

Közzététel: 2021. február 18.

A tanulmány címe:

**A fogyatékos és az egészségi okok miatti korlátozottság mérésének módszerei a hivatalos statisztikában**

Szerzők:

**FÖLDVÁRI MÓNIKA**, a Központi Statisztikai Hivatal főtanácsosa  
E-mail: [Monika.Foldvari@ksh.hu](mailto:Monika.Foldvari@ksh.hu)

**GÁRDOS ÉVA**, a Központi Statisztikai Hivatal vezető-hivatalifőtanácsosa  
E-mail: [Eva.Gardos@ksh.hu](mailto:Eva.Gardos@ksh.hu)

DOI: <https://doi.org/10.20311/stat2021.2.hu0142>

**Az alábbi feltételek érvényesek minden, a Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH) Statisztikai Szemle c. folyóiratában (a továbbiakban: Folyóirat) megjelenő tanulmányra. Felhasználó a tanulmány vagy annak részei felhasználásával egyidejűleg tudomásul veszi a jelen dokumentumban foglalt felhasználási feltételeket, és azokat magára nézve kötelezőnek fogadja el. Tudomásul veszi, hogy a jelen feltételek megszegéséből eredő valamennyi kárért felelősséggel tartozik.**

1. A jogszabályi tartalom kivételével a tanulmányok a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. törvény (Sztj.) szerint szerzői műnek minősülnek. A szerzői jog jogosultja a KSH.
2. A KSH földrajzi és időbeli korlátozás nélküli, nem kizárólagos, nem átadható, térítésmentes felhasználási jogot biztosít a Felhasználó részére a tanulmány vonatkozásában.
3. A felhasználási jog keretében a Felhasználó jogosult a tanulmány:
  - a) oktatási és kutatási célú felhasználására (nyilvánosságra hozatalára és továbbítására a 4. pontban foglalt kivétellel) a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
  - b) tartalmáról összefoglaló készítésére az írott és az elektronikus médiában a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
  - c) részletének idézésére – az átvevő mű jellege és célja által indokolt terjedelemben és az eredetihez híven – a forrás, valamint az ott megjelölt szerző(k) megnevezésével.
4. A Felhasználó nem jogosult a tanulmány továbbértékesítésére, haszonszerzési célú felhasználására. Ez a korlátozás nem érinti a tanulmány felhasználásával előállított, de az Sztj. szerint önálló szerzői műnek minősülő mű ilyen célú felhasználását.
5. A tanulmány átdolgozása, újra publikálása tilos.
6. A 3. a)–c.) pontban foglaltak alapján a Folyóiratot és a szerző(ke)t az alábbiak szerint kell feltüntetni:

„*Forrás: Statisztikai Szemle c. folyóirat 99. évfolyam 2. számában megjelent, **Földvári Mónika, Gárdos Éva** által írt, 'A fogyatékos és az egészségi okok miatti korlátozottság mérésének módszerei a hivatalos statisztikában' című tanulmány (link csatolása)*”

7. A Folyóiratban megjelenő tanulmányok kutatói véleményeket tükröznek, amelyek nem esnek szükségképpen egybe a KSH vagy a szerzők által képviselt intézmények hivatalos álláspontjával.

Földvári Mónika – Gárdos Éva

## A fogyatékoság és az egészségi okok miatti korlátozottság mérésének módszerei a hivatalos statisztikában

### Methods of measuring disability and activity limitations for health reasons in official statistics

FÖLDVÁRI MÓNIKA, a Központi Statisztikai Hivatal  
főtanácsosa  
E-mail: Monika.Foldvari@ksh.hu

GÁRDOS ÉVA, a Központi Statisztikai Hivatal  
vezető-hivatalifőtanácsosa  
E-mail: Eva.Gardos@ksh.hu

A fogyatékoságnak, az egészségi okok miatti korlátozottságnak (a továbbiakban korlátozottság) és a funkcióképességnek nincs általánosan elfogadott egységes, operacionalizálásra alkalmas definíciója. Epidemiológiai, statisztikai szempontból többféle szemléletben, modellben vizsgálhatók, különböző mérőeszközökkel mérhetők leginkább annak függvényében, hogy milyen célból szeretnénk behatárolni, vizsgálni a fogyatékkal, korlátozottsággal élők körét. Nemzetközi szinten a medikális megközelítéstől fokozatos elmozdulás figyelhető meg a szociális modell felé, és ezzel összefüggésben elsődleges cél, hogy általános, monitorozásra és nemzetközi összehasonlításra alkalmas adatok álljanak rendelkezésre azokra vonatkozóan, akik egészségi állapotukból kifolyólag másoknál kevésbé képesek a társadalmi részvételre. Ugyanakkor a medikális modell mutatóinak is megvan a maguk jelentősége.

A különböző, fogyatékoságra és korlátozottságra vonatkozó mérőeszközök lényegesen eltérő eredményekhez vezethetnek. A szerzők fő célja, hogy tanulmányukban bemutassák a medikális és a szociális modell hivatalos statisztikában használt főbb mutatóinak előnyeit és hátrányait, illetve összefoglalják a mutatók hazai és nemzetközi alkalmazásának tapasztalatait annak reményében, hogy ezzel segítséget nyújthatnak egy-egy adott kutatási célhoz leginkább alkalmas mérőeszköz kiválasztásához. Közlik egyúttal a hazai mikrocenzusból és a nagymintás felvételekből elérhető legfrissebb korlátozottságra vonatkozó adatokat is.

TÁRGYSZÓ: a fogyatékoság/korlátozottság modelljei, standard mérőeszközök

The terms ‘impairment’, ‘disability’ and ‘functionality’ have no universally accepted, exact, operationalisable definition. From an epidemiological, statistical point of view, they can be examined from various perspectives, in different conceptual models, with several measuring tools, chosen in accordance with the purpose of identifying people with disabilities. Internationally, there is a gradual shift from the medical to the social model, and in this context the primary goal is to pro-

duce general, internationally comparable data on those who face participation restrictions for health reasons. However, the indicators of the medical model also have their own importance.

Different disability measuring tools can lead to significantly differing results. The study presents the advantages and disadvantages of the medical and social disability models' indicators used by official statistics, and summarises the domestic and international experience related to these indicators, to provide assistance in selecting the most appropriate measuring instrument for a given research purpose. In addition, the latest Hungarian disability data of Microcensus 2016 and other large-scale surveys are presented.

KEYWORD: models of disability/participation restrictions, standard measurement tools

A fogyatékoságnak, korlátozottnak és funkcióképességnek számos jogi, orvosi, etikai és pedagógiai meghatározása létezik,<sup>1</sup> és a nemzetközi statisztika sem rendelkezik egy általánosan elfogadott, konkrét mérési eljárásra alkalmas definícióval. Bár vannak nemzetközi, a statisztika számára is irányadó meghatározások és modellek, a felmérésekben a fogyatékoságot többféle szemléletben vizsgálják, illetve különböző eszközökkel mérik, leginkább annak függvényében, hogy milyen célból szándékozzák behatárolni vagy tanulmányozni a fogyatékosággal, korlátozottnal élőket. A következőkben a statisztikai célú adatgyűjtés szempontjából releváns modellekre fókuszálunk.

Általában kétféle modellre, a medikális és a szociális modellre szokás utalni, ezek azonban „tisztá” formájukban két végpontját képezik egy kontinuumnak, ahol számos kevert modell is létezik. A medikális (orvosi) szemlélet központi fogalma a fogyatékoság, illetve annak különböző típusai, amelyek valamilyen egészségi okból, betegségből, balesetből következnek, s kezelésük elsősorban orvosi kérdés. Ezzel szemben a szociális modell a fogyatékoságot társadalmi konstrukciónak tekinti, s általában társadalmi változást tart szükségesnek ahhoz, hogy a fogyatékosággal élő társadalmi részvételét, esélyegyenlőségét elősegítse, a fogyatékoságból eredő korlátozottságot csökkentse. Ebben a megközelítésben a hangsúly nem a fogyatékoságon mint egészségi problémán van, hanem a korlátozottnon: a társadalmi részvételben

<sup>1</sup> A fogyatékoságról megfogalmazott legismertebb definíciók forrásai a következők: az ENSZ (Egyesült Nemzetek Szervezete) 1993. december 20-án elfogadott, „Fogyatékosággal élő emberek esélyegyenlőségének szabályai” című dokumentuma (UN [1993]); az ENSZ 2006. december 13-án elfogadott konvenciója (UN [2006]); a WHO (World Health Organisation – Egészségügyi Világszervezet) fogyatékosággal foglalkozó dokumentumai; Magyarországon az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról (Magyar Közlöny [1998]), illetve annak 2013. évi módosítása (LXII. törvény; Magyar Közlöny [2013]); valamint gyógypedagógiai, szociológiai és jogi szakmaspecifikus munkák (Illyés [2000], Laki [2014], Chikán [2001]).

való akadályozottságon, amelyet egy bizonyos egészségi probléma az adott fizikai és társadalmi környezetben okoz. Így a szóban forgó fogyatékoság kisebb mértékű korlátozottságot jelenthet megfelelő fizikai környezet és támogató társadalmi közeg esetén.

Nemzetközi szinten a medikális modelltől fokozatos elmozdulás figyelhető meg a másik végletet jelentő szociális modell felé, mivel elsődleges cél, hogy általános, monitorozásra és nemzetközi összehasonlításra alkalmas adatok álljanak rendelkezésre azokra vonatkozóan, akik egészségi állapotukból kifolyólag másoknál kevésbé képesek a társadalmi részvételre. Ugyanakkor a szociális modellel szemben megfogalmazott fő kritika, hogy a fogyatékosággal élők személyes tapasztalatait csak részben veszi figyelembe, és kevésbé alkalmas a speciálisan rájuk vonatkozó intézkedések, programok megalapozására. Ez utóbbi célra a medikális megközelítés alkalmasabb lehet, amely viszont nem veszi tekintetbe a környezeti tényezőket, és nem képes annak felmérésére, hogy miként befolyásolja a fogyatékoság a funkcióképességet a mindennapi cselekedetek, a társadalmi részvétel szempontjából (Mont [2007], Palmer–Harley [2012]).

A két szemléletet ötvöző, hibrid modellnek tekinthető a Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF; magyarul Funkcionális állapotok nemzetközi osztályozása [FNO]), amelyet a WHO fejlesztett ki és tett közzé 2001-ben. A dokumentumban a funkcióképesség egyaránt vonatkozik a testi funkciókra, a különböző tevékenységekre és a társadalmi részvételre. Ugyancsak kevert megközelítés jellemzi az ENSZ Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezményének (Convention on Rights of People with Disabilities, CRPD; UN [2006]) meghatározását, miszerint a fogyatékosággal élők azok, akik olyan hosszú távú fizikai, mentális, érzékszervi problémákkal küzdenek, amelyek akadályozzák teljes és hatékony társadalmi részvételüket. Az egyezményben rögzítetteknek megfelelően a fogyatékoság változó fogalom, „a fogyatékosággal élő személyek és az attitűdbeli, illetve környezeti akadályok kölcsönhatásának következménye” (UN [2006] Preambulum (e) pontja). Mind az ICF, mind a CRPD a témát érintő nemzetközi statisztikai gyakorlat általánosan elfogadott kiindulópontjainak, alapjainak tekinthetők.

A jelenleg általánosan elfogadott szemlélet szerint tehát az egyén egészségi állapota önmagában csak a korlátozottság veszélyét hordozza; az, hogy az adott egészségi probléma mennyiben jelent számára valóban korlátozottságot a társadalmi részvételben és a mindennapi életben, az őt körülvevő fizikai és társadalmi környezettől is függ (Mont [2007], Altman [2014]). A „fogyatékoság” nemzetközi dokumentumokban használt fogalma így az előbbieken felvázolt szemléletváltás következtében tágabb értelmet kapott a korábbi, köznyelvben is használt jelentéshez<sup>2</sup> képest,

<sup>2</sup> Az embernek mint egyednek egy vagy több funkcióvesztése, képességsökkenése, egész életvitelében megmutatkozó hiánya (Chikán [2000]).

