, így **a daganatos betegek létszáma akár 100 ezres** nagyságrendű lehet.

A szakértők szerint a daganatos megbetegedések elterjedése a fiatalabb korosztály körében is megnövekedett, azonban a megváltozott munkaképességűek között még mindig **az idősebbek (45 év felettiek) felülreprezentáltak:** arányuk meghaladja a 90 százalékot. (Ez a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban 83,5 százaléka.)

1. táblázat: A daganatos betegek korcsoportok szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű csoportokhoz viszonyítva (2010, %)

Életkori csoportok	Arányuk a daganatos betegek körében	Arányuk a daganatos betegséggel nem rendelkezők körében	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban
25 alatt	0,2	1,6	1,2
25–34 éves	2,2	5,1	4,2
35–44 éves	7,5	12,9	11,2
45–54 éves	34,1	31,0	32,0
55 és felette	56,1	49,3	51,5
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A megváltozott munkaképességű személyek teljes csoportjára az alacsony végzettség jellemző (véltetően a szakértők is ezért érzékelik úgy, hogy a célcsoport nagy része alacsonyan iskolázott), mégis azt kell mondanunk, hogy hozzájuk képest a daganatos betegséggel rendelkezők némiképp jobb helyzetben vannak e tekintetben. Körükben kismértékben ugyan, de gyakrabban fordulnak elő olyanok, akik középfokú vagy annál magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek.

2. táblázat: A daganatos betegek iskolai végzettség szerinti eloszlása más megváltozott munkaképességű csoportokhoz képest (2010, %)

Iskolai végzettség	Arányuk a daganatos betegek körében	Arányuk a daganatos betegséggel nem rendelkezők körében	Arányuk a teljes megváltozott munkaképességű célcsoportban
Kevesebb mint 8 általános	4,1	5,4	5,1
Általános iskola	31,0	30,6	30,7
Szakiskola/szaktanulmány-képző	38,5	39,0	38,9
Középfokú végzettség/érettségi	16,7	16,3	16,4
Technikusi végzettség	4,1	3,9	3,9
Felsőfokú szakképesítés	1,3	1,0	1,1
Felsőfokú végzettség	4,4	3,7	3,9
Összesen	100	100	100

Forrás: NCSSZI-TÁRKI 2010.

A **megváltozott munkaképességű személyek** körében a daganatos, illetve az egyéb nagy betegségek (szervek részleges vagy teljes eltávolítása, transzplantációja) előfordulási gyakorisága megközelíti az **egyharmados arányt** (NCSSZI-TÁRKI 2010). Mind az új, mind pedig a tartós egészségkárosodás megállapítása esetében a daganatos betegségek vezető diagnózisként szerepelnek. 2011-ben előbbi esetében 10 000 munkavállalási korúra 9,6 fő jutott, utóbbinál 9,2 fő. A 2012. évben közel 5000 új igénybejelentés érkezett a daganatos betegek köréből az RSZSZ¹⁵ felé komplex minősítés kapcsán – ez a betegségcsoport adta az új igénylések 17 százalékát. A többi csoporthoz képest körükben tér el leginkább a rehabilitálhatóság szerinti megoszlás: közel 90 százalékukat nem javasolták rehabilitációra.

A daganatos betegség hatása a személyiségre

A daganatos betegek éppoly sokfélék, mint az emberek általában, és ennek megfelelően a betegségre is különbözőképpen reagálnak. A beteg reakcióját alapvetően a személyisége és a stresszekkel, konfliktusokkal való megküzdő képessége határozza meg. Szerepe van még a hozzátartozóknak és az adott kulturális-társadalmi viszonyoknak is.

A rosszindulatú daganatos betegségre jellemző kiszámíthatatlanság és bizonytalanság, valamint a személyiségtudat és önértékelés változása lelkiileg és érzelmileg egyaránt megterhelő. A pszichológusok tapasztalatai szerint a betegséget kihívásként felfogó, harcos személyiségtípus túlélési esélyei a különféle betegcsoportok bevonásával végzett felmérések eredményei szerint a legjobbak. Ezek a betegek

15 Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv

tájékozottak, felkészültek, sokat kérdeznek, utánajárnak mindennek, ami fontos lehet gyógyulásuk szempontjából. Ezek a páciensek gyakran a „nehéz beteg” címkét is elnyerik, de gyógyulási esélyeik akár háromszor is jobbak lehetnek, mint a sorsukba csüggedten beletörődő sorstársaké. Az önértékelés, az optimizmus, a lelki edzettség, a sors irányításának képességébe vetett hit segít abban, hogy kihívásként kezeljék a nehéz helyzeteket, képesek legyenek új készségek elsajátítására erőt mozgósítani magunkban.

Péter daganatos betegségének diagnosztizálását követően, a kezdeti sokk után igyekezett mindent megtenni azért, hogy leküzdje a betegséget. Figyelmét nem a betegségre koncentrált, hanem a gyógyulásra és arra, hogy jövőbeni terveit, melyek között a családalapítás, a munkavégzés is szerepelt, ne adja fel. Élettársa mindenben támogatta. Az ügyfél pozitív hozzáállása nagyban segítette a foglalkozási tanácsadó munkáját. Péter aktívan részt vett Egyéni fejlesztési tervének összeállításában és megvalósításában. Gyors felépülését követően a foglalkozási tanácsadó támogatásával elhelyezkedése is megvalósult. Ma már alig gondol a betegségre. Esetében (ahogy minden más ügyfél esetében is), fontos volt annak felismerése a tanácsadó részéről, hogy hol tart az ügyfél a betegség feldolgozásában, milyen megküzdési stratégiával él, van-e természetes támasza. Mindezek figyelembe vételével lehetett csak megtervezni Péter esetében is a foglalkozási rehabilitációt.

