

TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI DOLGOZAT

2022

Ficzere Péter Botond

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar

**CSALÁDBAN ÉS ÁPOLÓ-GONDOZÓ OTTHONBAN ÉLŐ
ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT FELNŐTTEK SZOCIÁLIS
ÉRETTSÉGÉNEK VIZSGÁLATA**

**EXAMINATION OF SOCIAL MATURITY OF ADULT PEOPLE WITH
INTELLECTUAL DISABILITY LIVING IN FAMILIES AND CARE
HOMES**

Konzulens: Köböl Erika

Nagyné Dr. Hegedűs Anita

Dr. Horváth Péter László

Lezárás dátuma: 2022. 07.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék köszönetet mondani Köből Erika, Nagyné Dr. Hegedűs Anita és Dr. Horváth Péter László témavezetőimnek, amiért szakmai tudásukkal, odafigyelésükkel, építő jellegű kritikáikkal segítették a munkámat.

Köszönettel tartozom az ápoló-gondozó otthonok és a nappali ellátást nyújtó intézmények vezetőinek a kutatáshoz szükséges engedélyek megadásáért. Köszönöm a hozzátartozóknak, gondnokoknak, hogy beleegyezésükkel lehetővé tették, hogy az érintett személyeket jelen kutatásba bevonhassam.

Ugyancsak szeretném megköszönni az intézményekben dolgozó pedagógusoknak, gondozóknak, hogy segítették a kutatás megszületését.

Köszönöm a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Gyógypedagógus-képző Intézet mindazon oktatóinak nyitottságát, akikhez a kutatás ideje alatt kérdéssel, kéréssel fordultam, és akik akár néhány tanáccsal, akár szakmai kapcsolataikkal hozzájárultak munkám sikerességéhez.

Tartalom

BEVEZETÉS	5
1. ELMÉLETI HÁTTÉR.....	6
1.1. ÉRTELMI FOGYATÉKOSSÁG, ÉRTELMI AKADÁLYOZOTTSÁG	6
1.2. AZ ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT SZEMÉLY	8
1.3. ADAPTÍV VISELKEDÉS, SZOCIÁLIS KOGNÍCIÓ.....	9
1.3.1. <i>Adaptív viselkedés</i>	9
1.3.2. <i>Szociális kogníció</i>	10
1.3.3. <i>Intellektuális képességzavar és adaptív viselkedés</i>	10
1.3.4. <i>Vineland Szociális Érettségi Skála</i>	11
1.4. SZAKOSÍTOTT ELLÁTÁS, FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK ÁPOLÓ-GONDOZÓ OTTHONA.....	12
1.4.1. <i>Szakosított ellátás</i>	12
1.4.2. <i>Ápolást, gondozást nyújtó intézmények</i>	13
2. CSALÁDBAN ÉS ÁPOLÓ-GONDOZÓ OTTHONBAN ÉLŐ ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT FELNŐTTEK ADAPTÍV VISELKEDÉSÉNEK VIZSGÁLATA	15
2.1. KUTATÁSI KÉRDÉSEK, MINTAVÁLASZTÁS.....	15
2.2. ESZKÖZÖK ÉS MÓDSZEREK BEMUTATÁSA.....	16
2.3. EREDMÉNYEK – VINELAND SZOCIÁLIS ÉRETTSÉGI SKÁLA	17
2.4. EREDMÉNYEK – FÉLIG STRUKTURÁLT INTERJÚ	19
3. ÖSSZEFOGLALÁS, TOVÁBBI CÉLOK.....	34
ÁBRAJEGYZÉK.....	39
FELHASZNÁLT IRODALOM.....	40

BEVEZETÉS

Gyermekkorom egy időszakában olyan intézménybe jártam gyógytornára, amely ápoló-gondozó otthonként értelmileg akadályozott és halmozottan sérült fiatalok, felnőttek számára nyújt bentlakást, és amely ambuláns ellátás keretei között az adott megyében többszáz gyermek fejlődését segíti a mai napig is. Ebben az intézményben volt lehetőségem megismerkedni az ápoló-gondozó részlegen élő sérült fiatalokkal, gondozóikkal, a fejlődésüket segítő gyógypedagógusokkal. Már ebben az időszakban erőteljesen elkezdett érdekelni a bentlakást nyújtó intézmények világa, a bentlakó személyek közösségének alakulása, az ápoló-gondozó otthonokban zajló gyógypedagógiai munka. Ez az érdeklődés gyógypedagógiai tanulmányaim idején is egyre fokozódik.

Mindennapjaim során sokszor elgondolkodtam már azon, hogy az ápoló-gondozó otthon, mint speciális szocializációs közeg miként befolyásolja az intézetben lakó személyek viselkedését, vajon alakulnak-e ki olyan erősségek, gyengeségek a szociális érettség különböző területein, amelyek erre a bizonyos eltérő közegre vezethetők vissza. Belegondoltam, hogy ezek az említett erősségek, gyengeségek vajon milyen mértékben befolyásolják az egyén boldogulását akár az iskolai, osztálytermi életben, akár felnőttként a munka területén, figyelembe veszi-e ezen sajátosságokat a pedagógus, a munkáltató.

Mindezen említett okok, tényezők indokolták a témaválasztást. Kutatásomban azt vizsgálom, hogy mi jellemző a kutatásba bevont, ápoló-gondozó otthonban és a családban élő értelmileg akadályozott felnőttek szociális érettségére. Szeretném, ha a kutatás rávilágítana az eltérő szocializációs közegből fakadó esetleges viselkedésbéli különbségekre, amik alapján később, jelen kutatás folytatásaként egy jó gyakorlat gyűjteményt is ki lehetne dolgozni. Szeretném, ha ez a jó gyakorlat gyűjtemény később segítené, megkönnyítené az érintett személyekkel történő munkát, segítené figyelembe venni a sajátosságaikat a szociális érettség területein is. A célom, hogy egy ilyen jó gyakorlat gyűjtemény kidolgozásával egy segédanyagot adjak azon gyógypedagógusok kezébe, akik munkájuk során találkoznak nem családban, hanem bentlakásos gyermekotthonban, ápoló-gondozó otthonban élő emberekkel.

Kutatásom az Innovációs és Technológiai Minisztérium Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatással, az Új Nemzeti Kiválóság program keretében valósult meg.

1. ELMÉLETI HÁTTÉR

Kutatásomban az ápoló-gondozó otthonban és a családban élő értelmileg akadályozott személyek adaptív viselkedésének jellemzőit vizsgálom. Az elméleti háttér összeállításakor szükségesnek érzem a cím minden eleméhez megfelelő mélységű háttérrel biztosítani, amely ideális alapot nyújt a kutatásnak.

1.1. Értelmi fogyatékoság, értelmi akadályozottság

A magyar köznevelési politika gyakorlatában kettősség figyelhető meg. Amellett, hogy megjelennek a vizsgálati eredmények által képzett diagnosztikus kategóriák, megjelennek utalások is a nevelési feladatokra. A kategorizálás mellett szól, hogy a különböző kategóriák összehasonlításakor hasznos információkat kaphatunk az összehasonlított csoportok képességeiről, fejlődéséről, ez pedig segítséget nyújthat a fejlesztés megtervezéséhez. Ellenérv, hogy egy adott kategória képviselőinek képességei között is lehetnek nagy mértékű eltérések (Lányiné, 2014).

A Magyar Pszichiátriai Társaság 1994-ben az ICD-10-ből (International Classification of Diseases) megjelentette és lefordította azt a részt, amely a mentális és viselkedészavarokat osztályozza. A teljes BNO-10 1995-ben jelent meg végül. Utóbbi az intellektuális képességzavarral kapcsolatban így fogalmaz: „Abbamaradt vagy nem teljes szellemi fejlődés, amelyre jellemző a különböző készségek romlása, olyan készségeké, melyek a fejlődés során jelennek meg, s melyek az intellektus minden szintjét érintik, mint pl. a kognitív, nyelvi, mozgásbéli, szociális készségek, képességek. A retardáció létrejöhet minden más mentális vagy fizikai állapottól függetlenül is.” (BNO-10, 1998.119.). Az intellektuális képességzavar súlyossága szerint a következő kategóriákat alkotja: F70 enyhe mentális retardáció (IQ megközelítőleg 50 – 69), F71 közepes mentális retardáció (IQ megközelítőleg 35 – 49), F72 súlyos mentális retardáció (IQ megközelítőleg 20-34), F73 igen súlyos (extrém) mentális retardáció (IQ 20 alatt), F78 egyéb mentális retardáció, F79 nem meghatározott mentális retardáció. (BNO-10, 1998). A meghatározás egyes elemei megkérdőjelezhetők, például az állítás is, hogy az értelmi fogyatékoság mindig együtt jár a mozgásbéli, a szociális képességek érintettségével is (Csákvári, 2012).

Az Amerikai Pszichiátriai Szövetség (APA, American Psychiatric Association) kidolgozta a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvét, ez a DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). A DSM ötödik, jelenlegi legfrissebb változatában már nem mentális retardáció, hanem intellektuális képességszavar olvasható az értelmi fejlődés zavarának említésekor. A DSM-V alapján az intellektuális képességszavaknak három fő kritériuma ismert. Az első, hogy az értelmi képességek (gondolkodás, problémamegoldás, tervezés, elvont gondolkodás, iskolai ismeretszerzés, tapasztalati tanulás) zavarát klinikai vizsgálat és standardizált intelligenciateszt egyaránt erősítse meg. A második kritérium, hogy az adaptív viselkedés deficitje az alábbi területek közül legalább kettőt érint: kommunikáció, önellátás, családi élet, szociális/kapcsolati készségek, közösségi források felhasználása, önirányítás, iskolai készségek, munka, szórakozás, egészség és biztonság. A harmadik kritérium pedig, hogy az intellektuális képességszavar és az adaptív viselkedés deficitje már a 18. életév előtt, a fejlődés időszakában kialakul. Négy kategóriát különböztet meg: enyhe, mérsékelt, súlyos, igen súlyos (DSM-V, 2013).

Lányiné Engelmayer Ágnes már 2009-ben kiadott művében javaslatot tett az intellektuális képességszavar fogalom használatára. A használandó fogalommal kapcsolatban Lányiné így fogalmazott: *„Azokra a személyekre alkalmazható, akik az intellektuális-kognitív működések, valamint a kortárs csoportokhoz viszonyított adaptív magatartás jelentős akadályozottságával jellemezhetőek. E képességszavar különböző súlyosságú megnyilvánulása nem befolyásolja a közös emberi szükségletek birtoklását, és nem kérdőjelezi meg az érintettek személyiségét. Az intellektuális képességszavarral élő emberek az emberi létezés egy lehetséges változatát képviselik. Fejlődésre, tanulásra, társadalmi integrációra minden életkorban képesek, ehhez társadalmi segítséget igényelnek az esélyegyenlőség biztosítása érdekében.”* (Lányiné, 2009. 17.). Megemlíti továbbá, hogy az intellektuális képességszavar okainak feltárása a gyógypedagógia számos területéhez fontos, így az oktatáshoz, a fejlesztéshez, a kíséréshez, de a különböző terápiák megtervezéséhez is. Kiemeli annak a fontosságát, hogy nem csupán az akadályozottság, de az egyén erősségeinek megismerése is jelentős feladat (Lányiné, 2009). Az intellektuális képességszavar súlyosságának mértéke alapján a magyar gyógypedagógia két csoportot különít el. Az első csoport esetében tanulási akadályozottságról beszélhetünk. Mesterházi Zsuzsa a tanulásban akadályozott személyek körét a következőképp határozza meg: *„A tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és/vagy genetikai okra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve a kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó*

tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart mutatnak.” (Mesterházi, 1998. 54.) A másik csoport az értelmileg akadályozott személyek csoportja, melyben az érintettek mérsékelt, súlyos vagy igen súlyos mértékű értelmi fogyatékossgal élnek. Ez a két csoportelnevezés elsősorban a pedagógiában használatos. A fogalmak a különleges nevelési, oktatási célokat helyezik előtérbe (Csákvári, 2012).