és „közelebb került” a korlátozottság statisztikában használt definíciójához<sup>3</sup>. Mindazonáltal a magyar hivatalos statisztikában – és a továbbiakban jelen tanulmányban is – a két fogalom használata egyértelműen elkülönül: a fogyatékos fogalmát medikális értelemben, egészségi problémára utalva használjuk, míg a korlátozottság fogalmát szociális szemléletben, az egészségi probléma által adott környezetben okozott akadályozottságra vonatkozóan.

Nagyban függ a kutatás céljától, hogy a korlátozottság/fogyatékoság mely aspektusaira fókuszálunk. Emberi jogi megközelítésben, ha az egyenlő esélyek biztosítása áll előtérben, azok körét szeretnénk meghatározni, akik nagyobb eséllyel tapasztalják meg a társadalmi kirekesztést, így egy általánosabb, a funkcióképesség különböző típusait vizsgáló szemléletre alapozhatunk. Ugyanakkor, ha valamilyen támogatásra jogosultak körének lehatárolása a cél, konkrétabb, szűkebb értelmezésre és annak megfelelő mérőeszközre lehet szükség (*Altman [2014]*).

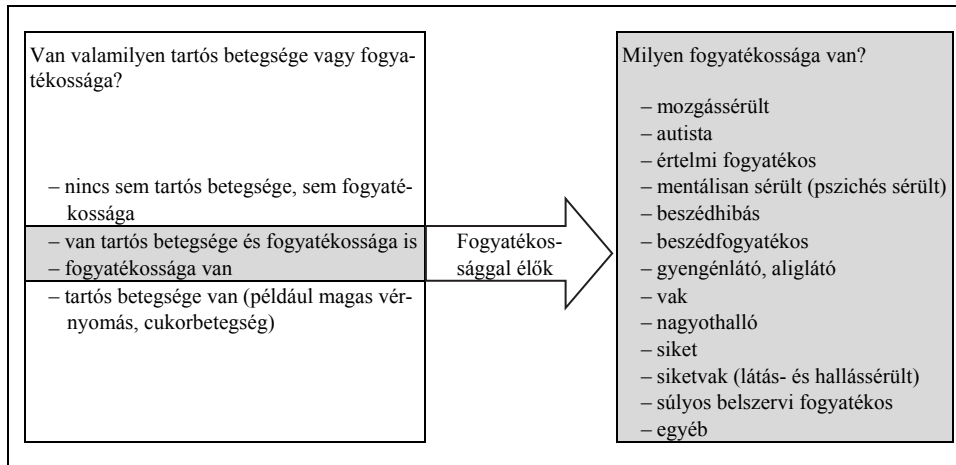
A fogyatékosra és a korlátozottságra vonatkozó különféle mérőeszközök egymástól lényegesen eltérő eredményekhez vezethetnek. (Lásd például *Szabó [2008]*, *Putz–Glickmann [2019]*.) Ezért fő célunk, hogy tanulmányunkban bemutassuk a medikális és a szociális modell hivatalos statisztikában használt főbb mutatóinak előnyeit és hátrányait, illetve összefoglaljuk e mutatók hazai és nemzetközi alkalmazásának tapasztalatait annak reményében, hogy ezáltal segítséget nyújthatunk egy-egy kutatási célhoz leginkább alkalmas mérőeszköz kiválasztásában. Egyúttal a magyarországi mikrocenzus és a nagymintás felvételek legfrissebb, fogyatékosra és korlátozottságra vonatkozó adatait is közöljük.

## 1. A medikális modell főbb mutatói és jellemzőik

A fogyatékoság medikális szemléletű vizsgálata során a fogyatékosággal, egészségi problémával élők különböző típusait tanulmányozzuk, az egészségkárosodásra kérdezzük rá. A népszámlálások, nagyobb kutatások általános medikális mérőeszközei rendszerint a súlyos korlátozottsággal élő, fogyatékosnak diagnosztizált személyek körére irányulnak. Így például a hazai Mikrocenzus 2016 is – hasonlóan a 2011. évi népszámláláshoz – tartalmazott fogyatékosra vonatkozó, medikális szemléletű kérdéseket.

<sup>3</sup> Valamely egészségi probléma miatti hosszú távú akadályozottság a mindennapi életben, a társadalmi részvételben.

1. ábra. A fogyatékossgal élők medikális szemléletű felmérése a Mikrocentusz 2016-ban  
(Medical approach to measure disability in the Hungarian Microcensus 2016)



A fogyatékossgal élők prevalenciája a szociális modell mutatóihoz képest alacsony, és a lakossági felvétel esetén alulbecsültnek tekinthető, részben a „fogyatékos” fogalom stigmatizáló jellege miatt, részben pedig azért, mert az emberek nem feltétlenül vannak tisztában az állapotukat jellemző diagnózissal, valamint nem megfelelően diagnosztizáltak (*Palmer–Harley* [2012]). Sokszor maga a diagnózis sem egyértelmű, mivel a fogyatékossgának – a nagyon súlyos esetek kivételével – nincs pontos meghatározása. A diagnosztikai eljárások fejlődése, a szakmai érdeklődés változása kihathat bizonyos fogyatékossgatípusok feltárására, így azok mért elterjedtségére is. Ha a fogyatékossgához szociális juttatások köthetők (ahogy hazánkban is), a kutatási eredményeket az is befolyásolja, hogy hivatalosan kiket ismernek el fogyatékosnak, juttatásra jogosultnak. A támogatásokkal kapcsolatos jogszabályi változások, amennyiben a fogyatékossga minősítését is érintik, befolyásolják a lakossági felmérésekben mért prevalenciát. Magyarországon például a 2012-es jogszabályi változásokat követően<sup>4</sup> 7 százalékkal csökkent a fogyatékosnak minősítettek száma, ami a 2016-os mikrocentuszban a 2011-es népszámláláshoz képest alacsonyabb prevalenciát eredményezett: 2011-ben 491 ezer fő, a lakosság 6,2 százaléka, 2016-ban 408 ezer fő, a lakosság 4,3 százaléka vallotta magát fogyatékosnak (*Bácskay et al.* [2018]).

<sup>4</sup> A 2011. évi CXCI. törvény (*Magyar Közlöny* [2011]) és a 7/2012. (II.14) NEFMI-rendelet (*Magyar Közlöny* [2012]) szerint azok, akik számára korábban rokkantsági nyugdíjat folyósítottak, a nyugdíjkorhatár elérése után a megváltozott munkaképességűeknek járó juttatások helyett öregségi nyugdíjban részesülnek. A fogyatékossgal élők prevalenciájára emellett az is hatott, hogy a rokkantsági nyugdíjban részesülők felülvizsgálata során az arra nem jogosultnak ítélték visszakerültek a munkaerőpiacra.

A fogyatékossgal élő személyek prevalenciájának becsléséhez a lakossági felvételhez képest az egészségügyi ellátórendszerből nagyobb biztonsággal nyerhetnénk adatokat, amennyiben azok – az adatvédelmi irányelvek érvényesítése mellett – elérhetőek, lekérhetőek lennének, és az egészségügyi ellátórendszer nyilvántartásai lefednék a teljes lakosságot. Bár az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) révén idővel hozzáférhetővé és elemezhetővé válhatnak az ellátórendszer adatai, a teljes lakosság lefedettségének hiánya és a fogyatékossg nem egyértelmű meghatározása továbbra is nehézséget fog jelenteni. Ennek oka egyfelől az, hogy az ellátórendszerben akkor jelenik meg egy beteg, ha a betegsége számára problémát okoz, ugyanakkor jelentősek a társadalmi különbségek a tekintetben, hogy ki milyen stádiumban kerül/megy el orvoshoz. Másfelől, (mivel a fogyatékossg mint diagnózis nem létezik) még akkor is kérdéses lenne, hogy az adott betegséggel élők mely esetekben tekinthetők fogyatékosnak, ha rendelkeznenek teljes körű adminisztratív nyilvántartással az egészségkárosodásokról és betegségekről. Mindazonáltal az EESZT adatai idővel fontos kiegészítést jelentik majd a lakossági felvételeknek, így előrelépést hozhatnak a fogyatékossg felmérésében.

Mint már jeleztük, a medikális modellnek megvan a maga gyakorlati jelentősége leginkább az egészségi problémák megelőzésében és a konkrét célcsoportoknak nyújtott programok, támogatások megalapozásában. E modell ugyanakkor kevésbé alkalmas a mindennapi életben tapasztalt korlátozottság mérésére, mert jelentős különbség lehet egyazon betegséggel diagnosztizált páciensek állapota között például aszerint, hogy mennyire sikerül a betegség lefolyását kezeléssel kontrollálni. Egyes cukorbetegség például a látásuk romlása vagy amputáció miatt súlyos korlátozottsággal élnek, míg mások, akiknek betegsége jobban kontrollált, nem tapasztalnak korlátozottságot. Továbbá ugyanaz az egészségi állapot a korlátozottság eltérő szintjét jelentheti egy fizikai munkásnak és egy irodai dolgozónak vagy egy sebésznek és egy háziorvosnak. Mindezek eredményeképp a diagnózis helyett a funkcióképességre érdemes helyeznünk a hangsúlyt, amennyiben a társadalmi részvétel szempontjából veszélyeztetettek körét szeretnénk felmérni (Altman [2014]).

Az elmondottak alátámasztására a következőkben a Mikrocenzus 2016 adatai alapján fogyatékosnak tekinthetők körét vizsgáljuk, kitérve többek között arra is, hogy mennyiben jelent fogyatékossguk korlátozottságot a mindennapi életben (ez utóbbit az egészségi ok miatti korlátozottság későbbiekben bemutatott mutatójával [global activity limitations indicator, GALI] mérjük). Ugyan a fogyatékosok és a mindennapi életben egészségi ok miatt korlátozottak között jelentős átfedés van, a fogyatékosok egy része nem érez korlátozottságot a mindennapi életben, a mindennapi életben korlátozottak számottevő hányada pedig nem tekinti magát fogyatékosnak. A Mikrocenzus 2016 adatai szerint a hazai lakosság 15,7 százaléka vallotta magát a mindennapi életben korlátozottnak, és 4,3 százalékának van valamilyen fogyatékossga. Az utóbbi csoport több mint háromnegyede tapasztalt meg

korlátozottságot a mindennapi életben, így összességében a lakosság 3,4 százalékáról mondható el, hogy fogyatékkal él és korlátozott.

*A mindennapi életben korlátozottak aránya a fogyatékossgal élő magyar lakosság körében, 2016*  
(Proportion of people having limitations in everyday life in the Hungarian population with disabilities, 2016)

Fogyatékossg típusa	Prevalencia (%)	A mindennapi életben korlátozottak aránya (%)
Mozgássérült	1,99	89,1
Autista	0,09	68,4
Értelmi fogyatékos	0,55	71,1
Mentálisan sérült (pszichés sérült)	0,40	87,5
Beszédhibás	0,14	77,7
Beszéd fogyatékos	0,15	82,2
Gyengénlátó, aliglátó	0,63	78,5
Vak	0,08	80,9
Nagyothalló	0,53	75,3
Siket	0,08	67,6
Siketvak	0,02	85,7
Súlyos belszervi fogyatékos	0,41	86,4

*Forrás:* Mikrocenzus 2016.

## 2. A szociális modell főbb mutatói és jellemzőik

A mindennapi életben megélt korlátozottság felmérésére szolgáló, a korlátozottság/fogyatékossg nemzetközi statisztikájában hangsúlyos eszközök a szociális szemléletet tükrözik. E mutatók leginkább a testi funkciók és a mindennapi élet terén megélt nehézségekre fókuszálnak.