A betegség egyedülálló abból a szempontból is, hogy ugyan teljesen gyógyultnak nem is nyilvánítanak egy daganatos beteget, **azonban öt (egyesek szerint tíz) év tünetmentesség után már igen csekély az új-**

bóli kialakulás kockázata. Azonban tünetmentes betegek esetében is mindig fennáll a kiújulás veszélye, ami – még ha nem is következik be – folyamatos bizonytalanságot okoz. A bizonytalanság pedig folyamatos stresszhez, rosszabb esetben lelki problémákhoz, pszichoszomatikus tünetekhez vezethet. A daganatos betegek ezért folyamatos orvosi kontrollt, szükség szerint kezeléseket, illetve lelki és mentális segítségnyújtást igényelnek.

A 35 éves férfinél 18 éves korában hererákot diagnosztizáltak. A betegség megghiúsította a szakmai végzettség megszerzését, így eleve nem alakult ki egy töretlen pályaut esetében. Képzésben való részvételét később is megghiúsította a betegség kiújulása. Az állandó visszaesések pszichésen is nagyon megviselték, kapcsolatait ilyenkor leépítette, bezárkózott. Pszichiátriai segítségre volt szükség ahhoz, hogy feldolgozza a betegséget, és ne az önként vállalt kirekesztettséggel reagáljon ezekben a helyzetekben.

III. A CÉLCSOPORT MUNKAERŐ-PIACI HELYZETKÉPE, PRAKTIKUS ISMERETEK, JAVASLATOK

A daganatos betegek ***munkaerő-piaci részvétele*** – az összes megváltozott munkaképességű emberhez képest is – ***alacsonynak*** tekinthető. A célcsoport tagjainak mindössze 12,2 százaléka dolgozik jelenleg (a teljes körben tapasztalható 15 százalékhöz képest) – ide értve az alkalmi munkavállalást és a vállalkozói tevékenységet is (NCSSZI-TÁRKI 2010).

Az alacsony munkavállalási hajlandóság oka – a munkaerőpiac szűkösségén túl – egyrészt, hogy eleve a munkakeresés során is korlátozva érzik magukat a betegségük miatt (közel háromnegyedük akadályozva érzi magát a munkakeresésben, és nem keres munkát), ezen kívül a többségük úgy érzi, hogy nem rendelkezik azokkal a kompetenciákkal, amelyek a munkakereséshez szükségesek; és kevésbé motiváltak ezek elsajátítására, illetve a képzésben való részvételre.

Andreát agydaganattal műtötték 23 éves korában. A műtétet követően látótérkiesés maradt vissza nála, mellyel már megtanult együtt élni. Bár korábban munkaviszonyban állt, a betegség nagyon visszavetette az önbizalmát, s olyan egyszerű feladatok esetében is bizonytalannak érezte magát, melyekre a látásprobléma ellenére továbbra is képes volt. Erős munkamotivációja ellenére kétségesnek látta, hogy akár egy munkáltatói interjún meg tudjon felelni. Fokozatos felkészítéssel önbizalma megerősödött, végül még egy új szakma elsajátításába is belevágott, ami egy új munkakör betöltését segítette elő.

Ami a daganatos betegek körében speciálisabb a többi megváltozott munkaképességű célcsoportéhoz képest, hogy a környezetük (családtagok, barátok) is kevésbé motiválja őket a munkaerőpiacra való vissza- (vagy be-) illeszkedésre, vélhetően a túlzott féltés miatt. A daganatos betegek több mint egynegyede erősítette meg azt, hogy a családja vagy barátai nem támogatják, vagy lebeszélnek arról, hogy munkába álljon.

A daganatos betegek élethelyzetét még inkább rontja, hogy az egészségügyi kezelés és a rehabilitáció nagyon

költséges, ezért a betegek, illetve családjuk anyagi és szociális helyzete folyamatosan romlik – amit még inkább súlyosbíthat, ha a családfőt sújtja a megbetegedés.

A betegség vagy éppen a kezelés jellegéből adódóan felmerülhetnek továbbá olyan járulékos betegségek vagy egészségkárosodások, melyek szintén meghatározzák a daganatos betegek szükségleteit, igényeit, illetve elhelyezkedési esélyeit. Ezek közül a leggyakrabban (a betegek kétharmadánál) a krónikus betegségek (szív- és érrendszeri betegség, cukorbetegség, légzési betegség stb.) és mozgásszervi betegségek fordulnak elő. A betegek több mint fele tapasztal ezen kívül folyamatosan visszatérő fájdalomérzetet is (NCSSZI-TÁRKI 2010).

Mivel belső szervi megbetegedésről van szó – a betegség tünetei, illetve a kezelés következményei nem feltétlenül láthatók, vagy ha láthatók is, jól leplezhetők a külvilág előtt. Ennek azért van jelentősége, mert a szakértők véleménye szerint még manapság is rendkívül elterjedtek a daganatos betegekkel szembeni előítéletek, sztereotípiák a társadalomban. Ennek oka, hogy a daganatos megbetegedéseket az emberek többsége még mindig halálos, gyógyíthatatlan betegségként értelmezi és érzékeli. Ez is hozzájárul a célcsoport alacsony elhelyezkedési esélyeihez. Éppen ezért a daganatos betegek egy része igyekszik titkolni betegségét tágabb környezete, így a munkatársai, a munkáltatója előtt is.

Orvos-egészségügyi rehabilitáció

A daganatos betegek esetében az egészségügyi rehabilitáció – és így a foglalkozási is – mindig egyénre szabott.