1.2. Az értelmileg akadályozott személy

Ebben a fejezetben szeretném röviden összefoglalni az értelmileg akadályozott személyek tanulására, viselkedésére jellemző ismereteket, kitérve a különböző életkori szakaszokra.

A különböző életkori szakaszokban más és más jellemző az értelmileg akadályozott személyekre. Kisgyermekkorban olyan fejlődési állapotok is megjelennek, mint a passzivitás, az alacsony színvonalú szenzomotoros működés, vagy épp a kommunikáció, az önkiszolgálási képesség hiánya. Más esetekben előfordulhat gesztusokkal, hangokkal történő elemi kommunikáció. Iskoláskorban a fejlettségi jellemzők egyre eltérőbbé válnak. Egyeseknél (súlyosabb értelmi sérülés esetében) a mozgás erőteljes gátoltsága, minimális szociális kapcsolatok és kommunikáció figyelhető meg, másoknál viszont megjelenhetnek szavak, mondatok, emellett pedig önkiszolgálásban együttműködők. Az iskolás időszak végén megfelelő színvonalú a beszéd és az önkiszolgálás is, környezetükben képesek megfelelően tájékozódni, beilleszkednek csoportjaikba. Egyesek írni, olvasni, számolni is megtanulhatnak. A felnőtt értelmileg akadályozott személy esetében a motoros és a kommunikációs készségek kialakulása is elérhető. Az önkiszolgálás területén általában önállóvá válnak. Bevásárlást végeznek, látogatják a közintézményeket, egyszerű fizikai munkát végeznek (Gordosné, 2004).

Az értelmileg akadályozott személyekre jellemző lehet a pszichés aktiváció alacsony szintje, amely a fejlődés lassú elindulásához és menetéhez vezet. Ehhez az eltérő fejlődési tempóhoz, úthoz tartozik, hogy kimaradhatnak egyes mozgásfejlődési fázisok. Pozitív hatással van a pszichés aktivitásra, a fejlődésre a helyzetváltoztató mozgás megjelenése, annak élményének átélése. Megfelelő feltételek biztosítása mellett a közép-súlyos értelmi fogyatékossgal élő személy megtanulhat bonyolult mozgásokat, mint például biciklizés, úszás. Az értelmileg akadályozott személyekre jellemző lehet a motivációs szegénység, a magas ingerküszöb. Cselekvéseik hatását gyakran nem képesek értelmezni, hiányzik a sikerélmény.

Mozdulataik éretlenek lehetnek. Az értelmileg akadályozott személy szenzomotoros koordinációjában zavar mutatkozhat, amely passzivitáshoz, indítékszegénységhez vezethet. Előfordulhatnak sztereotip mozdulatok, jaktálás. Kommunikációjukban megfigyelhető a szegényes szókincs, a kezdetleges nyelvi formák, konkrét szavak használata, ezek kizárólagos megértése. Általában jelen időben, konkrétumokban fogalmaznak. A nehezített beszédfejlődés a gondolkodás fejlődésének akadályát képezi, ugyanez pedig fordítva is igaz. Ritkán tanulnak meg kérdés-felelet alapján beszélgetni. A tanulási magatartás az értelmileg akadályozott személy esetében az életkorra jellemző elvárásoktól jóval elmaradhat. Ismeretelsajátításuk hatékonysága érdekében érdemes a tartalmat szemléletes úton feldolgoztatni. Érdeklődésük a közvetlen szükségletek kielégítésére korlátozódik. Figyelmük ingadozhat (Hatos, 2005, 2008, 2012).

1.3. Adaptív viselkedés, szociális kogníció

1.3.1. Adaptív viselkedés

Az emberi működéssel kapcsolatban már régóta feltételezhető, hogy képesek vagyunk alkalmazkodni a környezet által támasztott követelményekhez. Az adaptív viselkedés fogalmának gyökerei több, mint száz évvel korábbra nyúlnak vissza. 1920-ban Edward Lee Thorndike, amerikai pszichológus bevezette a szociális intelligencia fogalmát. A szociális intelligencián belül meghatározott praktikus és absztrakt intelligenciaterületeket. Véleménye szerint a szociális intelligencia segít abban, hogy mások belső állapotát, viselkedését észleljük, megértsük, valamint, hogy boldoguljunk a társas kapcsolatainkban (Thorndike, 1920). Az adaptív viselkedés mai fogalmának korai változata Doll (1936) nevéhez köthető. Az adaptív viselkedést társadalmi kompetenciának nevezte. Az akkor aktuális intelligencia-konstrukcióra kritikus szemmel tekintett, véleménye szerint ugyanis az nem vette figyelembe az ember viselkedésének összetettségét, bonyolultságát. Úgy gondolta, célszerűbb egy olyan konstrukcióra támaszkodni, amely átfogja ezt a bonyolultságot. Doll azt mondta, a társadalmi kompetencia személyes függetlenségként, társadalmi felelősségvállalásként értelmezendő (Doll, 1953). Az adaptív viselkedés tehát azon készségekből áll, melyek segítenek megfelelni a közösség, a társadalom által közvetített elvárásoknak. Szociális, gyakorlati készségek összessége, amelyek szükségesek a mindennapi életben (Doll, 1953).

1.3.2. Szociális kogníció

Szociális kogníciónak hívjuk a társas magatartásformák mögött álló megismerő folyamatokat. Azon képességek háttértényezőit sorolhatjuk ide, amelyek segítenek nekünk tájékozódni a világban. Az ember sajátos tulajdonsága, hogy alkalmasak vagyunk más emberekről, a társas környezetről gondolkodni. Viselkedésformáink a szociális környezetünkre vonatkozóan többfélék lehetnek, ide köthető más személyek érzelmeinek felismerése, bejósolása, társas viselkedés kezdeményezése és megtartása, reakció más emberek viselkedésére. A szociális kogníció sajátos tulajdonsága, hogy szert tehetünk társas információkra olyan módon is, hogy mi csupán a helyzet passzív résztvevői vagyunk. Ez is, mint más kogníció, működhet implicit és explicit módon is (Csákvári, 2013).

1.3.3. Intellektuális képességzavar és adaptív viselkedés

Egy lehetséges értelmezés alapján az intelligencia nem más, mint egy erőforrás a teljesítmények mögött. Hozzásegít minket ahhoz, hogy új helyzetekben mozgósítsuk a tudásunkat, tehát segít az adódó probléma megoldásában (Lányiné, 2009). Ezen értelmezésből következtethető, hogy ha az intelligencia valamilyen okból kifolyólag csökkenést mutat, az összetetten kihat a személyiség fejlődésére is. Az intelligenciadeficit következményei nem csupán a kognitív kompetenciák terén mutatkoznak meg, hanem a környezethez történő értelmes alkalmazkodás zavarában is. Nehezített az autonómia, a személyes függetlenség kialakulása, az életvezetés pedig akadályozott. Az, hogy miként cselekedünk a fizikai, illetve társas környezetünkkel, az, hogy hogyan illünk össze azzal, nem más, mint a tágran értelmezett kognitív működés. Életünk során ez minden viselkedés alapját szolgálja. A lehető legmagasabb fokú önellátással és a társas beilleszkedéssel kapcsolatban fokozott fontossággal bír, hogy az adaptációt biztosító viselkedés milyen mértékben differenciált és komplex (Csákvári, 2013). Amikor intellektuális képességzavarról beszélünk, akkor gondolnunk kell nemcsak az átlagoshoz képest elmaradt intelligenciaszintre, hanem az adaptív viselkedés korlátozottságára is (Lányiné, 2009). Az intellektuális képességzavar megállapításakor egy fontos kritérium az adaptív viselkedésben tapasztalható korlátozottság (Csákvári, 2013).

A pszichodiagnosztika történetében meglehetősen későn kezdtek foglalkozni az adaptív viselkedés zavarával kapcsolatos mérőeszközök kidolgozásával. Ennek számos

különböző oka van. Az egyik, hogy az a kétdimenziós meghatározása az értelmi fogyatékosnak, ami alapján az intelligencia deficitje mellett az adaptív magatartást is figyelembe kell venni, csak későn alakult ki. (Lányiné, 2009) A másik oka annak, hogy a pszichodiagnosztika eszköztárában kevés, az életvezetési akadályozottságot vizsgáló módszer van, az nem más, mint, hogy az értelmi fogyatékoság gyanúja az esetek jelentős részében gyermekkorban merül fel, ekkor kerül sor diagnosztikus vizsgálatokra. Ekkor még nem lehet teljes bizonyossággal megállapítani, hogy az adott gyermek felnőttként milyen mértékben fog tudni megfelelni a felnőttek felé támasztott elvárásoknak. mennyire lesz önálló, másoktól független (Lányiné, 2009). A harmadik okot Lányiné Engelmayer Ágnes így fogalmazza meg: „Nehezen objektíválható az a fogalom, hogy „adaptív viselkedés zavara vagy sérülése” vagy „életvezetési akadályozottság”. Az intelligenciavizsgálatok hátterében pontosan definiált intelligenciafogalom áll. Sokkal jobban megragadható és leírható, mint az adaptív magatartás, és ezért könnyebben található vizsgálatára módszer is.” (Lányiné, 2009. 75.).

1.3.4. Vineland Szociális Érettségi Skála

A szociális érettség szintjét feltáró vizsgálatok lehetővé teszik, hogy mélyebben megismerjük az adott személyt, és képet kapjunk a tanulási helyzeten kívül eső kompetenciaterületek fejlettségéről. Segítségükkel lehetőségünk van megvizsgálni az egyén szociális és társas kapcsolatait, önérvényesítését, önállóságát, szabadidőstevékenységeit. Ilyen, a szociális érettséget felmérő vizsgálati eszköz többek között a Vineland Szociális Érettségi Skála (Szabó, Nagyné Réz, Mészáros, Juhász, 2014). A Vineland Szociális Érettségi Skála 1935-ben került kidolgozásra egy amerikai pszichológus, Edgar Arnold Doll által. Húsz évvel később, 1953-ban elkészült a skála kézikönyve (A szociális alkalmasság mérése), majd világszerte elterjedt az eszköz használata. Lányiné Engelmayer Ágnes lefordította a skálát magyar nyelvre, valamint adaptálta azt a magyar viszonyoknak megfelelően, ezután pedig az értelmi fogyatékoság diagnosztizálásának egyik meghatározó eszköze lett. Magyarországon rendszeresen alkalmazzák a pszichodiagnosztika területén, átdolgozott, adaptált változatát pedig látássérült személyek vizsgálatára is használják a szakemberek (Szabó, Nagyné Réz, Mészáros, Juhász, 2014).