### 2.1. Nemzetközi összehasonlításra alkalmas általános mérőeszközök

A nemzetközi összehasonlításra használt általános mérőeszközök legismertebb típusai a GALI és az ENSZ fogyatékossgai statisztikákkal foglalkozó washingtoni csoportjának (Washington Group on Disability Statistics, WG) a funkcionális korlátozottság alapvető területeit felmérő rövid kérdéssora.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Lásd <https://www.washingtongroup-disability.com>



*GALI*. Ez a tevékenységekben és a társadalmi részvételben való korlátozottság általános mérésére alkalmas egyszerű eszköz annak a módszertani munkának a részeként jött létre, amely az egészségi állapot európai monitorozására dolgozott ki standard kérdéseket. A tíz kérdésből álló blokkon belül a vélt egészségre, a korlátozottságra és a krónikus betegségekre vonatkozó három általános kérdés alkotja a minimális európai egészségmodult (minimum European health module, MEHM). A GALI kidolgozásakor a korlátozottságra vonatkozó mérőeszközzel szemben támasztott kritériumok az egyszerűsége és az átfogó jellegén kívül a következők voltak: kapcsolódjon a korlátozottság egészségügyi okaihoz, legyen alkalmas a korlátozottság súlyosság szerinti fokozatainak elkülönítésére és a nemzetközi összehasonlításra, illetve mérje a hosszú távú (legalább hat hónapig fennálló) korlátozottságot.

Európában a GALI-t széleskörűen használják kutatásokban, többek között az EU (Európai Unió) harmonizált adatgyűjtéseiben<sup>6</sup>, és alapját képezi az egészségesen várható élettartam (healthy life years, HLY)<sup>7</sup> számításának. Számos tanulmány igazolja, hogy a GALI megbízható, és akár egyidejű, akár prediktív értelemben érvényes mutatónak tekinthető (*Van Oyen et al.* [2018]).

A GALI és az HLY mutató használata az elmúlt 15 évben intézményesült az EU-ban és vált elterjedté a politikai célok, programok kidolgozásában, monitorozásában, valamint a hatásmérésben. Nem csupán az egészségpolitikában van jelentőségük, de szerepet kapnak például a nyugdíjazás, a költségvetés, a fenntartható fejlődés területén is (*Bogaert et al.* [2018]).

A GALI egyedülálló a mutatók között abban az értelemben, hogy a megtapasztalt korlátozottságra vonatkozik, vagyis kiterjed a fizikai és a társadalmi környezet hatására is. Ideális választás arra az esetre, amikor egyetlen mérőeszközzel szeretnénk általános képet kapni a korlátozottságról. Ugyanakkor az Európában működőképes mutató tágabb nemzetközi összehasonlításának korlátját jelenti, hogy a „mindennapi életben megtapasztalt korlátozottság” a különböző kultúrákban lényegesen eltérő jelentéssel bírhat (*Miller et al.* [2011]).

Mivel mind a nemzetközi<sup>8</sup>, mind a hazai tapasztalatok<sup>9</sup> azt mutatják, hogy a GALI-kérdés összetett formájában (lásd a 2. ábra bal oldalát) túl komplex, a jelenlegi

<sup>6</sup> Az Európai lakossági egészségfelmérésben (European Health Interview Survey, EHIS), valamint a Háztartási költségvetési és életkörülmény-felvételben (Statistics on Income and Living Conditions, SILC), amelyek Magyarországon Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF), illetve Háztartási költségvetési és életkörülmény-felvétel (HKÉF) néven váltak a hivatalos statisztikai adatgyűjtési rendszer részévé. Az előbbi 2009-től évente, az utóbbit évente hajtják végre.

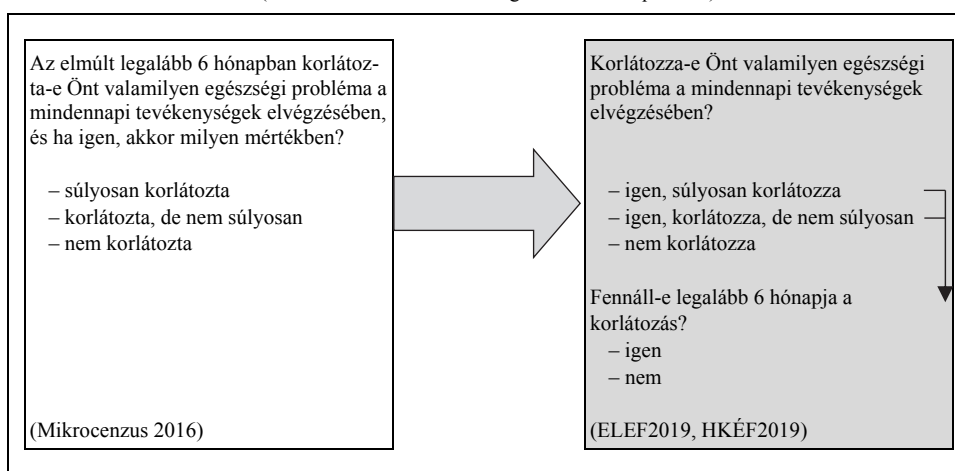
<sup>7</sup> Az EU-ban 2005 óta bevezetett HLY a még várható korlátozottság nélküli életek számát jelenti adott életkorra vonatkozóan. Az HLY-t jellemzően születéskor és 65 éves korra közlik (*Faragó* [2007], *KSH* [2015], *Bogaert et al.* [2018]).

<sup>8</sup> Lásd például *Van Oyen et al.* [2018].

<sup>9</sup> Az eredeti kérdés hazai kognitív tesztje során azt tapasztaltuk, hogy a válaszadók a kérdésben megadott időtartamot nem vették számításba (*Földvári–Dorkó–Mújdricza* [2018]).

nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a magyarországi kutatási gyakorlat külön rákérdez a megtapasztalt korlátozottságra és annak időtartamára is, majd a két kérdés válaszaiból képi az indikátort.<sup>10</sup> E módszertani változást követően kapott eredmények azonban közvetlenül nem összehasonlíthatók a korábbiakkal.

2. ábra. A GALI-kérdés korábbi és jelenleg javasolt megfogalmazása  
(Previous and current wording of the GALI question)



Ily módon két kérdésben történt a GALI felvétele az ELEF2019 során. Az adatok szerint 2019-ben a 15 éves és idősebb lakosság 25,7 százaléka érezte magát Magyarországon a mindennapi életben valamilyen egészségi probléma miatt hosszú távon korlátozottnak, közülük 6,4 százalék súlyos, 19,3 százalék mérsékelten súlyos korlátozottságról számolt be.

A *WG rövid kérdéssora (short set on functioning, WG-SS)* és az abból számított *korlátozottságmutató*. A 2000-es évek elején merült fel, hogy a korábbiakhoz képest részletesebb, pontosabb, nemzeti felhasználásra alkalmas, ugyanakkor globálisan is összehasonlítható hivatalos statisztikai adatokra van szükség a fogyatékosról/korlátozottságról, valamint a fogyatékos személyekről, ideértve a fogyatékossgal élő/korlátozott személyek számát, jellemzőit, társadalmi befogadásukat és az alapvető rendszerekhez, szolgáltatásokhoz (az oktatáshoz, az egészségügyhöz, a közlekedéshez stb.) való hozzáférésüket. A fogyatékossgal élő/korlátozott személyekkel kapcsolatos statisztikák előállításakor az összehasonlíthatóság érdekében közös fogalmakat, szabványokat és módszertanokat célszerű használni.

<sup>10</sup> Lásd például az EHIS2019 módszertani útmutatóját (Eurostat [2020]) és a 2021-es SILC előzetes módszertani útmutatóját (European Commission [2020]).

Az ENSZ Statisztikai Bizottsága által létrehozott WG e céloknak megfelelően, időbeli sorrendben a következő eszközöket fejlesztette ki és tesztelte.

1. *Népszámlálások és lakossági felmérések keretében használható rövid modul (WG-SS)*. E kérdéssor első változatára a 2004-es bangkoki WG-ülésen tettek javaslatot. Az ott megfogalmazott hat kérdés arra a célra szolgál, hogy képet kapjunk a népesség korlátozottság típusa és súlyossága szerinti megoszlásáról, valamint arról, hogy a korlátozott személyek egyenlően vesznek-e részt a társadalmi élet minden területén. A WG-SS-t a 2010-es népszámlálási körben 38 ország építette be a kérdőívbe, a 2009–2019-es időszakban pedig összesen több mint 80 ország használta népszámlálás vagy más lakossági felmérések során (Golden [2016], [2019]).

2. *Kibővített kérdéskészlet (extended question set on functioning, WG ES-F)*. Ez a felnőtt népességre vonatkozó felmérésekben használható, és átfogó információk gyűjtésére szolgál.

3. *Gyermekek esetén alkalmazható felmérési modul*, amelynek kidolgozására a UNICEF (United Nations Children's Fund – az ENSZ Gyermekalapja) együttműködésével került sor.

A WG ezek mellett foglalkozik olyan, a mentális egészséggel, a környezettel és a társadalmi részvétellel kapcsolatos kérdésekkel is, mint a befogadó oktatás és foglalkoztatás. A WG-kérdéskészletek fogalmi modellként használják a sérülésekre és a testi funkciókra összpontosító ICF rendszerét. Alkalmazásuk azt a célt szolgálja, hogy megtaláljuk a népességnek azokat a csoportjait, amelyek a társadalmi részvétel szempontjából (például a foglalkoztatásban, az oktatásban vagy a közösségi élet egyéb területein) az átlagnál nagyobb kockázatnak vannak kitéve. E kérdéskészletek alkalmasak arra, hogy nemzetközileg összehasonlítható adatokat szolgáltatassanak a különféle kultúrákban, gazdasági adottságok között élőkről, és kialakításuk módszertana biztosítja következetes értelmezésüket bárhol a világon.

A népszámlálásokhoz ajánlott WG SS-t kifejezetten a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében, az esélyegyenlőség előmozdítását szem előtt tartva fejlesztették ki. A gazdasági-társadalmi-kulturális különbségek hatásának minimálisra csökkentése érdekében e kérdéssor a funkcióképesség alapvető szintjeit vizsgálja (látás, hallás, mozgás, emlékezés, önellátás és kommunikáció). Érvényességét számos országban tesztelték (Miller *et al.* [2011]), és széles körben használják népszámlálásokban, különböző kutatásokban. A nemzetközi összehasonlítás során, amennyiben dichotóm változót szeretnénk képezni a korlátozottságra, a WG ajánlása szerint azok tekintendők korlátozottnak, akikre igaz, hogy legalább az egyik vizsgált területen nagy nehézséget élnek meg, vagy egyáltalán nem képesek az adott tevékenységre.

## 3. ábra. A WG rövid kérdéssora

(The short question set on functioning of the Washington Group on Disability Statistics)

1. Vannak-e nehézségei a látásban (ha szemüveget visel, a szemüveg viselése ellenére is)?
2. Vannak-e hallási nehézségei (ha hallókészüléket használ, a hallókészülék viselése ellenére is)?
3. Vannak-e nehézségei a járással vagy a lépcsőn való közlekedéssel kapcsolatban?
4. Vannak-e nehézségei az emlékezéssel vagy a koncentrációval kapcsolatban?
5. Vannak-e nehézségei az önellátásban (mint például mosakodás vagy öltözködés)?
6. Anyanyelvét használva vannak-e nehézségei a kommunikációban (képes-e megértetni magát másokkal, vagy megérteni, amit mások mondanak)?

Válaszkategóriák:

- nem, nincs nehézsége
- igen – kisebb nehézségei vannak
- igen – nagy nehézségei vannak
- egyáltalán nem képes rá

*Megjegyzés.* Itt és a további ábrák esetén, WG (Washington Group on Disability Statistics): az ENSZ fogyatékosági statisztikákkal foglalkozó washingtoni csoportja.