A betegséget kezelhetik sugár- vagy kemoterápiával, valamint műtéti úton is. Mindkét eljárás jár olyan mellékhatásokkal, amelyek befolyásolják az egyén életvitelét, és így munkavállalását is. Előbbieknél ilyen lehet például a gyengeség, a hajhullás, a hányinger stb., utóbbinál pedig minden olyan következmény jelentkezhet, amely más típusú műtétek esetében is előfordul.

Sugárterápiával a legtöbb daganatfajtát heti öt alkalommal, 6-7 héten keresztül kezelik. Egyes esetekben előfordulhat, hogy rövidebb ideig, 2-3 hétig tart a kezelés. A kezelés legtöbb mellékhatása a kezelt területtel függ össze. Általában megbeszélhető az orvossal vagy a sugárterápiás egység munkatársaival, hogy segítsenek a kezelést úgy ütemezni, hogy a munkanapnak legjobban megfeleljen. Néhányan azonban inkább betegállományban vannak a sugárterápia alatt, vagy csökkentett munkaidőben dolgoznak. Részmunkaidős munkavégzés, vagy bizonyos feladatok otthoni elvégzése is lehetséges. A kemoterápiát rendszerint „ciklusokban” adják, amikor is a gyógyszert egy vagy több napig alkalmazzák, majd az adagot 1-2 vagy esetenként 3-4 hetenként megismétlik, általában 4-6-szor. A kemoterápia esetében a mellékhatások a legtöbb esetben átmenetiek (pl. émelygés vagy hányás, hajhullás, fáradtság, fertőzések, vérzés, véraláfutás). Minden ember különböző, eltérően reagálhat akár az azonos fajtájú és dóziszú kemoterápiás kezelésre is. A mellékhatások közül nem mindegyik alakul ki minden betegnél, s azok erőssége is különböző. A nemkívánatos hatások ellenére a betegek többsége elég jól van ahhoz, hogy folytassa mindennapi életét. Az esetek jelentős részében a kemoterápiát mégis érdemes úgy időzíteni,

hogy a kezelést követő néhány napot a beteg pihenéssel, regenerálódással tölthesse.

Azoknál a betegeknél, ahol a daganatot műtéti úton távolították el, az orvosi-egészségügyi rehabilitáció során további speciális szükségletek merülhetnek fel. Ilyen lehet például egy-egy **segédeszköz, protézis**, amelyek már viszonylag széles kör számára, nagy kínálattal elérhetőek. Fontos ezen kívül – az ödémák elkerülése, a vérkeringés élénkítése, a közérzet javítása érdekében – a **gyógytorna, mozgásterápia**, amelyek azonban még mindig némiképp hiányterület (néhány civil szervezet nyújt ilyen szolgáltatást).

A daganatos betegek esetében kiemelkedően fontos a **pszichoszociális rehabilitáció és a lelki segítségnyújtás**. Ebben elsődlegesen a család és a szűkebb környezet lehet a beteg segítségére a rehabilitáció kezdetétől, ezen kívül az orvosi rehabilitáció során is kapcsolatba kerülhetnek olyan szakemberekkel (pl. pszichológus, szociális munkás stb.), akik szakértő támogatást tudnak nyújtani. Emellett Magyarországon igen kiterjedt hálózata van a rákbetegeket segítő civil szervezeteknek, akiknek főként e területen van többéves tapasztalatuk.

Foglalkozási rehabilitáció

A célcsoportra jellemző, hogy a betegség felismerését követően a kezelés, illetve a rehabilitáció folyamata felgyorsul. Ez idő alatt a beteg táppénzre kerül, majd a táppénz lejártával, az orvosi rehabilitáció végeztével, akik nem tudnak még egyből visszatérni a munkaerőpiacra a betegségük súlyossága miatt, rokkantsági ellátásba kerülnek. Amennyiben a kezelés (legyen az műtét vagy egyéb

terápia) eredményes volt, elindul egy gyógyulási folyamat – így e betegek számára **a nagymértékű munkaképesség csökkenés többnyire átmeneti állapot**, a következő felülvizsgálat során állapotjavulást állapítanak meg, amellyel akár a munkaerőpiacra is visszatérhetnek.

Akik a betegség diagnosztizálása előtt dolgoztak, általában nagyobb eséllyel tudnak újra munkába állni. Amennyiben szellemi munkát igénylő munkakörben foglalkoztatták őket korábban – függően persze a daganatos betegség jellegétől, súlyosságától –, akár korábbi munkájukat is el tudják végezni, legfeljebb könnyített feltételek mellett. A nehézséget esetükben az jelenti, hogy korábbi munkahelyükön, munkakörükben a táppénz és a rokkantsági ellátás ideje alatti távollét során már pótolták őket – emiatt újra munkát kell keresniük.

Ildikó az emlőeltávolító műtétet követően csak nehezen épült fel. Ugyanakkor mindent megtett annak érdekében, hogy újra munkaképesnek tudja magát. Kiegészítő kezeléseket vett igénybe, melyek tovább javítottak egészségi állapotán. Ugyanakkor régi munkahelyére, korábbi munkakörébe már nem tudott visszamenni, hisz fizikailag már nem is bírta volna a csomagoló munkát, a sok rakodást, emelést. Más lehetőséget a cég nem tudott felajánlani, így új munkaterületet volt szükséges megcéloznia. Mivel eladói szakmával is rendelkezett, így ezen a területen sikerült kisebb munkakörkönyvitésekkel elhelyezkednie a foglalkozási tanácsadó segítségével. A munkáltatóval történő egyeztetést követően Ildikó mentesült az emeléssel, rakodással járó feladatok alól. Mivel egy kisebb, speciális terméket árusító üzletről volt szó, a nem túl nagy forgalom mellett arra is mód volt, hogy leüljön, amikor éppen nem volt vevő.