A Vineland Szociális Érettségi Skála alapjául Edgar Arnold Doll feltételezése áll, amely szerint az emberi fejlődésben három dimenzió meghatározó a társadalomba való beilleszkedés

szempontjából. Az első dimenzió, hogy ahogyan a gyermek nő, fejlődik, úgy a totális függőségből a függetlenség felé halad, a másoktól való függőség, az irányítás szükségessége ezzel együtt csökken. A második, hogy bár a gyermekkori életszakaszban nem feladat a felelősségvállalás, fejlődésünk során elérhetjük a másokért, a társadalomért felvállalt felelősség szintjét. A harmadik, hogy ez az említett fejlődés egy olyan lineáris folyamat, amelynek egyik, kiindulópontja az inkompetencia, végpontja pedig a kompetens szociális viselkedés. Doll úgy vélte, hogy az átlagos feltételektől történő bármilyen eltérés (legyen az fizikai, mentális, szociális megalapozottságú), a szociális kompetencia csökkenését vagy növekedését eredményezi (Doll, 1936, 1953).

A Vineland Szociális Érettségi Skála egy olyan eszköz, amely amellet, hogy felméri a vizsgálati helyzetben mutatott működést, egy közeli hozzátartozó (szülő, gondozó, pedagógus) megfigyeléseire is alapoz. Egy sztenderdizált teszt, amelynek körülményei előre pontosan meghatározottak, az értékelése is megadott kritériumok szerint történik. A vizsgálat eredményeként szociális kor és szociális kvóciens kapható. (Lányiné, 2009). A skála nyolc kompetenciaterületen keresztül vizsgálja a szociális érettséget, ezek: általános önkiszolgálás (SHG, self help general), étkezési önkiszolgálás (SHE, self help eating), öltözködési önkiszolgálás (SHD, self help dressing), önirányítás (SD, self direction), elfoglaltság (O, occupation), kommunikáció (C, communication), helyzetváltoztató mozgás (L, locomotion), szocializáció (S, socialisation) (Szabó, Nagyné Réz, Mészáros, Juhász, 2014).

1.4. Szakosított ellátás, fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthona

1.4.1. Szakosított ellátás

Az 1993. évi III., a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló törvény értelmében, azon személyek gondozása, akik ellátása egészségi állapotuk, életkoruk és / vagy szociális helyzetük miatt az alapszolgáltatások keretében nem kivitelezhető, állapotuknak és helyzetüknek megfelelő szakosított ellátási formában kell, hogy megtörténjen. Az ő ellátásukról gondozási tervet szükséges készíteni, amelynek tartalmaznia kell az adott személy ellátási igényeit, az állapotában bekövetkező változásokat, valamint a számára biztosított gondozási, terápiás, ápolási és egyéb szolgáltatások tartalmát (2013. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról, 66.§). A szociális törvény szerint személyes gondoskodás keretébe tartozó szociális ellátások típusai közé tartozik a rehabilitációs intézményi ellátás, a támogatott

lakhatás, az átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás, a lakóotthoni ellátás és az ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás.

Az ellátások említett típusait az alábbi ábrán (1. ábra) táblázatos formában is összefoglaltam. A továbbiakban az ápolást, gondozást nyújtó intézményes ellátásról szólok bővebben, ugyanis kutatásom során ápoló-gondozó otthonban élő személyeket vizsgáltam.

Személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított szociális ellátások				
Ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás	Rehabilitációs intézményi ellátás	Támogatott lakhatás	Átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás	Lakóotthoni ellátás

1. táblázat: A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított szociális ellátások

1.4.2. Ápolást, gondozást nyújtó intézmények

Az említett törvény meghatározza, hogy ápolást, gondozást nyújtó intézmény (2. ábra) az idősek otthona, a szenvedélybetegek otthona, a hajléktalanok otthona, a pszichiátriai betegek otthona és a fogyatékos személyek otthona. A törvény úgy határoz., hogy az ápolást, gondozást nyújtó intézménye biztosítják az önmaguk ellátására csak segítséggel, vagy egyáltalán nem képes személyek számára a napi legalább háromszori étkezést, a szükség szerinti ruházattal és textíliával történő ellátást, a mentális gondozást, az egészségügyi ellátást, a lakhatást, feltéve, ha mindezek más módon nem oldhatók meg (2013. évi III. törvény).

Az ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás szinterei
Pszichiátriai betegek otthona
Szenvedélybetegek otthona
Idősek otthona
Hajléktalanok otthona
Fogyatékos személyek otthona

2. táblázat: Az ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás szinterei a 2013. évi III. szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény alapján

Az említett törvény 69.§ paragrafusa szól róla, hogy a fogyatékos személyek otthonában azon fogyatékkal élő személy ellátása történhet, akinek oktatása, képzésre, foglalkoztatása, gondozása intézményi kereteken kívül nem megvalósítható. (2013. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról, 69.§) A 70.§ alapján az otthonban elkülönítetten megszervezendő a kiskorúak, a felnőttek, illetve az enyhe és a középsúlyos, súlyos értelmi fogyatékos személyek ellátása, az érintett kiskorú lakók számára az ápolás és gondozás mellett kötelező biztosítani a korai fejlesztést, a fejlesztő nevelést ellátó területileg illetékes pedagógiai szakszolgálati intézménnyel történi együttműködést, az iskolai tanulmányok támogatását. A 18. életévüket betöltött, nagykorú fogyatékos személyek ellátása során törekedni kell rá, hogy a lakók megélhessék az állapotuk által megengedett lehető legnagyobb fokú önállóságot és, hogy döntési lehetőségekhez is jussanak. Biztosítani szükséges számukra a szinten tartó, képességfejlesztő foglalkozásokat, illetve a sporttevékenységek, szabadidős tevékenységek végzésének lehetőségét is (2013. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról, 70.§).

A Központi Statisztikai Hivatal -kutatásom ideje alatt elérhető - legfrissebb jelentései alapján (3.ábra) 2020-ban közel hetvenezer (69 734) személy élt szakosított szociális intézményben. Közülük 12 177 személy fogyatékos személyek otthonában részesült ellátásban.

Az intézmény típusa	2016	2017	2018	2019	2020
Idősek otthona	51 426	51 957	52 524	52 963	47 701
Pszichiátriai betegek otthona	8 286	8 181	8 107	7 993	7 599
Fogyatékos személyek otthona	13 469	13 221	12 939	12 749	12 177
Szenvedélybetegek otthona	1877	1822	1771	1721	1651
Hajléktalan személyek otthona	664	654	645	692	606
Összesen	75 722	75 835	75 986	76 118	69 734

3. táblázat: Szakosított szociális ellátást nyújtó intézményekben élő személyek száma 2016 és 2020 között (2013. évi törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról)

2. CSALÁDBAN ÉS ÁPOLÓ-GONDOZÓ OTTHONBAN ÉLŐ ÉRTELMILEG AKADÁLYOZOTT FELNŐTTEK ADAPTÍV VISELKEDÉSÉNEK VIZSGÁLATA

2.1. Kutatási kérdések, mintaválasztás

Kutatási kérdések

1.kérdés: A családban és ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott felnőttek szociális érettségének, vizsgálatával szeretnék választ kapni arra, hogy van-e különbség a családban élő és az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek szociális érettségében.

2.kérdés: Kérdésként fogalmazom meg továbbá, hogy a családban és az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott felnőttek szociális érettsége között feltárt esetleges különbségek mely területeken mutatkoznak meg.

3.kérdés: Kutatási kérdésem továbbá még, hogy mely területek azok, amelyeken a legnagyobb a különbség a családban élő vagy az ápoló-gondozó otthonban élő kutatási alanyaim javára.

Mintaválasztás

Kutatásomban 18 fő értelmileg akadályozott személy és 10 fő olyan személy vett részt, akik a kutatásba bevont személyekkel sok időt töltenek el. A 10 főből 4 fő (mindannyian gondozók) az ápoló-gondozó otthonban élő felnőttek szociális érettségének felmérését segítette. A családban élő személyek szociális érettségének felmérésében 6 fő volt a segítségemre, közülük 5 fő az adott nappali ellátást nyújtó intézményben zajló gyógypedagógiai ellátást végző személy, 1 fő pedig gondozó. A kutatásba értelmileg akadályozott, középsúlyos értelmi fogyatékossgal rendelkező, 20 és 50 év közötti felnőtt személyeket vontam be, akik nem rendelkeznek más, társuló fogyatékossgal. A családban élő kutatási alanyok elérése érdekében felvettem a kapcsolatot 4 olyan intézménnyel, amely fogyatékkal élő személyek számára biztosít nappali ellátást. A kapcsolatfelvételkor elektronikus üzenetet küldtem az intézmények vezetőinek, melyben leírtam a kutatás témáját, a célokat, a módszereket, illetve meghatároztam a kutatásba bevonandó személyek körét. Kutatásom másik csoportja, az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek eléréséhez felvettem a kapcsolatot

két, fogyatékkal élő személyek ellátásával foglalkozó ápoló-gondozó otthon vezetőjével. Nekik, ahogy a nappali ellátást nyújtó intézmények vezetőinek, szintén leírtam a kutatás részleteit. Ezt követően a kutatásba beleegyező intézmények kijelölték minden intézményben egy-egy segítő, akik segítettek a kutatás kivitelezésében. Ezen segítő személyek kiválasztották a kutatás kritériumainak megfelelő személyeket. Miután kijelölték a vizsgálatba bevonható személyek körét, az intézmények vezetőinek elküldtem az általam megírt beleegyező nyilatkozatot (az elküldött beleegyező nyilatkozat megtekinthető a 3. mellékeltben), amelyet ők továbbítottak a kiválasztott személyek törvényes képviselőinek. A beleegyezés visszaérkezése után kezdtem meg a vizsgálatot. Ahhoz, hogy valóban középsúlyos értelmi fogyatékossgal rendelkező személyeket vonhassak be a kutatásba, illetve, hogy kizárhassam a társuló fogyatékossgot, az adott vizsgálati helyszínre érkezésem után áttekintettem az állapotukat leíró dokumentumokat, szakértői véleményeket.

A 6 intézmény közül, ahol a kutatásomat végeztem, 2 intézmény Csongrád megye valamely városában, 4 intézmény pedig Békés megyében.

Fontos kiemelnem, hogy jelen kutatást egy pilot-kutatásnak tekintem, a kicsi elemszám miatt az eredmények nem általános érvényűek, csak a vizsgált mintára érvényesek.