*Forrás:* Mikrocenzus 2016, Egészségproblémából fakadó akadályozottság kiegészítő felvétel.

A nemzetközi összehasonlíthatóságán, valamint a népszámlálásokba és egyéb felvételekbe való könnyű beépíthetőségén kívül a kérdéssor előnyei közé tartozik még, hogy monitorozásra alkalmas, érvényes adatokat szolgáltat a funkcionális korlátozottságról (*Madans et al.* [2016]). Hátránya, hogy – bár a fogyatékosággal élő személyek nagy részét lefedi – olyan fogyatékoságok, amelyekre a funkcióképesség magasabb szintjeinek (tanulás, döntéshozatal stb.) sérülése jellemző (például bizonyos mentális fogyatékoságok), alulreprezentáltak lesznek a felmért korlátozottak között (*Palmer–Harley* [2012], *Putz–Glickmann* [2019]).<sup>11</sup> A WG-SS a funkcióképesség egyetemes elemeire fókuszál, és nem tartalmaz olyan kérdéseket, amelyek az egyén egészségi állapota, funkcióképessége és a környezet közötti interakciót vagy azt írják le, hogy az egészségi állapot és környezet kölcsönhatása következtében miként alakulnak a társadalmi részvétel lehetőségei. A kérdéssor összefüggése a szociális modellel az elemzés során teremthető meg azáltal, hogy megvizsgáljuk a WG kérdései által körülhatárolt korlátozottak munkaerőpiaci viszonyait, egészségi ellátórendszerhez való hozzáférését, közlekedési lehetőségeit stb. a nem korlátozott lakossághoz viszonyítva. Ily módon képet kaphatunk a funkcionális korlátozottsággal élők társadalmi kirekesztettségének mértékéről, s a korlátozottság statisztikai hozzájárulhatnak az esélyegyenlőség előmozdításához (lásd például *Trani–Loeb* [2012], *Madans* [2016]).

<sup>11</sup> Rendelkezésre áll a WG-SS kiegészített változata (short set enhanced, WG-ES3) is, amely az előbbi-eken túl a felsőtest funkcióképességére, a szorongásra és a depresszióra vonatkozóan tartalmaz kiegészítő kérdéseket (*WG* [2020]). Ennek a 12 kérdésből álló kérdéssornak a használata azonban nem annyira elterjedt, így nemzetközi összehasonlításra kevésbé elérhetőek ez alapján gyűjtött adatok.

Egyelőre nem elérhetők kifejezetten a fizikai és a társadalmi környezetre, valamint a környezeti hatás mérésére szolgáló, általánosan elfogadott mérőeszközök, de a WG törekvései között szerepel a környezeti hatások feltérképezése is (*Madans* [2016]). Ezért az utóbbiakra vonatkozó kérdéseket beépítették a UNICEF-fel együttműködésben kidolgozott, jelenleg tesztelés alatt álló befogadó oktatás modulba, illetve a munkaerő-felmérés (Labour Force Survey, LFS) Nemzetközi Munkaügyi Szervezettel együttműködésben kidolgozott és a közelmúltban véglegesített foglalkoztatás moduljába (Labour Force Survey Disability Module, LFS-DM).<sup>12</sup>

A WG-SS-t az ajánlott formában a hazai nagymintás kutatások közül a Mikrocenzus 2016 kiegészítő felvételében kérdezték le, azonban nem a teljes mintán, hanem azok körében, akik fogyatékkal élnek, vagy egészségi ok miatt korlátozottak (*Bácskay et al.* [2018]). Ugyan az ELEF2019 kérdőívének a kérdéssor ajánlott formájában nem képezte részét, a felvétel eredményei alapján meg lehet becsülni a WG-SS területein korlátozottak arányát, mivel a kérdőív a WG kérdéssorával egyező válaszkategóriákkal tartalmaz kérdéseket a látásra, hallásra, mozgásra, emlékezésre/koncentrációra, önellátásra és kommunikációra<sup>13</sup> vonatkozóan.

Az ELEF2019 adatai szerint a 15 éves és idősebb lakosság körében 12,1 százaléka a súlyosan korlátozottaknak, tehát azoknak az aránya, akik ezek közül legalább az egyik tevékenység tekintetében nagy nehézséget élnek meg, vagy nem képesek annak végzésére.<sup>14</sup> Mérsékeltlen korlátozott, azaz legalább az egyik területen nehézséget él meg további 32,0 százalék, egyáltalán nem korlátozott 55,9 százalék.

A WG kérdéssorához hasonlóan a funkcionális korlátozottság különböző alapterületeire vonatkozó kérdések az európai statisztikai gyakorlatnak is régóta részét képezik. Az *EHIS/ELEF ún. alapvető tevékenységekben való korlátozottság (basic activity limitations, BAL) mutatója* a látás, hallás, járás és emlékezés terén tapasztalt nehézségeket sűríti egybe, és a WG-SS-hez hasonlóan nemzetközi összehasonlításra, monitorozásra is alkalmas.<sup>15</sup> A mutatóhoz tartozó kérdéssor a WG-SS területei közül csak a leggyakrabban előfordulókat foglalja magában, így értékei közel esnek a WG kérdéssor alapján kapottakhoz. A BAL-mutató alapján a 15 éves és idősebb lakosság 29,8 százaléka mérsékeltlen korlátozott, 11,8 százaléka pedig súlyosan korlátozott az érzékszervi/mozgásszervi területek legalább egyikében. A 15 éves és idősebb magyarországi lakosság látás, hallás, járás és emlékezés terén megtapasztalt korlátozottság szerinti megoszlását a 4. ábra ismerteti.

<sup>12</sup> A WG tevékenységeiről és terveiről lásd *UN Economic and Social Council* [2020].

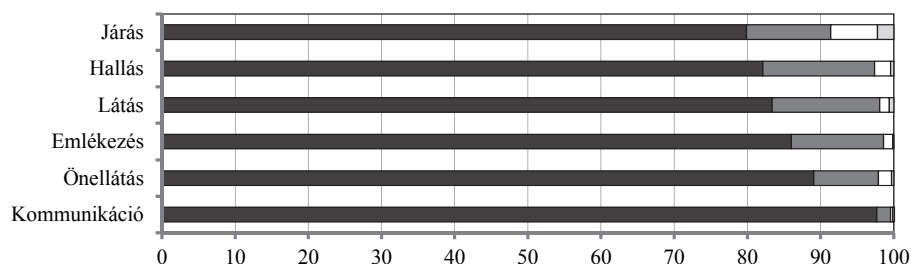
<sup>13</sup> A hazai felvételben azért egészítettük ki a kommunikációra vonatkozó WG-kérdéssel az EHIS kérdőívét, hogy becsülni lehessen a WG-SS területein megtapasztalt funkcionális korlátozottságot.

<sup>14</sup> Összehasonlításképpen, a teljes népességre vonatkozóan elérhető nemzetközi népszámlálási adatok többsége a 12-20 év felettiekre vonatkozóan 4–12 százalék; 7–15 százalék pedig azoknak az aránya, akik legalább az egyik területen nagy nehézséget élnek meg, vagy nem képesek az adott tevékenységre (*Loeb* [2016]).

<sup>15</sup> A BAL-mutató képzése során (hasonlóan a WG-SS-hez) mérsékeltlen korlátozottak tekintjük azokat, akik legalább az egyik területen nehézséget jeleznek, súlyosan korlátozottak pedig azokat, akiknek legalább az egyik területen nagy nehézségei vannak, vagy nem képesek az adott tevékenységre.

4. ábra. Korlátozottság a 15 éves és idősebb magyarországi lakosság körében a WG rövid kérdéssorának területein, 2019 (százalék)

(Limitations of the Hungarian population aged 15 and over in the areas of the short question set on functioning of the Washington Group on Disability Statistics, 2019 [percentage])



Forrás: ELEF2019.

Olyan nemzetközi összehasonlításban, amelyben kizárólag korlátozott/nem korlátozott megkülönböztetésre van szükség, az előbbi kategóriába azokat soroljuk, akik legalább az egyik területen súlyosan korlátozottak, vagy nem képesek az adott tevékenységre. Az ide tartozók mind a WG-területek, mind a BAL-mutató szerint a 15 éves és idősebb hazai lakosság bő egytizedét teszik ki.

Felismerve, hogy szükség van olyan kérdéskészletre is, amely a gyermekekről szolgáltat nemzetközileg összehasonlítható adatokat, a WG 2009 és 2016 között a UNICEF-fel együttműködve egy önálló modult fejlesztett ki a 2–17 évesekre vonatkozóan, amely a gyermekfunkciók vizsgálatára alkalmas. Az első lépés egy rövid kérdéskészlet kidolgozása volt; ez a gyermekfunkciókkal kapcsolatos jelenlegi ismereteket tükrözi, és felhasználható népszámlálásokban, felmérésekben. Az új modul az ICF gyermekekre és ifjakra vonatkozó változatát (children and youth version, CY) használja mint fogalmi keretet, vagyis ez a mérőeszköz ugyanúgy, mint a WG-SS a funkcionális megközelítésre támaszkodik a fogyatékoság/korlátozottság mérése tekintetében. A kérdőív segítségével különféle területeken lehet értékelni a funkcionális nehézségeket, ideértve a hallást, a látást, a kommunikációt/megértést, a tanulást, a mobilitást és az érzelmeket. Annak érdekében, hogy a funkcionális nehézség fokáról is képet kapjunk, az egyes területeket besorolási skálán kell értékelni.

A cél azoknak a gyermekcsoportoknak a beazonosítása, akiknek veszélyeztetettsége nagyobb, mint a többi, azonos korú gyermeknek, illetve akik csak korlátozottan tudnak igazodni egy nem alkalmazkodó környezethez. A kérdéskészlet felhasználható az ajánlás szerint a nemzeti háztartási felmérésekben és népszámlálásokban.

A gyermekfunkciós modul átfogó szakértői felülvizsgálaton ment keresztül, és számos országban tesztelték annak érdekében, hogy meghatározzák a feltett kérdések minőségét, illetve meggyőződjenek arról, vajon a válaszadók különböző kulturális környezetekben is közel azonos módon értelmezik-e őket. Beépítették továbbá egy, a UNICEF által kidolgozott és támogatott nemzetközi háztartási adatgyűjtési programba, az ún. MICS-be (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS)<sup>16</sup>, és néhány országban felhasználják az éppen esedékes MICS6-felvétel részeként is. 2017 márciusában több ENSZ-szervezet, a tagállamok, a fogyatékossgal élő személyeket tömörítő társaságok, valamint más érdekelt felek egy közös nyilatkozatot adtak ki, javasolva a modul olyan eszközként való hasznosítását, amely alkalmas a fenntartható fejlődési indikátorok gyermekekre vonatkozó becsléseinek előállítására. A teszteken átment UNICEF/WG gyermekfunkciós modul alkalmazása költséghatékony és egyszerű, akár a jelenleg folyó háztartási és életszínvonal-felmérésekben is megfelelő eszközként szolgálhat a fogyatékossgal élő/korlátozott gyermekek és serdülők azonosítására, valamint a fenntartható fejlődési célok eredménymutatóinak a fogyatékossgal állapota szerinti tovább bontására (*Devandas* [2018]).

A gyermekekre vonatkozó kérdőív kissé bővebb, mint a felnőttekre kialakított, illetve néhány tématerület tekintetében is különbözik attól:

1. A gyermekek nagy részét tekintve a felnőttek önellátása nehezen értelmezhető, ezért az erre vonatkozó kérdések kimaradtak a gyermekfunkciós modulból. Belekerültek viszont olyan speciális, gyermekeket érintő tématerületek, mint az apró tárgyak felszedése és az agresszivitás (rúgás, harapás, verekedés) gyakorisága.