A kontrollvizsgálatok időpontját előre egyeztetette a munkáltatóval, így nem okozott gondot az azokon történő megjelenés sem.

A daganatos betegek foglalkozási rehabilitációja annyiban tér el más megváltozott munkaképességű célcsoportok rehabilitációjától, hogy esetükben az orvosi kezelés, majd az orvosi rehabilitáció után **bekövetkezett állapotváltozás nem állandó**, folyamatos gyógyulási, javulási folyamat mehet végbe, még ha a beteget nem is lehet gyógyultnak, legfeljebb tünetmentesnek nyilvánítani, valamint még ezután is mindig fennállhat a kiújulás veszélye.

Esetükben már **az orvosi-egészségügyi rehabilitáció során is nagy jelentősége van a beteg egyéni jellemzőinek, szükségleteinek**, hiszen a betegség számos formában előfordulhat, és a kezelésre adott reakciók sem azonosak. Ebből kiindulva **a foglalkozási rehabilitáció során is kiemelkedő jelentősége van az egyénreszabottségának**, hiszen a daganatos betegek esetében – ha még meg is állapíthatók olyan közös szükségletek, melyek a betegség sajátosságaiból adódnak – nem állítható fel olyan protokoll, amely minden beteg (újra) munkába állása esetén érvényesíthető lenne.

Ilyen szempontból esetükben sokkal nehezebb a munkahely, a munkakör adaptációja (mint pl. mozgáskorlátozott munkavállalók esetében), mert nem elsősorban a fizikai környezet hozzáférhetőségét jelenti, hanem a munkavállaló egyéni igényeihez, szükségleteihez kell illeszkednie.

A folyamat így függ többek között a beteg demográfiai és szocio-kulturális jellemzőitől, a munkatapasztalatától, a korábbi vagy az új munkahelyéhez való viszonyától, a betegsége sajátosságaitól stb.

Beáta 21 évesen, súlyos daganatos betegségéből (agyi tumor és a gerinc daganatos megbetegedése) való felépülését követően kért segítséget az elhelyezkedéshez. A meglehetősen nehéz anyagi körülmények között élő nő számára roppant sürgős volt a munkába állás. Kiderült, hogy önállóan már elvállalt egy munkát, egy nagyáruházban takarított. Hamar kiderült azonban, hogy ezt fizikailag nem bírja, sőt, az orvosi javaslat ellenére vállalta el. A foglalkozási tanácsadó figyelembe véve Beáta egészségi állapotát és minden, a munkavállalás szempontjából fontos személyiségtényezőt, akkreditált munkahelyre történő jelentkezést javasolta. Hosszú távon ez bizonyult az ügyfél számára a megfelelő megoldásnak.

László tíz évig dolgozott a honvédségnél, mielőtt daganatos betegséget diagnosztizáltak nála. Korábban munkavédelmi technikus képzést tervezett, de ennek elvégzésére a betegség miatt nem volt módja. Munkatapasztalata lehetővé tette, hogy részmunkaidős karbantartói munkakörben helyezkedjen el egy iskolában, de egy hónapot követően egészségi okokra hivatkozva úgy döntött, hogy nem folytatja a munkát, és ezt jelezte a szakember felé. A foglalkozási tanácsadó a munkáltatóval történő egyeztetés során igyekezett feltárni annak a lehetőségét, hogy az ügyfél munkakörkönyítéssel (egyes feladatok más munkatársaknak történő átadása) meg tudja tartani jelenlegi

munkakörét. A munkáltató azonban ezt nem tudta felvállalni. Mivel alapvetően nem az ügyfél és a munkáltató viszonya volt a probléma oka, így a munkáltató is arra törekedett, hogy megtartsa az ügyfelet. A közös megbeszélésen felmerült annak a lehetősége, hogy egy hamarosan induló belső képzés keretében olyan új kompetenciák megszerzésére nyíljon mód, mely lehetővé tenné, hogy az ügyfél egy másik munkakörben folytassa a munkát az intézményen belül. Az ötlet elnyerte László tetszését, főleg mert úgy gondolta, hogy egészségi állapotának az új feladatkör sokkal inkább megfelel. A foglalkozási tanácsadó közbenjárásnak köszönhetően László nemcsak új végzettséget szerzett, de munkahelyét is meg tudta tartani.

3. táblázat: A daganatos betegek munkába állása szempontjából speciális szükségletek és azok lehetséges megoldásai

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
Gyengeség, kimerültség	<ul style="list-style-type: none"> • A fizikai megterhelés és a munkahelyi stressz csökkentése. • Folyamatos szünetek, pihenőidő biztosítása. • Rugalmas időbeosztás engedélyezése. • Rész munkaidős munkavégzés (4 vagy 6 órában). • Otthoni munkavégzés (táv munka). • A munkaeszközök megfelelő kialakítása a terhelés csökkentése érdekében. • Ülő munkavégzés – a mozgás, séta, lépcsőzés mellőzése. • Közeli parkolási lehetőség a munkavégzés helyéhez. • Lift. • A zajártalom kiiktatása.
Folyamatos orvosi kezelés, kontroll	<ul style="list-style-type: none"> • Rugalmas időbeosztás engedélyezése. • Rész munkaidős munkavégzés (4 vagy 6 órában). • Otthoni munkavégzés (táv munka).