	Kutatásba bevont értelmileg akadályozott személyek	Életkor
Ápoló-gondozó otthonban él	9 fő	20 – 50 év
Családban él	9 fő	20 – 50 év

4. táblázat: A minta

2.2. Eszközök és módszerek bemutatása

A családban és ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek szociális érettségének vizsgálatához két különböző eszközt használtam. Az egyik az az Edgar Arnold Doll által kidolgozott Vineland Szociális Érettségi Skála, amelyről munkám elméleti háttérében már említést tettem (11. oldal). Ahogyan említettem, ez a mérőeszköz egy külső megfigyelő, közeli hozzátartozó (például szülő, gondozó, pedagógus) válaszaira alapoz. Emellett szerettem volna egy olyan eszközt is alkalmazni, melynek segítségével a kutatás alanyaitól közvetlen módon kaphatok válaszokat. Készítettem egy 27 kérdésből álló kérdéssort, melynek kérdéseinek megalkotásakor a Vineland Szociális Érettségi Skálára is támaszkodtam. Az interjú során érintett területek az 5. táblázatban olvashatók. A kérdések közül az első három kérdés az adott személy saját adatainak ismeretére, valamint az időbeli tájékozódására vonatkozott. Ezen

kérdések az interjú elején tapasztalható feszültség oldását segítette, ahogyan a 4., egy friss élmény megosztását igénylő kérdés is. A további kérdések megfogalmazásakor célom volt, hogy azok sorrendje kövesse a napszakok menetét, a reggeli rutinnal kezdtem, az utolsó kérdés pedig az esti rutinra vonatkozott. A félig strukturált interjú során érintett területek: saját név ismerete; demográfiai adatok ismerete; időbeli tájékozódás; összetett válasz adása, kommunikáció; reggeli rutin, önállóság; munka, iskola; kapcsolat a barátokkal, konfliktuskezelés; lakókörnyezet; önálló közlekedés nappal és este, városon belül és kívül; pénzgyűjtés, vásárlás; házimunka végzése; szabadidő eltöltése; az esti lefekvést megelőző készülődés.

A kutatást 2021 szeptemberében kezdtem és 2022 januárjában fejeztem be. A kutatás helyszíneire érkezve először bemutatkoztam az adott helyen a munkámat segítő intézményvezetőnek és / vagy munkatársnak, ezt követően a segítő személy által előre kiválasztott, a kutatás kritériumainak megfelelő személyekkel jelentős időt eltöltő személyek segítségével kitöltöttem a Vineland Szociális Érettségi Skálát. Ez az említett személy a nappali ellátást nyújtó intézmények esetében pedagógusok, az ápoló-gondozó otthonok, mint helyszínek esetében pedig gondozónők voltak. Ezt követően a félig strukturált interjú segítségével az értelmileg akadályozott személyeket kérdeztem ki. A kikérdezés során barátságos hangulat megteremtése volt a célom. A kutatás alanyai egyesével érkeztek az adott helyiségbe. Harmadik személy nem volt a helyiségben, ennek oka, hogy nem szerettem volna, hogy más jelen lévő személy esetlegesen befolyásolja az értelmileg akadályozott felnőtt által adott válaszokat.

2.3. Eredmények – Vineland Szociális Érettségi Skála

A Vineland Szociális Érettségi Skálát 9 családban élő és 9 ápoló-gondozó otthonban élő, középsúlyos értelmi fogyatékossgal élő személlyel kapcsolatban töltöttem ki, olyan személyek válaszai alapján, akik sok időt töltenek el az adott személyekkel (pedagógus, gondozó). A Skálában, ha az adott állítás jellemző volt a személyre, arra 1 pontot adtam, ha pedig nem, akkor 0 pontot. A kérdezésaddig zajlott, amíg egy adott egység mindegyik állítására 0 pontot kapott az illető. A kapott pontokat összeadtam, ezekből átlagot vontam. Minden kutatási alany esetében megvizsgáltam, hogy a kapott pontok összegéhez mely korekvivalens tartozik, majd ezen eredmények átlagát is kiszámoltam. A Vineland Szociális Érettségi Skálán összesen 117 pont szerezhető, a legmagasabb elérhető szociális kor pedig 25 év. A családban

élő vizsgált személyek összesen átlagosan 80.7 pontot értek el, a szociális koruk átlaga pedig 12.1 év. A 9 ápoló-gondozó otthonban élő személy esetében az összes elért pontok átlaga 76.1 pont, a pontszámokhoz tartozó szociális korok átlaga 10.1 év. A két vizsgált csoport eredményei között átlagosan 4,6 pont van a családban élő személyek javára, akik összesen átlagosan 2 évvel érettebbek szociálisan.

Ahogy korábban, az elméleti háttérben is leírtam, a Vineland Szociális Skála 8 különböző területen méri a vizsgált személy szociális érettségét. Ezen területek: kommunikáció (C, communication), általános önkiszolgálás (SHG, self help general), szocializáció (S, socialisation), elfoglaltság (O, occupation), helyzetváltoztató mozgás (L, locomotion), étkezéssel önkiszolgálás (SHE, self help eating), öltözködéssel önkiszolgálás (SHD, self help dressing), önirányítás (SD, self direction). Megszámoltam az egyes területeken megszerezhető maximális pontszámot, majd a kapott pontokat. Az objektív értelmezés érdekében kiszámoltam, hogy az egyes területeken a pontok hány százalékát kapta meg az adott személy. A kutatásba bevont, családban élő értelmileg akadályozott személyek átlagosan az étkezéssel önállóság (13 pontból 11.9 pont, 99.2%) és az általános önkiszolgálás (14 pontból 13.4 pont, 95.7%) területén érték el a legjobb eredményt, míg a legkevesebb pontot a szocializáció (17-ből 8.9 pont, 52.4%) és az önirányítás (14-ből 3.2, 22.9%) területén kapták. Az egyes területeken átlagosan a megszerezhető pontok 62.1%-át kapták meg. A kutatásba bevont, ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek szintén az általános önkiszolgálás (14/13.4, 95.7%) és az étkezéssel önkiszolgálás (12/11.4, 95%) területén kapták a legtöbb pontot. A legkevesebb pontot a kommunikáció (15/8.2, 54.4%) és az önirányítás (14/1.9, 13.6%) területeken érték el. Átlagosan a megszerezhető pontok 58.8%-át kapták meg.

A családban élő személyek a 8 vizsgált terület közül 5 területen több pontot kaptak, mint az ápoló-gondozó otthonban élő személyek. Az 5 területen belül a legnagyobb különbség a kommunikáció (10%) és a helyzetváltoztató mozgás (12%) terén mutatkozott. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek 2 területen érték el több pontot, mint a családban élők (szocializáció, +5.8% és öltözködéssel önállóság, +1.8%). Mindkét vizsgált csoport az önirányítás területén kapta a legkevesebb pontot. A kapott eredményeket a 5. számú táblázatban foglalom össze, táblázatos formában.

A minta nagysága miatt az eredmények közötti eltérések nem tekinthetők szignifikánsnak, az eredmények csak az általam vizsgált mintára vonatkoztathatóak. A

különbségek megállapításánál a százalékos relatív gyakorisági adatok számszerű összevetésekor megállapítható különbségeket használtam.

Terület	Megszerezhető	Családban élő személyek pontátlag	%	Ápoló-gondozó otthonban élő személyek pontátlag	%
C	15	9.7	64.4%	8.2	54.4%
SHG	14	13.4	95.7%	13.4	95.7%
S	17	8.9	52.4%	9.9	58.2%
O	22	13.3	60.5%	12.9	58.6%
L	10	7.3	73%	6.1	61%
SHE	12	11.9	99.2%	11.4	95%
SHD	13	11.9	91.5%	12.1	93.1%
SD	14	3.2	22.9%	1.9	13.6%

5. táblázat: A Vineland Szociális Érettségi Skála segítségével kapott eredmények

2.4. Eredmények – félig strukturált interjú

Az általam készített, félig strukturált interjú 27 kérdést tartalmaz. Az első 4 kérdés során szerettem volna képet kapni arról, hogy az illető az alap adataival kapcsolatban milyen mértékben tájékozott, illetve szerettem volna a további kérdések megválaszolásához szükséges nyitottság érdekében nyugodt hangulatot teremteni. Fontos megjegyezni, hogy a személyes adatokra vonatkozó kérdések esetében a konkrét adatokat nem jegyeztem fel, azokat fel nem használtam. A cél az volt, hogy felmérjem, tudja-e a választ. A kérdések feltételekor szerettem volna törekedni az érthetőségre. Amennyiben azt tapasztaltam, hogy az adott személy nem érti a kérdést, igyekeztem azt más szavakkal megfogalmazni, segíteni őt a megértésben.

A félig strukturált interjú által kapott válaszokat témák szerint csoportosítom. A csoportokban lévő kérdések előtti számok jelzik az adott kérdés sorszámát a kutatáshoz használt, félig strukturált interjúban.

Saját név ismerete

1.kérdés: Hogy hívnak?

A: El tudja mondani a teljes nevét.

B: A keresztnévét, becenevét tudja elmondani.

C: Nem tudja elmondani, hogy hogy hívják.

A saját név megadása esetén mindkét almintába tartozó személyek jól teljesítettek. A családban élő értelmileg akadályozott személyek közül mindenki (100%) el tudta mondani a teljes nevét. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül 8 személy mondta teljes nevét, 1 személy csak a keresztnévét / becenevét tudott válaszolni (88.9%).

Demográfiai adatok ismerete

2. kérdés: Hány éves vagy? Mikor születél?

A: Mindkét kérdésre tudja a választ.

B: Csak az egyik kérdésre tudja a választ.

C: Egyik kérdésre sem tudja a választ.

A családban élő személyek közül 5 fő mind a két kérdésre tudta a választ, 3 személy csak az egyik kérdést, 1 személy pedig egyiket sem tudta megválaszolni. Az ápoló-gondozó otthonban élő 9 személy közül 4 fő mind a két kérdésre, 4 fő pedig az egyik kérdésre tudta a választ, 1 fő egyik kérdésre sem tudott válaszolni (5.ábra). A két almintá között ezen a területen minimális különbség látható.

	Családban élők almintája (n=9)	Ápoló-gondozó otthonban élők almintája (n=9)
Mindkét kérdést meg tudta válaszolni helyesen	5 (55,6%)	4 (44,4%)

Csak az egyik kérdést tudta helyesen megválaszolni	3 (33,3%)	4 (44,4%)
Egyik kérdésre sem tudta a választ	1 (11,1%)	1 (11,1%)

6. táblázat: A demográfiai adatok ismeretével kapcsolatos kérdésre adott válaszok eloszlása

Időbeli tájékozódás

3.kérdés: Milyen év van most? Milyen hónap van most? Milyen nap van ma? (6.ábra)

A: Mind a három kérdésre tudja a választ.

B: Egy vagy két kérdésre ad helyes választ.

C: Egyik kérdésre sem tudja a választ.

A családban élő, közép súlyos értelmi fogyatékossgal élő 9 személy közül 5 fő (55,6%) mind a három kérdést meg tudta válaszolni, további 4 fő (44,4%) egy vagy két kérdésre adott helyes választ. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek esetében 2 fő (22,2%) tudott az összes kérdésre megfelelő választ adni, 3 fő (33,3%) egy vagy két jó választ adott, 4 fő (44,4%) pedig egyik kérdésre sem tudott válaszolni.

Összetett válasz adása, kommunikáció

4. kérdés: Hogy vagy? Hogy érzed magad?

A: Összetett választ ad.

B: Tőmondatban válaszol.

C: Nem válaszol.

A 4. kérdésnél arra voltam kíváncsi, hogy az adott személy, akinek feltettem azt, összetett választ ad-e (pl. „Jól érzem magam, mert...”) vagy esetleg rövid, tőmondatban válaszol („Jól”, „Rosszul.”). A családban élő személyek közül 3 fő (33,3%) adott összetett választ, 6 fő (66,7%) tőmondatban válaszolt. Az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek közül 1 fő (11,1%) adott a tőmondatnál bővebb választ, 8 fő (88,9%) egyszavas válasszal reagált a kérdésre.