2. Az emlékezés, koncentráció témakör is átfogalmazásra került: a tanulás/játszással kapcsolatos nehézségekre kérdez rá. A kommunikációval összefüggő komplex kérdés két részre lett bontva: megérti-e a gyermek azt, amit a szülő mond, illetve megérti-e a szülő, amit a gyermek mond.

3. Azt, hogy a gyermek használ-e szemüveget/kontaktlencsét/hallókészüléket, illetve segédeszközt vagy segítséget a járásához, önálló kérdések tudakolják, és csak ezek után következnek a „Vannak-e nehézségei ...” kezdetűek.

4. Tekintettel arra, hogy a gyermeki lét a felnőttéhez viszonyítva életkortól függő mértékben, de önmagában is korlátozottsággal jár,

<sup>16</sup> A MICS célja a gyermekek és a nők helyzetének felmérésére szolgáló kulcsfontosságú mutatók becslése.

fontos mérőeszköz lehet, hogy a gyermeknek vannak-e nehézségei egyes területeken más, hasonló életkorú gyermekekhez viszonyítva.

a) A járásra vonatkozóan két, egyrészt a 3. pontban ismertetett, másrészt a korcsoporttal összehasonlító kérdés is szerepel.

b) A tanulási képességgel és a játsszással kapcsolatos nehézségek, valamint az agresszív megnyilvánulások gyakorisága kizárólag összehasonlító megfogalmazásban jelenik meg.

E modulnak több előnye van a WG-SS-hez képest: a WG-SS legtöbb kérdése nem tehető fel 5 év alatti gyermekek esetében, illetve nem fedi le azokat az 5–17 éves gyermekek szempontjából fontos funkcionális területeket, amelyek a fejlődéssel összefüggő fogyatékossgal és a viselkedési problémákkal kapcsolatosak (Cappa *et al.* [2018]).

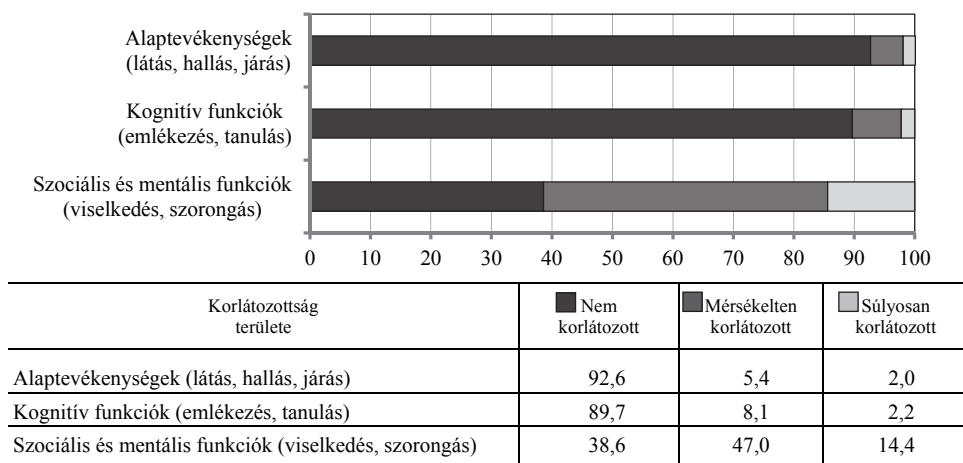
A UNICEF/WG gyermekfunkciós modulján túl *folyamatban van egy, az ELEF/EHIS adatgyűjtéseiben használandó, gyermekekre vonatkozó kérdéssor fejlesztése* is. Ehhez kapcsolódóan Magyarország részt vett egy 6 hónapos–14 éves korcsoportra vonatkozó kérdőív tesztelésében, amelynek tárgya volt többek között a fogyatékossg, korlátozottság vizsgálata. Az ELEF2019 előkészítése során a WG által javasolt kérdéssort egy fogyatékos gyermekek szüleiből álló fókuszcsoport véleményezte és módosította. Ezért a tesztelt változat nem azonos a WG eredeti kérdéssorával, de nagymértékben lefedi azt. Az ELEF2019-ben a gyermekekre vonatkozó kérdéseket a mintába került, 2–14 éves gyermek(ek)kel rendelkező szülők választották meg egy-egy véletlenszerűen kiválasztott gyermekükre vonatkozóan, akiknek korlátozottságuk szintje szerinti megoszlását három átfogó területen az 5. ábra mutatja be.

Valamely területen súlyosan korlátozottnak tekintünk egy gyermeket, ha a részterületeknek legalább az egyikén nagy nehézségeket él meg, vagy egyáltalán nem képes az adott tevékenységre a felvételen részt vevő szülő szerint. Mérsékelt korlátozott az a gyermek, akinek legalább az egyik részterületen kisebb nehézségei vannak, de egy olyan terület sincs, ahol súlyos nehézségekkel szembesülne.

Az adatok értékelésekor figyelembe kell venni, hogy az ELEF felvétele során a gyermek funkcionalitásának megítélése a szülői szubjektum szűrőjén keresztül történt. Ezért a szociális és a mentális területen megtapasztalt korlátozottság többi funkcióhoz viszonyítottan magasabb szintje a gyermek tényleges nehézségein túl feltételezhetően a jelentősebb, közvetlenebb szülői érintettséget, a szülők nevelési problémáit is tükrözi.



5. ábra. 2–14 éves gyermekek korlátozottsága Magyarországon  
a WG gyermekekre vonatkozó kérdéssorának átfogó területein, 2019 (százalék)  
(Limitations of Hungarian children aged 2–14 in the comprehensive areas of the children’s  
questionnaire elaborated by the Washington Group on Disability Statistics, 2019 [percentage])



Forrás: ELEF2019.

## 2.2 A mindennapi tevékenységekben megélt korlátozottság mérőeszközei

Amennyiben szeretnénk részletesebb, árnyaltabb képet kapni a korlátozottságról, bevonhatjuk a funkcióképesség egyéb, magasabb szintű területeit is az elemzésbe. Számos kísérlet történt erre az idők folyamán. Bár ezek részletesebb, bizonyos gyakorlati célokra jobban használható adatokat eredményeznek, a területeket jellemző kulturális különbségek miatt nemzetközi összehasonlításra kevésbé alkalmasak.

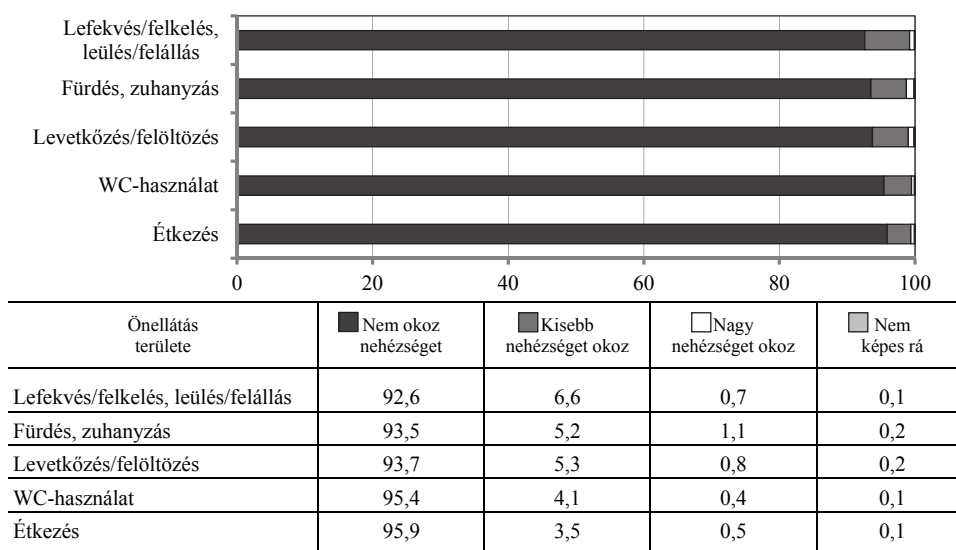
Az egyik leggyakrabban használt, *magasabb szintű funkciókat vizsgáló kérdéssort* *Sidney Katz* állította össze 1957-ben; ez a mindennapi élet tevékenységeit (activities of daily living, ADL [fürdés, öltözködés, közlekedés, WC-használat, széklet- és vizelettartás, evés]) vizsgálja, és annak feltárására is alkalmas, hogy a válaszadónak szüksége van-e segítségre e tevékenységekben (*Katz–Akpom* [1976]). A különböző felmérések eltérőek lehetnek aszerint, hogy mely területeket vizsgálják, illetve hogy a területeken megtapasztalt nehézségekre vagy a segítségre való szükségletre kérdeznak rá. A nehézségek felmérésével inkább a funkcióképesség, míg a segítségre való szükséglet felmérésével az önálló életvitelre való képesség monitorozható. Ez a mérőeszköz azonban nem alkalmas a kognitív funkcióképesség felmérésére.

Az ADL-indexet gyakran használják gyakorlati célokra, például a klinikai gyakorlatban kezelések értékelésére, biztosítók a juttatásokra jogosultság megállapítására vagy kutatók a szolgáltatások iránti igény felmérésére (*Palmer–Harley* [2012]).

Az ELEF2019 az önellátás tevékenységei közül 1. az étkezést, 2. az ágyba lefekvést/felkelést, illetve a székre leülést/felállást, 3. a levetkőzést és felöltözést, 4. a WC-használatot, valamint 5. a fürdést és zuhanyzást vizsgálta. Ezek közül legáltalában az egyik tevékenységet tekintve súlyos nehézségekkel él vagy egyáltalán nem képes az adott tevékenységre a 15 éves és idősebb lakosság 2,1 százaléka, mérsékelt nehézségekkel pedig további 8,8 százalék szembesül.<sup>17</sup> A korlátozottság tekintetében nincs markáns különbség az önellátás területei között, de a megkérdezettek számára leginkább a nagy mozdulatokat igénylő tevékenységek okoznak gondot.

6. ábra. Korlátozottság az önellátás területein a 15 éves és idősebb magyarországi lakosság körében, 2019 (százalék)

(Limitations of the Hungarian population aged 15 and over in personal care activities, 2019 [percentage])



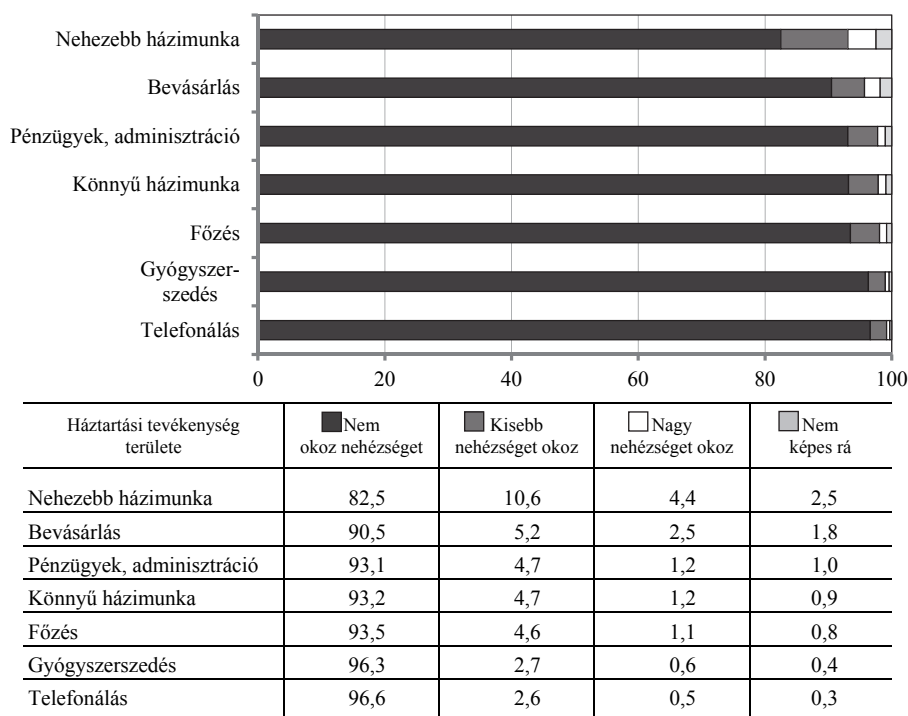
Forrás: ELEF2019.