Speciális szükséglet	Megoldási lehetőségek
Stressz	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahelyi problémák megelőzésére, kezelésére vonatkozó stratégia kidolgozása. (Az ügyféllel közösen azoknak a számára nehezen kezelhető munkahelyi helyzeteknek a számbavétele, elemzése, melyek stresszforrások lehetnek. Ezek esetében új viselkedésmódok, stratégiák kidolgozása. Pl. főnökkel, munkatársakkal történő kommunikáció, érdekérvényesítés stb.) • Érzékenyítő tréning a munkatársak számára. • Az orvossal vagy más támogatókkal való kapcsolatfelvétel engedélyezése napközben. • Rugalmas munkahelyi környezet és munkaidő, folyamatos szünetek engedélyezése.
Hőmérsékleti érzékenység	<ul style="list-style-type: none"> • A munkahelyi hőmérséklet szabályozása. • A „dress code” (munkahelyi viselet) rugalmasabb tétele. • Ventilátor vagy klímaberendezés használata a munkahelyen. • Rugalmas időbeosztás engedélyezése – különösen extrém időben.
Légzési nehézségek (a kezelés mellékhatásaként jelentkezhetnek)	<ul style="list-style-type: none"> • A folyamatos levegőáramlás, ventiláció biztosítása (szellőztetés, ventilátor, klímaberendezés használata stb.). • A pára, a por, a füst stb. kiiktatása. • Az extrém hőmérséklet és a hőmérsékleti ingadozások kerülése.
Bőrirritáció (a kezelés mellékhatásaként jelentkezhet)	<ul style="list-style-type: none"> • A vegyi anyagok kerülése. • A bőrre káros egyéb anyagok kerülése. • Váltó- vagy védőruha biztosítása.

Forrás: Job Accomodation Network, Office of Disability Employment Policy, USA (elérhető: <http://askjan.org/media/Cancer.html>); szakértői interjúk.

A munkaerő-piaci tanácsadónak a célcsoporttal való munka során a következőket érdemes figyelembe venni, mint a daganatos betegek munkába állása szempontjából speciális szükségleteket és lehetséges megoldásokat:

A daganatos betegek esetében némiképp speciális a betegséggel, a betegségtudattal való megküzdés módja. Egyrészt, ez a betegségtípus mindig „szerzett formában” alakul ki, így az érintetteknek – és környezetüknek – az életüknek egy adott pontján kell szembenézniük azzal, hogy ők daganatos betegek, valamint az ezzel járó változásokkal.

Másrészt, a társadalom tagjainak tudatában a rákos megbetegedések még mindig halálos betegségként vannak jelen, melyek nem gyógyíthatók, ami a feldolgozást még inkább nehezíti. Ezért kiemelkedően fontos e célcsoport esetében a pszichoszociális rehabilitáció, amely a foglalkozási rehabilitációnak is elengedhetetlen feltétele.

A pszichoszociális rehabilitáció magában foglalja a betegek pszichoszociális monitorozását – pszichés vezetését –, életminőségük javítását, életük meghosszabbítása érdekében a kórházban, a családban, a lakókörnyezetben és a társadalomban.

A kórházból való kikerülést követően civil szervezetek, mentálhigiénés szakemberek segítik a pszichoszociális rehabilitáció megvalósulását, szervezik a pszichológiai/pszichiátriai kezelést, a társadalmi beilleszkedést.

A pszichoszociális rehabilitáció tudatosítja az aktuális betegségélményt, mozgósítja a lelki energiákat, erősíti a motivációt az együttműködésre, támogatja a megküzdést,

segít a stresszkezelési technikák elsajátításában, a lelki/pszichiátriai tünetek felismerésében, azok kezelésében, az emberi kapcsolatok támogatásában.

Eszközei lehetnek: az adekvát informálás, pszichoedukáció (szakemberek által kidolgozott, pontosan megtervezett formában történő ismeretátadás a betegségről az érintett és hozzátartozói számára), konzultáció/tanácsadás (lelki, szociális, jogi), állapotfelmérés, krízisintervenció, egyéni/csoportos/pár/család pszichoterápia.

A foglalkozási rehabilitáció szempontjából szükséges feltárni, hogy az adott ügyfél esetében zajlik-e pszichoszociális rehabilitáció. Amennyiben igen, úgy érdemes felvenni a kapcsolatot (természetesen csakis az ügyfél beleegyezésével) az ezt végző szakemberrel, illetve amennyiben nem, úgy akár ebben jártas saját, akár külső szolgáltató ajánlása történhet ennek érdekében az ügyfél részére.

A munkáltatók (és a munkatársak) érzékenyítése

A daganatos betegek munkaerőpiacon való elhelyezkedésének még mindig nagy akadályát képezik a célcsoporttal kapcsolatos sztereotípiák és előítéletek. Ennek következtében elterjedt jelenség, hogy a daganatos betegek titkolják a (leendő) munkáltatójuk előtt a betegségüket – ami akár az egészségi állapotuk további romlásához is hozzájárulhat. Fontos ezért a munkaadók és a kollégák „felvilágosítása”, érzékenyítése a célcsoport kapcsán.

Próbamunka biztosítása

A foglalkozási rehabilitáció során a daganatos betegek szempontjából is fontos lehet **a próbaidő, a próbamunka és a rövidebb ideig, napi 4-5 órában való alkal-**

mazás. A célcsoport esetében a próbamunkának nem elsősorban az a jelentősége, hogy az adott munkavállaló megbizonyosodjon róla, hogy alkalmas-e az adott munkakörre, feladatra vagy fordítva (persze ez is fontos szempont). Inkább a munkáltatóban, munkatársakban felmerülő esetleges sztereotípiák, előítéletek leküzdése miatt – növelve így a továbbfoglalkoztatás esélyét. A próbaidő során a munkáltató megismerheti a daganatos beteg munkavállalót, munkakultúráját, valamint az általa végzett munkát, és amennyiben elégedett, jobban el tudja fogadni betegségét és az ezzel járó speciális szükségleteket, igényeket.