5. kérdés: Hogy telt a karácsony? Mit csináltak karácsonykor? Mesélg róla!

A: Összetett választ ad.

B: Tömondatban válaszol.

C: Nem válaszol.

Az 5. kérdés esetében kíváncsi voltam arra, hogy a kutatás alanyai nyitottak-e a felém történő élménymegosztásra. Mind a családban, mind az ápoló-gondozó otthonban élő felnöttek beszéltek a karácsonykor átélt eseményekről, azonban észrevehető volt, hogy a családban élő személyek általánosságban bővebb válaszokat adtak. A családban élő személyek közül 5 fő (55,6%) adott összetett választ, 4 fő (44,4%) csak egy esemény kiemelésével válaszolt (pl. „Feldíszítettük a fát.”, vagy „Kaptam pólót.”). Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül 4 fő (44,4%) összetett választ, míg 5 fő (55,6%) egyetlen eseményt tartalmazó választ adott (pl. „Kaptam ajándékot, póthajat.”, vagy „Ettünk.”).

A 4. és az 5. kérdés alapján megállapítom, hogy a két kérdés megválaszolásakor a családban élő személyektől 8 összetett, 10 egyszerű válasz érkezett, az ápoló-gondozó otthonban élő személyektől pedig 5 összetett és 13 egyszerű válasz érkezett. Mindkét csoport esetében az egyszerű válaszok voltak többségében, a családban élő személyek válaszai között azonban több volt az összetett válasz.

Reggeli rutin, időbeli tájékozódás, önállóság

6. kérdés: Hogy telt a reggeled? Hánykor szoktál fölkelni? Magadtól szoktál felkelni, vagy fel szoktak költetni?

A: Önállóan kel fel és meg tudja mondani, hogy mikor szokott.

B: Önállóan kel fel, de nem tudja, hogy mikor szokott.

B: Valaki felébreszti őt.

A válaszok alapján a 9 családban élő értelmileg akadályozott személy közül mindenki önállóan ébred fel reggelente, nem igényelnek olyan külső személyt, aki felébresztené őket. Közülük 7 főt ébresztő óra költ. A 7 főből 6 fő saját maga állítja be az ébresztőórát előzetesen, míg 1 fő esetében az édesanya segít beállítani az órát. 1 fő azt válaszolta, hogy őt az utcán járó autók szokták fölkelteni, 1 fő pedig azt, hogy ő „öszönösen, magától kel fel”. Mind a 9 fő el tudta mondani, hogy (körülbelüli pontossággal) mikor szokott fölkelni. Az ápoló-gondozó otthonban

élő felnőttek közül 8 fő azt mondta, hogy őt a reggel munkába álló gondozó szokta fölkelteni, 1 fő ébresztőóra segítségével kel föl, ezt a „felnőtt állítja be”. 3 fő mondta el, hogy körülbelül hány órakor szokta őt fölébreszteni a gondozó, 5 fő nem tudta megmondani, hogy hány órakor szokott fölkelni.

A családban élő személyek közül tehát mind a 9 fő (100%) önállóan, más személy ébresztése nélkül kel fel. Az ápoló-gondozó otthonban élő felnőttek közül 1 fő (11.1%) kel fel önállóan, 8 főt (88.9%) felébreszt valaki reggelente.

7. kérdés: Egyedül szoktál felöltözni? Szokott valaki segíteni a felöltözésben?

A: Segítség nélkül öltözik fel.

B: Kisebb segítséget igényel.

C: Igényli, hogy felöltöztessék.

A válaszok alapján a kutatásba bevont, családban élő értelmileg akadályozott személyek mindegyike (9 fő, 100%) önállóan, segítség nélkül szokott öltözködni. Az ápoló-gondozó otthonban lakó személyek közül 8 fő (88.9%) szintén önállónak mondja magát ezen a területen, míg 1 fő (11.1%) azt mondta, hogy neki a gondozó szokott segíteni felöltözni.

10. kérdés: Szoktál kést használni az étkezésnél?

A: Vágásra is használ kést.

B: Csak kenéshez használ kést.

C: Egyáltalán nem használ kést.

A 10. kérdésre a családban élő személyek közül 6 fő (66.7%) válaszolta azt, hogy rendszeresen használ kést, vágásra is. További 2 fő (22.2%) fogalmazott úgy, hogy kést kizárólag kenéshez használ, vágáshoz nem. 1 fő (11.1%) a válasza alapján egyáltalán nem használ kést, „nehogy elvágja az ujját”. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül 4 személy (44.4%) mondta, hogy rendszeresen szokott kést használni az étkezések során, 3 fő (33.3%) megemlíti, hogy a vágáshoz segítséget kér a gondozótól, 2 fő (22.2%) pedig egyáltalán nem használ kést.

11. kérdés: Ha el kell menned a mosdóba, szokott valaki segíteni? Megoldod egyedül a mosdóhasználatot?

A: Önállóan használja a mosdót.

B: A mosdóhasználat néhány elemében segítséget igényel.

C: Segítséget igényel mosdóhasználat minden eleméhez.

A 11. kérdéssel kapcsolatban a családban élő személyek közül mind a 9 fő (100%) azt mondta, hogy amikor ki kell mennie a mosdóba, nem igényel asszisztenciát, elvégzi önállóan a dolgot. Az ápoló-gondozó otthonban élő kutatási alanyok közül 8 fő (88.9%) válaszolta szintén ugyanezt, tehát azt, hogy önállóan végzik a mosdóhasználatot, míg 1 fő (11.1%) azt mondta, hogy a gondozó segít neki kezet mosni a wc-használat után.

Az előző 4 kérdés során 4 különböző területen (reggeli fölkelés, késhasználat az étkezés során, öltözködés, mosdóhasználat) vizsgáltam az al minta önállóságát. A reggeli rutint érintően a kutatásba bevont, családban élő értelmileg akadályozott személyek részéről 33 olyan válasz érkezett, amely arra utal, hogy az adott cselekvéseket önállóan, segítség nélkül végzik, 3 válasz pedig utalt arra, hogy a válaszoló igényel bizonyos mértékű segítséget. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek részéről a reggeli cselekvések önálló végzésére 21 válasz utalt, 15 válasz válaszolója pedig valamely cselekvésben segítségre szorul. Összességében tehát a kutatásba bevont családban élő értelmileg akadályozott felnőttek a reggeli cselekvésekben kevesebb segítséget igényelnek, mint az ápoló-gondozó otthonban élő személyek.

Munka, iskola

12. kérdés: Jársz iskolába? Dolgozol? Mit dolgozol?

A: Rendszeresen jár iskolába vagy dolgozni.

B: Időnként jár iskolába vagy dolgozni.

C: Nem jár iskolába, nem dolgozik.

Azon középsúlyos értelmi fogyatékossgal élő személyek közül, akik családban élnek, 1 főnek (11.1%) van állandó munkahelye. 1 fő (11.1%) idénymunkákat vállal, főleg nyáron, például kertrendezést. 3 fő (33.3%) azt nevezi meg munkaként, hogy segít otthon a takarításban. A válaszok alapján 2 fő egyáltalán nem dolgozik, közülük 1 fő elmondja, hogy tavaly 4 órában dolgozott, azóta viszont nem talál a számára megfelelő munkahelyet. Az ápoló-gondozó

otthonban élő 9 személy közül 1 fő (11.1%) iskolába bár, 1 fő (11.1%) nem jár iskolába és munkahelye sincsen, 7 főnek (77.8%) állandó munkahelye van. Mind a 7 fő az intézményben működő szövő-és kreatív műhely valamelyikében dolgozik.

Az almintába tartozó, ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül több személy rendelkezik állandó munkahellyel, mint az alminta családban élő személyei. Az ápoló-gondozó otthon, ahol laknak, helyet biztosít szövőműhelynek és kreatív műhelynek is, ahol a lakók dolgozhatnak.

Kapcsolat a barátokkal, konfliktuskezelés

14. kérdés: Mit szoktatok közösen csinálni a legjobb barátoddal?

A: Szabadidős tevékenységet végeznek a barátjával.

B: Kötelező jellegű tevékenységet nevez meg közös tevékenységként.

C: Nem végez közös tevékenységet a barátjával.

A 14. kérdéssel arra kerestem a választ, hogy a kutatásba bevont személyek milyen közös tevékenységet szoktak végezni a barátaikkal. A családban élő felnőttek közül 2 fő (22.2%) azt válaszolta, hogy legjobb barátaikkal együtt dolgoznak, a közös tevékenységet a közös munkavégzés jelenti. 7 fő (77.8%) más, szórakoztató jellegű szabadidős tevékenységet sorolt fel. Megjelent háromszor a közös játék és a beszélgetés, egyszer-egyszer pedig a zenehallgatás, a táncolás, az imádkozás, tv-nézés. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül 1 fő (11.1%) esetében a közös tevékenység a kötelező jellegű, heti egy alkalommal megszervezésre kerülő mozgásos foglalkozás jelenti. 7 fő (77.8%) felsorolt más, a legjobb barátokkal közösen végzett tevékenységet is (1 fő szintén megemlítette a közös munkát, de emellett mást is mondott még). A válaszok között négyszer szerepel a zenehallgatás, egyszer-egyszer pedig a beszélgetés, a játék, az intézmény területén történi közös sétálás, a tv-nézés és a tabletezés. 1 (11.1%) fő nem válaszolt erre a kérdésre.

A családban élő személyek közül tehát 1 fő a közös tevékenységhez kötelező jellegű tevékenységet (munka) említett, 8 fő más, fakultatív jellegű programokat. 6 különböző együtt töltött szabadidős tevékenység jelent meg a válaszokban a családban élő személyek csoportjában. Az ápoló-gondozó otthon lakó által adott válaszokban 1 esetben került elő kötelező tevékenység (mozgásfejlesztő foglalkozás), 7 esetben választott közös tevékenység. Ahogyan a családban élő személyeknél, ebben a csoportban is 6 különböző közösen végzett szabadidős tevékenység került szóba.

15. kérdés: Szoktál a legjobb barátodnak levelet írni? Szoktál a legjobb barátodnak levelet küldeni? Más embernek szoktál levelet küldeni?

A: Rendszeresen szokott levelet küldeni másoknak.

B: Ritkán, de küld levelet valakinek.

C: Egyáltalán nem levelez.

A válaszol alapján a családban élő értelmileg akadályozott személyek közül 3 fő (33.3%) szokott levelet küldeni valakinek (2 fő esetében rokonnak, 1 fő esetében a szerelmének), míg 6 fő (66.7%) nem szokott levelezni. Az ápoló-gondozó otthonban élő, a kutatásba bevont személyek között 5 fő (55.6%) volt, aki azt válaszolta, hogy szokott levelet küldeni másoknak. Címzettként 4 fő kedves hozzátartozót említ meg, 1 fő nem nevez meg senkit sem. 4 fő (44.4%) nem levelez.

16. kérdés: Volt már olyan, hogy a legjobb barátoddal összevesztetek? (Ha nem, akkor mással.)
Miért vesztetek össze? Hogyan békültetek ki?

A: Releváns stratégiát mond a nézeteltérés megoldására.

B: Megnevez nézeteltérés-megoldási módot, de az nem megfelelő.

C: Nem nevez meg stratégiát.