A mindennapi életben megélt korlátozottság másik fontos területe a háztartás. Az ELEF2019 a háztartási tevékenységek közül a főzésben, telefonálásban, bevásárlásban, gyógyszereszedésben, könnyű házimunkában, alkalmankénti nehezebb házi-

<sup>17</sup> Az EHIS módszertani leírása szerint az önellátásra és háztartási tevékenységekre vonatkozó kérdéseket csak az 55 éves és idősebb lakosság esetén szükséges feltenni (*Eurostat* [2020]), az ELEF2019-ben azonban mindenki számára feltettük ezeket, hogy a fiatalabbak körében is képet kapjunk a korlátozottságról.

munkában és a pénzügyek intézésében/adminisztrációjában megtapasztalt nehézségekre kérdez rá. Azon 15 éves és idősebb válaszadók közül, akik végzik, vagy akiknek végezniük kellene a felsorolt háztartási tevékenységeket, 8,4 százalék számára súlyos, további 13,3 százaléknak mérsékelt nehézséget jelent a házimunkák végzése. Legnagyobb arányban a nehezebb házimunkák és a bevásárlás okoz problémát.

7. ábra. Korlátozottság a háztartási tevékenységek területein a 15 éves és idősebb magyarországi lakosság körében, 2019 (százalék)  
(Limitations of the Hungarian population aged 15 and over in household activities, 2019 [percentage])



Forrás: ELEF2019.

### 2.3. A korlátozottság részletes vizsgálatára alkalmas standard kérdéssorok

Amennyiben a korlátozottságról/fogyatékoságról a korábbiaknál árnyaltabb, részletesebb információkra van szükség, vagy lehetőség nyílik egy önálló, a korlátozottságra, fogyatékoságra fókuszáló adatgyűjtésre, a *WG által kifejlesztett* eszközök

közül a *kiterjesztett kérdéssor (ES-F)* használata javasolt. Ez a funkcionalitási területek teljes skáláját – látás, hallás, mobilitás, kommunikáció, érzelmi egészség (szorongás és depresszió), fájdalom, fáradtság, gondolkodás, emlékezés, a felsőtest működése – górcső alá veszi. A felsoroltak közül a fájdalom és a fáradtság ugyan nem szerepelnek az ICF-ben, és nem is egyértelműen funkcionális területek, mégis, mivel befolyásolják az előbb felsorolt funkciókat, azok közé sorolták őket. A WG ES-F kiterjed továbbá a segítség és segédeszközök igénybevételére, az életkorra a funkcionális nehézségek kezdetén, valamint az aktivitást és a társadalmi részvételt befolyásoló környezeti tényezőkre is. A kérdéssor része a WG SS is. Kidolgozása 2008-ban kezdődött a Budapesti Kezdeményezés<sup>18</sup> bevonásával; a már kész WG ES-F-t 2010-ben mutatták be a WG 10. éves ülésén. A kérdőív kognitív, illetve terepi tesztelése egy, az ENSZ Ázsiai és Csendes-óceáni Gazdasági és Szociális Bizottsága által megvalósított projekt keretében történt.

A WG ES-F létrehozása a 8. ábrán bemutatott mátrix kimunkálásával indult, amely a kérdésfejlesztés egyfajta sorvezetője. A mátrix oszlopai a funkcionális területek teljes skáláját felvonultatják, sorai pedig az azokról begyűjteni kívánt információkat ismertetik.

A korlátozottság súlyosságáról a válaszkategóriák tájékoztatnak: kis nehézséggel vagy nagy nehézséggel képes végezni a tevékenységet, illetve egyáltalán nem képes rá. Az eddig elkészült, 37 elemből álló kérdéssor demográfiai és egyéb, lakossági adatgyűjtésekben szereplő ismérvekkel kiegészítve felhasználható önálló, korlátozottságra vonatkozó adatgyűjtésekben, és alkalmas az eredmények európai és globális összehasonlítására.

A WG ES-F a képességekre kérdez rá segédeszközök vagy egyéb segítség igénybevétele mellett, illetve nélkül; ez alól csak a látásra és a hallásra vonatkozó kérdések jelentenek kivételt, amelyek kizárólag segédeszköz- (szemüveg-/kontaktlencse-, illetve hallókészülék-) használatot mérnek (így az ezekre vonatkozó mutatók nem adnak „valódi információt” e képességekről).

A látást érintő kérdések az általános felmérésén túl a rövid- és távollátást is vizsgálják, hasonlóképpen a halláshoz (amely esetén kitérnek a környezeti zajra és annak hiányára is), valamint a járáshoz (amelynek kérdései rövid és hosszú távra, sík terepre, lépcsőre vonatkozóan tudakolóznak e képesség felől).

<sup>18</sup> A Budapesti Kezdeményezés (Budapest Initiative) munkacsoportot az ENSZ Európai Gazdasági Bizottságának Európai Statisztikusok Konferenciája 2005 novemberében hozta létre azzal a céllal, hogy kialakítsanak egy olyan komplex kérdéssort, amely az egészségi állapotot mérő indikátorok előállítására és nemzetközi összehasonlításra alkalmas. A munkacsoport résztvevői egyebek mellett az ENSZ Európai Gazdasági Bizottsága, a WHO és az Eurostat képviselői.

A modul az alap- és összetett funkciók mellett még górcső alá veszi:

- a mikrokozonyezetet: technikai és személyes segítség, amely mindig az illető rendelkezésére áll, bárhová is megy (például kerekesszék, szemüveg, személyi segítő stb.);
- a mezoközonyezetet: személyen kívüli közonyezet (például közlekedési infrastruktúra, akadálymentesség, helyi szintű szolgáltatásnyújtás, mások hozzáállása stb.); a mezoközonyezeti kérdések között vannak a korlátozottság jellege szempontjából nem specifikus, általános kérdések);
- a makroközonyezetet: az ország jelentette közonyezet (például szakpolitika- és egyéb jogalkotás, a fogyatékoossághoz/korlátozottsághoz való általános társadalmi viszonyulás, gyakorlatok stb.; a makroközonyezeti kérdések nem területspecifikusak).

A WG ES-F alkalmazásával a korlátozottság különböző területeire vonatkozóan komplex indikátorok állíthatók elő (részletes leírásukat lásd a Függelékben), melyek a kettőspont után felsorolt képességek együttesére vonatkoznak:

- *hallásmutató*: csendes és zajos szobában tapasztalt beszédértés;
- *felsőtestmutató*: kézzel, ujjakkal kapcsolatos nehézségek, valamint egy kétliteres vízzel teli palack felemelésének képessége a mellkas szintjétől a szem vonaláig;
- *emlékezésmutató*: koncentráció képessége, feledékenység gyakorisága, azoknak a dolgoknak a számossága, amelyeket az egyének rendszerint elfelejtnek;
- *járásmutató*: rövid (100 m) és hosszú (500 m) távú járásképesség;
- *mozgásmutató*: járásmutató és lépcsőn járás;
- *szorongásmutató*: szorongás, aggodalom, idegesség érzésének gyakorisága, a legutóbbi epizód súlyossága;
- *depressziómutató*: depresszió érzésének gyakorisága és a legutóbbi epizód súlyossága;
- *fájdalommutató*: fájdalom érzésének gyakorisága és a legutóbbi epizód súlyossága;
- *kimerültségmutató*: kimerültség, fáradtság érzésének gyakorisága és a legutóbbi epizód tartama, intenzitása.

8. ábra. Segédmátrix a WG kiterjesztett kérdéssorának kialakításához  
(Auxiliary matrix for the development of the extended question set on functioning of the Washington Group on Disability Statistics)

Téma	Alaptevékenység										Komplex tevékenység			
	Látás	Hallás	Mozgás	Kommunikáció	Gondolkodás, emlékezés	Felsőtest	Tanulás, megértés	Érzelmi élet	Fájdalom	Fáradtság	ADL/IADL	Kapcsolattartás	Fő tevékenység	Társadalmi részvétel
1. Rövid kérdéssor														
2. Kiterjesztett kérdéssor														
3. Kiterjesztett kérdéssor														
4. Kiterjesztett kérdéssor														
5. Kiterjesztett kérdéssor														
6. Kiterjesztett kérdéssor														
7. Kiterjesztett kérdéssor														
8. Kiterjesztett kérdéssor														
9. Kiterjesztett kérdéssor														
10. Kiterjesztett kérdéssor														

Megjegyzés: A korlátozott súlyosságáról a válaszkategóriák tájékoztatók: kisebb nehézség, nagy nehézség, egyáltalán nem képes rá.

A képességre vonatkozó kérdések segédeszköz vagy egyéb segítség igénybevétele nélkül értendők, a látás (szemüveg/kontaktlense) és a hallás (hallókészülék) kivételével. Az utóbbiakat segédeszközök használatával mérik, így a mutató nem ad valódi információt a képességről. A kiterjesztett kérdéssor összetett kérdéseire a Megvalósítás (4.) sor vonatkozik.

Mikrokörnyezet: technikai és személyes segítség (például kerekesszék, szemüveg, személyi segítő), amely mindig az illető rendelkezésére áll, bárhová is megy (ICF Környezet fejezet 1, 3).

Mezokörnyezet: személyen kívüli környezet (például közlekedési infrastruktúra, akadálymentesség, helyi szintű szolgáltatásnyújtás, mások hozzáállása stb.); ICF Környezet fejezet 2, 4). A mezokörnyezeti kérdések lehetnek nem területspecifikusak is.

A makrokörnyezet az egész országra vonatkozik (például szakképzés, jogalkotás, általános társadalmi viszonyulás; gyakorlatok; ICF Környezet fejezet 5). A makrokörnyezet-védelmi kérdések nem területspecifikusak.

A fájdalom és a fáradtság nem egyértelműen funkcionális területek (és az ICF-ben sem szerepelnek), de mivel befolyásolják azokat, az alaptevékenységekhez tartoznak.

A nyílak a 8. sorban arra utalnak, hogy a korlátozottsághoz kapcsolódó kérdés az összes tevékenységet egyszerre lefedi. A kérdőjelek a kérdőívfejlesztők bizonytalanságát fejezik ki a tekintetben, hogy szükség van-e a komplex tevékenységekben mutatkozó nehézségek hatásának vizsgálatához önálló kérdést kifejleszteni. A mátrixban szereplő betűjelek a következőkre utalnak:

- a – egy-egy kérdést a felnőttekre és a gyermekekre vonatkozóan a tesztelés után elutasítottak;
- b – speciális népszerűségekre áll rendelkezésre;
- c – nincs említés arról, hogy segédeszközzel vagy anélkül végzik-e a funkciót;
- d – a felsőtest rövid kérdése az ADL rövid kérdésorának kérdése;
- e – a válaszadókat arra utasítják, hogy válasszjanak, bármilyen gyógyszer is szednek.

ADL (activities of daily living): a mindennapi élet tevékenységei (például lakáson belüli mozgás, székbeli felállítás, felkelés és lefekvés, étkezés és öltözés); IADL (instrumental activities of daily living): a mindennapi élet instrumentális tevékenységei (például házimunkák, ételkészítés és pénzkezelés); kapcsolattartás: interperszonális interakciók (szocializáció) a családdal, barátokkal, illetékes személyekkel stb.; fő tevékenységek: házon belüli vagy kívüli jövedelemszerző munkavégzés, családtámogatás, iskolába járás stb.; társadalmi részvétel: jelenlét közösségi/családi összejöveteleken, részvétel vallási/polgári tevékenységekben és szabadidős/sporteseményeken.

A mátrixban sötét cella jelöli a WG-SS, világos a WG-ES-F elemeket. A vonalkázás arra utal, hogy a kérdések csak bizonyos országokra/népességre lettek kifejlesztve, míg az üres cellák esetén volt szándék kérdésmegfogalmazásra, de a kiinduláskor javasoltak a tesztelés során nem bizonyultak alkalmasnak, ezért pótlásuk további fejlesztő munkát igényel (UNESCO [2010]).

Forrás: WG-BI-UNESCO [2016].

E mutatókból további, az előzőknél több ismérvet magukba sűrítő komplex indikátorok állíthatók elő:

- ES\_1: WG-SS, hallásmutató, mozgásmutató, emlékezésmutató, felsőtestmutató, fájdalommutató, kimerültségmutató, szorongásmutató, depressziómutató;
- ES\_2: WG-SS, hallásmutató, mozgásmutató, emlékezésmutató, felsőtestmutató, szorongásmutató, depressziómutató;
- ES\_3: WG-SS, felsőtestmutató, szorongásmutató, depressziómutató.

Az ES\_1 25, az ES\_2 20, az ES\_3 pedig 12 kérdés alapján összegzi több korlátozottsági terület jellemzőit. A korlátozottság megítélése során az egyes elemeket a következők szerint kell figyelembe venni. Az számít korlátozottnak, aki

- a WG-SS alapján korlátozott, vagy
- a hallás-, mozgás-, emlékezés- vagy felsőtestmutató alapján „3”/„4” kódszámot kapott, illetve
- a fájdalom-, kimerültség-, szorongás- vagy depressziómutató alapján „4” kódszámot kapott.

Az ES\_2 és ES\_3 indikátorokból a fájdalom és a fáradtság területei azért maradtak ki, mert az elemzések szerint e kettő szorosan korrelál a többi területtel, továbbá bevonásuk esetén a korlátozottak aránya nagyon magas lehet. Emellett a nemzetközi összehasonlíthatóságot is bizonytalanná tennék a funkcionalitás ezen területei, mivel kevésbé egyetemesek, vagyis érzékenyebben reagálnak a helyi társadalmi-kulturális környezetre, mint a többiek (*WG* [2020]).

A bemutatott komplex indikátorok által lefedett területek jelzik a WG ajánlásait azokra az esetekre, amikor a kutatásban nincs lehetőség a teljes WG ES-F felvételére, vagy az adatgyűjtés fókuszában nem (csak) a korlátozottság áll. Az alapkérdések mellett a 12 és 20 kérdéses változatok (ES\_3 és ES\_2) a felsőtesti funkcióképességet, szorongást és depressziót, a 25 kérdéses változat (ES\_1) a felsőtesti funkcióképességet, szorongást, depressziót, kimerültséget és fájdalmat vizsgálja. A WG-SS-hez képest ezek előnye, hogy a funkcióképesség magasabb szintjeit is bevonják, s ezáltal már a 12 kérdéses változat is jól használható. Bármelyik kérdéssort is választjuk, a WG-SS annak részét képezi, így előállítható az a mutató is, amelyik a leginkább alkalmas a nemzetközi összehasonlításra (részben, mert a funkcióképesség alapvető szintjeit tekintve kevésbé érvényesülnek a kulturális különbségek, részben pedig azért, mert a rövid kérdéssort a legtöbb ország népszámlálásaiban és kutatásaiban is alkalmazzák).



A *WG* napirendjén szerepel a mentális betegek korlátozottságára és egy gyermekekre vonatkozó kiterjesztett kérdéssor kifejlesztése is. A csoport nemcsak a kérdéssorok összeállítását végzi, hanem az azok megválaszolásával gyűjtött adatok feldolgozásához is támogatást biztosít.

### 3. Összegzés

A fogyatékoságnak, a korlátozottnak és a funkcióképességnek statisztikai szempontból ugyan nincs egy általánosan használt meghatározása vagy mérőeszköze, vannak olyan nemzetközileg elfogadott megközelítések és hozzájuk kapcsolódó indikátorok, amelyek közül kiválaszthatjuk az adott kutatási célnak leginkább megfelelő(ke)t, szem előtt tartva a rendelkezésünkre álló erőforrásokat.

Háttérváltozóként, illetve nemzetközi összehasonlításhoz a funkcióképesség alapvető szintjére vonatkozó, egyszerűbb mutatók alkalmazhatók, míg a mélyebb elemzésekhez az ezeknél részletesebb (akár tematikus) kérdéssorok. Bár a hangsúly jelenleg a szociális modell szerinti megközelítésen van, mind a szociális, mind a medikális modell mutatóinak megvan a maguk jelentősége.

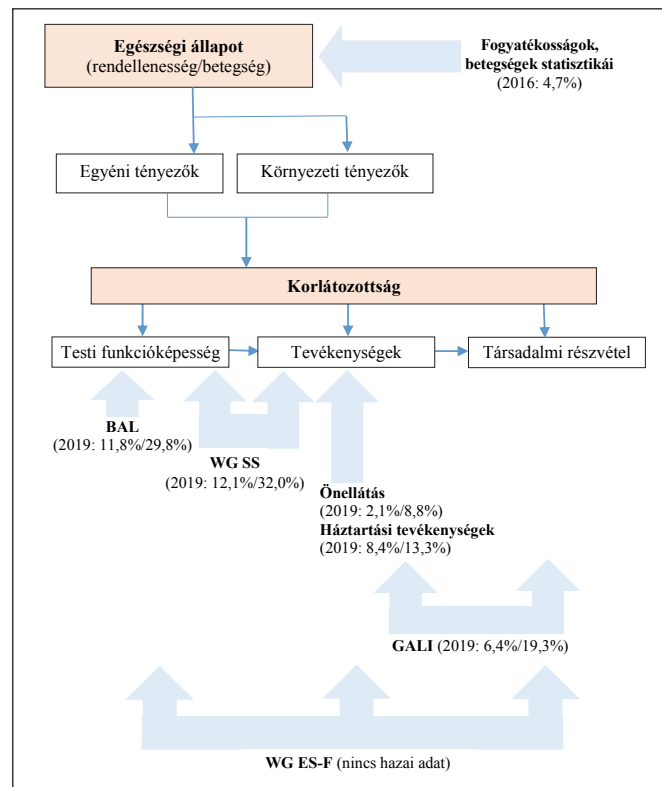
Tanulmányunk összegzéseként a 9. ábra az általunk bemutatott, egyszerűbb indikátorokat helyezi el az ICF-modellben. Mint jeleztük, az ICF a korlátozottság/fogyatékoság tekintetében egyaránt figyelembe veszi a testi funkciók, a tevékenységek és a társadalmi részvétel terén megtapasztalt nehézségeket. Egyéni és környezeti tényezők függvénye ugyanis, hogy egy egészségi probléma mennyiben jelenti a funkcióképesség romlását, és mennyiben vezet korlátozottsághoz a mindennapi alapvető tevékenységekben (étkezésben, öltözésben stb.) vagy a társadalmi részvételben (oktatásban, munkaerőpiacon stb.).

Medikális szemléletben vizsgálhatjuk a fogyatékosággal élő személyek lakosságban belüli arányát (mely Magyarországon a 15 éves és idősebb népesség körében 2016-ban 4,7 százalék volt). A fogyatékosággal élők csoportja nagy átfedésben van, ám nem azonos azokkal, akik az egészségi állapotuk miatt korlátozottságot tapasztalnak meg a mindennapi életben.

Nemzetközi összehasonlítások során a kulturális különbségek kiszűrése érdekében a funkcióképesség legalapvetőbb szintjeit érdemes vizsgálni (BAL, WG-SS) a társadalmi kirekesztettség tekintetében veszélyeztetettek körének meghatározásához. E mutatók szerint Magyarországon a 15 éves és idősebbek bő egytizede veszélyeztetett az egészségi állapota miatt. Egy náluk kisebb kör, 6,4 százalék tapasztal meg a mindennapi életben súlyos korlátozottságot tevékenységei vagy társadalmi részvétele terén.

A nemzetközi statisztikában folyamatos fejlesztések zajlanak a fogyatékos-ság/korlátozottság egyre árnyaltabb felmérése érdekében. Standard mérőeszközök, ki-dolgozott, korlátozottságra vonatkozó kérdések/kérdésblokkok állnak rendelkezésre a terület önálló kutatásához és a fogyatékos-ságra/korlátozottságra vonatkozó kérdé-sek/kérdésblokkok meglévő kutatásokba illesztéséhez egyaránt. Az, ha a fogyatékos-ságra/korlátozottságra vonatkozó kérdéseket/rövid kérdésblokkokat a társadalmi élet kü-lönböző területeit vizsgáló felvételekbe illesztjük, nem növeli számottevően a kutatási költségeket, ugyanakkor több információt kaphatunk a fogyatékos-sággal élők, a hosszú távú egészségi problémákkal küzdők helyzetéről, mindennapi életben tapasztalt nehé-zségeiről, és közelebb juthatunk a társadalmi részvételük hatékonyabb elősegítéséhez.

9. ábra. Az ICF-modell és a fogyatékos-ság, korlátozottság különböző indikátorainak értékei a 15 éves és idősebb magyarországi lakosság körében, 2016, 2019  
(ICF model and values of various disability and limitation indicators for the Hungarian population aged 15 and over, 2016, 2019)



*Megjegyzés.* A mérőeszközök megnevezése utáni zárójelben az adatok vonatkozási éve, valamint a súlyos és a mérsékelt állapotban levők aránya szerepel.

*Forrás:* Mikrocenzus 2016, ELEF2019.

## Függelék

A következőkben a különböző korlátozottsági területekre vonatkozó komplex WG ES-F-indikátorokat tekintjük át.

*Hallásmutató.* A csendes, illetve zajos szobában tapasztalt beszédértést kezeli egy változóban. Kategóriái:

1. csendes és zajos szobában sincs, vagy csak kis nehézsége van;
2. a) csendes szobában kis nehézsége, zajos szobában nincs, vagy csak kis nehézsége van, vagy  
b) csendes szobában nincs, de zajos szobában nagy nehézsége van;
3. a) csendes szobában kis, zajos szobában nagy nehézsége van, vagy  
b) csendes szobában nincs nehézsége, de zajos szobában egyáltalán nem érti a beszélgetőpartnerét;
4. a) csendes szobában egyáltalán nem érti a beszélgetőpartnerét, vagy  
b) csendes szobában kis/nagy nehézsége van, és zajos szobában egyáltalán nem érti a beszélgetőpartnerét

*Felsőtestmutató.* A kézzel, ujjakkal felmerülő nehézségeket vonja össze azzal a képességgel, hogy a megkérdezett képes-e egy kétliteres vízzel teli palackot felemelni mellkasának szintjétől szemvonaláig. Kategóriái:

1. egyik sem okoz nehézséget;
2. legalább az egyik kis nehézséget okoz, de a másik se nehezebb;
3. legalább az egyik nagy nehézséget okoz, de a másikra sem képtelen;
4. bármelyikre képtelen.

*Emlékezésmutató.* Egy változóba sűríti a koncentráció képességét, a feledékenység gyakoriságát, illetve azoknak a dolgoknak a számosságát, amelyeket el szoktak felejteni. Kategóriái:

1. nincs se a koncentrációval, se az emlékezéssel nehézsége;
2. néha kevés vagy sok dolgot vagy gyakran sok dolgot elfelejt;
3. gyakran sok dolgot elfelejt;
4. állandóan vagy szinte mindent elfelejt;
5. csak a koncentrációval van problémája.

*Járásmutató.* A rövid (100 m) és a hosszú (500 m) távú járásképeséget kombinálja. Kategóriái:

1. egyik távon sincs nehézsége, vagy csak kis nehézsége van hosszú távon;
2. a) rövid távon nincs, de hosszú távon nagy nehézsége van,  
b) rövid távon kis nehézsége van, hosszú távon nincs nehézsége, vagy kis/nagy nehézsége van;

3. a) rövid távon nagy nehézsége van, hosszú távon nincs nehézsége, vagy kis/nagy nehézsége van,
- b) rövid távon nincs nehézsége, de hosszú távon nem képes rá;
4. a) rövid távon nem képes rá, vagy
- b) hosszú távon nem képes rá, és rövid távon kis/nagy nehézsége van.

*Mozgásmutató.* A járásmutatót és a lépcsőn járást kapcsolja össze. Kategóriái azonosak a járásmutató kódjaival a következő módosítással:

- az ott kapott 1-t 2-re és a 2-t 3-ra kell módosítani, ha a lépcsőn járás nagy nehézséget okoz, illetve
- az ott kapott 1-t 3-ra és a 2-t 4-re kell módosítani, ha a lépcsőn járásra egyáltalán nem képes.

*Szorongásmutató.* Ötvözi a szorongás, az aggodalom és az idegesség érzésének gyakoriságát a legutóbbi epizód súlyosságával. Kategóriái:

1. soha vagy csak évente néhányszor;
2. a) naponta/hetente/havonta kis szorongás, aggodalom, idegesség vagy
- b) hetente/havonta kicsi és erős közötti szorongás, aggodalom, idegesség;
3. a) naponta kicsi és erős közötti szorongás, aggodalom, idegesség vagy
- b) hetente erős szorongás, aggodalom, idegesség;
4. naponta erős szorongás, aggodalom, idegesség.

*Depressziómutató.* A depresszió érzésének gyakoriságát a legutóbbi epizód súlyosságával társítja. Kategóriái:

1. soha vagy csak évente néhányszor;
2. a) naponta/hetente/havonta kis depresszió vagy
- b) hetente/havonta kicsi és erős közötti depresszió;
3. a) naponta kicsi és erős közötti depresszió vagy
- b) hetente erős depresszió;
4. naponta erős depresszió.

*Fájdalommutató.* A fájdalom érzésének gyakoriságát a legutóbbi epizód súlyosságával sűríti egybe. Kategóriái:

1. soha vagy csak néha egy kicsi;
2. a) néha kicsi vagy kicsi és erős közötti fájdalom vagy
- b) mindennap kicsi fájdalom;
3. mindennap kicsi és erős közötti fájdalom;
4. mindennap erős fájdalom.

*Kimerültségmutató.* A kimerültség, fáradtság érzésének gyakoriságát kombinálja a legutóbbi epizód tartamával és intenzitásával. Kategóriáit a táblázat ismerteti.

Intenzitás	Tartam	Gyakoriság az előző 3 hónapban			
		Soha	Ritkán	Gyakran	Mindig
Nem kérdezték	Nem kérdezték	1			
Kicsi	A nap kis részében		1	1	2
	A nap nagy részében		2	2	2
	Egész nap		2	2	2
Közepes	A nap kis részében		2	2	2
	A nap nagy részében		2	3	3
	Egész nap		3	3	3
Erős	A nap kis részében		3	3	3
	A nap nagy részében		3	3	4
	Egész nap		3	4	4

*Megjegyzés.* A táblázat színezésének sötétedése az epizód tartamának hosszabbodását, intenzitásának erősödését jelzi.

## Irodalom

- ALTMAN, B. M. [2014]: Definitions, concepts and measures of disability. *Annals of Epidemiology*. Vol. 24. Issue 1. pp. 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2013.05.018>
- ALTMAN, B. M. (ed.) [2016]: *International Measurement of Disability. Purpose, Method and Application*. Springer International Publishing Switzerland. Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28498-9>
- BÁCSKAY A. – GÁRDOS É. – HUSZÁR Á. – SZABÓ ZS. [2018]: *Mikrocenzus 2016. 8. A fogyatékos és az egészségi ok miatt korlátozott népesség jellemzői*. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest.
- BOGAERT, P. – VAN OYEN, H. – BELUCHE, I. – CAMBOIS, E. – ROBINE, J.-M. [2018]: The use of the global activity limitation indicator and healthy life years by Member States and the European Commission. *Archives of Public Health*. No. 76. Article number: 30. <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0279-z>
- CAPPA, C. – MONT, D. – LOEB, M. – MISUNAS, CH. – MADANS, J. – COMIC, T. – DE CASTRO, F. [2018]: The development and testing of a module on child functioning for identifying children with disabilities on surveys. III: Field testing. *Disability and Health Journal*. Vol. 11. No. 4. pp. 510–518. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.06.004>
- CHIKÁN CS. [2001]: *Esélyegyenlőség, fogyatékoság*. Mozgáskorlátozottak Pest Megyei Egyesülete. Vác.

- DEVANDAS, C. [2018]: The development and testing of a module on child functioning for identifying children with disabilities in surveys. *Disability and Health Journal*. Vol. 11. No. 4. pp. 493–494. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.07.011>
- EUROPEAN COMMISSION [2020]: *Methodological Guidelines and Description of EU-SILC Target Variables*. DocSILC065 (2021 operation). Eurostat.
- EUROSTAT [2020]: *European Health Interview Survey (EHIS Wave 3) Methodological Manual*. Publications Office of the European Union. Luxembourg.
- FARAGÓ M. [2007]: *Egészségesen várható élettartamok Magyarországon 2005*. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/elettart05.pdf>
- FÖLDEVÁRI M. – DORKÓ N. – MÚJDRICZA F. [2018]: *A HKÉF 2017-es kérdőívének komplex tesztelése és értékelése. Záróriport*. Központi Statisztikai Hivatal. Budapest.
- GOLDEN, C. [2016]: Washington Group meetings, processes and milestones. In: *Altman, B. M. (ed.): International Measurement of Disability. Purpose, Method and Application*. Springer International Publishing Switzerland. Cham.
- GOLDEN, C. [2019]: *Summary of Annual Activities Related to Disability Statistics*. Presentation held at the Nineteenth Meeting of the Washington Group on Disability Statistics. 25–27 September. Buenos Aires.
- ILLYÉS S. [2000]: *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Budapest.
- KATZ, S. – AKPOM, C. A. [1976]: Index of ADL. *Medical Care*. Vol. 14. May. pp. 116–118. <https://doi.org/10.1097/00005650-197605001-00018>
- KSH (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL) [2015]: Egészségesen várható élettartam. *Statisztikai tükrök*. 27. sz. Április 27. 1–4. old. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/elettart.pdf>
- LAKI I. [2014]: Magyarországi vonatkozású társadalmi kérdések a fogyatékkal élő emberek életterében. In: *Karlovitz J. T. (szerk.): Kulturális és társadalmi sokszínűség a változó gazdasági környezetben*. International Research Institute s.r.o. Komárno. [http://real.mtak.hu/25121/1/laki\\_ildiko\\_tarsadalmi\\_vonatkozasu.pdf](http://real.mtak.hu/25121/1/laki_ildiko_tarsadalmi_vonatkozasu.pdf)
- LOEB, M. [2016]: International census/survey data and the short set of disability questions developed by the Washington Group on Disability Statistics. In: *Altman, B. M. (ed.): International Measurement of Disability. Purpose, Method and Application*. Springer International Publishing Switzerland. Cham.
- MADANS, J. H. – ALTMAN, B. M. – RASCH, E. K. – MBOGONI, M. – SYNNEBORN, M. – BANDA, J. – ME, A. – DEPALMA, E. [2016]: *Washington Group Position Paper. Proposed Purpose of an Internationally Comparable General Disability Measure*. 1/23/04. [http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/WG\\_purpose\\_paper.pdf](http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/WG_purpose_paper.pdf)
- MADANS, J. H. [2016]: The Washington Group’s contribution to disability statistics and a look to the future. In: *Altman, B. M. (ed.): International Measurement of Disability. Purpose, Method and Application*. Springer International Publishing Switzerland. Cham.
- MAGYAR KÖZLÖNY [1998]: *1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról*. 28. sz. Április 1. 2393–2397. old. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800026.tv>
- MAGYAR KÖZLÖNY [2007]: *2007. évi XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről*. 90. sz.

- Július 6. 6804–6839. old. <https://magyarkozlony.hu/dokumentumok/0c7862db11cb3b813d95439e2d3c6fb00e207bcb/megtekintes>
- MAGYAR KÖZLÖNY [2011]: 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról. 162. sz. December 29. 39695–39713. old.
- MAGYAR KÖZLÖNY [2012]: 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról. 16. sz. Február 14. 849–851. old.
- MAGYAR KÖZLÖNY [2013]: 2013. évi LXII. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény módosításáról. 80. sz. Május 24. 51397–51398. old. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKP/PDF/hiteles/MK13080.pdf>
- MILLER, K. – MONT, D. – MAITLAND, A. – ALTMAN, B. M. – MADANS, J. [2011]: Results of a cross-national structured cognitive interviewing protocol to test measures of disability. *Quality and Quantity*. Vol. 45. 5 December. pp. 801–815. <https://doi.org/10.1007/s11135-010-9370-4>
- MONT, D. [2007]: Measuring health and disability. *Lancet*. Vol. 369. Issue 9573. pp. 1658–1663. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60752-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60752-1)
- PALMER, M. – HARLEY, D. [2012]: Models and measurement in disability: An international review. *Health Policy and Planning*. Vol. 27. Issue 5. pp. 357–364. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr047>
- PUTZ, C. – GLICKMANN, M. [2019]: *Measuring Disability: Comparing Approaches. Comparison of the Equality Act Measure of Disability Used in Great Britain to the United Nations Recommended Measures of Disability, Based on the Options and Lifestyle Survey in January 2019*. UK Office for National Statistics. 6 August. <https://www.ons.gov.uk/people-populationandcommunity/healthandsocialcare/disability/datasets/measuringdisability-comparingapproaches>
- SZABÓ ZS. K. [2008]: Lee, S – Matthiowetz, N. A – Tourangeau, R.: A fogyatékoság mérése a felvételekben: konzisztencia időben és válaszadók szerint. *Statistikai Szemle*. 86. évf. 5. sz. 508–512. old.
- TRANI, J.-F. – LOEB, M. [2012]: Poverty and disability: A vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development*. Vol. 24. Issue S1. pp. S19–S52. <https://doi.org/10.1002/jid.1709>
- UN (UNITED NATIONS) [1993]: *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. Resolution 48/96. 20 December. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>
- UN [2006]: *Convention on Rights of People with Disabilities*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- UN ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL [2020]: *Statistical Commission Fifty-first session. 3–6 March 2020*. E/CN.3/202034. 20 December. <https://digitallibrary.un.org/record/3847805>
- UNESCAP (UNITED NATIONS ECONOMIC & SOCIAL COMMISSION FOR ASIA & THE PACIFIC) [2010]: *Results of the Testing of the ESCAP/WG Extended Question Set on Disability*. <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/ResultsoftheTestingoftheESCAP-WGQuestionSetonDisability.pdf>
- VAN OYEN, H. – BOGAERT, P. – YOKOTA, R. T. C. – BERGER, N. [2018]: Measuring disability: A systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Archives of Public Health*. Vol. 76. Article number: 25. 28 May. <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0270-8>

- WG (WASHINGTON GROUP ON DISABILITY STATISTICS) – BI (BUDAPEST INITIATIVE) – UNESCAP [2016]: *Development of Disability Measures for Surveys: The Extended Set on Functioning*. [https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/New\\_BI.pdf](https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/New_BI.pdf)
- WG [2020]: *Analytic Guidelines: Creating Disability Identifiers Using the Washington Group Extended Set (WG-ES) SPSS Syntax*. Washington Group Implementation Documents 6A. <https://www.washingtongroup-disability.com/resources/analytic-guidelines-creating-disability-identifiers-using-the-washington-group-extended-set-on-functioning-wg-es-spss-syntax-190/>
- WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION) [2001]: *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva. <https://www.refworld.org/docid/3b00f2e80.html>