Egyéni szükségletek, igények figyelembe vétele

Mivel a daganatos betegségek spektruma, a kezelésre adott reakciók, valamint a megküzdési módok – amelyek hatással vannak az érintett munkaerő-piaci re/integrációjára – abszolút egyén függőek, így a foglalkozási rehabilitáció során kiemelt jelentősége van az egyéni szükségletek, igények figyelembe vételére, a szolgáltatások egyénre szabására a hatékonyság növelése érdekében.



Jó tudni:

A daganattal élő, abból gyógyult dolgozó munkaalkalmassági vizsgálata mindig különleges körülményt igényel, mindig egyénre szabottnak kell lennie. Gondosan át kell tanulmányozni a dolgozó hozott leleteit, zárójelentéseit, az NRSZH Szakértői Bizottságának szakvéleményének, az egészségi állapot és az össz-szervezeti egészségkárosodás százalékban kifejezett mértékét, az egészségkáro-

sodást okozó daganatos betegség és annak szövődményeinek felsorolását, a rehabilitálhatóságot, a rehabilitációs javaslatot, az állapot minősítését (A-E), és hogy szükséges-e felülvizsgálni az adott személyt.

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltató szakorvosa ezt követően hozza meg a munkaalkalmasságról szóló döntését. Az alkalmasság tekintetében a szakorvos például 1-3-6 hónapos időkorlát bevezetése mellett dönthet attól függően is, hogy például a dolgozónál mikor várható a legközelebbi onkológiai és egyéb kontroll vizsgálata. A foglalkozási rehabilitáció során a daganatos betegek szempontjából is fontos lehet a próbaidő, a próbamunka és a rövidebb ideig, napi 4-5 órában való alkalmazása.

Munkaalkalmasság megadásánál nagyon is aktívan kell alkalmazni a bizonyos korlátozások bevezetését, amelyek „A foglalkozások egészségi tényezői” című leiratban **„kizáró / korlátozó tényezők” formájában szerepelnek.**

AJÁNLOTT IRODALOM, HASZNOS LINKEK

1. Tiringer István: Megküzdés (coping) Egészségpszichológia a gyakorlatban Medicina, 2007
2. Helyzetfeltárás az „átvezetés” módszertanához
3. REVITA Alapítvány, 2013

Hallássérült emberek

1. Abonyi Nóra: Szociológiai ismeretek (Jelnyelvi tolmácsképzés sorozat Fogyatékosok Esélye Közalapítvány, 2003.)
2. A hallássérültek foglalkoztatási esélyeit ösztönző hazai jogszabályok és az európai direktívák összevetése. „Munkaerő-piaci akadályugrás” információs konferencia és workshop, Budapest 2012. december 13.
3. http://sinosz.hu/sites/default/files/_hirek/visszatekinto/munkaero-piaci-akadalyugras/ka-eloadas-20121213.pdf
4. A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény
5. A magyar jelnyelvről és a magyar jelnyelv használatáról szóló 2009. évi CXXV. Törvény
6. 2001. évi népszámlálás, KSH 2002.
7. Farkas M., Perlusz A.(2000): A hallássérült gyermekek óvodai és iskolai nevelése és oktatása (In. Illyés S. szerk.: Gyógypedagógiai alapismeretek Bp.)
8. Greve B. (2009). The labour market situation of disabled people in European countries and implementation

of employment policies: a summary of evidence from country reports and research studies. Report prepared for the Academic Network of European Disability experts (ANED). United Kingdom: University of LEEDS.
Letöltés helye:

<http://www.disability-europe.net/theme/employment>

9. Keresztessy É. – Kovács Zs. – Perlusz A.: Bevezetés a hallássérültek habilitációjába, rehabilitációjába (Jelnyelvi tolmácsképzés sorozat, Fogyatékosok Esélye Közalapítvány Bp. 2004.)
10. Nagy S. (2012): Esélyegyenlőség, a fogyatékos személyek integrációja a munkaerőpiacon. Pilot vizsgálat felnőtt hallássérültek körében. (Foglalkozás-egészségügy 2. 66-74.p)
11. Nagy S. – Grónai É. – Perlusz A. (2013): Esélyegyenlőség, a foglalkozás-egészségügy szerepe a fogyatékos személyek munkaerő-piaci integrációjában. Országos felmérés felnőtt hallássérült személyek körében. (Foglalkozás-egészségügy 4. 139-144.p)
12. Pataki L.: Hallássérülés – hallási fogyatékoság in. Illyés S. szerk.: Gyógypedagógiai alapismeretek, Budapest, 2000.
13. Perlusz A. (2004): A hallássérült emberek munkaerő-piaci lehetőségei a gyógypedagógus szemével (in. Ignáthné Juhász I. /szerk./: Kommunikáció – munkahelyen, Szív a szívért Alapítvány 24-36.p.)
14. Pytel J.: Audiológia. Victoria, Pécs, 1996.
15. Ribári O. szerk.: Fül-orr-gégégyógyászat Medicina Budapest 2000.
16. Virágh Károlyné: Hallássérült fiatalok pályaválasztása (Országos Pedagógiai Intézet 1985.)

17. A Siketek és Nagyothallók Országos Szövetségének átlásfoglalása a Magyar Jelnyelvről (MJNY) http://www.sinosz.hu/sites/default/files/_oldal/sinosz-allasfoglalasok/jelnyelv-policy-vegleges-jovahagyasra-ellenorzott.pdf
18. <http://www.sinosz.hu/?q=kozossegunk/siketseg-es-jelnyelv>
19. <http://www.sinosz.hu/?q=hirek/hirek/kontakt-video-tolmacs-szolgaltatas-az-emmi-es-sinosz-koz-sajto-tajekoztatot-tartott>

Beszéd fogyatékos emberek

1. Nyirkos Péter dr.: Tényeken Alapuló Orvostudomány Módszertani Ajánlások – aphasia, dysphasia című fejezet, Melania Kiadói Kft. (2005.)
2. <http://aphasie.hu/hol-van-a-segitseg-ha-nem-tud-be-szelni>
3. http://www.beszed.hu/honap/cikk/beszedterapia_a_stroke_utani_aphasia_kezelesere
4. A fogyatékos személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény és a hazai jogrend áttekintése a beszéd fogyatékosok szempontjából (szerkesztette: Démoszthenész Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesülete, Budapest 2009.)
5. Krasznár Felicia: Beszéd fogyatékoság felnőttkorban (Soproni Pedagógiai és Logopédiai Napok 2011.)
6. Cseh Katalin – Hegyi Ágnes: Gyakorlatok az afázia kognitív nyelvi terápiájához
7. Dr. Martin F. Schwartz: Soha többé dadogás
8. http://www.beszed.hu/a_dadogas_terapiajarol

9. A beszéd fogyatékos felnőttek helyzete Magyarországon (FSZK kiadványa 2009.)
10. <http://munkaugyilevelek.hu/2006/12/fogyatekosok-foglalkoztatasa/>
11. Fogyatékoságügyi statisztikák szöveggyűjtemény – http://e-oktatas.barcsi.hu/extra/tudasbazis/szoveggy/szgy_stat.pdf
12. Závoti Józsefné: A fogyatékkal élők társadalmi integrációja a képzés, a foglalkoztatás és a rehabilitáció összehangolásával a hazai viszonyok és az Európai Unió elvárások függvényében (doktori értekezés) Sopron 2009.
13. Afázia – Az Újrabeszélők Egyesülete: <http://www.aphasie.hu>
14. Az afáziával foglalkozó logopédusok adatbázisa a Démoszthenész Egyesület honlapján: <http://demoszthenesz.hu/adatbazis>
15. Aphasia Centrum: <http://www.aphasiacentrum.hu>
16. Beszédrehabilitáció.hu – beszédrehabilitáció, beszéd-korrektció- logopédia kicsiknek és nagyoknak
17. <http://www.studium.ro/tevekenysegeink/dadogas-terapia-program/>

Mentális és viselkedés zavaros emberek

1. WHO Mental Health Action Plan 2013. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021eng.pdf>
2. Zoltan Rihmer, Balazs Kapitany, Xenia Gonda, Peter Dome: Suicide, recession, and unemployment. The Lancet, Volume 381, Issue 9868, 722 – 723, 2 March 2013

3. Állami Számvevőszék jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről, 2012. június <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatriai-betegellatas-atalakitasanak-ellenorzeserol/1286j000.pdf>
4. Mihalicza Péter, dr. Belicza Éva, Elek Péter, dr. Harangozó Judit, dr. Adamovich Károly, dr. Szádóczy Erika: Az egészségügyi reformok hatása az ellátás eredményességére, megfelelőségére, időszerűségére és a hozzáférésre. EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 2012/3. 13–20. oldal, http://www.weborvos.hu/adat/files/2012_szeptember/egsz22jo.pdf
5. Harangozó Judit: Környezetről és betegségről, avagy a medicina szükséges paradigmaváltásáról. LAM (Lege Artis Medicinæ) – 2011;21(02), 157–161. oldal http://www.elitmed.hu/kiadvanyaink/lam_lege_artis_medicin/kornyezetrol_es_betegsegrol_avagy_a_medicina_szukseges_paradigmavaltasarol_7141/
6. Kopp M., Skrabski Á. (2009): Miért halnak meg idő előtt a magyar férfiak? Neuropsychopharmacologia Hungarica 11, 3, 141–149.
7. Helyzetfeltárás az „Átvezetés” módszertanához. REVI-TA Alapítvány – FSZK, 2013.
8. Kopp Mária – Martos Tamás: A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség viszonya. A jövő nemzedékek országgyűlési biztosának megbízásából készített tanulmány. Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglélektani Társaság, 2011.
9. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. ENSZ 2013. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
10. Rupp Á, Harangozó J, Bognár G, Iván N, Radó I.: A szkizofréniás megbetegedések gazdasági költségei

- Magyarországon az 1990-es években. *Psychiatra Hungarica* 1999; 2:131–142.
11. Harangozó Judit, Gombos Gábor, Szabó Lajos: Szki-zofréniában szenvedő emberek véleménye helyzetük-ről, kezelésükről, gondolkozásukról: egy 2001 nyarán a TÁRKI által végzett közvélemény-kutatás bemutatása. *Psychiatra Hungarica*. 2002. 17. évf. 2. sz., p. 141–155.
 12. Az Ébredések Alapítvány foglalkoztatási adatai: <http://ebredések.hu/node/279>, erről publikáció: Harangozó Judit, Tana Ünige, Szepesi László, Vida Ágnes, Gallai Veronika: Ébredések Alapítvány közösségi pszichiátriai szolgáltatásának bemutatása. Magyar Pszichiátriai Társaság Vándorgyűlése, 2012. január 25–28. Debrecen.
 13. Bujdosó Z. A pszichiátriai rehabilitáció finanszírozása. HIETE továbbképző tanfolyam: A pszichiátriai rehabilitáció. 2000. nov. 11.
 14. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, Bond GR, Huxley P, Amano N, Kingdon D: Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane database. Published Online: September 16, 2013
 15. <http://summaries.cochrane.org/CD008297/supported-employment-for-adults-with-severe-mental-illness>
 16. Gary R. Bond, Ph.D.; Deborah R. Becker, M.Ed.; Robert E. Drake, M.D., Ph.D.; Charles A. Rapp, Ph.D.; Neil Meisler, M.S.W.; Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.; Morris D. Bell, Ph.D.; Crystal R. Blyler, Ph.D. : Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services* 2001; doi: 10.1176/appi.ps.52.3.313

17. Falloon és mtsai: A közösségi pszichiátriai magyar kézikönyve, 2006.: <http://ebredések.hu/node/54>
18. Idézet a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Szakmai Kollégium készülő szakmai irányelveiből. Kézirat.
19. A Nyitnikék Magyar Antistigma Kezdeményezés honlapja: nyitnikek.hu – Az én történetem rovat.
20. Mi a szkizofrénia? Tájékoztató betegeknek, hozzátartozóknak az Ébredések Alapítvány honlapján: ebredések.hu
21. http://index.hu/belfold/2013/05/30/megjelentek_a_kamerak_kovettek_az_autok/
22. Bipoláris betegségek – diagnosztikai és terápiás protokoll. Pszichiátriai Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, 2009. január:
23. <http://www.iranyelvek.hu/iranyelvek/old/all/PszichiatRIA/Bipolaris%20betegsegek%20-%20Diagnosztikai%20es%20terapias%20protokoll.pdf>
24. http://index.hu/belfold/2013/05/17/veszelyes_orultnek_kezelnek_vagy_szellemi_fogyatekosnak/
25. Unipoláris depresszió. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2008.
26. <http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=740>
27. Alkoholbetegség. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2009. január
28. <http://www.iranyelvek.hu/iranyelvek/old/all/PszichiatRIA/Alkoholbetegseg.pdf>
29. Szorongásos zavarok – általános irányelvek. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Pszichiátriai Szakmai Kollégium, 2005.<http://www.iranyelvek.hu/>

iranyelvek/old/all/Pszichiatria/Szorongasos%20zavarok%20-%20Altalanos%20iranyelvek.pdf

30. http://index.hu/belfold/2013/06/12/annyi_az_almom_hogy_eljek/
31. http://index.hu/belfold/2013/05/09/az_ehen_halast_valasztottam_volna/
32. Harangozó J. (2006): Bizonyítékokon alapuló pszichoszociális intervenciókkal történő közösségi pszichiátriai gondozás és rehabilitáció. Könyvfejezet. In: A szkizofrénia pszichoterápiája. Szerk.: Trixler M., Tényi T. (253-304).
33. Harangozó J., Bodrogi A. (2009): A pszichiátria paradigmaváltása: a felépülést segítő közösségi gondozás és rehabilitáció alapjai. In: A pszichiátria magyar kézikönyve. Szerk: Füredi J., Németh A. Medicina Könyvkiadó
34. Az Egyesült Királyság új irányelvei a pszichiátriában (NICE irányelvek): <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG82QuickRefGuide.pdf>

Mozgásszervi, szív- és érrendszeri, daganatos betegségekkel küzdő emberek

1. Kapcsolatépítés fogyatékos ügyfelekkel – mozgáskorlátozott ügyfelek segítése 22–29.p. Módszertani útmutató: Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest, 1998.
2. JANKOVICHNÉ D. M. (1968) A mozgásfogyatékosok személyisége. In: Illyés Gy.-né(szerk.) Gyógypedagógiai pszichológia. 157–164. Akadémiai Kiadó, Budapest
3. www.orin.hu/betegsegek-es-kezeles/betegsegek-mozgasszervi (Mozgásszervi betegségek)

4. www.fitforworkeurope.eu/Website-Documents/ffw_hungary_hungarian.pdf (Mozgásszervi megbetegedések és magyar munkaerő-piac)
5. <http://mozgasserult.lap.hu/>
6. http://www.fszk.hu/rpi/szakmai_anyagok/Az_identitas_alakulas_fordulopontjai.pdf
7. http://www.meosz.hu/index_27_07.php (Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége honlapja)
8. http://fszk.hu/api/szakmai_anyagok/segedlet_v6_2009_ebook.pdf
9. <http://www.rehabint.hu/>
10. <http://www.merek.hu/>
11. <http://www.gurulo.hu/>
12. <http://www.mnsza.hu/> (A Magyar Nemzeti Szívalapítvány oldala)
13. Tompa A. Dr.: Tények és gondolatok a rákról, Rákbeteg Országos Szövetsége, 1996.
14. Dégi L. Csaba: A daganatos betegségek pszichoszociális elemzése, Kolozsvár, 2010. (Egyetemi jegyzet)
15. <http://daganatok.hu/rehabilitacio/>
16. <http://mek.niif.hu/02000/02011/02011.htm> (Dr. Riskó Ágnes: bevezetés az onkopszichológiába – jegyzet)
17. <http://onkopszichologia.bencium.co.uk/kiegeszito-tartalmak/rehabilitacio/#>
18. <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2012/06/riskgnesgygythatatlanbetegekpszichodinamikuszpszichoterpija.pdf>
19. Daganatos betegeket segítő szervezetek és elérhetőségeik: http://www.hazipatika.com/cimtar/daganatos_betegeket_segito_szervezetek?id=63

Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszecenytterv.gov.hu
06 40 638 638



MAGYARORSZÁG MEGÚJUL



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