Ezen kérdés esetében arra voltam kíváncsi, hogy a kutatásba bevont személyeknek milyen stratégiáik vannak a nézeteltérések, összeveszések megoldására. A családban élő személyek közül 4-en (44.4%) azt mondták, hogy nem szoktak összeveszni senkivel sem, 5 fő (55.6%) pedig azt, hogy előfordult már ilyen eset. Az 5 fő közül 1 fő tudta megmondani, hogy min veszett össze a legjobb barátjával (nem vitt neki el valamit, amit korábban megígért). Amikor megkérdeztem őket, hogy hogyan oldották meg a konfliktust (vagy, hogy szerintük hogyan kell kibékülni), 4 fő tudott válaszolni a kérdésre, közülük 1 fő fizikai kontaktussal járó megoldást említettek (kézfogás, ölelés), 2 fő a probléma megbeszélését említette, 1 fő pedig elmondta, hogy kiengesztelésül elvitte neki azt a dolgot, amit korábban az ígéret ellenére elfelejtett odaadni. Az ápoló-gondozó otthonban élő 9 személy közül 7 (77.8%) fő válaszolta, hogy nem volt még példa összeveszésre. 2 fő (22.2%) válaszolta azt, hogy volt már olyan, hogy összevesztek valakivel, közülük 1 fő tudta elmondani, hogy mi volt ennek az oka („fiún” vesztetek össze). Arra a kérdésre, amely a kibékülés módjára vonatkozik, 4 fő fizikai megoldásról

beszért (kézfogás, ölelés, kisujjak összekapcsolása), 2 fő a bocsánatkérést említi meg, 1 fő pedig azt mondta, hogy szólna a „felnőtteknek”, hogy segítsen megoldani a problémát.

A baráti kapcsolatokat érintő témakör válaszai alapján tehát az derült ki számomra, hogy a kutatásba bevont családban élő és az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek barátokkal töltött tevékenységeinek színhelye és ezen tevékenységek változatossága hasonló. A barátoknak, vagy más személyeknek küldött levelekkel kapcsolatban a válaszok alapján az derült ki, hogy az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül többen szoktak levelet küldeni másoknak, mint a családban élő személyek. Fontos kiemelni, hogy a levelek közé soroltam azokat a rajzolt üzeneteket is, amelyeket gyakran az adott ápoló-gondozó otthon különböző lakóosztályai között küldenek egymásnak a lakók. Eltérés mutatkozik a barátok között kialakult konfliktusok kezelésében is.

Lakókörnyezet

18. kérdés: Van saját szobád? Másokkal laksz egy szobában? Kivel laksz egy szobában?

A: Saját szobájában egyedül lakik.

B: Saját szobájában mással/ másokkal lakik.

C: Nincsen saját, állandó szobája.

A családban élő személyek közül 8 fő válaszolta, hogy saját szobája van, abban egyedül alszik, 1 fő pedig, hogy szüleivel lakik egy szobában. A kutatásba bevont, ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül mind a 9 fő három-vagy négyágyas szobában lakik.

Önálló közlekedés nappal és este, városon belül és kívül

19. kérdés: Szoktál elmenni a városba? Egyedül szoktál menni a városba? El szokott vinni valaki a városba?

A: Rendszeresen közlekedik a városban kíséret nélkül.

B: Időnként kíséret nélkül, de legtöbbször kísérettel közlekedik.

C: Kizárólag kísérelővel közlekedik a lakóhelyen kívül.

Azon kutatási alanyaik közül, akik családban élnek, a válaszok alapján 6 fő (66.7%) szokott önállóan, kíséret nélkül is közlekedni a belvárosban, 3 fő (33.3%) pedig csak kísérettel

(szülővel) teszi ezt. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül mind a 9 fő (100%) azt válaszolta, hogy kizárólag kísérettel mehet el a belvárosba. Egyikük úgy fogalmaz, csak úgy mehet a városba, ha „felnőtt” kíséri.

20.kérdés: Más városba szoktál utazni? Egyedül szoktál utazni más városba?

A: Rendszeresen utazik más városba, kísérő nélkül is.

B: Kísérővel szokott más városba utazni.

C: Egyáltalán nem szokott más városba utazni.

A családban élő értelmileg akadályozott személyek közül 4 fő (44.4%) szokott (gyakrabban vagy ritkábban) más városokban is utazni, közülük 1 fő teszi ezt kíséret nélkül. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül 7-en (66.7%) válaszolták, hogy szoktak más városba utazni, de mindannyijukat kíséri, viszi valaki. 2 fő (22.2%) egyáltalán nem szokott más városokba utazni.

27. Szoktál éjszaka elmenni valahova? Ha mész valahova éjszaka, szólnod kell otthon valakinek?

A: Felügyelet nélkül jár éjszaka.

B: Felügyelettel jár éjszaka.

C: Nem jár éjszaka sehova sem.

A családban és az ápoló-gondozó otthonban élő 9-9 személy válasza megegyezett azzal kapcsolatban, hogy szoktak-e elmenni otthonról az esti, éjszakai órákban, és ha igen, abban az esetben szükséges-e szólítani valakinek (szülő, hozzátartozó, gondozó). Mindannyian azt válaszolták, hogy este sehova sem mennek már.

A családban élő és ápoló-gondozó otthonban élő személyek között nagy különbség mutatkozott a helyzetváltoztatás területén. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek kizárólag kísérettel hagyhatják el az intézmény területét, ugyanakkor a válaszok alapján a családban élő személyeknél többször utaznak (kísérettel) más városokba. A családban élő, a kutatásba bevont személyek több, mint fele szokott kíséret nélkül közlekedni a városban. Mindkét vizsgált csoport válasza megegyezett abban, hogy egyikük sem szokott este elmenni máshová, otthon szoktak maradni.

Pénzgyűjtés, vásárlás

21. kérdés: Szoktál vásárolni a boltban? Mit szoktál vásárolni? Egyedül szoktál vásárolni a boltban? Szoktál ruhát vásárolni a boltban? Te szoktad kifizetni a ruhát a boltban?

A: Rendszeresen vásárol önállóan élelmiszert.

B: Segítséggel vásárol élelmiszerüzletben.

C: Nem vásárol élelmiszerüzletben önállóan.

A: Rendszeresen vásárol magának ruhát.

B: Segítséggel vásárol magának ruhát.

C: Nem ő veszi meg a ruháit.

Szerettem volna választ kapni arra, hogy a kutatásomba bevont értelmileg akadályozott személyek vásárolnak-e önállóan, ha igen, mit, ruhákat vesznek-e maguknak. A családban élő személyek esetében mind a 9 fő részére más (hozzátartozó) veszi meg a ruhát. A 9 fő közül élelmiszert 4 fő (44.4%) szokott vásárolni önállóan. Az ápoló-gondozó otthon lakói közül 1 fő (11.1%) válaszolta azt, hogy szokott a boltban élelmiszert vásárolni önállóan, de csak csipszet említ meg. 1 fő megemlíti, hogy „egyszer már volt, hogy vásárolt a boltban”, de nem derül ki, hogy mit vett. A ruhákat mindannyiuk számára vagy hozzátartozó, vagy gondnok vásárolja meg.

25. kérdés: Te gyűjtöd a pénzt? Hogyan kell pénzt gyűjteni?

A: Gyűjti a pénzt és megfelelő pénzgyűjtési stratégiát nevez meg.

B: Gyűjti a pénzt, de nem tudja, hogy hogyan kell.

C: Nem gyűjti a pénzt vagy nem érti a kérdést.

Szerettem volna tudomást szerezni arról, hogy a kutatás alanyai szoktak-e takarékoskodni a pénzzel, tudják-e, hogy mit jelent a pénzgyűjtés, ismerik-e ennek lehetséges módjait, meg tudják-e fogalmazni, hogy mire gyűjtenek pénzt. A családban élő értelmileg akadályozott személyek közül 7 fő (77.8%) válaszolta azt, hogy gyűjti a pénzt, közülük 6-an (66.7%) azt is meg tudták nevezni, hogy mire gyűjtik azt (a szülők nélküli életre, tabletre, telefonra, márkás sportcipőre, kocsira, káréra). A 7 fő közül 1 fő (11.1%) azt válaszolta, hogy gyűjti a pénzt, de

nem tudta megmondani, hogy pontosan mire, azt válaszolta, hogy „csak úgy gyűjti”. 1 fő (11.1%) azt válaszolta, hogy ő egyáltalán nem gyűjti a pénzt, 1 fő (11.1%) pedig többszöri magyarázat után sem tudta értelmezni a kérdést. Arra kérdésre, hogy hogyan kell a pénzt gyűjteni, a 9 fő közül 5 fő (55.6%) tudott pénzgyűjtési stratégiát, módszert megemlíteni (félretétel, lekötetés és így tovább). Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül 4 fő (44.4%) válaszolta, hogy gyűjti a pénzt, közülük 1 fő (11.1%) fogalmazott úgy, hogy „mindenre gyűjti”, 3 fő (33.3%) konkrét dolgot nevezett meg (tablet, ruha, tv). Arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet pénzt gyűjteni, 1 fő (11.1%) megemlítette, hogy ő félreteszi a pénzt, de aztán azt mondta, hogy a gondnok kezeli a pénzét. A kutatásba bevont további 8 fő (88.9%) egyáltalán nem tudta megfogalmazni, hogy hogyan kell a pénzt összegyűjteni, takarékoskodni vele.

A pénzgyűjtéssel és vásárlással kapcsolatos kérdésekre kapott válaszok alapján elmondható, hogy a kutatásba bevont, családban élő értelmileg akadályozott személyek közül többen szoktak élelmiszert vásárolni önállóan, mint az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül. A ruhákat mindkét csoport tagjai számára más veszi meg. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül kevesebben gyűjtik a pénzt, mint a családban élő személyek közül, és kisebb közülük azon személyek száma is, akik el tudják mondani, hogyan kell gyűjteni azt.

Házimunka végzése

22. kérdés: Szoktál otthon segíteni a takarításban? Egyedül szoktál takarítani? Hogyan szoktál takarítani?

A: Kérés nélkül, önállóan végez házimunkát.

B: Felszólításra végez házimunkát.

C: Nem végez házimunkát.

A 22. kérdéscsoportot úgy vezettem be, hogy megkérdeztem a kutatás alanyait, tudják-e, hogy mit jelent a „házimunka” kifejezés. Miután ezt tisztáztuk, megkérdeztem, hogy szoktak-e otthon segíteni a házimunkában, például a takarításban. Ezt követően arra is szerettem volna választ kapni, hogy végeznek-e anélkül is takarítást, hogy arra valaki (szülő vagy más hozzátartozó, gondozó) külön megkérné. A családban élő értelmileg akadályozott személyek közül mind a 9 fő (99.9%) azt válaszolta, hogy szokott otthon valamilyen jellegű házimunkát

végezni. Közülük 3 fő (33.3%) fogalmazott úgy, hogy akkor segít, ha erre utasítást kap, ha erre megkérlik, 6 fő (66.6%) pedig önállóan, kérés nélkül is végez házimunkát. Mind a 9 fő megnevezte, hogy milyen házimunkát szokott végezni. Az ápoló-gondozó otthon lakói közül a válaszok alapján 8 fő (88.9%) szokott segíteni a házimunkában, azonban nem minden esetben derült ki, hogy ezt kérésre, vagy kérés nélkül teszi-e. A végzett házimunkák között a válaszokban megjelent például a felmosás, a porszívózás, a fürdőszoba fürdés utáni rendberakása, de a más lakók öltöztetésébe történő besegítés is. 1 fő (11.1%) azt mondta, hogy szokott segíteni a házimunkában, de nem tudta megnevezni, hogy pontosan mit szokott csinálni. 1 fő (11.1%) válaszolta azt, hogy nem szokott segíteni. Úgy fogalmazott, hogy „a takarítónő megcsinálja”.

A két csoport által adott válaszok bővebben elolvashatók a 2. számú melléklet 22. kérdésénél. A válaszok alapján az állapítható meg, hogy az al minta mindkét csoportjának tagjai közül 1 fő kivételével mindenki szokott házimunkát végezni.

Szabadidő eltöltése

24. kérdés: Mit szoktál csinálni a szabadidődben? Mit szoktál csinálni pihenés közben?

A: Többféle szabadidős tevékenységet is megnevez.

B: Egyetlen szabadidős tevékenységet nevez meg.

C: Nem nevez meg szabadidős tevékenységet.

A 24. kérdéssel arra kerestem a választ, hogy a kutatásba bevont értelmileg akadályozott személyek milyen szabadidős tevékenységekkel töltik a szabadidejüket, ezen tevékenységek köre mennyire tág, mennyire sokszínű. A kutatásba bevont, családban élő 9 személy válaszaiban hatszor fordult elő a tv-nézés, kétszer valamilyen alkotó tevékenység, kétszer a játék, kétszer az olvasás és a zenehallgatás, egyszer-egyszer pedig a mozgás (sportolás), az írás, az internetezés, a sétálás, a rejtvényfejtés. A megkérdezett 9 személy tehát összesen 11féle szabadidős tevékenységet említett meg. Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek válaszaiban hét alkalommal került elő a zenehallgatás, négyszer a tv-nézés, kétszer az alvás, egyszer-egyszer pedig a posztterek nézegetése és a sportolás. Ez összesen 5 különböző szabadidős tevékenység. A két vizsgált csoport között tehát különbség mutatkozott a szabadidős tevékenységek változatosságában. A kutatásba bevont, családban élő személyek többféle szabadidős tevékenységet végeznek, mint az ápoló-gondozó otthonban élő személyek.

Az esti lefekvést megelőző készülődés

26. kérdés: Az esti fürdésnél szokott valaki segíteni? Önállóan szoktál fürdeni?

A: Az esti rutint önállóan végzi.

B: A fürdésbennémi segítséget igényel.

C: Az esti lefekvésben, a az esti megelőző készülődésben sok segítséget igényel.

Kíváncsi voltam arra, hogy a fürdésnél igényelnek-e a személyek külsős segítséget, erre vonatkozott a félig strukturált interjú 26. kérdése. A családban élő személyek közül 7 fő válaszolta azt, hogy teljesen önállóan, segítség nélkül végzi a fürdést, a fürdés körüli teendőket. 2 fő igényel segítséget (1 fő hajmosásnál, körömvágásnál, borotválkozásnál, 1 fő csak hajmosásnál). Az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közül 7 fő önállóan fürdik, 2 főnek a gondozó segít a hajmosásban. A két vizsgált csoport tehát hasonlóan önálló az esti fürdést, tisztálkodást illetően.

A kutatás szempontjából módosítandó kérdések

8.kérdés: Szoktál reggelizni? Mi a kedvenc reggelid? Együtt szoktatok reggelizni otthon?

A 8. kérdés válaszait a kutatás szempontjából nem tekintem relevánsnak. A kutatás közben jutottam arra a megállapításra, hogy ezt a kérdést másképpen kellett volna feltennem. Véleményem szerint hasznosabb lett volna megkérdezni azt, hogy a kutatásba bevont személyek eldönthetik-e, hogy mikor és mit szeretnének reggelizni, eldönthetik-e, hogy egyedül vagy társaságban szeretnének-e étkezni.

9. kérdés: Szokott valaki segíteni a reggelizésben? Önállóan szoktál étkezni?

A 9. kérdést a kutatás során szerzett tapasztalatok miatt szintén módosítanám. Míg a családban élő személyek esetében egyértelmű, hogy az önálló étkezés a folyamat korai szakaszát is magába foglalja, például, ha vajjas kenyeret szeretne enni, akkor kiveszi a kenyérszeletet a zacskóból, megkeni vajjal, majd önállóan, segítség nélkül elfogyasztja, addig a kutatásba bevont, ápoló-gondozó otthonban élő személyek az ételt már kitálalva, elkészítve és előkészítve kapják meg.

13. kérdés: Vannak barátaid? Sok barátod van? Ki a legjobb barátod?

A 13. kérdés eredményeit a kutatás szempontjából nem tartom relevánsnak, csupán a következő kérdésekre történő átvezetést segítette. A 13. kérdése adott válaszok kutatásom 2. számú mellékletében olvashatók.

17. kérdés: Hol laksz? Ismered a szomszédjaidat? Hogy hívják a szomszédjaidat? Át szoktál menni a szomszédjaidhoz? Egyedül szoktál átmenni a szomszédjaidhoz vagy valakivel együtt?

A kutatás során arra a megállapításra jutottam, hogy a 17. kérdést helytelenül fogalmaztam meg, a kutatás folytatása esetén a későbbiekben módosítást igényel. A „szomszéd” mást jelent egy kertes házban, mást egy tömbházban, mást egy nagy létszámú, bentlakásos intézmény esetében. Kérdéssé vált, hogy az ápoló-gondozó otthonban élő személyek szomszédjainak az ugyanabban az intézményben, de más lakóegységben, más osztályon élő személyeket tekintjük, vagy azon személyeket, akik az intézmény mellett lévő lakóházakban laknak. Ugyancsak kérdéses volt, hogy azok, akik amellet, hogy jelentős időt töltenek el az intézményben, még a szülői házhoz is hazajárnak, mely közeget tekintik otthonuknak, melynek nevezik meg a címét. Itt szeretném ismét megemlíteni, hogy a személyes adatokra való rákérdezéskor a pontos adatokat nem jegyeztem fel, mert arra voltam kíváncsi, hogy tud-e válaszolni az illető vagy sem.

23. kérdés: Amikor elmész otthonról valahova, szólnod kell valakinek? Ha nem szólsz, hogy elmész, mérges szokott lenni?

Úgy gondolom, hogy a kutatás szempontjából a 23. kérdés nem releváns, hiszen egy korábbi kérdés által már megválaszolásra került a kérdésem.

3. ÖSSZEFOGLALÁS, TOVÁBBI CÉLOK

A kutatás összefoglalása

Kutatásomban a családban és az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott felnőttek szociális érettségét vizsgáltam. Csákvári Judit szerint a szociális kogníció nem más, mint azon megismerő folyamatok, melyek a társas magatartásformák mögött állnak, és azon háttértényezők köthetők ide, amelyek lehetővé teszik, hogy tájékozódni tudjunk a minket körülvevő világban. (Csákvári, 2013). A közösség, a társadalom, amelyben élünk, folyamatosan elvárásokat támaszt felénk, a mindennapi életünkben alkalmazkodnunk kell ezekhez. Azon készségek, amelyek ezt a bizonyos alkalmazkodást, megfelelést biztosítják, azok az adaptív viselkedés szociális és gyakorlati készségei. A kutatásba 9 családban élő és 9 ápoló-gondozó otthonban élő, 20 és 50 életév közötti személyt vontam be, akik a közép-súlyos értelmi fogyatékoság mellett más, társuló fogyatékosággal nem rendelkeznek. A kutatásba bevont személyek szociális érettségét a Vineland Szociális Érettségi Skálával és az erre alapozva általam készített félig strukturált interjúval vizsgáltam.

A félig strukturált interjú válaszainak értékelésekor, mint ahogy korábban említettem, alulról felfelé építkező, induktív kódolási módszert alkalmaztam. Három válaszlehetőséget határoztam meg (A, B, C), amelyek közül az „A” jelöli az adott kérdés területén a legmagasabb érettségi szintet. Megvizsgáltam, hogy az egyes kérdéseknél a két csoport hány százalékának („A”) válasza utal a legmagasabb szociális érettségre, majd ezeket az eredményeket összehasonlítottam a Vineland Szociális Érettségi Skála egyes területein, a két csoport által elért százalékos eredményekkel. A 7. táblázatban megtekinthetők az összehasonlítható eredmények. Abban az esetben, ha az összeállított kérdéssorban több kérdés is tartozik a Skála egy területéhez, az egyes kérdések értékelésénél kapott százalékokból átlagot vontam.

	Családban élő személy	Ápoló-gondozó otthonban élő személy
Skála: <i>Kommunikáció</i>	64,4%	54%
Interjú: Élmény megosztása (összetett válasz), 5. kérdés	55,6%	11,1%
Ismerősnek levelet ír, 15. kérdés	33,3%	55,6%
	Átlag: 44,45%	Átlag: 33,35%
Skála: <i>Általános önkiszolgálás</i>	95,7%	95,7%
Interjú: WC-n segítség nélkül ellátja magát, a mosdóhasználat teljesen önálló, (11. kérdés)	100%	88,9%

Skála: <i>Elfoglaltság</i>	60,5%	58,6%
Interjú: Hasznosabb munkát végez, segít a házimunkában, 22. kérdés	100%	88,9%
Skála: <i>Helyzetváltoztatás</i>	73%	61%
Interjú: Városon belül nappal kíséző nélkül közlekedik, 19. kérdés Városon kívülre kíséző nélkül utazik, 20. kérdés	66,7% 11,1% Átlag: 38,9%	0% 0% Átlag: 0%
Skála: <i>Étkezéssel önkiszolgálás</i>	99,2%	95%
Interjú: Étkezésnél teljesen önálló, kést is használ (vágásra is), 10. kérdés	66,7%	44,4%
Skála: <i>Öltözködéssel önkiszolgálás</i>	91,5%	93,1%
Interjú: Segítség nélkül öltözik fel, 7. kérdés Segítség nélkül, önállóan fürdik meg, 27. kérdés	100% 77,8% Átlag: 88,9%	88,9% 77,8% Átlag: 83,35%
Skála: <i>Önirányítás</i>	22,9%	13,6%
Interjú: Boltban rendszeresen vásárol, 21. kérdés Ruháit saját maga vásárolja, 21. kérdés Gyűjti a pénzt, tudja is, hogyan kell, 25. kérdés	44,4% 0% 44,4% 0% Átlag: 22,2%	11,4% 0% 0% 0% Átlag: 2,85%

7. táblázat: A Vineland Szociális Érettségi Skála és a félig strukturált interjú által kapott, összehasonlítható eredmények összehasonlítása

A munka során az általam összeállított félig strukturált interjú kérdéssora csak részben bizonyult hatékonynak. A Vineland Szociális Érettségi Skála segítségével kapott eredményekhez hasonlóan az interjú során is a családban élő személyek szociális érettsége mutatkozott fejlettebbnek a kommunikáció, az elfoglaltság, a helyzetváltoztatás, az étkezéssel önkiszolgálás és az önirányítás területein. Ezen területek közül, a Skála eredményeihez hasonlóan, a helyzetváltoztatás és az önirányítás területein mutatkozott a legnagyobb különbség. A Vineland Szociális Érettségi Skála használatakor a három legnagyobb különbséget mutató terület között a kommunikáció szerepelt, az interjú során azonban az étkezéssel önállóságra vonatkozó területen nagyobb különbség mutatkozott. Míg a Skála eredményei alapján a vizsgált, ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott felnőttek öltözködéssel önkiszolgálása érettebbnek bizonyult, az interjú válaszainak értékelése során a családban élő személyek érték el a magasabb százalékot. A Vineland Szociális Érettségi Skálával a szocializáció érettségét is vizsgáltam, azonban az interjúhoz megfogalmazott, erre a

területre vonatkozó kérdések nem bizonyultak kellően hatékonyak, így a szocializáció területének érettségét csak a kérdések módosítása után tudom az interjút használva összehasonlítani.

Ahogy említettem, egyes kérdések a kutatás folytatása előtt átfogalmazást, korrigálást igényelnek. Ahhoz, hogy a két eszköz által kapott eredmények pontosabban összehasonlíthatók legyenek, újabb kérdésekkel kell majd bővítenem az interjút. Jelen összehasonlítás nem tekinthető általános érvényűnek, a kutatás folytatásának irányát mutatják meg számomra.

A kutatási kérdések megválaszolása

Három kutatási kérdést fogalmaztam meg, melyekre két eszköz, a Vineland Szociális Érettségi Skála, valamint az általam összeállított, de részben a Vineland Szociális Érettségi Skála elemeire támaszkodó félig strukturált interjú segítségével kerestem a választ.

Az első kutatási kérdésem az volt, hogy a kutatásba bevont családban és ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott felnőttek szociális érettségében van-e különbség. Mind a Vineland Szociális Érettségi Skála, mint a félig strukturált interjú eredményei azt mutatják, hogy igen, van különbség a minta két csoportja között a szociális érettség terén.

A második kérdéssel arra kerestem a választ, hogy a családban és az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek szociális érettsége között feltárt esetleges különbségek a szociális érettség mely területén mutatkoznak meg és mely csoport mutatkozott érettebbnek az egyes területeken. A Vineland Szociális Érettségi Skála alapján megállapítható, hogy az általános önkiszolgálás területén kívül a szociális érettség valamennyi területén van különbség a két említett csoport között. A kommunikáció, az elfoglaltság, a helyzetváltoztató mozgás, az étkezési önállóság, az önirányítás területein a családban élő személyek bizonyultak érettebbnek, míg az ápoló-gondozó otthonban élő személyek a szocializáció és az öltözködési önállóság területén értek el jobb eredményt a családban élő személyeknél. A félig strukturált interjú során a szocializáción kívül mindegyik területen a családban élő személyek bizonyultak érettebbnek. A szocializáció területét (korábban már megfogalmazott okokból kifolyólag) nem tudtam az interjú során megvizsgálni.

A harmadik kutatási kérdésem az volt, hogy mely területek azok, amelyeken a legnagyobb a különbség a családban élő vagy az ápoló-gondozó otthonban élő kutatási alanyaim javára. Megállapítottam, hogy a családban élő és az ápoló-gondozó otthonban élő személyek közötti különbség a helyzetváltoztató mozgás (+13% a családban élő személyek

javára), a kommunikáció (+10% a családban élő személyek javára) és az önirányítás (+9.3% a családban élő személyek javára) területeken a legmarkánsabb. Az interjú során a három legnagyobb különbséget mutató terület a helyzetváltoztatás (+38,9%), az étkezései önállóság (+22,3%) és az önirányítás (+19.35%) voltak.

Reflexió, tervezett folytatás

Amellett, hogy kíváncsian vártam az eredményeket, számos módon volt rám fejlesztő hatással ez a kutatás. Megismerkedtem a Vineland Szociális Érettségi Skálával, rutint szereztem az eszköz használatában. Lehetőségem nyílt ellátogatni több, számomra eddig még ismeretlen intézménybe, ahol megismerkedhettem a szakmai munkával is. Rengeteg új embert ismertem meg, a kapcsolati hálóm bővebbé vált a kutatásnak köszönhetően. A félig strukturált interjúk elvégzésével rutint szereztem a közép-súlyos értelmi fogyatékossgal élő személyekkel történő hatékony kommunikációban, megtanultam könnyebben alkalmazkodni és érthetőbben, konkrétan megfogalmazni a mondandómat. A későbbiekben mindenképpen szeretném folytatni a kutatást a témában. Több célom is van, amelyet meg szeretnék valósítani a jövőben. Ahogyan a témaválasztásom indoklásánál már említettem, célom a kutatással az, hogy felmérjem, milyen különbségek mutatkoznak a családban és az ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek szociális érettségében. Bízom benne, hogy azzal, hogy rávilágítok a szociális érettség különböző területein megmutatkozó esetleges különbségekre, segíthetem azon gyógypedagógusok munkáját, akiknek csoportjában / csoportjaiban vannak olyan gyerekek vagy felnőttek, akik nem családban, hanem gyermekotthonban, ápoló-gondozó otthonban élnek. Ezen különbözőségek feltárásával szeretnék segíteni annak feltárásában, hogy mely területek fejlesztésére érdemes nagyobb figyelmet szentelni a foglalkozások során, és melyek azok a területek, amelyekre erősségként lehet tekinteni és érdemes építeni rájuk. A későbbiekben szeretném egyrészt kibővíteni a kutatásba bevont értelmileg akadályozott felnőttek számát, valamint szeretnék a kutatásba bevonni családban és ápoló-gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott gyerekeket is. Célom, hogy mind a családban élő, mind az ápoló gondozó otthonban élő értelmileg akadályozott személyek által alkotott csoportban minimum 25 – 25 felnőtt és minimum 25 – 25 személy szociális érettségét felmérjem. Dolgozatomban több helyen is említést tettem arról, hogy a félig strukturált interjú néhány kérdését módosítanom szükséges annak érdekében, hogy az azokra kapott válasz a kutatás szempontjából kellőképpen releváns legyen. Ahhoz, hogy a két eszköz által kapott eredmények

biztosan összehasonlíthatók legyenek, újabb kérdéseket is meg fogok fogalmazni a Vineland Szociális Érettségi Skála segítségével.

A későbbiekben szeretném a kutatásba bevont értelmileg akadályozott személyek szociális érettségét más mérőeszközök segítségével is megvizsgálni. Miután más eszközök használatának eredményei is megerősítik jelen kutatás eredményeit, szeretném az eredmények háttérét is megvizsgálni. Célom, hogy egyértelmű információkat kapjak arról, az eltérő lakókörnyezet hogyan befolyásolja a szociális érettségterületeinek különbözőségét. A szociális érettség különbözőségeinek és azok hátterének felmérése után, a kirajzolódó markáns különbségekre alapozva pedig szeretnék létrehozni egy olyan gyűjteményt, amely különbözőségeket mutató területek fejlesztését segítené, és amely segíthetne megelőzni a már többször említett különbözőségekből fakadó problémás, konfliktusos helyzeteket. Céljaim megvalósításával azt szeretném elérni, hogy az értelmileg akadályozott személyeket ne érje hátrány a hétköznapiak során (iskolai, munkahelyi közegben) amiatt, mert nem családban, hanem ápoló-gondozó otthonban élnek.

ÁBRAJEGYZÉK

1. ÁBRA: A FÉLIG STRUKTURÁLT INTERJÚ 3. KÉRDÉSÉRE ADOTT VÁLASZOK	HIBA! A KÖNYVJELZŐ NEM LÉTEZIK.
2. ÁBRA: KÖZLEKEDÉS A VÁROSBAN.....	HIBA! A KÖNYVJELZŐ NEM LÉTEZIK.
1. TÁBLÁZAT: A SZEMÉLYES GONDOSKODÁS KERETÉBE TARTOZÓ SZAKOSÍTOTT SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK.....	13
2. TÁBLÁZAT: AZ ÁPOLÁST, GONDOZÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYI ELLÁTÁS SZÍNTEREI A 2013. ÉVI III. SZOCIÁLIS IGAZGATÁSRÓL ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOKRÓL SZÓLÓ TÖRVÉNY ALAPJÁN.....	13
3. TÁBLÁZAT: SZAKOSÍTOTT SZOCIÁLIS ELLÁTÁST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYEK BEN ÉLŐ SZEMÉLYEK SZÁMA 2016 ÉS 2020 KÖZÖTT (2013. ÉVI TÖRVÉNY A SZOCIÁLIS IGAZGATÁSRÓL ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOKRÓL).....	14
4. TÁBLÁZAT: A MINTA.....	16
5. TÁBLÁZAT: A FÉLIG STRUKTURÁLT INTERJÚ SORÁN ÉRINTETT TERÜLETEK.....	HIBA! A KÖNYVJELZŐ NEM LÉTEZIK.
6. TÁBLÁZAT: A VINELAND SZOCIÁLIS ÉRETTSÉGI SKÁLA SEGÍTSÉGÉVEL KAPOTT EREDMÉNYEK.....	19
7. TÁBLÁZAT: A DEMOGRÁFIAI ADATOK ISMERETÉVEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSRE ADOTT VÁLASZOK ELOSZLÁSA	21

FELHASZNÁLT IRODALOM

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, US: American Psychiatric Publishing.
- BNO-10 zsebkönyv DSM-IVTM meghatározásokkal (1998). Animula Egyesület, Budapest
- Csákvári, J. (2013): Adaptív viselkedés mérése mérsékelt intellektuális képességzavarral élő felnőttek magyar mintáján. *Gyógypedagógiai Szemle*.41 (2.) pp. 81-94.
- Csákvári, J. (2012): *Intellektuális képességzavar és szociális kogníció*. Doktori értekezés, Eötvös Lóránt Tudományegyetem, Budapest
- Doll, E. A. (1936). Preliminary standardization of the Vineland Social Maturity Scale. *The American Journal of Orthopsychiatry*,6(2), 283-293.
- Doll, E. A. (1941). The essentials of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 46, 214-229.
- Doll, E. A. (1953). *Measurement of social competence: A manual for the Vineland Social Maturity Scale*. Vineland, NJ: Vineland Training School
- Gordosné Szabó Anna (2004, szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina. Budapest. ISBN 978963242757
- Hatos Gyula (2005): *Sajátos nevelési igények – sajátos didaktikai konzekvenciák*. In: Varga Imre (szerk.): *Speciális didaktika I. Az értelmileg akadályozottsággal élő gyermekek tanítása*. APC-Stúdió, Gyula. 9-26.
- Hatos Gyula (2008): *Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük*. APC-Stúdió, Gyula. 11-52.
- Hatos Gyula (2012): *Élethilátás - Életkísérés az értelmi akadályozottsággal élők körében*. ELTE BGGYK, Budapest
- KSH (2020): *Szociális Statisztikai Évkönyv*. Budapest
- Lányiné Engelmayer, Á. (2009): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Lányiné Engelmayer, Á. (2014): *Változásban a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika. Neveléstudomány: oktatás - kutatás – innováció*, Eötvös Lóránt Tudományegyetem, Budapest
- Szabó, Cs., Nagyné Réz, I., Mészáros, A. & Juhász, A. (2014). A szociális képességek és a viselkedésszabályozás megítélése. *Gyógypedagógiai Szemle*,42(3.) pp. 197-203
- Thorndike, E. L. (1920): Intelligence and its use. *Harper's Magazine*, 140. 227–235
2013. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról