



GYERMEKNEVELÉS TUDOMÁNYOS FOLYÓIRAT

JOURNAL OF EARLY YEARS EDUCATION

2015. 3. évfolyam, 2. szám

Korai intervenció



Főszerkesztő:

F. Lassú Zsuzsa

A tematikus szám szerkesztője:

Hunyady Györgyné

Szerkesztő:

M. Pintér Tibor

A szerkesztőbizottság tagjai:

Dávid Mária

Hunyady Györgyné

Kéri Katalin

Kollár Katalin

Lénárd András

Orosz Ildikó

Pálfi Sándor

Perlusz Andrea

Pintér Krekity Valéria

Podráczy Judit

Barbara Surma

Szabolcs Éva

2015/2. szám szerzői

Baranyi Ildikó

Benedek Szidónia Anna

Berényi Marianne

Borbély Sjoukje

Bányai Emőke

Böddi Zsófia

Czeizel Barbara

Dorner László

Dúll Andrea

Földiné Angyalossy Zsuzsánna

Gráf Rózsa

Katona Ferenc

Kemény Gabriella

Kereki Judit

Keszei Barbara

Koscsóné Kolkopf Judit

Nász Barbara

Rosta Katalin

Rózsáné Czigány Enikő

Serfőző Mónika

Tóth Anikó

Borítóterv (2020):

Császár Lilla, M. Pintér Tibor

© Szerzők, szerkesztők

DOI 10.31074
HU ISSN 2063-9945

Felelős kiadó:
Mikonya György dékán

gyermeknevelés@tok.elte.hu
<http://gyermeknevelés.elte.hu>

Szerkesztőség címe:
1126 Budapest, Kiss János altábornagy u. 40.
telefon: 00 36 1 487-81-00

Eötvös Loránd Tudományegyetem,
Tanító- és Óvóképző Kar



Korai intervenció

Kedves olvasó!

Hazánkban a majdnem félévszázadra visszatekintő korai fejlesztő tevékenység törvényi szabályozása hosszú éveket váratott magára. A korai intervenciót segítő intézményhálózat még mindig alakulóban van, még mindig vannak olyan gyermekek, családok, akik nem részesülnek ezen ellátásban. Ugyanakkor szakembereink nemzetközileg is elismertek, az általuk kidolgozott módszerek, eszközök a világ minden táján ismertek, alkalmazásuk sok csecsemő és kisgyermek számára biztosítja a hatékonyabb fejlesztést.

A Gyermeknevelés című online folyóiratunk legújabb számának tematikus rovata számára a korai intervenció hazai gyakorlatát bemutató tanulmányok megírására kértük fel azokat az elismert szakembereket, akik a korai diagnózis, terápia, fejlesztés területén komoly eredményeket értek el. Sajnos a terjedelmi határok és az érintettek egyéb leterheltsége miatt a teljességtől el kellett tekintenünk, de az alábbiakban megjelentek is hűen mutatják be a hazai helyzetet, a korai fejlesztés, intervenció gyakorlatát.

A tematikus számot Rózsáné Czigány Enikő szerkesztette.

Jó olvasást, szakmai feltöltődést kíván a főszerkesztő!

Budapest, 2015. szeptember 10.

F. Lassú Zsuzsa

Az apa szerepe a kisgyermek életében

Benedek Szidónia Anna – Dorner László

Eszterházy Károly Főiskola, Pszichológia Tanszék

Háttér és célok: Jelen tanulmány a történelmi áttekintést követően egy friss empirikus kutatás segítségével kísérel meg választ adni egy évezredek óta aktuális, ugyanakkor napjainkban kiemelten fontossá váló kérdésre: *Mi az apa szerepe napjainkban? Milyen szerepet tölt be jelenléte a kisgyermek életében? Ezen kérdések mellett a hagyományos nemi szerepelvárások jellegzetességeinek vizsgálata is indokolt: Mit gondolnak a bölcsődei ellátást igénybe vevő édesapák a saját családi és gyermeknevelési feladatrendszerükről, milyen tevékenységeket tartanak inkább az édesanya, és miket inkább az édesapa feladatának? Milyen játéktevékenységeket preferálnak kisgyermekükkel, és fontosnak tartják-e, hogy gyermekük hasonló tevékenységek iránt mutasson érdeklődést, mint ők?*

Módszer és minta: A vizsgálatba 101 édesapát vontunk be, akik egy általunk kidolgozott önkitöltős kérdőívet töltöttek ki. A minta 80%-ának gyermeke bölcsődei ellátást vesz igénybe.

Eredmények: A jelen mintában szereplő édesapák a hagyományos nemi szerepelvárásokat továbbra is fontosnak tartják, így az anyagi biztonság megteremtését elsődleges feladatuknak tekintik, míg a nők tekintetében a gyermeknevelést és -gondozást tartják elsődlegesnek, ugyanakkor saját feladataik között is az elsők között említik a gyermekgondozást, így feltételezhetjük, hogy a „modern apák” korában a szeretet-teljesebb, gondoskodóbb apai szerep is egyre jobban integrálódik szereprepertoárjukba. Láthatjuk továbbá azt is, hogy a fiúgyermeket nevelő apák számára fontosabb a gyermekük hasonló érdeklődési köre, illetve, hogy az apák továbbra is preferálják a hevesebb, „férfiasabb” játéktevékenységeket gyermekeikkel, mint a birkózás és az építő játékok.

Kulcsszavak: apa szerepe, kisgyermek, játéktevékenységek, szülői szerepmegosztás, nemi különbségek

Szakirodalmi áttekintés

Az apa jelenléte már az őskortól kezdve fontos szerepet játszott a gyermek életében, annak csupán jellege változott, és változik folyamatosan. Trendek jönnek-mennek, de a férfira, mint szülőre és nemi szerepmodellre mindig szüksége lesz a gyermeknek (Pukánszky, 2001).

Az **őskorban** a túléléshez szükséges eszközök elkészítésének titka apáról fiúra szállt, így a tanulás módszere a megfigyelés és utánzás kombinációjára korlátozódott (Pukánszky, 2001). Az **ókorból** kevés forrás áll a rendelkezésünkre, azonban az így is elmondható, hogy társadalmi rétegtől függetlenül a gyermek a családban, annak működésében már ekkor is fontos szerepet töltött be. Kultúráról függetlenül jellemző volt, hogy a gyermek jogi képviselőjét teljhatalmúlag az apa gyakorolta, ez a társadalom militarizáltságára is utalt (Contenau, 1954; Gurney, 1954 idézi: French, 1998). Újabb érdekes szempontot vet fel az ókori Egyiptom forrásanyaga, ahol azt olvashatjuk, hogy már ekkoriban felismerték a gyermekek játékigényeit és a játéktevékenység fontosságát (White, 1963, idézi: French, 1998). Ezen felül, tiltották a gyermekgyilkosságot, amely sok egyéb ókori kultúrában megengedettnek számított (Pukánszky, 2001). Ezzel szemben az ókori Rómában az apa akkor is rendelkezhetett gyermeke életéről, ha az már felnőtt, vagy

életben hagyásáról korábban döntöttek. Ez a szokás az i.sz. II. századra, először a bántalmazások számának csökkenésével, majd a felnőtt fiát meggyilkoló apa száműzésével kikopott a társadalomból (French, 1998). Olyannyira, hogy a **középkor** társadalma, már csak 5-6 éves koráig tekintett valakit gyermeknek (Ariés, 1987). A **felvilágosodás** idején Rousseau úgy ír az apáról, hogy az ő kötelessége a családfenntartás és a gyermeknevelés, kihangsúlyozva, hogy a gyermeknek kell a középpontban állnia, a korfelfogás szerinti műveltséggel szemben (Pukánszky, 2001). A XX. századra a gyermek iránti figyelem fokozatos növekedést mutatott, miközben leggyakrabban a megengedő és a szigorú apai nevelői stílussal találkozunk ekkoriban (Tomka, 2000).

Ahogy az előbbieken felvázoltuk, a gyermekkép és az apaszerep is egyaránt jelentős változásokon esett át a történelem folyamán. **Napjainkban** az apa-gyerek kapcsolat tekintetében elsősorban az apai személyiséget és a gyermekhez való hozzáállást vizsgáljuk. Ezek alapján a szülő lehet korlátozó, aki merev és következetes szabályokat alkot, melyhez szigorúan ragaszkodik; engedékeny, aki szintén alkot szabályokat, de emellett engedi a gyermeket érvényesülni. Ezen felül érzelmi viszonyulása lehet meleg, aki a gyermek érdekeit helyezi előtérbe, pozitív megerősítéssel és cselekedeteinek indoklásával fordul a gyermek felé. Ezzel ellentétben a hideg nevelői stílusú szülő, gyermekét nem erősíti, bátorítja, érzelmi melegséget nem biztosít a gyermek számára. Ezek összessége és variáció alapján négyféle lehetséges nevelési stílust különíthetünk el: Meleg-engedékeny, hideg-engedékeny, meleg-korlátozó és hideg-korlátozó (Ranschburg, 2009). Ezen felül természetesen kiemelhetjük, hogy a biztonságos kötődés kialakulása apa és gyermeke között ugyanolyan fontossággal bír, mint az anya és gyermeke között, bár a jellege eltérő. Ainsworth 1978-ban alkotta meg széles körben használt teszthelyzetét, az Idegen Helyzet Tesztet, mely során a gyermek és az egyik szülő egy számukra ismeretlen szobába lépnek be. A teszt ideje alatt a szülő kétszer magára hagyja gyermekét, majd visszamegy hozzá, eközben megjelenik egy idegen, aki a gyermek reakciójára reagálva lehet aktív vagy passzív, de minden esetben barátságos. Ezen bonyolult kísérleti elrendezés alapján megkülönböztetünk biztonságosan kötődő, bizonytalan-elkerülő, ambivalens, illetve dezorganizáltan kötődő gyermeket (Vajda, 1999). Megfigyelték továbbá, hogy az Idegen Helyzet Teszt során a gyermekek apák és anyák felé mutatott kötődése nem tér el egymástól, ahogyan a szülői nevelői attitűdök sem specifikusak egyik szülő irányában sem (Ranschburg, 2009). Azokat az apákat, akik már gyakrabban és aktívabban vállalnak részt gyermekeik nevelésében, szívesebben mutatják ki gyengéd érzelmeiket a gyermekeik felé, „Modern apák”-nak nevezzük. Korábban a férfiakkal szemben fennálló társadalmi elvárások sokszor akadályozták az apákat szeretetük szavakba öntésében (Simóm, Sánchez és Elizalde, 2005). Kutatásában már Robin Sullivan (2003) sem talált egyértelmű határvonalat anya- és apaszerep között, mivel ezek összemosódtak, valamint a gyermek egészséges fejlődéséhez mindkét nemű szülőjére szüksége van a gyermeknek. A várandósság ideje alatt a férfiak sokszor nem tudják kezelni az új helyzettel járó új érzéseket (Ranschburg, 2009). Ezek az érzések, félelmek, általában abból erednek, hogy a férfiak háttérbe szorítva érzik magukat (Spock és Parker, 2010). Fontos, hogy ha az apa nincs teljesen tisztában saját érzéseivel, akkor minél aktívabban részt vegyen a szülés előtti időkből, például a vizsgálatokkor, vagy a gyermekfelszerelés vásárlás alkalmával (Sears, 2006). Mivel a férfiak nem észlelik a terhesség alatt a gyermek jelenlétét olyan intenzíven, mint a nők, ezért náluk nehezebben és lassabban fogalmazódik meg a tudat, hogy hamarosan apává válnak. Van, akinél már az első ultrahangos vizsgálat alkalmával, van, akinél az anya hasának érintésekor, amikor a magzat érzékelhetően mozgolódik, rugdos, de van, akinél csak a szülést követően jön el szülőségének felismerése (Ranschburg, 2009). Habár az apák is képesek az anyákhoz hasonló szerepet betölteni a gyermek életében, a leggyakoribb

példa mégis az, hogy amíg a gyermek kicsi, az apák nem hasonlítanak viselkedésükben, szerepükben az anyákra (Bowlby, 2009). Mivel a gyermek élete első hónapjaiban leggyakrabban szoptatás közben alszik el, az apák olykor tanácstalanok, ha rájuk hárul az altatás feladata. Ilyenkor sokszor erős a kísértés, hogy visszaadják a babát az anyának, pedig a csecsemők előszeretettel elalszanak apjuk mellkasán, hisz a meleg bőr, a szívverés hangja és a légzés ritmusa könnyedén álomba ringatja őket. Máskor azonban elegendő ehhez az apai hang mély duruzsolása (Sears, 2006). Minden gyermeknek szüksége van rá, hogy felnőttek – leginkább saját szülei – közelében lehessenek. Egyrészt a gyermek így érzi, hogy szeretik, szívesen időznek társaságában, és élvezheti a megnyilvánuló gyengédséget. Másrészt ez azért is fontos, mert a gyermekek elsősorban utánzással sajátítanak el dolgokat, és tanulják el a nemi- és társas szerepeket (Spock és Parker, 2010). Fiúgyermekek esetében az apák sokszor akaratlanul is elkövetik az a hibát, hogy a saját képükre igyekeznek formálni a gyermeket, és olyan tevékenységeket végeznek velük, amikben ők lelik örömeiket. Ilyenkor sokszor irreleváns elvárásokat támasztanak fiaikkal szemben. Ha dicséret és bátorítás helyett az apa folyton csak kritizálja és bírálja gyermekét, a fia egy idő után már nem leli örömeit a játékban, sőt szélsőséges esetben az apával töltött időben sem (Spock és Parker, 2010). A kislányok életében is nélkülözhetetlen szerepe van az apának, hiszen bár példát csak korlátozottan vesz apjáról, de önbizalma nagy részét apjával való kapcsolatából meríti. Fontos éreznie egy lánynak, hogy apját érdeklik lányos tevékenységei, játékai is, véleménye, céljai, valamint érzi, hogy apja szívesen lenne vele, hisz ezek a tapasztalatok később meghatározzák életét a párválasztás és a férfiakkal való kapcsolata terén is (Spock és Parker, 2010). Megfigyelések szerint az apák leginkább fizikai játékokat játszanak gyermekeikkel és ez hatványozottan igaz, ha a gyermek fiú és fizikai állapota ezt lehetővé teszi. Bár a három év körüli fiúk dédelgetésért és gondoskodásért továbbra is anyjukhoz fordulnak, de a játszótársat már apjukban találják meg, hiába jelenik meg a legtöbb családban az apa a fegyelmező és tanító szerepében (Ranschburg, 2003). Ma Magyarországon körülbelül 25 000 a válások száma évente, ebből 60–62% az aránya a kisgyermekkel rendelkező házaspároknak. Az esetek 88%-ban a gyermeket az anya neveli tovább, és mindössze 12%-ban rendelkezik az apa a gyermek(ek) felügyeleti jogával. Ez egyrészt a társadalmi hagyományoknak köszönhető, mely szerint a házaspárok közül az anya az egyetlen, aki érdemben ért a gyermekneveléshez, pedig ez sokszor nem felel meg a valóságnak. Az elvált, gyermeküktől külön élő apák között többségben vannak azok, akik maguk is elvált szülők gyerekei (Vukovics, 2006). Végül érdemes megemlítenünk az utóbbi évtized talán legnagyobb hatású szerzőjét, Jorgen Lorentzent, aki Norvégiában - ahol az egalitáriánus nézetek az utóbbi évtizedekben erősen teret nyertek, és az apák számára például gyermekgondozási szabadságot vezettek be - új szintre vitt az apaság szerepének kutatásába. Lorentzen (2012) ugyanis kiemeli például, hogy egy ország esetében egységes apaszerepről semmiképpen nem beszélhetünk, mivel jelentős különbséget mutat például a polgári és a munkáscsaládok gyermeknevelési gyakorlata, valamint az etnikai viszonyok szerepe is fontos, gondoljunk például a bevándorló családok eltérő gyakorlatára a többségi társadalomhoz képest. Kiemeli továbbá abbéli meggyőződését, hogy ha egy társadalomban megváltoznak az apaszereppel kapcsolatos gondolatok, vélekedések, az az ezzel összefüggő gyakorlati gyermeknevelési magatartásra is hatást gyakorol. Két kulcsfogalmat vezet be, az apa a *családért-apa* jelentésben a család eltartója szerepét tölti be, ez mindvégig domináns elképzelés maradt, emellé azonban társult az 1970-es évektől a *családban-apa* koncepció, mely arra vonatkozik, amikor az apa a gyerekekről gondoskodó személyként jelen is van, részt vesz a család életében. Ez a családdal való intim, bensőséges kapcsolatot is előfeltételezi, amely korábban szinte kizárólag az anyák felségterülete volt.

Kutatás

A kutatás célja, kérdései, hipotézisei

A kutatás során arra kerestük a választ, hogy a férfiak mennyire gondolkodnak eltérően az apaság fogalmáról, illetve, hogy a felvett szerepek egyénekenként mennyire térnek el egymástól. A hipotézisek – melyek egyrészt a szakirodalmon, másrészt saját feltevéseinken alapulnak – és a kérdőív összeállítását egy beszélgetés-sorozat előzte meg gyakorló apákkal, az ő narratíváik elemzése alapján készítettük el a fővizsgálatban használt kérdéssort. Ezek alapján négy hipotézis fogalmazódott meg bennünk. Az első hipotézis szerint a férfiak többsége úgy gondolja, hogy a gyermeknevelés és a gyermekgondozás elsődlegesen az édesanyák feladata. Második hipotézisünk szerint a férfiak többsége a gyermeknevelést és -gondozást az édesanyák feladatának tartják, saját feladatuknak az anyagi biztonság megteremtését tekintik. Az apa-gyermek kapcsolatot harmadik hipotézisünkkel vizsgáltuk, mely szerint az édesapák gyakrabban játszanak olyan fizikai játékokat gyermekeikkel, mint a csiklandozás, feldobálás és birkózás, mint egyéb szellemi vagy szerepjátékokkal. Végül a negyedik hipotézisünk az apa-gyermek kötődést vizsgálja, arra a kérdésre keresve a választ, hogy ha az apa jelen van gyermeke születésénél, akkor a gyermek nagyobb valószínűséggel mutatja-e a biztonságos kötődés jeleit apja felé.

A kutatási módszer

Az édesapák számára összeállított kérdőív, mely főleg rangsorolási feladatokat tartalmaz, azt vizsgálja, hogy a férfiak miként gondolkodnak az apai és anyai feladatokról, milyen játékokat milyen gyakorisággal játszanak gyermekükkel, fontos-e számukra, hogy gyermekük hozzájuk hasonló érdeklődési körrel rendelkezzen, illetve, hogy befolyásolja-e az apa-gyermek kötődést, ha az apa jelen van a szülőszobában. Ez utóbbit külön kérdéssel vizsgáltuk („Jelen volt-e a szülőszobán?”), a kötődés dimenzióit pedig az Ainsworth-féle Idegen Helyzet Tesztben tapasztalt kötődési mintázatok önértékelésen alapuló megjelenési gyakorisága alapján vizsgáltuk (Lásd *1. melléklet, 14–15. kérdés*). Ennek háttérében az áll, hogy egyértelműen látható, hogy a szülői gondozói viselkedés a kötődés fontos aspektusának tekinthető.

Vizsgálat menete

Az kérdőívek felvételére 2014. február 24. és március 9. között került sor, egri, szolnoki, tiszafüredi, egyeki és budapesti édesapák önkéntes és anonim részvételével, személyes megkeresés után. A kitöltők egy részét hólabda mintavétel segítségével értük el, másik részét pedig ezen települések bölcsődei gondozónőinek segítségével, akik segítettek a papír alapú kérdőívek apákhoz való eljuttatásában. A részvételhez a gyermekek életkorát 5 évben maximalizáltuk, mivel ebben az életkorban legintenzívebb a személyiségfejlődésük és a felnőttekhez való kapcsolatuk feltehetően a legőszintébb. A közel 110 kiosztott kérdőívből, 101 darab érkezett vissza kitöltve, melyeket az SPSS 20.0 program segítségével elemeztünk.

Eredmények

A kitöltő férfiak életkora 26 évtől 52 évig terjed, átlagban 35 év. Végzettség szempontjából a férfiak 48,5 %-a rendelkezik főiskolai/egyetemi diplomával, a maradék 51,5 %

pedig nagyjából fele-fele arányban oszlik meg a gimnáziumi érettségivel rendelkezők (24,8 %) és a szakmunkás/szakiskola/szakközépiskola/technikum végzettségűek (26,7 %) között. A gyermekek 60,4%-a lány, míg 39,6 %-a fiú. A gyermekek 80,2 %-a bölcsődébe jár. Bár 5 és 60 hónapos kor között szinte minden életkor megtalálható volt, a magas bölcsődei jelenlét miatt a legtöbb gyermek a harmadik életévében, (25 és 36 hónapos kor) járt. Amikor a kitöltők az anyák és apák feladatait rangsorolták, meglepő ellentétekkel találkoztunk. A rendelkezésre álló 6 fogalmat mint a Gyermeknevelés (vigasztalás, ringatás, meseolvasás stb.); Gyermekgondozás (etetés, fürdetés, pelenkázás stb.); Háztartással töltött idő; Háztartásvezetés (főzés, mosás, takarítás stb.), Háztartás körüli teendők (fűnyírás, karbantartás, villanykörtecsere stb.), Családfenntartás és az Anyagi biztonság megteremtése, olyan módon kellett sorrendbe rakni, hogy a legnagyobb prioritású feladat kerüljön az első, míg a legkevésbé fontosnak vélt feladat az utolsó helyre az adott nemű szülőnél. A fogalmakat saját ötleteink és az előzetes beszélgetésekben leggyakrabban előforduló tevékenységek alapján állítottuk össze, igyekezve lefedni a tradicionálisan férfi és női szerepeknek megfelelő tevékenységeket. Ezen kívül mind a két feladatban ugyanazok voltak a fogalmak, eltérés csupán a sorrendben volt. Az anyák feladatainak megítélésében egyértelmű mintázat mutatkozik. Láthatóvá vált, hogy az apák szerint a nő elsődleges feladatai közé tartozik a gyermek ellátása, de a többi területen is a társadalmilag tradicionálisan elfogadott/elvárt szerepeknek megfelelő rangsor alakult ki, mely szerint a nő elsődlegesen a gyermek gondozásával-nevelésével kapcsolatos feladatrendszerekkel asszociálódik az apák reprezentációjában, a partner/házastárs szerep kevésbé jelenik meg.

	Anyagi biztonság megteremtése	Háztartásvezetés	Gyermeknevelés	Házastárssal töltött idő	Gyermekgondozás	Háztartás körüli teendők
1.	3 %	10,9 %	60,4 %	6,9 %	33,7 %	0 %
2.	5,9 %	17,8 %	27,7 %	11,9 %	48,5 %	
3.	8,9 %	26,7 %	11,9 %	35,6 %	15,8 %	
4.	5 %	34,7 %	0 %	37,6 %	2 %	9 %
5.	47,5 %	8,9 %		7,9 %	0 %	24,8 %
6.	29,7 %	1 %		0 %		64,4 %

1. táblázat: A különböző szerepek százalékos megjelenése az ANYA feladatainak megítélésében

Az 1. táblázatból látszik, hogy a kitöltő édesapák több mint 80 %-a a Gyermeknevelést és a Gyermekgondozást egyaránt a táblázat első két helyére pozícionálta. A Háztartással töltött idő és a Háztartásvezetés közel azonos értékkel szerepel, mivel ez a két tevékenység a harmadik és negyedik helyen szerepelt a leggyakrabban az édesapák besorolása alapján. Az Anyagi biztonság megteremtését a kitöltők 77,2 %-a sorolta az utolsó két hely egyikére, tehát nem tartják kiemelten fontos anyai feladatnak. A Háztartás körüli teendők a minta 64,4%-ának véleménye szerint a legkevésbé fontos anyai teendő, azonban érdemes azt is megfigyelni, hogy senki nem sorolta az első három helyre a fogalmat.

Ezzel szemben a férfiak saját, domináns szerepelképzeléseik tekintetében az anyákétól nagymértékben különböző mintázatot mutatnak, ami a nemi szerepelvárások tekintetében felállított sorrendben hangsúlyosan megjelenik. Náluk a család anyagi biztonságának megteremtése kiugróan magas, 81,2 %-ban jelent meg első helyre sorolt feladatként. A másik ilyen szembeötlő terület a háztartásvezetés, mely a kitöltők

74,3 %-ánál jelent meg utolsó helyen. Bár manapság az apák már nagyobb mértékben részt vesznek gyermekeik életében (*Sullivan*, 2003), kutatásunk szerint mégsem gondolják úgy, hogy a gyermekek gondozása és nevelése ugyanannyira lenne az ő feladatuk is, mint az anyáké, ezzel szintén a hagyományos szerepelvárásoknak a társadalmunkban hangsúlyos voltát alátámasztva.

	Anyagi biztonság megteremtése	Háztartás-vezetés	Gyermek nevelés	Házastárssal töltött idő	Gyermek-gondozás	Háztartás körüli teendők
1.	81,2 %	0 %	11,9 %	12,9 %	5 %	3 %
2.	9,9 %	2 %	26,7 %	15,8 %	35,6 %	17,8 %
3.	7,9 %	4 %	44,6 %	22,8 %	12,9 %	10,9 %
4.	1 %	5 %	3 %	31,7 %	26,7 %	28,7 %
5.	0 %	13,9 %	13,9 %	7,9 %	18,8 %	33,7 %
6.		74,3 %	0 %	6,9 %	1 %	5,9 %

2. táblázat: A különböző szerepek százalékos megjelenése az APA feladatainak megítélésében

A fenti táblázatból az látszik, hogy a kitöltő édesapák 81,2%-a az Anyagi biztonság megteremtését az első helyen jelölte meg, míg a Gyermekgondozás a legnagyobb értéket a második helyen, 35,6%-kal kapta. A Gyermeknevelés a legnagyobb értéket, 44,6%-kal a harmadik helyen érte el. A Házastárssal töltött idő és a Háztartás körüli teendők közel azonos értékkel szerepelnek a negyedik helyen. A Háztartásvezetés a hatodik helyen érte el a legmagasabb értéket, ezek szerint 74,3%-kal a legkevésbé fontos apai tevékenységnek tartják a kutatásban részt vevő édesapák.

Vizsgáltuk továbbá, hogy az édesapák milyen játéktevékenységeket végeznek gyermekeikkel közösen. Hipotéziseink alapján arra voltunk kíváncsiak, hogy szívesebben játszanak-e fizikai játékokat, mint szellemi vagy szerepjátékokat. Itt külön vizsgáltuk a birkózás-feldobálást, számítógépes játékokat, csiklandozást, társasjátékokat, kártyajátékokat, szerepjátékokat, építőjátékokat és a nemek szerinti játékokat. A kitöltők feladata itt az volt, hogy a különböző játéktevékenységek között különbséget tegyenek aszerint, hogy soha, ritkán, alkalmanként, naponta, vagy naponta többször végzik-e gyermekeikkel közösen.

A kutatásból kiderül, hogy a kitöltők összesen 59,4 %-a naponta, vagy naponta többször játszik gyermekével birkózóssal, feldobálást, továbbá az is látszik, hogy kifejezetten kevesen, mindössze 16,8 százaléknyan vannak azok, akik soha, vagy ritkán végzik a fent említett tevékenységeket. A csiklandozást azért vettük külön tevékenységként, mert úgy gondoltuk, hogy a birkózáshoz és a feldobáláshoz képest kevésbé erős indulati töltetű, kevésbé heves tevékenység, és sokkal intimebb is. Itt az derült ki, hogy a kitöltők 41,6 %-a naponta többször teremt közvetlen testi kapcsolatot csiklandozással, illetve további 37,6 % naponta. A lenti táblázatból is könnyen megállapítható tehát, hogy a leggyakoribb napi szinten előforduló játéktevékenység az édesapák és gyermekeik között a csiklandozás, birkózás valamint az építőjátékok, mivel azt szintén gyakran, leginkább naponta, vagy alkalmanként játszanak gyermekeikkel.

Számítógépes játékok, kártyajátékok és társasjátékok esetében a „soha” és a „ritkán” válaszokat látjuk a leggyakoribbnak, melyre magyarázatul szolgálhat a gyermekek alacsony átlagéletkora is. A nemek szerinti játékok terén nagyon megoszlottak a válaszok, kifejezetten érdekes, hogy a két legnagyobb érték a „soha” és a „naponta” oszlopban jelent meg 21,8 % és 24,8 %-kal.

	Soha	Ritkán	Alkalmanként	Naponta	Naponta többször
Birkózás, Feldobálás	9,9 %	6,9 %	23,8 %	29,7 %	29,7 %
Számítógépes játékok	67,3 %	14,9 %	13,9 %	4 %	0 %
Csiklandozás	0 %	4 %	14,9 %	37,6 %	41,6 %
Társasjáték	26,7 %	36,6 %	25,7 %	10,9 %	0 %
Kártyajáték	38,6 %	29,7 %	27,7 %	4 %	0 %
Szerepjátékok	21,8 %	17,8 %	21,8 %	30,7 %	7,9 %
Építő játékok	5,9 %	3 %	36,6 %	41,6 %	12,9 %
Nemek szerinti játékok	21,8 %	17,8 %	18,8 %	24,8 %	16,8 %

3. táblázat: Különböző játéktevékenységek gyakorisága a kitöltők körében

Vizsgáltuk továbbá, hogy az édesapák számára mennyire fontos, hogy gyermekük, kiváltképpen, ha az azonos nemű, hasonló érdeklődési körrel rendelkező, mint ők. Ehhez összehasonlítottuk, hogy a vonatkozó kérdésekre adott válaszok közül hány fiú gyermeket nevelő édesapa válaszolta azt, hogy számára nagyon fontos, hogy gyermekével megegyező legyen az érdeklődési körük, majd ebből százalékosan számoltuk ki az arányokat, mivel ahogy azt már korábban említettük, 20%-kal több lány gyermekes apa töltötte ki a kérdőívet, mint fiú gyermeket nevelő.

	Lánygyermeket nevelő apák (N=61)	Fiúgyermeket nevelő apák (N=40)	Összesen
Nagyon fontos, vagy fontos	34,4 % (21 fő)	50 % (20 fő)	41 fő
Nem különösebben fontos	54,1 % (33 fő)	47,5 % (19 fő)	52 fő
Egyáltalán nem fontos	11,5 % (7 fő)	2,5 % (1 fő)	8 fő

4. táblázat: Azonos érdeklődési kör fontossága az apáknak gyermekeikkel

A táblázat alapján megállapítható, hogy bár az apák alapvetően közömbösek gyermekük hasonló érdeklődési köre kapcsán, a fiú gyermeket nevelő apák számára inkább fontos ez a tény, mint a lány gyermeket nevelő apák számára. A lányok esetében nagyobb az aránya azoknak, akiknek egyáltalán nem fontos, hogy gyermekével azonos érdeklődési körrel rendelkezzen, míg fiúk esetében, erre mindössze egyetlen kitöltő válaszolt így.

Összefoglalás

Kutatásunkban szerettük volna alátámasztani a szakirodalmi háttér alapján megfogalmazódott hipotéziseket, melyek segítettek számunkra jobban megérteni az apa-gyermek kapcsolat működését, valamint az apa-gyermek közös tevékenységek jellegzetességeit

napjainkban, leginkább az apák részéről. Kifejezetten érdekes volt látni, hogy milyen különbözőképpen gondolkodnak apai és anyai szerepekről, játékokról és együtt töltött időről a kitöltésben részt vevő édesapák. Úgy gondoljuk, hogy bár manapság a kutatások alapján egyre inkább a „modern apák” idejét éljük (Simón, Sánchez és Elizalde, 2005), akik ott vannak a szülőszobán, előszeretettel pelenkázzák, etetik gyermeküket, és gyakran együtt játszanak a kicsivel, azért még továbbra is jelen van az a hagyományos szemlélet és nemi szerepelvárás, mely a gyermek érzelmi nevelését és gondozási tevékenységeinek ellátását az édesanyák feladatának tartja. Véleményünk szerint azonban nem feltétlenül okoz problémát, ha az apa kis mértékben megmarad a hagyományos értelemben vett „tanító és fegyelmező” szerepben addig, amíg az a gyermeke érdekeit, egészséges fejlődését és alakuló énhatárainak megszilárdulását segíti elő, és a gyermekkel együtt töltött idő ezáltal jobbá, minőségivé válhat, valamint mindkét nemű szülő szerepreprezentációját integrálhatja.

Kitekintés

A vizsgálatunkat a későbbiekben az apa szerepének édesanyák általi megítélésével, illetve a nemi szerepekről alkotott női attitűdök feltárásával folytatjuk. Célunk a bölcsődét igénybe vevő és nem igénybe vevő szülők közötti ilyen irányú különbségek megítélésének vizsgálata, lehetőség szerint a jelenleginél nagyobb mintán. Célunk továbbá a játéktevékenységek hatásának vizsgálata a szülők erről alkotott nézeteinek tükrében, és az ezzel töltött valós időtartam és intenzitás előbbiekkal való kapcsolatainak feltárása. Terveink között szerepel a gyermekgondozás és a gyermeknevelés fogalmi különbségeinek és ezek viselkedésre gyakorolt hatásának vizsgálata az édesapák körében.

Irodalom

- Ariés, P. (1987): *Gyermek, család, halál*, Gondolat Könyvkiadó, Budapest.
- Benedek Szidónia Anna (2014): *Az apa szerepe a kisgyermek életében*. Szakdolgozat, Eszterházy Károly Főiskola – Tanárképzési és Tudástechnológiai Kar, Eger.
- Bimbóné Mészáros Jutka (é.n.): *Napvirág, Kisgyermeket nevelők észak-magyarországi regionális kiadványa*. Böl-CSIBE Alapítvány, Eger.
- Bowlby, J. (2009): *A biztos bázis – A kötődés-elmélet klinikai alkalmazásai*, Animula Kiadó, Budapest.
- French, V. (1998): A gyermek hatásának története. In: Vajda Zsuzsanna és Pukánszky Béla (szerk.): *A gyermekkor története*, Eötvös Kiadó, Budapest, 42–67.
- Lorentzen, J. (2012): *Az apaszerep története Norvégiában 1850–2012*. Pont Kiadó, Budapest.
- Pukánszky Béla és Németh András (2001): *Neveléstörténet*.
URL: <http://magyar-irodalom.elte.hu/nevelestortenet/index.html> (letöltve: 2014.03.09.)
- Ranschburg Jenő (2003): *Az én és a másik – A személyiség és a társas kapcsolatok fejlődése óvodáskorban*, Okker Kiadó, Budapest.
- Ranschburg Jenő (2009): *Szülők könyve – A fogantatástól az iskolakezdésig*, Saxum Kiadó KFT, Budapest.
- Sears, W. (2006): *Éjszakai Gondoskodás*, Sanoma Budapest Kiadó Zrt., Budapest.
- Simón, M., Sánchez, M. és Elizalde, Q. (2005): *Simogató babamasszázs*. Alexandra Kiadó, Pécs.
- Spock, B. és Parker, S. J. (2010): *Spock doktor csecsemő- és gyermekgondozása. Kézikönyv szülőknek a gyermekek helyes gondozásáról, születéstől a kamaszkorig*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Sullivan R. (2003): *Focus on Fathering*. ACER Press, Melbourne.
- Tomka Béla (2000): *Családfejlődés a 20. századi Magyarországon és Nyugat Európában: Konvergencia vagy divergencia?* Osiris Kiadó, Budapest.

Vajda Zsuzsanna (1999): *A gyermek pszichológiai fejlődése*, Helikon kiadó, Budapest.

Vukovics György (2006): Az elvált apák helyzetének néhány aspektusa. In: Kolosi Tamás, Tóth István György és Vukovich György (szerk.) *Társadalmi riport 2006*, TÁRKI, Budapest, 267–283.

URL: http://www.tarsadalomkutatas.hu/kkk.php?TPUBL-A-699/publikaciok/tpubl_a_699.pdf
(letöltve): 2014.03.12.

Melléklet

Kérdőív

ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEK

1. Az Ön életkora? ____
2. Az Ön lakhelye?
 - a. Főváros
 - b. Megyei jogú város
 - c. Város
 - d. Település, község
3. Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?
 - a. Kevesebb, mint 8 általános
 - b. 8 általános
 - c. Szakmunkásképző, Szakközépiskola, Szakiskola, Technikum
 - d. Gimnázium (érettségi)
 - e. Főiskola/egyetem
4. Az Ön családi állapota?
 - a. Házasságban élek, gyermeke(i)m van(nak)
 - b. Házasság nélkül, párkapcsolatban élek, gyermeke(i)m van(nak)
 - c. Elvált vagyok, gyermeke(i)m felügyeleti jogával
 - d. Elvált vagyok, gyermeke(i)m felügyeleti joga nélkül
5. Mi az Ön legfőbb bevételi forrása?
 - a. Állandó munka
 - b. Alkalmi munka
 - c. Segély, szociális támogatás, családi támogatás
 - d. Bankhitel
 - e. Egyéb, éspedig: _____
6. Milyenek ítéli családjá anyagi helyzetét?
 - a. Átlagnál sokkal jobb
 - b. Átlagnál valamivel jobb
 - c. Átlagos
 - d. Átlagnál valamivel szegényebb
 - e. Átlagnál sokkal szegényebb
7. Hány órát tölt egy átlagos héten az alábbi tevékenységekkel?
 - a. Tv-nézés: _____
 - b. Infokommunikációs eszközök (táblagép, mobiltelefon, laptop, számítógép): _____
 - c. Sport: _____
 - d. Színház/mozi: _____
 - e. Szórakozás barátokkal/kocsma: _____
 - f. Házastárssal töltött idő kettesben: _____
 - g. Gyermekkel töltött idő: _____
 - h. Családdal töltött idő – kirándulás, közös játék: _____
 - i. Munka: _____

8. Rangsorolja az alábbi fogalmakat 1-től 7-ig, fontosságuk szerint!
(1=legfontosabb; 7=legkevésbé fontos)

	Egészség
	Vallás, Spiritualitás
	Szórakozás
	Barátok
	Karrier, Pénz
	Párkapcsolat
	Család

- Állítsa sorrendbe 1-től 6-ig, saját véleménye szerint az **Any**a feladatait!
(1=legfontosabb; 6=legkevésbé fontos)

	Családfenntartás, anyagi biztonság megteremtése
	Háztartásvezetés (főzés, mosás, vasalás stb.)
	Gyermeknevelés (vigasztalás, ringatás, meseolvasás stb.)
	Házastárssal töltött idő
	Gyermekgondozás (etetés, pelenkázás, altatás, fürdetés stb.)
	Háztartás körüli teendők (fűnyírás, villanykörtecsere, házimunkában való segítség)

9. Állítsa sorrendbe 1-től 6-ig, saját véleménye szerint az **Apa** feladatait!
(1=legfontosabb; 6=legkevésbé fontos)

	Házastárssal töltött idő
	Háztartás körüli teendők (fűnyírás, villanykörtecsere, házimunkában való segítség)
	Háztartásvezetés (főzés, mosás, vasalás stb.)
	Gyermekgondozás (etetés, pelenkázás, altatás, fürdetés)
	Családfenntartás, anyagi biztonság megteremtése
	Gyermeknevelés (vigasztalás, ringatás, meseolvasás stb.)

GYERMEKRE VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

Az itt leírt kérdéseket, több gyermek esetén, csak egy gyermekkel kapcsolatban töltsse ki. Arra a gyermekre vonatkozóan, aki korban 0-3 év közé (maximum 5 éves) esik.

1. Hány gyermeke van jelenleg?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 4-nél több
2. Mennyi idős a gyermeke?(akiről a kérdőívet tölti) ____
3. Gyermeke hányadik gyermekként született?(akiről a kérdőívet tölti) _
4. Milyen nemű a gyermeke?
 - a. lány
 - b. fiú
5. Jár(t) gyermeke bölcsődébe?
 - a. igen
 - a. nem
6. (Ha IGEN) Ki szoktatta be a gyermeket a bölcsődébe? (TÖBB válasz is megjelölhető)
 - a. anya
 - b. apa
 - c. nagyszülő
 - d. más, mégpedig: _____
7. Volt Ön otthon gyermekével Gyes-en/Gyed-en?
 - a. igen
 - b. nem.
8. Ott volt Ön a szülőszobán gyermeke születésénél?
 - a. igen
 - b. nem
 - i. Ha NEM, mi volt ennek az oka: _____
9. Hogyan kísérte figyelemmel gyermeke fejlődését az első hónapokban? (TÖBB válasz megjelölése is lehetséges)
 - a. ott voltam, amikor először megfordult
 - b. ott voltam, amikor először mászott
 - c. ott voltam, amikor először felállt
 - d. ott voltam, amikor először elindult
 - e. ott voltam, amikor először megszólalt
 - f. nem voltam ott személyesen ezeknél a pillanatoknál

10. Ön milyen gyakran játssza az alábbiakat gyermekével?
(Tegyen **X**-et a megfelelő oszlopba)

	SOHA	RITKÁN	ALKALMAN- KÉNT	NAPONTA	NAPONTA TÖBBSZÖR
Birkózás, Feldobálás					
Számítógé- pes játékok, PlayStation					
Csiklandozás					
Társasjáték					
Kártyajáték					
Szerepjátékok (rendőrös, or- vosos, boltos, apás-anyás stb.)					
Építő játékok (Lego, Duplo, fakocka stb.)					
Nemek szerinti játékok (babázás/autó- zás)					
Egyéb, éspe- dig: _____ _____ _____					

11. Milyen **NEM** játéktevékenységet végez gyermekével közösen?(TÖBB válasz is lehetséges)

- a. Tv-nézés, amikor Ön választ programot (húzza alá a megfelelő(ke)t)
 - i. sport
 - ii. híradó
 - iii. természetfilm
 - iv. film
- b. Tv-nézés, amikor a gyermek választ programot
- c. Segíthet Önnek a barkácsolásban és a ház körüli munkákban

- d. Sporttevékenység
- e. Házimunka (főzés, takarítás stb.)
- f. Kirándulás a természetben
- g. Színház/Mozi/Koncert
- h. Egyéb, éspedig: _____

12. Mennyire fontos Önnek, hogy gyermeke azonos érdeklődési körrel rendelkezzen?

- a. nagyon fontos
- b. fontos
- c. nem különösebben fontos
- d. egyáltalán nem fontos

13. Az alábbi tulajdonságok alapján mennyire hasonlítanak egymásra gyermekével? (Kérem, tegyen **X**-et a megfelelő oszlopba)

	Teljesen rám hasonlít	Inkább rám hasonlít	Nem tudom eldönteni	Inkább az anyjára hasonlít	Teljesen az anyjára hasonlít
Nyugodtság					
Érzékenység					
Kapcsolatteremtés					
Temperamentum					
Magabiztosság					
Fél az ismeretlentől					

14. Mi jellemző gyermekére, amikor idegen helyen (vagy akár bölcsődében) elválnak egymástól?

- a. Sír, sokáig vigasztalhatatlan
- b. Kicsit sír, de hamar vigasztalódik
- c. Elszomorodik, de nem sír, könnyen vigasztalható
- d. Különösebben nem reagál a távozásomra, hamar elfoglalja/feltalálja magát
- e. Ellentmondásosan viselkedik (pl.: egyik pillanatban megölel, majd ellök magától)

15. Mi jellemző gyermekére, amikor bizonyos idő után újra találkoznak?

- a. Aktívan üdvözl, láthatóan nagyon örül
- b. Eltávolodik, szándékosan nem figyel, „sértődött”
- c. Zaklatottnak látszik, dühös, esetleg sír
- d. Ellentmondásosan viselkedik (pl.: egyik pillanatban megölel, majd ellök magától)

16. Van olyan tevékenység, amit a gyermek szívesebben végez az apával, mint az anyjával? Ha igen, mi(k) az(ok)? _____

A deviáns veszélyeztetettség és az anyai kötődés kapcsolata

Nász Barbara

Eszterházy Károly Főiskola, Neveléstudományi Doktori Iskola, PhD-hallgató

Kutatásom témája a szülőkhöz való kötődés anyai dimenziójának vizsgálata. Jelen tanulmány egy pilotkutatás eredményeit mutatja be. A kutatásban magas rizikófaktorú deviáns-veszélyeztetett, illetve nem veszélyeztetett fiatalok anyához való kötődésének erősségét vizsgáltam kérdőíves módszerrel.

A tanulmányban a deviáns-veszélyeztetettség kialakulásában felelős lehetséges rizikófaktorok, illetve a veszélyeztetettség megelőzésében hangsúlyos védőfaktorok, valamint a kötődés életkori sajátosságokra vonatkozó jellemzői mellett, a kötődés mint viselkedés és a kötődési variabilitás oksági háttere is bemutatásra kerül. A vizsgálat fókuszában alapvetően a deviáns-veszélyeztetettség és az anyához fűződő kapcsolat intenzitása közötti összefüggés feltárása áll.

Kulcsszavak: kötődés, anyához való kötődés, deviáns-veszélyeztetett fiatalok, rizikó- és védőfaktorok a deviáns-veszélyeztetettségben

Az alábbi tanulmányban egy pilotkutatás eredményei kerülnek bemutatásra, melynek célja a magas rizikófaktorú deviáns-veszélyeztetett és nem veszélyeztetett iskolás- és serdülőkorú fiatalok anyához való kötődésének vizsgálata volt. A kutatás során arra kerestem a választ, hogy van-e kapcsolat a deviáns-veszélyeztetettség és az anyához fűződő kapcsolat intenzitása között.

A kötődésvizsgálatokkal kapcsolatban két álláspont jellemző a kutatók körében: a kérdőívvel végzett feltárás, illetve az interjúmódszer. Az általam használt Inventory of Parent and Peer Attachment kérdőív középpontjában a kötődés erősségének mérése áll. A kutatás célja alapvetően a kötődés szorosságának vizsgálata volt, így az IPPA alkalmazása célszerűnek bizonyult. Az interjútechnikák segítségével a kötődés egyéb dimenziói, így maga a biztonságosság is könnyen feltárható, jelen kutatást illetően azonban a mintázatok feltárása irreleváns.

A deviáns viselkedés kialakulása – védőfaktorok és rizikófaktorok

A különböző társadalmak maguk építik föl értékrendszereiket, tehát saját maguk határozzák meg, hogy mi számít elfogadottnak az adott kultúrában. Vannak olyan magatartásformák, viselkedésminták, melyeket bizonyos társadalmak elfogadottnak találnak, míg mások már devianciának minősítenek. A globalizációnak és a nagyléptékű változásoknak köszönhetően a normarendszerek is állandó változásban vannak, így lehetséges, hogy egy adott korban és kultúrában deviánsnak minősített magatartásforma egy másik kultúrában és korban nem számít devianciának.

A normaszegő magatartás kialakulásában számos tényező játszik közre. A biológiai és a genetikai összetevők mellett a pszichikai tényezők is rizikófaktorok minősülnek, melyek előidézhetik a deviáns viselkedés kialakulását.

A pszichikai tényezőket illetően, kiemelkedő fontosságú a korai anya-gyermek kapcsolat sérülése. A gyermekkori szociális kötődés hatásai felnőttkorban is jelen vannak. A tolerancia, az empátiás készség, mások iránt érzett szolidaritás alapja lehet a megfelelő szociális kötődés, Bowlby szerint. A problémamegoldó képesség, valamint a

stresszkezelésben mutatott jártasság is összefüggésben van a korai anya-gyermek kapcsolat kiegyensúlyozottságával, s ezek a képességek csökkenthetik a felnőttkori pszichopatológiai jelenségek kialakulásának valószínűségét (Bowlby, 1980 idézi Pikó, 2011).

Oki tényezőként gyakran jelenik meg a gyerekkori szocializációs zavar. A deviáns viselkedések esetében gyakorta előfordul valamilyen kommunikációs deficit, így például az önkifejezés problémája vagy a társas kapcsolatteremtés zavara. Ezek a hiányosságok a szocializációs készségek fejlődési zavaraiából eredeztethetőek. Természetesen az egészségkárosító családszerkezeti és a nevelési tényezők szerepe is meghatározó. A deviáns magatartás családon belüli halmozódása elsősorban nem genetikai okokra vezethető vissza, hanem a mintakövetés, a hosszadalmas depriváció, illetve a kóros magatartási reakciók átvételére, ezt pedig szociogenetikus transzmisszióknak nevezzük (Pikó, 2011).

A deviancia kialakulásának oki hátterében tehát többféle indok is húzódhat. A különböző okok mellett azonban rendkívül fontos tényező az, hogy az adott viselkedést a környezet deviánsnak minősítse. Ehhez pedig szükséges a társadalmi és környezeti kontroll, az egyértelmű normák jelenléte, amihez képest eltérő az adott viselkedés.

A család szerepe kiemelkedően fontos a deviancia kialakulásában és megelőzésében, mert a család a társadalmi együttélés legkisebb egysége, az elsődleges szocializációs tér. A család által képviselt és közvetített értékek átörökítődnek a fiatalabb generációk tagjaira. A család optimális esetben egy érzelmi közösség, s ilyen formában védőhálóként van jelen az ember életében.

Ma Magyarországon a gyermekek közel egynegyede él abszolút szegénységben, s mivel a szegénység reprodukálódik, így a következő generációk is nagy valószínűséggel kényszerülnek hasonló helyzetbe (Eurostat, 2014). Ez a folyamat egyet jelent a tartós leszakadással, ami kiváló táptalajként szolgálhat az eltérő irányú szocializációnak, illetve a különböző devianciák kialakulásának. Természetesen a gyermek- és fiatalkorúak veszélyeztetettsége nemcsak a család anyagi körülményeire vezethető vissza, hanem más, a családban lévő különféle káros hatások jelenlétéből is fakadhat (Kisida, 1999). Ilyen káros hatások lehetnek a szülői deviancia különböző megnyilvánulási formái is.

Amennyiben a család valamilyen oknál fogva nem tölti be funkcióját, vagyis nem nyújt a gyermeknek humán értékeket, akkor a gyermek nem fogja fontosnak érezni a családi köteleket, s máshol fog kötődési pontokat keresni. Ilyen családon kívüli kötődési pontok lehetnek elsősorban a hasonló társadalmi helyzetű kortárs csoportok is (Kisida, 1999). Ezekben az esetekben a család tradicionális funkcióvesztése mellett a védőfaktor szerepe is megszűnik, s a mintakövetés következtében fennálló reprodukciós lehetőségek miatt inkább rizikófaktoroként jelenhet meg a gyermek életében.

A családon belül kiemelt fontosságú az anyához fűződő viszony, ennek feltárásához pedig a kötődés minőségének megismerése vihet közelebb, így elengedhetetlen kitérni a kötődés elméleti hátterének áttekintésére is.

Ragaszkodás, kötődés és az egyéni különbségek Bowlby szemüvegén keresztül

Az emberi faj egyedei koraszülöttként jönnek világra, létünk ekkor teljes mértékben anyánktól függ. A csecsemő és az anya vagy gondozó kapcsolata emberi sajátosság, amit egyfelől a lét biztosítása, másrészt a ráutaltság határoz meg. Egy idő után a gyermekben kialakul ennek a kapcsolatnak az érzelmi megfelelője is és az anyához való kapcsolat igénye biztonsági szükségletként jelentkezik. A csecsemőnek hosszú időn

keresztül az anyja az egyetlen és legfontosabb emberi kapcsolata, ezért ez a kapcsolat feltétele és első mintája az olyan kötődéseknek, amit felcserélhetetlennek élünk meg (*Mérei és V. Binét, 1970*).

Ezek a feltételek a gyermekben úgynevezett ragaszkodó magatartást aktiválnak. A ragaszkodó viselkedés velünk született viselkedésformák és reakciókészletek összessége, amely az anya közelségének megszerzésére irányul (*Bowlby, 2009*).

Különbséget kell tennünk azonban a ragaszkodó magatartás és a kötődés között. A ragaszkodás az aktív közelségkeresést jelenti és más-más célszemélyekre is irányulhat. A kötődés ezzel szemben egy sokkal mélyebb és szorosabb kapocs. Akkor beszélhetünk kötődésről, ha a ragaszkodó magatartás egy, a gyermek számára különösen fontos személy felé irányul, és ennek a személynek a közelségét keresi, illetve próbálja ezt a közelséget fenntartani, hogy biztonságban érezze saját magát (*Pulay, 2003*).

Bowlby egészen más aspektusból közelítette meg a szülő és a gyermek közötti kontaktust, mint korának gondolkodói. A freudi tanok létjogosultságát és alapjait, tehát tulajdonképpen az anya-gyermek kapcsolat analitikus természetét vonta kétségbe. Bowlby, elméletének alátámasztására, kidolgozott egy evolúciós-etológiai modellt, melyben ötvözte az etológia ösztöntanát, Piaget kognitív fejlődéseméletét, illetve az általános rendszerelméletet. Elméletének esszenciális pontja, hogy az anya és gyermeke közötti kötődés kialakulásában nem az éhség-drive redukció a kardinális elem, hanem az érzelmi biztonság, az odafigyelés és a támogatásnyújtás (*Bowlby, 2009*).

Freud elméletével ellentétben, Bowlby kötődésről alkotott elképzelései a következők: a kötődés önálló – a táplálkozástól teljes mértékben független – motivációs bázissal rendelkezik, ami a törzsféjlődés során a gyermek túlélésének biztosítására alakult ki (*Láng, 2012*).

Ha a gyermek és gondozója között biztos és kölcsönös érzelmi kapocs alakul ki, ez az állapot segítségként szolgál a gyermeknek fenntartani a biztonságérzetet az egyre gyakoribb és hosszabb elválási időszakokban is. Ez a szakasz addig fejlődik, míg a gyermek gondolkodásának szerves részévé válik a szimbolikus reprezentáció. Bowlby úgy gondolta, hogy a gyerekek szimbolikus képességének fejlődésével a szülő-gyermek kötődés belső munkamodellé, a gondozókkal és másokkal folytatott interakciók mentális normájává válik (*Cole, 2006*).

A kötődés egy olyan fontos érzelmi kapcsolatot, amely hosszú távú és bizonyos személyhez köthető. Ennek hatására a kötődő egyén keresi az adott személlyel való közelséget és feszültséget él át távollétében, illetve biztonságot jelenlétében. A biztonság elért élménye vagy annak hiánya a gondozóval való újabb találkozásakor fogja meghatározni a biztos és a bizonytalan kötődési típusokat.

Fontos tisztázni továbbá, hogy a kötődés és a kötődési viselkedés nem egy és ugyanaz. Egy nyugodt, elégedett gyermek nem feltétlenül produkálja a kötődéses viselkedést, annak ellenére, hogy kötődik gondozójához, mert a kötődési viselkedésrendszer nem lépett működésbe, elképzelhető, hogy éppen a gondozó megnyugtató jelenlétének következtében. Minden helyzetben változhat, hogy milyen mértékű stresszkeltő inger szükséges a kötődési viselkedésrendszer aktiválásához (*F. Lassú, 2011*).

A kötődés két nagy csoportba sorolható minősége alapján: megkülönböztetünk biztos és bizonytalan kötődési mintázatokat. A két különböző típust elsőként Mary Ainsworth, Bowlby egyik munkatársa tárta föl. Az idegen helyzetnek nevezett kísérlet során a csecsemők anyjuk távozására és visszatérésére adott reakcióit vizsgálták (*Atkinson, 2005*).

Az idegen helyzetben produkált viselkedés alapján Ainsworth az alábbi kötődési kategóriákat különböztette meg: biztonságos kötődés és kétfajta bizonytalan kötődés

– a szorongó/elkerülő és a szorongó/ambivalens, illetve a zavarodott vagy dezorganizált kötődés, melyek az alábbi jellemzőkkel bírnak:

Biztonságos kötődés. A biztonságosan kötődő gyerekek nem kifejezetten mutatnak kötődési viselkedést, míg biztonságban érzik magukat. Amikor gondozójuk elhagyja a szobát láthatóan nyugtalanok lesznek, szorongani kezdenek, és az idegen nem tudja őket megnyugtatni. A visszatéréskor azonban keresik anyjuk közelségét, könnyen megnyugszanak és visszatérnek a játékhoz (Cole, 2006).

A bizonytalanul kötődő gyerekeket éppen ellentétes érzelmek jellemzik. Az ő esetükben a gondozó válaszkészsége nem volt állandó, így nem alakult ki bennük a bizalom és a biztonságérzet. A gyerek folyamatosan szorong a gondozó elérhetősége miatt, attól fél, hogy el fogja őt hagyni, nem fog ráfigyelni, mikor szüksége lenne rá. A bizonytalanul kötődésnek két nagy csoportja van: a bizonytalan elkerülő és a bizonytalan ellenálló (F. Lassú, 2011).

Szorongó/elkerülő kötődés: A bizonytalan elkerülő gyerekek általában nyugodtan játszanak gondozójuk jelenlétében. Az elválás nem nyugtalanítja őket, ha mégis előfordul ilyesmi az idegenek hatékonyan meg tudják őket nyugtatni. Amikor a gondozó visszatér, a gyerekek közönyt mutatnak, gyakran elfordulnak, elnéznek, egyáltalán nem keresik közelségét (Cole, 2006).

Szorongó/ambivalens kötődés: Ezek a gyerekek már az idegen helyzet kezdetén problematikusán viselkednek. Szorosan a gondozójuk mellett vannak, ennek ellenére ekkor is szorongani látszanak. A távozáskor nagyon feldúltak, de a visszatérés sem tudja őket megnyugtatni. Újra meg újra érintkezést keresnek gondozójukkal, de ellenállnak, mikor az meg akarja őket vigasztalni. A bizonytalan ellenálló gyerekek nem térnek vissza a játékhoz, hanem inkább aggodalmasan figyelik gondozójukat (Cole, 2006).

Zavarodott vagy dezorganizált kötődés: Ebbe a kategóriába tartozó gyerekek zavartnak tűnnek az idegen helyzetben. Nem képesek rendezett módon kezelni a feszültséget. Egyesek hangos sírásba kezdenek, majd megpróbálnak felmászni a gondozójuk ölébe, mások a gondozó felé indulnak, de közben nem néznek rá. Egyes esetekben ezek a gyerekek kábult állapotba kerülhetnek, és nem mozdulnak meg anyjuk jelenlétében (Main és Solomon 1990; Main és Hesse 1990).

A kötődési variabilitás oksági háttere

A kötődés okának vizsgálatakor elsőként a proximális faktorokat igyekeztek feltárni. Négy nagy pólust különböztetnek meg, amelyek együttesen határozzák meg a csecsemő kötődési minőségét. A négy szegmens a következő: a szülői viselkedés, a gyermek jellemzői, a család befolyása, illetve a kulturális hatások (Cole, 2006).

A család dominanciájáról már korábban is szó esett a deviancia reprodukciója kapcsán. A kötődési különbségek kialakulásában is kardinális szerepe van mind a szülők viselkedésének, mind a családnak.

A szülői viselkedést, konkrétan a gondozói szenzitivitást, rendkívül meghatározó faktornak találta Ainsworth és Bell a biztonságos kötődés kialakulásában. Vizsgálataik azt támasztják alá, hogy a gondozó gyors és finom válaszkészsége, illetve alapvetően a gyermek igényeire történő reagálás különösen fontos a biztonságos kötődés eléréséhez (Atkinson, 2011).

A gyermek legfontosabb jellemzője, a kötődés perspektívájából közelítve, a temperamentuma. A szülő és a gyermek közötti interakció összhangja mindkét félen múlik. A csecsemőnek anyai válaszkészségre van szüksége a fejlődéshez, az anyának pedig fogékony csecsemőre, hogy gondozói feladatait tökéletesen elláthassa (Cole, 2006).

A temperamentum egy velünk született tulajdonság, amihez alkalmazkodni lehet, azonban megváltoztatni különösen nehéz. A temperamentum aspektusából két csoportot különböztetünk meg: könnyű csecsemők és nehéz csecsemők.

A könnyű csecsemők pozitív visszacsatolást jelentenek a gondozónak abból a szempontból, hogy jól végzik gondozói feladataikat. A nehéz csecsemők ellenben negatív visszajelzést jelentenek. A gondozó csalódott, szorongó lehet, amiért – a csecsemő visszajelzései alapján – megfogalmazódik benne, hogy nem tudja ellátni gondozói feladatait (*Pulay, 2003*).

A család szerepe sem hanyagolható el a kötődés minőségét meghatározó tényezők sorában. Az alacsony társadalmi-gazdasági helyzet feszültségkeltő hatást válthat ki a szülőknél, ezzel csökkentve a biztonságos kötődés valószínűségét. Fontos tényezőként számon tartani a családi viszályokat. Azoknak a pároknak a gyermekei, akik problémákkal küzdenek, nagyobb valószínűséggel lesznek bizonytalanul kötődőek. A családi gondok csökkenthetik a szülői érzékenységet, másfelől pedig, ha a gyerek tanúja a házastársak közötti állandó és folyamatos torzskodásnak, számára a szülők nem lesznek a kényelem és a biztonság forrásai (*Cole, 2006*).

A gyerekek és gondozók közötti kötődési mintázatokat az adott kultúrára jellemző sajátosságok is meghatározhatják. Nagyon kevés biztonságosan kötődő gyermeket figyeltek meg például az északnémet területeken. A vizsgálat végén kiderült, hogy a német szülők olyan kulturális értékeket képviselnek, amelyek viszonylag nagy távolságtartást követelnek meg a személyek között. Úgy gondolják, hogy a csecsemőket le kell szoktatni a testi érintésről, mihelyst maguk is képesek a közlekedésre (*Cole, 2006*).

Bereczkei Tamás munkatársaival magyarországi roma és nem roma gyerekeket vizsgált, s azt a konklúziót sikerült kutatásukból levonni, hogy a roma gyerekek között több a szorongó-ambivalens kötődési típus, mint a nem roma gyerekek körében. A jelenség hátterében a cigányság társadalmi és gazdasági jellemzői és családi életük sajátosságait sejtik. A romák általában folyton változó, bizonytalan, előre kiszámíthatatlan életkörülmények között élnek, s ennek következtében a mindennapjaik is épp ilyen változóak. A kutatók azt feltételezik, hogy emiatt, illetve a magas gyermekhalandóság miatt a roma anyák, kevesebbet investálnak gyermekeikbe, ennek hatására nagyobb arányban válnak szorongóvá, bizonytalanná a kötődésükben a gyerekek. Folyton az anya hangulat-ingadozásait kell figyelniük, s mivel ő gyakran nem elérhető érzelmileg, ezért a gyerekek erőfeszítésük növelésével még szorosabb kötődést igyekeznek kialakítani, így alakul ki a szorongó-ambivalens kötődési típus. Ezeknek az adatoknak az arányai azonban korántsem olyan mértékűek, hogy följosítsanak arra, hogy bármiféle egységes roma nevelési stílusról tehessek megállapítást (Bereczkei, 2001 idézi *F. Lassú, 2011*).

Nincs még közös megegyezés azzal kapcsolatban, hogy mennyire fontosak és mérvadóak a kötődési minták, különféle kultúrákat jellemző elosztásban. Egyesek szerint jelentős különbségeket tükröznek, míg mások úgy gondolják, hogy a kulturális téren tapasztalt különbségek téves következtetésre adnak okot és elterelik a vizsgálat figyelmét arról, hogy az érzelmi kötelék igazi természetére lehessen következtetni. A jelenlegi kutatások egyértelműen rámutatnak az idegen helyzetben produkált kulturális különbségekre, ezek pszichológiai jelentősége azonban a mai napig még bizonytalan (*Cole, 2006*).

Kötődés iskolás- és serdülőkorban

A vizsgálatban résztvevő gyerekek iskolás- és serdülőkorúak, így elengedhetetlen áttekinteni a kötődésnek erre az életkori szakaszra jellemző motívumait.

A hetedik életévben a társkapcsolatok fejlődésében jelentős fordulat áll be. A kötődések tendenciája megváltozik. A társas érdeklődés a felnőttekről a kortársakra

tevédik át fokozatosan. Ezt a változást átpartolásnak nevezzük. Az átpartolásnak mint folyamatnak az a lényege, hogy a kétféle kapcsolat – gyermek-felnőtt, illetve gyermek-gyermek – indulati szintkülönbsége között kezdetét veszi a kiegyenlítődés. Az egyiknek csökken, míg a másiknak megnövekszik az érzelmi hőfoka. Megnövekszik a kortársakkal történő időtöltés igénye (Mérei és V. Binét, 1970).

A kortárskapcsolatok prioritása iskoláskorban kezdődik meg és serdülőkorban éri el tetőpontját. Ekkor központi szerepet kap a serdülő gyermek számára a szülőről való érzelmi leválás is, ami előkészíti a fizikai leválást is (Bíró, 2011).

A prepubertás és pubertás korra alapvetően jellemző az autonómia igénye, az identitás keresése. A kortárs kapcsolatok jelentősége felértékelődik ebben a korban, míg a szülővel való kapcsolat jelentéktelenebbé válik, gyakran akár terhes is lehet.

Az empirikus vizsgálat jellemzői

Célok és hipotézisek

A kutatás célja a magas rizikófaktorú deviáns-veszélyeztetett, illetve a nem veszélyeztetett fiatalok anyai kötődésének erőssége közötti azonosságok, illetve különbségek feltárása volt. A kutatást megelőzően az alábbi két kardinális hipotézis fogalmazódott meg a témával kapcsolatban.

1. A vizsgálati csoport és a kontrollcsoport között jelentős eltérés mutatható ki a deviáns-veszélyeztetettség szempontjából.
2. A vizsgálati csoport, illetve a kontrollcsoport anyai kötődési erőssége között lényeges eltérés mutatható ki.

A kutatási minta bemutatása

A vizsgálati csoport tagjai összesen 54-en vannak, ebből 32 fiú és 22 lány. A legidősebb tanulók – a kérdőív kitöltésekor – 15 évesek, összesen négyen vannak. A legfiatalabban 11 évesek, összesen három ilyen tanuló van. Az édesanya iskolai végzettségét tekintve a vizsgálati csoportban résztvevő 54 gyerek közül, 53 tanuló édesanyjának legmagasabb végzettsége, legfeljebb 8 általános. Egy tanuló esetében az anya legmagasabb iskolai végzettsége középfokú szakképzettség.

A kontrollcsoportban résztvevő tanulók összesen 40-en vannak, ebből 15 fiú és 25 lány. A legidősebbek, a kérdőív kitöltésekor, 14 évesek, ők tizenketten vannak. A legfiatalabb tanuló 12 éves. 6 tanulónál az édesanya legmagasabb iskolai végzettsége az érettségi, míg 16 tanuló esetében a főiskolai diploma, szintén 16 tanuló esetében pedig egyetemi diploma. Az adott kérdéskörben két hiányzó adat van.

Nem	Kontrollcsoport	Vizsgálati csoport	Összesen
Fiú	15	32	47
Lány	25	22	47
Összesen	40	54	94

1. táblázat: A kutatásban részt vevők száma nemek szerinti bontásban

A kutatás módszere

A kutatást kérdőíves módszerrel végeztem, két kérdőívet használtam föl. Az első, az eredetileg Popper, Hegedűs, Feuer, Lajti és Glauber (1988) által létrehozott deviáns-veszélyeztetettség prognosztikai skálájának Szító Imre (1991) által módosított változata.

Az anyai kötődés feltárásához az *Armsden és Greenberg* (1987) által kidolgozott Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) önbeszámoló kérdőívet alkalmaztam.

A kérdőívek jellegzetességeiből adódóan a kapott eredmények kvantitatívak, vagyis számszerűsíthetőek, tehát lehetőséget kínálnak az adatok statisztikai elemzésére.

Az IPPA esetében Likert típusú skálán volt lehetőségük a kitöltőknek az itemek megválaszolására, az öt választó kategória helyett azonban négy választó kategóriát alkalmaztam, a „szinte soha nem igaz” és a „szinte mindig igaz” közti tartományokból kellett a válaszadóknak számokat megjelölniük egytől négyig. A páros számú kategória használatával a semleges fokozat elkerülése volt a célom.

A kutatást egy-egy adott intézmény felső tagozatos tanulóin végeztem el, a kiválasztás tehát leginkább önkényes mintavételnek tekinthető, ezért a teljes sokaságra nézve a vizsgálati eredmények nem reprezentatívak.

Eszközök bemutatása

A prognosztikai skála bemutatása

A deviáns veszélyeztetettség feltárására a *Szitó Imre* (1991) által módosított prognosztikai skálát használtam. A prognosztikai skála egy igen komplex mérőeszköz. Négy nagy faktort különböztet meg, melyek a háttér- és közvetlen faktorok, a megfigyelhető személyiségvonások, illetve a predeviáns tünetek. A faktorok különböző alfaktorokra bonthatóak, melyek további itemekre tagolódnak, az itemekhez pedig különböző nyerspontértékek járulnak. A végleges pontértékek megállapítása alapján a prognózis hat kategória valamelyike lehet, mely kategóriák az alábbiak: „iskolai beavatkozást igénylő veszélyeztetettség”, „szakvizsgálat indokolt”, „deviáns tendenciák”, „deviáns veszélyeztetettség”, „súlyos deviáns veszélyeztetettség”, illetve a „nem igényel beavatkozást” mint hatodik kategória.

Az Inventory of Parent and Peer Attachment kérdőív bemutatása

A kérdőív eredetileg három területet mér föl: az anyához, az apához, illetve a barátokhoz fűződő viszonyt. Jelen esetben az édesanyával kapcsolatos viszony áll a mérés középpontjában.

A kérdőív eredetileg ötfokú Likert-skálát használ, a „szinte soha nem igaz” és a „szinte mindig igaz” választó kategóriákkal.

A teszt alapvetően a serdülők kötődésének három aspektusát méri. A bizalom a kölcsönös megértés fokát méri, pl.: „*Anyukám elfogad engem olyannak, amilyen vagyok.*” A kommunikáció faktor a szóbeli kommunikáció minőségét és mértékét határozza meg, pl.: „*Meg tudom beszélni anyukámmal, ha valami feldühít.*” Míg végül az elidegenedés mint kérdéskör a harag érzéseit és az interperszonális elidegenedést méri, pl.: „*Anyukám nem érti, hogy min megyek keresztül mostanában.*” A kötődés a fent említett három alskálából épül föl: a bizalom és a kommunikáció pontszámaihoz az elidegenedés fordított pontjait adva kapjuk meg a kötődés mértékét. Minél magasabb értéket kapunk, a kötődés annál biztonságosabbnak tekinthető. Az elidegenedés faktor negatívan korrelál a bizalom és a kommunikáció faktoral, így az elidegenedésre adott magas pontszám a bizonytalan kötődésre enged következtetni. A kérdőív biztonságérzet alapján végzi a besorolást, ezért viszonylag egyszerűen határozható meg a gyermek kötődése biztonságos-e vagy sem (*Bíró*, 2011). A vizsgálat alapvető célja azonban nem a biztonságosság perspektívájából vizsgálni az anyához való kötődést, hanem a kapcsolat erősségének feltárása.

A kutatás menete

A vizsgálat 2014 novemberétől 2015 januárjáig tartott. A vizsgálati csoport tagjai egy dél-hevesi kistelepülés általános iskolájának felső tagozatos tanulói. A település része Heves megye leghátrányosabb régiójának. A falu lakóinak száma 1526 fő. A gyermekkorúak aránya igen magas, a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 444 a 0-17 évesek száma a faluban. A munkanélküliek, illetve az inaktív keresők száma a községben megközelíti az 50 százalékot (KSH, 2014).

Az iskola, ahol a vizsgálat zajlott, egy állami fenntartású intézmény, ahová közel 120 gyermek jár. (A településen az állami iskolán kívül található még egy egyház által működtetett általános iskola is.) A tanulók kivétel nélkül hátrányos helyzetűek, de igen magas a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek aránya is.

A kontrollcsoport tagjai ezzel szemben nem faluban élők, hanem városi diákok voltak. A megyeszékhely egyik neves általános iskolájának, találmra kiválasztott felsős tanulói vettek részt a vizsgálatban.

A kitöltött kérdőívek adatait táblázatba rendeztem és az IBM SPSS Statistics 22 program segítségével elemeztem az értékeket.

A vizsgálat eredményei

Különbségek a deviáns veszélyeztetettség tükrében

Azt feltételeztem, hogy a két csoport között nagyarányú eltérés mutatható ki a deviáns-veszélyeztetettséget illetően.

A hipotézisemet egyfelől saját tapasztalataimra alapoztam, másrészt pedig fölvettem a kapcsolatot a helyi szociális és gyermekjóléti intézménnyel, akikhez a vizsgálati csoport tagjai hivatalosan tartoznak. A jelzőrendszer által küldött jelzések száma nagyon magas volt a 2014-es évben is. A legtöbb jelzés a közoktatási intézményből érkezett, de a rendőrség, az egészségügyi szolgáltató, illetve az önkormányzat, jegyző és a gyámhivatal részéről is igen nagy számban érkezett bejelentés a szakszolgáltatáshoz.

Továbbá a hipotézisem kialakításához nagymértékben hozzájárult a vizsgálati csoport településén kialakult helyi sajátosságok fölfedezése, családi tradíciókkal, életkörülményekkel való megismerkedés. A deviancia *Andorka és Harcsa* (1990) szerinti értelmezését alapul véve a településen igen magas a deviáns csoportok száma. A családsegítő szakemberek elmondása szerint rendkívül gyakori a bűnözés, – leginkább lopás, rablás jellemző – illetve magas az alkoholisták aránya is, korra és nemre való tekintet nélkül. A mentális sérülékenység a gyermeket nevelő szülők körében, a helyi családsegítő szakemberek visszajelzései alapján, magas arányban van jelen. Mivel a devianciát szocio-genetikus transzmisszióként értelmezzük, ezért is feltételeztem, hogy a főnt részletesen bemutatott szülői minta hatással van a gyermek viselkedésére, illetve konkrétan növeli a veszélyeztetettségi esélyeit.

A deviáns veszélyeztetettség prognosztikai skáláját az osztályfőnökök segítségével készítettem el. Mivel a skála kérdéseinek túlnyomó többsége tényeken, nem tapasztalatokon alapszik, pl.: „Egyik szülő börtönben”, „Újraházasodás”, „Évismétlő, túlkoros”, így az osztályfőnök mint legilletékesebb pedagógus válaszai, hiteles adatnak tekinthetők. Az eredmények a 2. táblázatban láthatóak.

Kategória	Kontrollcsoport	Vizsgálati csoport	Összesen
Nem igényel beavatkozást	40	1	41
Iskolai beavatkozást igénylő	0	22	22
Szakvizsgálat indokolt	0	19	19
Deviáns tendenciák	0	8	8
Deviáns veszélyeztetettség	0	4	4
Súlyos deviáns veszélyeztetettség	0	0	0
Hiányzó adat	0	0	0
Összesen	40	54	94

2. táblázat: A kutatásban részt vevők eloszlása deviáns veszélyeztetettség alapján

A kontrollcsoportban résztvevő tanulók közül egyetlen gyermek sem igényel semmilyen jellegű beavatkozást.

A vizsgálati csoportot illetően a helyzet egy kicsit differenciáltabb. Itt, az 54 tanuló közül egyetlen van, aki nem igényel beavatkozást, tehát minimális mértékben sem tekinthető deviáns-veszélyeztetettnek.

A legtöbb tanuló a második veszélyeztetettségi faktorba került, tehát iskolai beavatkozást igényelnek. A tanulók jelentős hányadánál szakvizsgálat indokolt, de igen magas a deviáns tendenciákat mutatók száma is. A súlyos deviáns veszélyeztetettség kategóriába nem került senki a vizsgálati csoport gyermekei közül, a deviáns veszélyeztetettség faktorba azonban négy tanuló is.

Ahogy már fentebb említettem, az osztályfőnökökkel készített interjúk alapján sikerült a prognosztikai skála értékeit megállapítani. A kérdőív alapvetően nem önbevalláson alapszik, hanem a pedagógus a tények és tapasztalatok alapján nyilatkozik a tanulókról. Így a gyerekeknek nem kellett jelen lenniük ahhoz, hogy a prognosztikai skála hiánytalanul elkészüljön mindenkiről. Ennek köszönhetően a tesztet minden gyerekről fölvettem, így a prognosztikai skálát illetően nem beszélhetünk hiányzó tanulókról. A másik kérdőív kitöltésénél azonban több tanuló sem volt jelen. Az adatok elemzésénél így egy újabb ismérv alapján lehet csoportosítani a kitöltőket „hiányzó” és „nem hiányzó” csoportra. Az adott ismérv alapján jelentős különbség mutatkozik a vizsgálati csoport tagjainál.

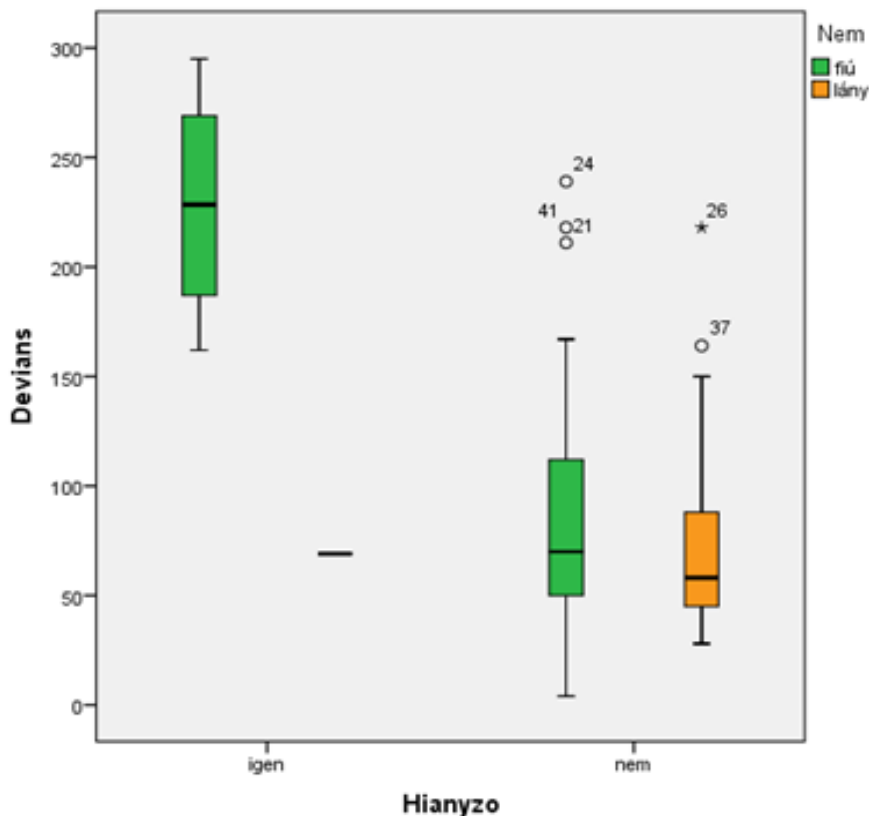
	Hiányzó	Nem hiányzó	Fiú	Lány	Összesen
Előfordulás	7	47	32	22	54
Átlag	205,57	83,79	115,16	76,91	99,57
Szórás	76,67	56,81	81,05	49,46	71,91
Minimum	69	4	4	28	4
Maximum	295	239	295	218	295

3. táblázat: Deviáns-veszélyeztetettségi pontszámok hiányzás és nemek szerinti bontásban a vizsgálati csoportban

Az 3. táblázatból láthatjuk, hogy a nem hiányzó tanulók átlagos pontszáma 84, míg a hiányzóké ennek több mint a duplája, 206 pont. A hiányzó tanulók értékei nagyobb mértékben szóródnak, mint a nem hiányzóké.

A fiúk értékeinek szórása nagyobb, mint a lányoké, tehát a fiúkkal kapcsolatos eredmények nagyobb változatosságot mutatnak.

A hiányzás és nem hiányzás mellett a fiúk és a lányok válaszainak különbözőségét is szemlélteti az alábbi boxplot ábra (1. ábra).



1. ábra: Devians-veszélyeztetettségi pontszámok eloszlása hiányzás és nemek szerint a vizsgálati csoportban (IBM SPSS Statistics 22)

A nem hiányzó fiúknál igen magas értékű és viszonylag sok a kiugró esetek száma, mely pontértékek mind a harmadik és negyedik veszélyeztetettségi kategóriába tartoznak. A lányok esetében (nem hiányzók) egy kiugró értékről és egy extrém értékről beszélhetünk. A nem hiányzó lányok és a nem hiányzó fiúk pontértékeinek mediánja közel azonos.

Alapvetően a hiányzó fiúk magas rizikófaktorúak a devians veszélyeztetettség szempontjából. Az eredmény azért sem meglepő, mert a prognosztikai skála *közvetlen faktorok* csoportjában szerepel a *rendszeresen igazolatlanul hiányzik* item, amely a hiányzó fiúk esetében a kitöltött teszt alapján is releváns, illetve az utolsó faktor a *predeviáns* tünetek egyik iteme az *aluljárókban, tereken, bevásárlóközpontokban lödörgés*, amely szintén releváns a hiányzó fiú tanulóknál. Az iskolából való notórius, napokig akár hetekig való hiányzás tehát, a deviancia egyik megjelenési formája az iskolai normák dimenziójában.

A devians veszélyeztetettséget mérő prognosztikai skála adatait összesítve azt állapíthatjuk meg, hogy a vizsgálati csoportban a hiányzó fiúk érték el a legmagasabb értéket, maguk mögé utasítva ezzel – sorrendben – a nem hiányzó fiúkat, a nem hiányzó lányokat és a hiányzó lányt.

A táblázatok és ábrák adatainak összegzése után, a vizsgálati csoportot illetően azt a konzekvenciát szűrhetjük le, hogy a fiúk pontértékei magasabbak a devians veszélyeztetettséget mérő prognosztikai skálán, mint a lányok eredményei. Tehát a fiúk – deviancia szempontjából – veszélyeztetettebbek a lányoknál. Más empirikus kutatások eredményei is bizonyítják ezt a megfigyelést, hogy a férfiak esetében gyakoribb a devians viselkedésforma megjelenése. Többek között az alkoholfogyasztást mint devi-

áns viselkedésformát illetően, a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján, 2013-ban háromszor annyi regisztrált alkoholista volt a férfiak körében Magyarországon, mint a nőknél (KSH, 2013).

A prognosztikai skála kiértékelése után elmondhatom, hogy a vizsgálati csoportban résztvevő gyerekek 98 százaléka a deviáns-veszélyeztetett kategóriába tartozik, s ebből kifolyólag valamilyen beavatkozást igényel.

A kontrollcsoportot illetően az osztályfőnöki interjúk során az derült ki, hogy a tanulók jelentős többségére egyáltalán nem jellemzőek a prognosztikai skála faktorai és itemei. Így a kontrollcsoport nagy hányada mindössze nulla pontot ért el a skálán. Voltak természetesen, akik szereztek pontot. A legtöbbet a közvetlen faktorok csoportból gyűjtötték a tanulók, illetve a háttérfaktorok kategóriában is volt néhány jellemző item, mint például a válás vagy a túlvédő, túlféltő vagy a túlkövetelő család. Amit azonban fontos leszögezni, hogy a kontrollcsoport tagjai közül egyetlen gyermek sem érte el a 15 pontot, tehát tulajdonképpen senki nem szorul semmilyen jellegű beavatkozásra, vagyis senki sem mutat minimális mértékű deviáns-veszélyeztetettséget sem. A két csoport közötti különbség tehát jelentős, a vizsgálati csoport tagjai nagyobb arányban mutatnak deviáns-veszélyeztetettségre utaló jeleket, mint a kontrollcsoport tagjai, a hipotézisem tehát elfogadottnak tekinthető.

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagynunk a kultúrák közötti alapvető különbségek tényét, és azt sem, hogy szabályrendszereiket is a különféle csoportok saját maguk határozzák meg. Azon a településen, ahol a vizsgálati csoport tagjai élnek, a lakosság jelentős hányada azonos értékek szerint él, melyet igyekeznek átörökíteni gyermekeikre is. Ezek a szabályok, értékek ugyan különböznek a mai általános, európai társadalmi normáktól, ám abban a mikroközösségekben pont az minősül kívülállónak, aki nem igazodik ehhez az életvitelhez, ezekhez a normákhoz. Tehát, hogy mennyire számít deviáns viselkedésnek egy adott közösségben az alkohol- vagy drogfogyasztás? Amennyire az adott közeg ezt normaszegésnek minősíti. Az adott településen a gyerekek iskolában tanúsított viselkedését sem a szülő, sem a gyermek nem érzi a normától való eltérésnek. A pedagógus az, aki ezt devianciának stigmázza. Abban az adott közegben a gyermeknek akkor magasabbak az esélyei, – minden tekintetben – ha követi a sztenderd viselkedést, életvitelt. Amennyiben szeretne kitörni az adott közegből, úgy nyilván az új, más csoportokra jellemző szabályokat is adaptálnia kell.

Tehát a két csoport között valóban különbség van. Ha a vizsgálati csoport egyik tagját illesztjük be a kontrollcsoportba, akkor valószínűleg deviánsnak számítana, ám ha a kontrollcsoport egyik tagját helyeznénk a vizsgálati csoportba, úgy, – a deviancia fenti értelmezése alapján – valószínűleg ő is deviánsnak számítana, hiszen a vizsgálati csoport által meghatározott normától eltérő viselkedés jellemzi.

Összességében az a konzekvencia szűrhető le, hogy a társadalom által meghatározott normák aspektusából valóban deviáns-veszélyeztetett a vizsgálati csoport gyerekeinek jelentős hányada, azonban a saját közegükben nem minősülnének ekkora számban és mértékben eltérőnek, tehát deviánsnak.

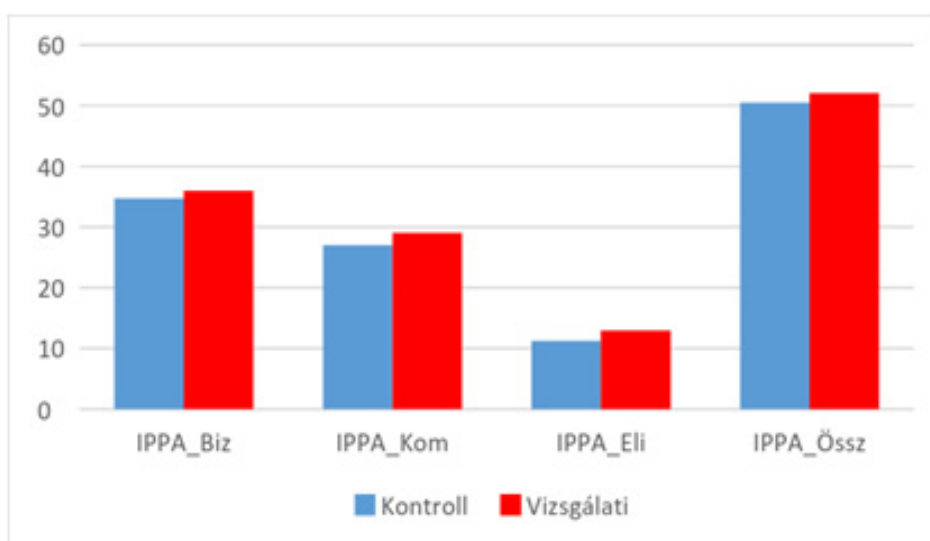
Az anyához való kötődés

Azt feltételeztem, hogy a két csoport anyai kötődési erőssége között jelentős eltérés mutatható ki.

Alapvetően azt gondoltam, hogy a deviáns-veszélyeztetett gyerekek kevésbé szoros kötődést fognak mutatni az édesanyjuk irányába, mint a nem veszélyeztetettek. A hipotézisemet az ártalmas környezeti tényezők halmozódására alapoztam. Egy-egy környezeti tényező negatív hatással ritkán van a kötődésre, a halmozódása

azonban már negatívan hat a kapcsolatokra. Magas rizikójú csoportok esetében találtak kapcsolatot a környezet és kötődés között (Kósáné és Mirnics, 2007 idézi Bíró, 2011). A biztonságos kötődés kialakulását sok összetevő befolyásolja. A környezeti tényezők közül a demográfiai tényezők, a jövedelem, a testvérek száma, az iskolázottság, szülők mentális sérülékenysége, a szenvedélybetegségek és a transzgenerációs hatások (Bíró, 2011).

A vizsgálati csoport tagjainak esetében általánosságban rendkívül magas testvérszámról, – nem ritka a 10–12 testvér sem – kiugróan alacsony jövedelemről, igen alacsony iskolázottságról – a megszokott a nyolc általános vagy annál alacsonyabb végzettség – és a szenvedélybetegség – gyakran nemcsak az alkohol, hanem a márnapság rendkívül divatos olcsó, dizájnerdrogok használata – jelenlétéről van szó. Ezek a faktorok együttes jelenléte már halmozódásnak minősül, ami megalapozta a feltételezésemet.



2. ábra: IPPA-pontszámok átlaga csoportonként, faktoronkénti bontásban (IBM SPSS Statistics 22)

Ahogy az ábrán látható (2. ábra), az összes kérdésre adott pontszámok átlaga a vizsgálati csoportnál 52,09 míg a kontrollcsoportnál 50,48. A mintaátlagok összehasonlításához kétmintás t-próbát alkalmaztam. 95%-os szignifikanciaszinten a t-eloszlás küszöbértéke 85-ös szabadságfok mellett 1,99. A t-próba értéke a teljes IPPA-esetében 0,68, tehát 95%-os megbízhatósági szinten az átlagok eltérése nem bizonyított ($t_{\text{számított}} < t_{\text{student}}$).

Az összesített pontértékek szórásánál viszont jelentős különbség mutatható ki. A vizsgálati csoport adott pontszámainak szórása 8, a kontrollcsoportnál a szórás értéke viszont 14, majdnem a duplája a vizsgálati csoporténak. Ezt az eltérést a Varianciaanalízisben használt F-próbával hitelesítettem. A teszt alapján tehát a teljes IPPA-nál mutatózó szórásbeli különbség szignifikáns eltérést mutat.

Az eredmények megvitatása

Az *Inventory of Parent and Peer Attachment* kérdőív elemzése után azt állapíthatjuk meg, hogy a két csoport válaszai alapján létrejött eredmények között nem mutatható ki jelentős különbség. Vannak faktorok, melyek nagyobb eltérést mutatnak, illetve a szórást, a válaszok tartományát illetően is találhatunk eltéréseket, de összességében

nem szignifikáns különbségekről van szó. Egyéni eltérések nyilván megjelennek, de az összesített eredményt nem befolyásolják olyan jelentős mértékben, hogy egyértelmű különbséget lehetne tenni a kontroll és vizsgálati csoport között.

Az, hogy a környezeti faktorok ilyen nagymértékű halmozódása ellenére is ilyen eredmények jöjjenek létre, elgondolkodtató.

Egyfelől megközelíthető abból az aspektusból, amit *Bowlby* hangsúlyozott, miszerint a ragaszkodó magatartásformák nem külső megerősítők hatására jönnek létre, hanem belsőleg motiváltak, ami azt jelenti, hogy a gyerekek akkor is kötődhetnek a gondozóhoz, ha az nem elégíti ki igényeiket. A gyerekek képesek bántalmazó szülőhöz is kötődni, ez arra szolgál bizonyítékkul, hogy a ragaszkodó magatartásrendszert nemcsak a pozitív tapasztalatok formálják (*F. Lassú, 2011*).

A teszt differenciálatlansága miatt nincs lehetőség arra, hogy különbséget tegyek az értékelés folyamán a valódi és a vágyott kapcsolat között. A gyerekek válaszai alapján az is elképzelhető opciónak tűnik, hogy egy olyan kapcsolatrendszert jelenítettek meg, amire vágnak, amit szeretnének, amit optimálisnak tartanak, miközben a valóságban megtapasztalt kapcsolatrendszerük ettől eltérő.

A kutatás alapvető hipotézise tehát az volt, hogy a deviáns-veszélyeztetett és a nem veszélyeztetett fiatalok anyai kötődésük erősségének függvényében eltérést mutatnak. A kérdőívek eredményeit elemezve azonban ez a feltételezés nem bizonyítható, hiszen a két csoport között nem mutatható ki releváns különbség az adott kérdést illetően. Tehát a felvetés, hogy a deviáns veszélyeztetettség hatással lehet-e az anyához való kötődés erősségére, az adott válaszok alapján nem igazolható.

A vizsgálat továbbfejleszthető és az eredmények pontosíthatóak, amennyiben a prognosztikai skála környezeti faktorokra, illetve a megfigyelhető személyiségvonásokra fókuszáló kérdésköreinél másodvélemény is felvételre kerül. A védőnő, illetve a gyermekorvos válaszai olyan részleteket is föltárhatnak, ami alapján pontosabb kép kapható a gyerekek veszélyeztetettségét illetően. A kutatás a kötődés aspektusából is kiterjeszthető. Az erősségméréshez használt kérdőív helyett az interjú technika alkalmazása adhat egzaktabb képet a válaszadók kötődésminőségét illetően.

Irodalom

- Andorka Rudolf és Harcsa István (1990): *Deviáns viselkedés*. In: Andorka Rudolf, Kolosi Tamás és Vukovich György (szerk.) *Társadalmi riport*. TÁRKI, Budapest, 217–227.
- Atkinson, R. C. és Hilgard, E. (2006): *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Armsden, G. C. és Greenberg, M. T. (1987): The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well Being in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, **16**. 427–454.
- Bíró Violetta (2010): *Magas rizikófaktorú serdülők kötődésének és coping mechanizmusainak összefüggései internalizációs és externalizációs problémáival*. Doktori (PH.D.) értekezés, Pécs. URL: http://pszichologia.pte.hu/sites/pszichologia.pte.hu/files/files/files/dok/disszert/d-2011-biro_violetta.pdf (letöltve: 2015.04.11. 12:23)
- Bowlby, J (2009): *A biztos bázis*. Animula Kiadó, Budapest.
- Cole, M. és Cole, S. R. (2006): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- F. Lassú Zsuzsa (2011): *Kötődés és változatai a szülő mentális sérülékenységének kontextusában*. In: F. Lassú Zsuzsa (szerk.) *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 51–75.
- Láng András (2012): *Kötődés és pszichoterápiás kapcsolat*. Animula Kiadó, Budapest.
- Kisida Erzsébet (1999): A fiatalok veszélyeztetettsége. *Új Pedagógiai Szemle*. **4**. 12–17.
- Main M. és Solomon J. (1990): Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti and E.M. Cummings (eds.) *Attachment in the Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago. 121–160.

- Main M. és Hesse E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganised attachment status. M.T. Greenberg, D. Cicchetti and E. M. Cummings (eds.) *Attachment in the Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago. 121–160.
- Mérei Ferenc és V. Binét Ágnes (1970): *Gyermeklélektan*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Pikó Bettina (2011): A deviáns magatartás értelmezési keretei a biopszichoszociális elmélet tükrében. In: Pikó Bettina (szerk.) *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATE Press, Szeged. 9–16.
- Popper Péter, Hegedűs T. András, Feuer Mária, Lajti Rudolf és Glauber Anna (1988): Beilleszkedési zavarok korai felismerése gyermek- és serdülőkorban. In: Illyés Sándor (szerk.) *Veszélyeztetettség és iskola*. Tankönyvkiadó, Budapest. 269–308.
- Pulay Klára (2003): A kötődésről és az anya hiányáról. Ragaszkodás és kötődés. In: B. Lakatos Margit és Serfőző Mónika (szerk.): *Pszichológia szöveggyűjtemény óvodapedagógus hallgatóknak*. Trezor Kiadó, Budapest. 101–118.
- Szító Imre (1991): *A deviáns veszélyeztetettség prognosztikai skálája (módosított)*.
URL: <http://www.szitoimre.com/kerdoiv/veszely.pdf> (letöltve: 2014.10.11.)

A megfigyelés kutatómódszertana – Interakciók megfigyelése integrált és inkluzív óvodai környezetben

Böddi Zsófia – Keszei Barbara – Serfőző Mónika – Düll Andrea

ELTE Tanító- és Óvóképző Kar; ELTE Neveléstudományi Intézet Neveléstudományi Doktori Iskola – ELTE Pszichológiai Intézet Pszichológiai Doktori Iskola; BGF KVIK Üzleti Szakoktató és Pedagógiai Intézet – ELTE Tanító- és Óvóképző Kar – ELTE Pszichológiai Intézet

Az óvodai integráció és inklúzió hatékony vizsgálatának fontos részét képezi, hogy a fejlődési és pedagógiai történéseket a maguk természetes környezetében tanulmányozzuk. Ennek célravezető módszere lehet a megfigyelés, amellyel akár olyan momentumokat is megragadhatunk, mint a gyermek-gyermek és a gyermek-pedagógus interakciók. Jelen tanulmányunkban a megfigyelés kutatás-módszertani hátterének bemutatását követően ismertetjük a gyermeki viselkedés megfigyelésének néhány lehetséges módszerét. Majd áttekintjük és elemezzük az óvodai integráció, inklúzió témájában végzett megfigyeléses vizsgálatokat. Írásunkban kiemelt szerepet kapnak az interakciók megfigyelését célzó tanulmányok, hiszen az óvodai integráció és inklúzió tanulmányozása terén kulcsfontosságú elemnek tartjuk a résztvevők megfigyelését természetes környezetükben, azaz a csoportszobában. Elemzésünkbe tényezőként bevontuk az óvodai környezet összetevőit is, mivel az interakciók ebben a közegben valósulnak meg, illetve maga a környezet elrendezése is hatással van rájuk. A fenti szempontokat a pedagógiai munka tudatossága és tervezése vonatkozásában is érdemes körültekintően elemezni.

Kulcsszavak: megfigyelés, interakciók, óvoda, integráció-inklúzió, óvodai környezet

Az emberi viselkedés, különösen a gyermekek viselkedésének kutatási szempontú tanulmányozása mindig nagy kihívás. Cikkünkben a kutatási módszerek között méltánytalanul háttérbe szoruló megfigyelés módszeréről írunk. Tesszük ezt azért, mert a gyerekekkel foglalkozó vizsgálatokban nagy jelentősége lehet a viselkedés, a történések elemi, közvetlen megismerésének. A megfigyelés módszere alkalmat ad arra, hogy a felnőtt (pedagógus, szülő) értelmezése nélkül is információkhoz jussunk egy-egy pszichológiai jelenség, pedagógiai helyzet vizsgálatában. Olyan momentumokat is megfigyelhetünk, amelyeket a közvetlen környezet spontán módon nem vesz észre, nem ötlük a szemébe vagy egyszerűen nem fókuszál rá – így verbális kikérdezéssel nem tudna róla beszámolni.

Tanulmányunkban először a kvalitatív megközelítés főbb sajátosságait, majd a megfigyelés módszerének általános jellemzőit foglaljuk össze. Megmutatjuk, hogy a kvalitatív vagy kevert stratégiájú kutatásokhoz hogyan illeszkedhet a választott módszerünk. Ezt követően a gyermeki viselkedés tanulmányozásának jellegzetességeiről írunk az óvodás korosztályra összpontosítva. Kiemeljük az interakciók megfigyelését, valamint az ökológiai és környezetpszichológiai megközelítés szerepét, eszközeit. Utóbbi sok új aspektust adhat az óvodai, csoportszobai történések alaposabb feltárásához és mélyebb megértéséhez.

Az óvodai nevelés egyik kiemelkedő témája napjainkban a sajátos *nevelési igényű* (SNI) *gyermekek*¹ nevelése, fejlesztése és az *integráció, inklúzió*² problémaköre. Az együttnevelés mellett szóló érvek között hangsúlyosan megjelenik a gyerekek egymás közti és pedagógussal való interakcióinak kedvező alakulása. A megfigyelés módszerére összpontosító tanulmányunk kiemeli az óvodai csoportban folyó integrált nevelés apró(nak tűnő), mégis kulcsfontosságú mozzanatait. Megmutatjuk, hogy a megfigyelés módszerével hogyan lehet ezeket „mikro szinten” vizsgálni, közvetlen adatokkal alátámasztani. A példaként hozott, bemutatott vizsgálatokban itt is hangsúlyos szerepet kap a környezeti aspektusok elemzése, a viselkedés környezeti kontextusban való tanulmányozása is.

Tanulmányunk hasznos lehet kutatás-módszertani aspektusból, gyerekek viselkedésének tanulmányozásával foglalkozó kezdő kutatóknak. Szeretnénk számukra átfogó képet adni a megfigyelés módszeréről, jellemzőiről, előnyeiről és nehézségeiről. Írásunk továbbá pedagógusoknak is szól, hogy lássák, hogyan használhatják saját munkájuk tudatosabb elemzésében a céltudatos, tervszerű megfigyelést. A tudományos célú megfigyelés kritériumainak és folyamatának mélyebb megismerése segítheti, hogy a gyakorlatias célok érdekében alkalmazott megfigyelés is objektívebb, megbízhatóbb legyen. Az integráció, inklúzió gyakorlata, kimutatható hatása iránt érdeklődők számára a példaként hozott kutatások módszerei és eredményei lehetnek fontosak és tanulságosak.

Kutatási stratégiák

Kvantitatív és kvalitatív kutatási stratégia

A társadalomtudományok történetében a párhuzamosan kialakuló, sőt gyakran szemben álló tudományelméleti, filozófiai megközelítések eredményeképpen jöttek létre az eltérő kutatás-módszertani megközelítések is. A legelterjedtebb a kvalitatív és kvantitatív kutatási stratégiák megkülönböztetése, melyet az alábbiakban Szabolcs Éva (2001) és Szokolszky Ágnes (2004) összefoglalói alapján mutatunk be röviden.

A *kvantitatív* kutatási megközelítés felfogásában a valóság, a világ objektív, törvényei empirikusan vizsgálhatóak. A világról alkotott tudásunk az igazolt hipotézisekkel, predikciókkal és az ok-okozat feltárásával bővül (habár léteznek leíró jellegű kvantitatív kutatások is). Ennek megfelelően a tényeket és az értékeket külön kezeli, törekszik az értéksemlegességre. Eredményeit általánosításra használja. Módszerei ezzel összefüggésben nagy mintás vizsgálatokban hatékonyak. Hangsúlyos az operacionalizálás, középpontjában a mérés, a mérhetőség, a statisztikai elemzés áll. A „szigorúságából”, objektivitásából fakadóan a kutató és alanya között távolság van, különállónak tekintendők, a kapcsolatuk aszimmetrikus, tehát a kutató irányít, bár természetesen a vizsgálatban résztvevő sze-

¹ „sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd” (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről). Tanulmányunkban a fentiek alapján értelmezzük a sajátos nevelési igényt.

² Az integráció fogalmán azt értjük, hogy a sajátos nevelési igényű gyerekek beilleszkednek a nem sajátos nevelési igényű, „ép” gyermekek közösségébe (Illyés, 2000 idézi Kőpatakiné, 2004). Az inklúzió, a befogadás fogalma ehhez képest (röviden) annyiban más, „több”, hogy nem csak beillesztik az SNI gyerekeket az intézménybe, annak meglévő rendszerébe, hanem maga az intézmény alkalmazkodik, újratervezik a kereteket és a feltételeket úgy, hogy mindenki számára megfelelő legyen (Sebba, 1996 idézi Kőpatakiné, 2004).

mély nincs kiszolgáltatott állapotban. A kutatás magyarázatai a tapasztaltakból erednek, a levezetések deduktív módon történnek. Az ilyen jellegű kutatást bemutató publikáció személytelen stílusú, kötött felépítéssel rendelkezik (Szabolcs, 2001; Szokolcsy, 2004).

Ezzel szemben a *kvalitatív* metodológia valóságértelmezése holisztikus, szubjektív, a valóságot társadalmi konstrukciónak tekinti, így a világot értelmezendő „alkotásnak”. A kutatás nem feltétlenül hipotézisekkel, inkább nyitott kérdésekkel indul, a hipotézisek – ha vannak – tágabbak, kevésbé specifikusak. A hangsúly a világ, a jelenségek feltárásán, bemutatásán van, igyekszik sokrétűen, több nézőpontból megtenni azt. A „menet közben” felmerülő kérdéseket nem problémaként kezeli, hanem azokra támaszkodik, épít, a témakör megismerésének fontos részét képezik. Nem törekszik az értéksemlegességre, inkább értékorientált. Módszereire jellemző, hogy kisebb elemszámmal, akár egyedi esetekkel dolgozik, középpontjában elsősorban nem a statisztikai elemzés és a mérhetőség áll. Az elemszám ugyan általában alacsonyabb, mint egy kvantitatív kutatás esetében, a vizsgálati idő mégis hosszabb, mivel a kutatást befolyásolják a közben felmerülő kérdések, illetve a kontextus alapos vizsgálata. A kutató és a vizsgálati személy közötti kapcsolat kevésbé aszimmetrikus és formális. Interakcióban állnak, nem elválaszthatóak egymástól, a vizsgálati személy aktív részvevőnek tekintendő. A kutatás magyarázatai a kontextustól függenek, ahhoz kapcsolódnak, maga a kutatás is induktív jellegű. A fenti módon végzett kutatást bemutató publikáció stílusa személyesebb, felépítése kevésbé szigorú, következtetései lehetnek narratív leírások vagy értelmezések (Szabolcs, 2001; Szokolcsy, 2004).

Röviden összegezve tehát a kétféle megközelítést:

A kvantitatív kutatási stratégia Szokolcsy Ágnes (2004) meghatározása szerint: „Az a kutatási stratégia, amelyik előzetesen rögzített, jól behatárolt változókkal dolgozik valamilyen specifikus hipotézis megerősítése vagy a predikció érdekében. Jellemzőek a mérések, a nagyobb elemszámú minta és a statisztikai feldolgozás” (Szokolcsy, 2004, 596. o.). A kvalitatív kutatási stratégia: „Alapvetően induktív kutatási stratégia, amelyik feltáró-jellegű nyitott kérdésekkel indul, kontextusba ágyazott „sűrű” leírásra törekszik, egyszerű mérést és kisebb elemszámú mintát alkalmaz. Jellemzője a folyamat közben alakuló jelleg, a kutatási kérdés és a hipotézis fokozatos kialakulása” (Szokolcsy, 2004, 596. o.).

Bár a kvantitatív és a kvalitatív kutatási stratégia egymás „ellentettjeként” jött létre, bizonyos megközelítések pl. a konstruktivista tudományfelfogás követői szerint nem szükséges szétválasztani a kettőt (Szabolcs, 2001). Megfigyelhetők olyan törekvések, amelyekben a kutatásoknál kombinálni igyekeznek a kvalitatív és a kvantitatív stratégiát, törekednek egy integrált kutatás-módszertani modell létrehozására (Sántha, 2009).

Bár a tudományban a kvantitatív vs. kvalitatív szemlélet még mindig jelen van, a nemzetközi szakirodalomban számos ún. „*mixed-method*” (kevert módszerű) kutatásról olvashatunk, amelyekben mindkét stratégia módszereit alkalmazzák. Li, Marquart és Zercher (2000) beszámol arról, hogy az ilyen, „kevert” kutatások száma növekszik a pedagógiai kutatások, elemzések és a korai intervenció területén is. A fent említett szerzők tanulmányukban az általunk is vizsgált integráció, inklúzió témában végzett „*mixed-method*” kutatások elemzésének megközelítéseit mutatják be részletesen, lépéseken át. Olyan vizsgálatokat elemeznek, amelyekben kevert módszerekkel gyűjtöttek adatokat az óvodai³ inklúzió aspektusairól (Li, Marquart és Zercher, 2000).

³ A hazánkban óvodásnak számító (3–6,7 éves) gyermekek az egyes országok oktatás-nevelési rendszerében különböző intézménytípusokba járhatnak. A továbbiakban minden óvodáskorú gyermeket nevelő intézményt (általában „preschool” kifejezést) óvodának fordítunk.

A hazai szakirodalomban is találunk olyan kutatást, amely komplexen, több módszerrel igyekszik feltárni az óvodai integráció, inklúzió helyzetét. Ilyen A küszöbön – Sajátos nevelési igényű gyerekek az óvodákban c. kötet (*Kőpatakiné*, 2008), amely egy olyan kutatási projektet mutat be, amelyben különböző kutatási módszerekkel (pl. fókuszcsoporthozos beszélgetések, kérdőíves vizsgálat) igyekeztek körüljárni a témát (*Kasza*, 2008).

Kiegészítésként megjegyezzük, hogy - bár a társadalomtudományi kutatási módszerek kvalitatív-kvantitatív felosztása alapvető -, érdekes azt is szemügyre venni, hogy a módszereket másként is lehet csoportosítani, azon tudományág sajátosságaitól, perspektívájától függően, amely alkalmazza azokat. A fejlődéslelektan módszereit tekintve például *Mönks* és *Knoers* (2004) általános és speciális módszereket különít el. Az előbbi csoportba tartozó módszerekkel a fejlődés egészével vagy bizonyos aspektusaival kapcsolatban bővül a tudásunk, az utóbbi csoport módszerei, technikái a fejlődések jelenségek feltárására hivatottak. Az általános kutatási módszerekhez sorolja a hosszmetzeti (longitudinális) és a keresztmetzeti módszereket, illetve a kohorsz elrendezést, a hossz- és keresztmetzeti vizsgálatok kombinációját. Emellett ebben a csoportban találjuk még a kultúrközi kutatást is. A másik nagy kategória a speciális módszereké, amelyek tovább bomlanak kísérleti és nem-kísérleti módszereké, utóbbiban találjuk pl. a megfigyeléseket, a klinikai módszert, kérdőívet, interjút stb.

A gyakorlati alkalmazás felől közelítve a pszichológia módszereihez találkozhatunk még a kutatási és vizsgálati módszerek megkülönböztetéssel is (pl. *Keményné*, 2006). Eszerint a kutatási módszerek a tudományos megismerés módszerei, újabb igazságok feltárására, hipotézisek igazolására alkalmasak; míg a vizsgálati módszerek célja konkrét helyzetek, a viselkedés megértése, a diagnózis, egy-egy gyerek, csoport megismerése. Ez alapján bizonyos módszerek (pl. megfigyelés, rajzelemzés stb.) akár kutatási, akár vizsgálati célokat is szolgálhatnak a konkrét helyzettől, kontextustól és kérdésfeltevéstől függően.

A kvalitatív kutatás jellemzése

A kvalitatív megközelítés szubjektívebb, „megengedőbb”, más nézőpontból tekint a kutatás egész folyamatára, mint ahogy azt a kvantitatív megközelítés teszi. Bár számos kérdés még nyitottnak tűnik, például, hogy hogyan határozhatjuk meg a kvalitatív kutatások metodológiai követelményeit, alkalmazhatjuk-e rájuk, és ha igen, milyen módon a kvantitatív kutatások módszertani kritériumait stb. (*Sántha*, 2007). Összességében a kvalitatív kutatások mára éppúgy elfogadottá váltak, mint a kvantitatív szemléletben végzett vizsgálatok.

A kvalitatív kutatómódszertan szakirodalma igen széleskörű. Az átfogó kutatómódszertani könyveken kívül (pl. *Szokolcsy*, 2004), megjelentek kifejezetten a kvalitatív kutatásokkal foglalkozó művek is (pl. *Szabolcs*, 2001; *Sántha*, 2006, 2009). Megismerhetjük a kvalitatív jellegű kutatások főbb elveit, módszereit, kidolgozták a mintavétel (ld. *Sántha*, 2006) és az adatfeldolgozás módszereit (*Szabolcs*, 2001; *Sántha* 2009).

A kvalitatív kutatások egyik, ha nem a legismertebb elméleti modellje a *Glaser* és *Strauss* nevéhez fűződő ún. *grounded theory* vagy „alapozott elmélet” módszer. Ez a modell tulajdonképpen keretet ad a kutató gondolkodásának, rendszerbe foglalja azt, mindamellett, hogy az elmélet- és modellalkotáshoz szükséges, lehető legnagyobb szabadságot nyújtja számára. A modell alkalmazása során három fázist különíthetünk el (*Szokolcsy*, 2004 alapján bemutatva): (1) Az adatok felvételével párhuzamosan elkezd-

jük a kategóriák fejlesztését is, hogy az adatokat rendszerezni tudjuk, és tartalmukat megvilágíthassuk. (2) Folytatjuk az adatok gyűjtését (az ún. „telítésig”), hogy megvizsgálhassuk, elemezzük a kategóriákat, alakíthassuk és fejleszthessük a kategóriarendszert addig, amíg már nem vetődnek fel újabb kérdések, és a kialakított rendszer összhangban lesz az adatokkal. (3) Egy általánosabb elméleti szisztémába foglaljuk a létrejött kategóriákat, és kiterjesztjük egyéb kontextusra is (Szokolszky, 2004). Tehát „...Az alapozott elmélet” (grounded theory) lényegében kísérlet arra, hogy elmélethez jussunk a megfigyelési adatokban felfedezett mintázatok, témák és közös kategóriák elemzéséből” (Babbie, 2003, 327. o.). A modell lehetőséget nyújt a kutatónak, hogy egyszerre lehessen tudományos, ugyanakkor kreatív is. Ehhez három vezérelvet kell követnie: (1) időnként hátralépni, és kritikai kérdéseket feltenni magának (pl. amit tapasztal, összhangban van-e az adatokkal), (2) a szkepticizmus megőrzése és (3) a kutatási eljárások követése. Az eljárások a kutatás következetességének tényezői, de emellett segítenek elkerülni a torzításokat, és az adatok nem a valóságot reprezentáló értelmezését. (Babbie, 2003)

Bár vannak kutatási módszerek, amelyeket inkább „kvalitatívnak” tekintünk, korántsem biztos, hogy kizárólag kvalitatív kutatásokban jelennek meg. Egyes módszerek megjelennek a kvantitatív kutatásokban is, csak más formában. Például az általunk részletezendő megfigyelés módszerét a kvantitatív kutatásokban is alkalmazzák előkutatásokban, hiszen pl. kérdőívek elkészítésekor a megfigyelések által tudnak előzetes információkhoz jutni a kutatók (Szabolcs, 2001).

A kvalitatív módszerek áttekintésére egyelőre nem létezik egy elfogadott csoportosítás (Sántha, 2009), ezért jelen tanulmányban sem törekszünk átfogó bemutatásra, pusztán a kutatási stratégiáról nyújtandó összegzés céljából emelünk ki néhányat. Sántha Kálmán (2009) a gyakran alkalmazott módszerek és technikák között a támogatott felidézést, a kognitív térképet, a metaforakutatást, az interjú módszerét és az ún. beavatkozás nélküli vizsgálatokat említi. Szokolszky (2004) átfogó kutatás-módszertani munkájában a kvalitatív stratégia fejezetében a természetes megfigyelést, a kvalitatív interjút, a szövegelemzést és az esettanulmányt részletezi.

A megfigyelés mint kutatási módszer

„A megfigyelés nem más, mint irányított észlelés, amelynek alapján valamilyen megállapításra jutunk” (Szokolszky, 2004, 421. o.). Ez a legalapvetőbb módja annak, hogy információhoz jussunk a jelenségekről. Tulajdonképpen tágabb nézőpontból minden kutatási módszert tekinthetünk egyfajta megfigyelésnek, ha azonban szűkebben vizsgáljuk, akkor a közvetlen természetes megfigyelés fogalmát kell értelmeznünk. Ez a módszer a viselkedést abban a formában igyekszik megragadni, ahogy az természetes formában létezik. A vizsgálat során a megfigyelő közvetlen kapcsolatban áll a megfigyelése tárgyával. A definíció kulcseleme – a közvetlenségen túl – az, hogy a megfigyelés során nem vagy csak alig avatkozunk be a megfigyelt folyamatba, szemben például a kísérlettel, ahol a kutató manipulálja a független változót, ami hat a kísérleti személy viselkedésére. A megfigyelés elsősorban leíró, feltáró kutatásokban hasznos módszer, ok-okozati magyarázatok adására nem alkalmas. S bár elsőre nagyon szubjektív módszernek tűnhet, ugyanúgy törekedhetünk a tudományosságra a megfigyelésnél is. „A megfigyelés osztja a többi kutatási módszerrel azokat a jellegzetességeket, amelyek alapján tudományos tevékenységnek számít: céltudatos, tervszerű, és szisztematikusan felépített folyamat, amely érvényes és megbízható adatokat eredményez” (Szokolszky, 2004, 423. o.) Falus Iván (2004) is azt emeli ki, hogy a tudományos megfigyelés célorientált, tervszerű, rendszeres, az objektív tények megfigyelésére irányul.

A megfigyelés módszerét számos társadalomtudomány (pl. a pszichológia, a pedagógia, a szociológia) és határtudományai (pl. az antropológia) is alkalmazza, mind-egyik természetesen a maga tudományára, metodikájára szabja a módszert.

A megfigyelés alapkérdéseit – Mi a célja? Kit? Mit? Hol? és Hogyan? – a következőképpen lehet összegezni:

1. *Cél*, azaz mi a megfigyelésünk célja. Ez lehet exploráció, szisztematikus viselkedésleírás, elméletünkhöz kapcsolódóan hipotézis tesztelése vagy más módszerrel történő kombinálás, pl. kiegészítésként vagy a kutatás érvényességének érdekében (ld a korábban említett kevert módszerű (mixed-method) megközelítéseket).
2. *Kit*, azaz kiket figyeljük meg (mintavétel).
3. *Mit*, azaz pontosan mi legyen az a viselkedés, amire a megfigyelésünk irányul. Itt felvetődik, hogy milyen mértékben szelektáljunk (azaz szűkítsük a megfigyelendő kérdéskört); mennyire részletezően írjuk le a viselkedést és az értelmezésterheltség, vagyis, hogy mennyire szükséges interpretálnia a megfigyelőnek a tapasztaltakat, ami továbbvezet a szubjektivitás kérdéséhez (Szokolosky, 2004). A megfigyelés egységei Falus Iván (2004) szerint lehetnek konkrét egységek (low-inference item), amikor a megfigyelhető viselkedés legkisebb egységeinek rögzítésére törekszünk. Ez a megfigyelőtől kevés értelmezést igényel, megbízhatóbban rögzíthető, de jobban feldarabolja a valóságot. Az elvont egységek (high-inference item) választása esetén a megfigyelőnek valamennyire interpretálnia kell a látottakat, és bár ezek közvetlenebbül észlelhetők, a különböző megfigyelők közti egységes értelmezés biztosítása nehezebb.
4. *Hol*, azaz hol végezzük a megfigyelést, laboratóriumi megfigyelés legyen vagy inkább a természetes környezetben figyeljük meg a viselkedést?
5. *Mikor* végezzük a megfigyelést?
6. Az egyik legkomplexebb kérdéskör, hogy *hogyan* történjen a megfigyelés: mi a megfigyelő szerepe, mennyire aktív-passzív, részt vesz-e a történésekben, illetve hogyan gyűjti az adatokat (Szokolosky, 2004).

A megfigyelő szerepe

A megfigyelő státuszát tekintve beszélhetünk *nyílt megfigyelésről*, amikor a megfigyelték tisztában vannak a megfigyelő szerepével, de létezik *rejtett megfigyelés* is, ami azonban etikai kérdéseket vet föl, hiszen eltitkolja a megfigyelték elől a kutatás tényét, illetve a saját szerepét. A részvételt tekintve beszélhetünk *nem részt vevő*, tulajdonképpen kívül maradó megfigyelésről (ld. pl. a detektívtükör mögül történő vizsgálatokat) és *résztevő megfigyelésről*. Ez utóbbi történhet *rejtetten vagy nyíltan*, és a *passzivitás-aktivitás* dimenziójának valamelyik pontján aszerint, hogy mennyire van interakció a megfigyelő és a megfigyelték között (Szokolosky, 2004). *Babbie* (2003) hívja fel a figyelmet a megfigyelő szerepéből fakadó dilemmákra. A terepkutatásban a megfigyelő részvételi fokának eldöntése nem egyszerű kérdés. Az egészen részttevő megfigyelő lehet valódi részttevő, vagy tetheti is, hogy az. Ez azonban szintén felvet etikai kérdéseket, hiszen valójában ebben az esetben megteveszti a vizsgálat résztvevőit. Az etikai aspektuson túl a részvételnek tudományos hatása is van, hiszen a megfigyelő részttevő „mivolta” befolyásolhatja a megfigyelték viselkedését, reakcióit, ill. a történéseket. A megfigyelő kutatónak ennek tudatában kell lennie. Az egészen részttevő megfigyelő helyett a megfigyelő választhat más szerepet. Például határozhat úgy, hogy bár részttevő megfigyelő lesz, egyértelművé teszi, hogy kutató. Ennek is lehet viselkedést befolyásoló hatása, hiszen az alanyok tudják, hogy megfigyelik őket, illetve előfordulhat, hogy a kutató túlságosan azonosul a csoporttal, és már nem tudja tartani a megfelelő „kutatói távolságot” (*Babbie*, 2003). Ugyanakkor több kutatás

is kimutatta, hogy a résztvevők meg tudnak feledkezni a megfigyeltség tényéről még olyan extrém esetekben is, amikor egy készüléket hordanak magukkal (pl. hangfelvétel, mely bizonyos időközönként felveszi a vizsgálati személyek beszélgetéseit) (Mehl és Holleran, 2007 idézi Mehl és Robbins, 2014).

Részvétel szempontjából a másik véglet a fent említett egészen megfigyelő, azaz a nem résztvevő megfigyelő, azonban ez is felvet kérdéseket, hiszen a nagy „távolság”, a tartózkodó megfigyelés miatt előfordulhat, hogy kevésbé árnyalt képet lát. A megfigyelő részvételével kapcsolatos másik megfontolandó elvi kérdés a megfigyeltekhez fűződő viszony, és annak potenciális hatása (Babbie, 2003).

A megfigyelés módja, azaz a „Hogyan?”

A megfigyelés módjához kapcsolódik annak strukturáltsága, kötöttsége is. *Strukturált megfigyelést* alkalmazva előre definiáljuk a változókat, a megfigyelés kötött, standardizált, objektív. A megfigyelő meghatározott szabályokat alkalmaz a megfigyeléskor, egy jól definiált *kategóriarendszert* használ a viselkedés leírására. Egy ilyen kategóriarendszer kidolgozása munkaigényes folyamat: megalkotjuk a kategórianeveket és a jelölőkódot, a kategóriák pontos definícióját, bemutatunk példákat, érvényesítjük az inkluzivitás (minden látható viselkedést be kell tudnunk sorolni valamelyik kategóriába) és exkluzivitás (a kategóriák nem lehetnek átfedőek) követelményét, végül pedig kidolgozzuk az egyéb szabályokat. A kategóriarendszer elkészülte után azt is meg kell határozni a kutatónak, hogy a megfigyelés mit vegyen alapul: esemény- vagy időegységet. Léteznek egyéb technikai eljárások a megfigyelés esetében, ilyen a jelrendszer vagy a becslési skála alkalmazása.

A *strukturálatlan megfigyelés* sem jelent teljes kötöttségmentességet, előzetes szempontok és célok vezérik, azonban nincs egy kötött, szigorú kategóriarendszere. Megfigyeléses vizsgálatban a strukturáltság foka is eltérő lehet (Szokoloszy, 2004).

A megfigyelés érvényessége és megbízhatósága

A megfigyeléses vizsgálatokkal szemben is követelmény – akár inkább kvantitatív, akár inkább kvalitatív „irányból” közelít –, hogy kellően tudományos legyen.

A strukturált megfigyelésekkel szemben, akár csak a többi kutatási módszer esetében, követelmény az *érvényesség* (*validitás*, azaz az arra vonatkozó kritérium, hogy tényleg azt mértük-e, ami a szándékunkban állt, tehát a kutatási folyamatok megfelelőségére utal) és a *megbízhatóság* (*reliabilitás*, azaz a mérés stabilitása, vagyis ha megismételnénk azt, (közel) ugyanazt az eredményt kapnánk-e).

A megfigyelés esetében – kvantitatívabb nézőpontból – az érvényesség egyrészt azt jelenti, hogy a megfigyelés valóban a valóságról „szól-e”, nem torzítja-e azt. Ide kapcsolódik a megfigyelő elfogultságának kérdése, amit igyekeznünk kell kiküszöbölni, pl. azzal, ha videóra vesszük a megfigyelt jelenséget. Gond lehet a reaktivitás, vagyis, hogy minél feltűnőbb a megfigyelés, annál inkább „reagálnak rá”, vagyis a kamera jelenlétére, a megfigyelés tudatában másképp viselkednek a megfigyelt személyek. A reaktivitást is tudjuk csökkenteni azzal, ha minél kevésbé tesszük feltűnővé a megfigyelést, vagy nem mondjuk meg egészen pontosan, mit vizsgálunk, így a speciális válaszok elkerülhetőek, illetve a hozzászoktatással. Másik szempontból tekintve az érvényességhez kapcsolható az is, hogy a kutató által meghatározott kategóriák valóban megfelelően reprezentálják-e a vizsgált fogalmat. Végül ide kapcsolódik még az ökológiai validitás, azaz, hogy mennyire általánosíthatóak az eredmények a természetes körülményekre.

Laboratóriumi megfigyelés esetében az ökológiai validitás alacsony lehet, míg a validitás más aspektusai és a reliabilitás magas lehet, ezzel szemben egy természetes megfigyelés esetében az ökológiai validitás magas, de más jellemzők mentén nem feltétlenül lesz erős a vizsgálat.

Falus (2004) az alábbi módon részletezi a validitás fogalmát, amely többféle szempontból értelmezhető:

- funkcionális vagy konstrukciós validitás: ami azt jelenti, hogy a kategóriák alkalmasak a viselkedések megkülönböztetésére
- elméleti (tartalmi) validitás: a megfigyelés kategóriarendszere az adott elméletnek megfelelő
- empirikus vagy egyetértésen alapuló validitás: más mérőeszközökkel is ugyanolyan képet kapunk az adott jelenségről
- előrejelző (prediktív) validitás: az eszköz képes olyan mennyiségek, minőségek megkülönböztetésére, amelyek előrejeleznek a későbbiekben bekövetkező különbségeket (pl. a tanítási folyamatban a tanár viselkedésének különbsége pl. a gyerekek bevonása tekintetében előrejelzi a gyerekek későbbi problémaérzékenységében, problémaközpontú gondolkodásában megjelenő különbségeket) (*Falus*, 2004).

A megbízhatóság a megfigyelésnél arra utal, hogy precízen és megfelelően azonosítják-e a megfigyelt viselkedést. Ezt a megfigyelők közötti egyetértés mértékének kiszámításával követhetjük nyomon. A vizsgálat megbízhatóságát igazolhatjuk, ha egy független megfigyelő is kódolja a vizsgálati anyag egy részét, és a két megfigyelő közötti eltérés kismértékű (*Szokolosky*, 2004). Többféle módon lehet jellemezni a megbízhatóságot: fókuszba helyezhetjük az ugyanabban az időpontban több megfigyelő vagy független elemző közötti egyetértés mértékét, vizsgálhatjuk a különböző időpontokban végzett megfigyelések közötti eltérés mértékét (stabilitást), illetve a különböző időpontokban, különböző megfigyelők tapasztalatai közötti eltérés mértékét (*Falus*, 2004).

Az érvényesség és a megbízhatóság kérdéskörének kvalitatív nézőpontja a megfigyelésről elismeri a kutató, megfigyelő nézőpontjának, interpretációjának, esetleges szubjektivitásának fontosságát, jelenségét, ugyanakkor korántsem önkényes elemzésről van szó, hangsúlyos a pontos, átlátható dokumentáció, az alapos adatelemzés és hogy pl. más módszerekkel érvényesítsük a kutatást (*Szokolosky*, 2004).

A megfigyeléses vizsgálatok tervezésekor a fentiekén kívül érdemes egyéb szempontokat, kérdéseket is megfontolnunk a kutatás kivitelezhetősége érdekében. *Héra és Ligeti* (2014) a terepen végzett gyakorlati munka, megfigyelés esetében az alábbiakat javasolja. Az egyik első lépés, hogy kiválasztjuk a terepet. Ezután érdemes magunknak feltenni az alábbi kérdéseket, és meg is válaszolni azokat:

- „Biztosan alkalmazhatjuk-e a megfigyelés módszerét?
- Hogyan határozható be az adott helyszín?
- Milyen kapcsolatban vagyunk az adott hellyel? Kik vagyunk mi ott? Milyen már létező kapcsolataink vannak a terepen élővel/dolgozókkal?
- Hogyan juthatunk el a helyszínhez?
- Milyen etikai és jogi kérdések merülnek fel a terepen?
- Mit mondjunk a kutatás résztvevőinek a kutatásról?
- Milyen sztereotípiák élnek bennünk azokról az emberekről, akiket a helyszínen találunk?
- Hogyan alakíthatunk ki kapcsolatot a terepen élővel?” (*Héra és Ligeti*, 2014. 119–120. o.)

Ezek és az ehhez hasonló kérdések segíthetik a kutatót, hogy milyen szempontokat gondoljon végig magában a megfigyelés módszerének választása előtt.

A gyermeki viselkedés tanulmányozása

A gyermekek – főként, ha fiatalabb életkorra gondolunk – tanulmányozása különleges, más metódikát igényel. A csecsemőket nem tudjuk megkérdezni ahhoz, hogy egy-egy pszichológiai jelenséget tanulmányozzunk, és a nagyobb gyerekeknél is korlátozott a szó- vagy írásbeli megkérdezés lehetősége. Az írásbeli technikák jelentősége háttérbe szorul, de szóbeli kikérdezéseket is csak megkötésekkel alkalmazhatunk: figyelembe kell vennünk a gyermek verbalitásának fokát, és meg kell találnunk azt a csatornát, technikát, amellyel feltérképezhetjük a gyermek gondolat- és érzelemvilágát. Bár léteznek ilyen módszerek (pl. *Piaget* klinikai módszere), illetve kifejleszthetünk magunk is egy-egy szóbeli kikérdezésen alapuló eljárást (*Böddi és B. Lakatos, 2010*), más jellegű információhoz jutunk megfigyelések végzése által. Mi sem bizonyítja jobban a gyermekek tanulmányozásában a megfigyelés fontosságát, hogy gazdag szakirodalmi anyag, módszer, kutatási elrendezés áll rendelkezésünkre a gyermekek megfigyelésével kapcsolatosan.

A következőkben a teljesség igénye nélkül áttekintjük a gyermeki viselkedés megfigyelésének módszereit. A korai megfigyelésektől kezdve a legmodernebb technológiáig hoztunk példákat a megfigyelés lehetséges módjaira. Jelen tanulmányban nem célunk történeti áttekintést nyújtani a gyermeklélektani, illetve a fejlődés-lélektani megfigyelések módszereinek teljes „tárházáról”, pusztán kiemelünk egy-egy momentumot, kutatót vagy kutatást, akik a gyermeki viselkedést helyezték középpontba. Célunk, hogy egy-egy módszer, technika bemutatásával „felvillantsuk” ennek a kutatásmódszertannak a gazdagságát, a vizsgálati elrendezések számos variációját.

A gyermeki viselkedés tanulmányozásának történetében az egyik első állomásnak tekinthetjük azokat a megfigyeléseket, amelyek során kutatók készítettek feljegyzéseket saját gyermekeik fejlődéséről. Az egyik ilyen híres csecsemőnapló *Charles Darwiné*, aki saját fiáról vezetett naplót. Szintén megemlítendő *Jean Piaget*, aki alapos részletességgel írt megfigyeléseket gyermekeiről, e feljegyzések nyomán fejlesztette ki a későbbi elméleteit is (*Cole és Cole, 2003*).

A megfigyelések során különböző speciális eszközöket is alkalmazhatunk. A gyermekek figyelmének követésére használt igen elterjedt módszer a szemmozgás követése, habár természetes környezetben, a mindennapi életben megfigyelhető viselkedés vizsgálatára kevés kutatás használta ezt az eljárást (*Franchak, Kretch, Soska és Adolph, 2011*). A vizsgálati eszközök egy másik kedvelt családja a gyerekek mozgását, aktivitását mérő eszközök, mint pl. a pedometer vagy az aktometer. A pszichológiai és pedagógiai vizsgálati kérdéseken túl ezek az eszközök egészségmagatartás vizsgálatára is alkalmasak. Egy korai vizsgálat az elérhető, kívánatos játszótérek és a gyerekek aktivitása közötti összefüggéseket vizsgálta. Amennyiben a játszótér közel volt a lakóhelyhez, akkor az iskolások használták is azt, és átlagosan 2–3 mérfölddel többet mozogtak, mint azok a gyerekek, akinek a lakókörnyezetében nem volt könnyen elérhető, megfelelő játszótér (*Billings, 1934* idézi *Wilhelm, Perrez és Pawlik, 2014*). Az aktometer többek között lehetőséget kínál a mozgás és az intelligencia közötti összefüggések feltárására (*MacCoby, Dowley és Hagen, 1965* idézi *Wilhelm, Perrez és Pawlik, 2014*). Az aktivitás követése különösen fontos módszer hiperaktív és figyelemhiányos gyerekek megfigyelése során, akiknél különböző hétköznapi helyzetekben mérhetik az aktivitás mértékét (*Teicher, 1995* idézi *Bussmann és Ebner-Priemer, 2014*). Ezenkívül a hiperaktív gyerekeknek adott nyugtatók hatását is nyomon lehet követni az eszközzel (*Johnson, 1971* idézi *Wilhelm, Perrez és Pawlik, 2014*).

A megszokott, mindennapi környezetben végzett megfigyelések egy új iránya a számítástechnikai eszközökkel felszerelt helyszín. A vizsgálati személy lakó-, vagy

munkahelyét, vagy akár az oktatási környezetet az aktuális kutatás szempontjából fontos megfigyelési eszközökkel szerelik fel, legyen szó a hőmérséklet és páratartalom monitorozásáról, vagy a vizsgálati személyek mozgásának, aktivitásának lekövetéséről mozgás érzékelőkkel vagy nyomásérzékeny burkolatokkal, csempével (Orr és Abowd, 2000 idézi *Bussmann és Ebner-Priemer*, 2014).

A módszer kiválóan alkalmas olyan spontán megjelenő viselkedések megfigyelésére, mint pl. az autizmussal élő gyerekeknél megjelenő sztereotip mozgás. A kutatás során a fentiekhez hasonló technikát használnak a gyerekek viselkedésének monitorozására. Ebben az esetben nagyfelbontású videó és hanganyaggal valamint gyorsulásmérő segítségével gyűjtenek adatot a viselkedések gyakoriságáról, ill. a feltárható mintázatokról. Mivel az autizmus diagnosztizálásában csak viselkedéses jellemzőkre támaszkodhatunk, a zavar korai felismerés szempontjából rendkívül fontos, hogy ezeket a viselkedéses jegyeket mihamarabb felismerjük. A diagnózist általában csak 3-5 éves kor között állítják fel, holott a szülők retrospektív beszámolóí alapján tudjuk, hogy bizonyos jegyeket már 2 éves kor körül is meg lehetett figyelni. A kutatás során szerzett adatok hozzájárulnak az autizmus korai felismeréséhez (*Goodwin*, 2014), így a fejlesztést is korábban el lehet kezdeni.

A gyermekek interakcióinak megfigyelése

Számos kérdés, kutatási probléma irányul társas helyzetek vizsgálatára, ezekben az interakciók megfigyelése kerül fókuszba. A szakirodalmat tanulmányozva láthatjuk, hogy sok írás foglalkozott és foglalkozik napjainkban is viselkedési, interakciós megfigyelési eljárásokkal

Az egyik leghíresebb vizsgálat a *Mary Ainsworth* munkájához köthető Idegen Helyzet Teszt, amely a kötődés szempontjából vizsgálja az anya-gyermek interakciót. A csecsemők viselkedésének megragadására laboratóriumi megfigyelést végeznek – detektív tükör mögül. Ebben az epizódokra bontott vizsgálati eljárásban a szeparáció, és az anyával, illetve egy idegennel töltött együttlét epizódjai váltakoznak. Az Idegen Helyzet Teszt során mutatott viselkedések megfigyelése alapján sorolják be a csecsemőket kötődési kategóriákba (ld. *Ainsworth és Wittig*, 1969, idézi *Cole és Cole*, 2003).

Egy másik – szintén széles körben ismertté vált kutatás a *Diana Baumrind* (1971, 1980, idézi *Cole és Cole*, 2003) nevéhez köthető nevelési stílusokról szól. A kutatásban családokat vizsgáltak: egyrészt megfigyelték a gyerekek viselkedését az óvodában, másrészt a gyerekek szüleivel interjúkat készítettek a nevelési stílusukkal kapcsolatban. Ezekon kívül a családok otthonában végeztek megfigyeléseket a szülő-gyermek interakciók tanulmányozása céljából. Az így nyert adatokból megállapítottak háromféle nevelési stílust, illetve összefüggésbe hozták azokat az óvodában megfigyelt viselkedésmódokkal (*Cole és Cole*, 2003).

A szülő-gyermek interakciók vizsgálata kiemelt szerepet kap a fejlődéslélektanban. Az angol nyelvű szakirodalomban már 1971-ből is találunk például egy áttekintő tanulmányt a szülő-gyermek interakciók tanulmányozásáról a *Child Development* című folyóiratban (*Lytton*, 1971). A szülő-gyermek interakciók megfigyelése, illetve az erre kifejlesztett módszerek elemzése (pl. a megfigyeléses módszerek előnyeinek és hátrányainak mérlegelése, megfigyelés mesterséges vs. természetes körülmények között, a megfigyelő jelenlétére adott reaktivitás stb.) nem csak a tudományos kutatásokban, hanem a klinikumban is hangsúlyos (*Gardner*, 2000).

Az interakciók vizsgálatának egyik lehetséges modern formája, hogy a vizsgálati személyektől csak hanganyagot vizsgálunk. Az ún. LENA (Language Environment Analysis/

nyelvi környezet elemzés) rendszer segítségével a gyerekek és gondozóik közötti interakciók vizsgálata válik egyszerűen elemezhetővé. A rendszer része egy hordozható felvevő egység, amelyet, ennek az egységnek a tárolására kialakított zsebbe helyeznek el a gyerekek ruháján, így az egész nap velük lehet, és adatot gyűjthet (Warren, Gilkerson, Richards, Oller, Xu és Yapanel, 2010 idézi Hektner, 2014). A módszer használható többek között autizmussal élő gyerekek interakcióinak vizsgálatára is. A kutatási eredmények szerint ugyan az autizmussal élő és a tipikusan fejlődő gyerekekkel ugyanolyan gyakran beszéltek gondozóik, azonban az előbbiekkal folytatott beszélgetésekben kevesebb szófordulat és több monológ fordult elő (Warren és mtsai, 2010 idézi Hektner, 2014).

Óvodáskorú gyermekek viselkedésének megfigyelése

A következő fejezetben áttekintést nyújtunk arról, hogy milyen vizsgálatok, módszerek, akár konkrét technikák és kódrendszerek születtek és születnek az óvodás gyermekek viselkedésének, interakcióinak megragadására.

A hazai szakirodalmat tanulmányozva kiemelkedik *Mérei Ferenc* munkássága, aki munkatársaival számos, a mai napig alapnak tekintendő vizsgálatot végzett óvodás gyermekek körében (is). A viselkedés-megfigyelés terén az *aktometria* (azaz az tevékenységmérés) módszerét emeljük ki, amellyel az óvodás gyermekek társas interakcióit figyelték meg, megnyilvánulásait kódolták. „Az aktometriai regisztrálás a társas viselkedés megfigyelésének, folyamatszerű rögzítésének, formalizálásának és kvantifikálásának a módszere.” (Mérei, 1989, 93. o.)

Ez, az elsősorban szociálpszichológiai módszer az alábbiakból áll: „A csoporttörténeteket helyzetekbe tagoljuk, és személyek szerint felbontjuk a cselekvés társas vonatkozásainak a szempontjából. A cselekvési egységeket jellel látjuk el. Az aktusokra bontott viselkedés formalizált társas elemeit mutatókban összesítjük” (Mérei és V. Binét, 2006, 136. o.).

Az aktometria egyik komplex kategóriája a tevékenység társas színvonala, mely a csoportbeli társas magatartás jellemzőit foglalja magába. 14 fejlődési formáját írták le a „magányos semmittevéstől” a „szervezett csoporttevékenységig”. Eszerint „az alacsonyabb fejlődési fokot a magányosság és a semmittevés jelzi, a legfejlettebb fokot pedig a részvétel a szervezett csoport szervezett tevékenységében.” (Mérei, 1989. 83. o.) Az aktometriai megfigyelés során ezen túl még olyan társas momentumokat is rögzítettek, mint a modellnyújtás, ill. -követés, parancsolás, kezdeményezés, irányítás, támadás, közeledés, tárgyak megszerzése és megtartása (Mérei, 1989).

Óvodásoknál a 14 társas formát egyszerűsítve a csoportosulás öt szintjét/ a csoportképződés öt változatát azonosították megfigyelésen alapuló kutatásaikban: együttlét – együttmozgás – tárgy körüli összeverődés – összedolgozás – tagolódás (Mérei és V. Binét, 2006).

Mérei Ferenc és munkatársai az aktometriát alkalmazták például arra is, hogy kísérleti körülmények között figyeljék meg a gyermekek viselkedését (ld. például az együttes élmény vagy a pár és csoport kísérleteket, Mérei és V. Binét, 2006). Az aktometriai megfigyelés alkalmas módszer óvodai csoportok szociometriai felmérésében is. Ebben az esetben a csoport kötetlen együttléte alkalmával készül a megfigyelés (Mérei, 2004).

A megfigyelés, mint az óvodás gyermek megismerésének módszere más fejlődés-, ill. gyermeklélektani munkákban is egyértelmű jelentőséggel bír. A Fejlesztéslélektani vizsgálatok (Kósáné, Járó és Kalmár, 1975) az 1970-es években készült módszergyűjtemény, kézikönyv, amely egyfajta csokor a gyermekek vizsgálatához, fejlődésük kiemelkedő aspektusainak megismeréséhez, tanulmányozásához. Bőséggel tartalmaz

megfigyeléses módszereket, amelyhez szempontokat és konkrét jegyzőkönyvezési sémákat is kínál, törekszik az objektív megragadhatóságra.

Különleges módszernek tekinthető például a „Mackógyerek egy napja” vizsgálat, amelyet *Kürti Istvánné* és *Szilágyi Lilla* (1970) dolgoztak ki. Előzetes vizsgálódásaik tapasztalatainak beépítésével hoztak létre egy vizsgálati helyzetet (óvodások és kisiskolások számára), amelyben a gyermek egy babaszobában kismackók segítségével játssza el a mackógyerek egy napját, annak történéseit. A gyermek játékának megfigyelésére egy alapos kategóriarendszert dolgoztak ki, ennek segítségével lehetséges regisztrálni a gyermek viselkedéses és szóbeli megnyilvánulásait (*Kürti és Szilágyi, 1970; Kósáné, Járó és Kalmár, 1975*). A vizsgálódás azonban nem korlátozódik feltétlenül pusztán megfigyelésre, mivel a feladatmegoldást tovább is elemezték, a vizsgálat alkalmazhatóságában a személyiséget érintő elemzéseket is végrehajtanak (*Kürti és Szilágyi, 1970*).

Kifejezetten az óvodára kidolgozott módszergyűjtemény *Kósáné Ormai Vera* Mi óvodánk c. munkája, amelyben szisztematikusan áttekinti az óvoda tényezőit, résztvevőit, és mindegyik témakörhöz ajánl módszereket, amellyel körüljárhatjuk azt. Itt is bőven találunk megfigyeléses vizsgálatokat, pl. az interakciók, érzelmek terén (*Kósáné, 2001*).

A környezet gyermeki viselkedésben játszott szerepe

A fenti felsorolásból is látható, hogy a kutatók kiemelt figyelmet fordítanak a gyermekek óvodában történő interakcióinak tanulmányozására. Azonban az interakciókat, történéseket nem lehet csak önmagukban, „vegytisztán” értelmezni, az emberek és így a gyermekek közötti interakciók nem függetlenek a környezettől (vö. *Dúll, 2009*). Kutatások sora foglalkozik annak vizsgálatával, hogy a kontextus hogyan befolyásolja a gyerekek viselkedését (vö. *Dúll, 2015*). Ezek a munkák felhívják a figyelmet a kontextus fontosságára, fejlődésben betöltött szerepére is.

Ismert, hogy a gyermek későbbi iskolai kimeneteléhez kapcsolódó kompetenciák fejlődésében hangsúlyos szerepe van a kontextusnak és az interakciónak (a felnőttekkel, a társaival, illetve a tevékenységekkel és eszközökkel) (*Booren, Downer és Vitiello, 2012*).

A viselkedés ökológiai megközelítésében „a gyerekek fejlődési kontextusai egy a közeli kapcsolatokból álló hierarchiába ágyazottak – mint az egykorú társaik és a pedagógusok –, amely nagyobb rendszerekben helyezkedik el, mint az osztály és az iskola” (*Bronfenbrenner 1979, idézi Booren, Downer és Vitiello, 2012. 519. o.*).

Egy másik megközelítés (*Gump, 1975, idézi Booren, Downer és Vitiello, 2012*) szerint a gyermeket körülvevő környezet tartalmaz egy miliőt (a tér vagy a létesítmény) és egy programot (ahogy a dolgokat csináljuk), kiemelve, hogy a legtöbb kontextusnak van egy a gyermeki viselkedésre ható napirendje vagy rendszere. *Booren és munkatársai* (2012) rámutatnak arra is, hogy a természetes megfigyelés a gyermek viselkedésének és a csoportszobai környezet vizsgálatának megfelelő módszere lehet. Kutatásukban – amelyet abból a szempontból emelünk ki, hogy megfigyeléssel milyen komplex kérdéskört jártak körül – az óvodai tevékenységformákat vizsgálták, az azok során megfigyelhető interakciókat, a nem hatását, illetve az alapvető pedagógusi viselkedésmódokat tanulmányozták. Ehhez szisztematikus megfigyelést végeztek 145 óvodás körében egy kódrendszer segítségével (Individualized Classroom Assessment Scoring System; Egyéni Csoport/Osztály Értékelő Pontozó Rendszer), amely a pedagógussal, a társakkal, a feladatokkal és a konfliktusokkal kapcsolatos interakciókban megfigyelhető viselkedés megragadására képes. Elemezve a tapasztaltakat, képet kaptak az egyes tevékenység típusokban jellemző interakciófajtákról, így például arra jutottak, hogy a társakkal és a feladatokkal folytatott interakciók pozitívabban alakultak

a gyermek által irányított tevékenységekben. A tanulmány felveti, hogy ebben a kérdéskörben is érdemes a pedagógusoknak tudatosabbá válniuk (*Booren, Downer és Vitiello, 2012*).

A környezetpszichológiai megközelítés szerepe a gyermeki viselkedés tanulmányozásában

A korábban már említett *Gump* (1975 idézi *Booren és mtsai, 2012*) megközelítésére rímel a környezetpszichológiai megközelítés, amely a környezet fogalmába a fizikai környezetet is beleérti, sőt, annak a benne levő ágensekkel egyenrangú szerepet tulajdonít. A környezetpszichológiai paradigmára jellemző az ún. tranzakcionista megközelítés, melynek értelmében az embert és környezetét rendszerben szemléli, szociofizikai környezetről beszél. Az emberi viselkedés és a fizikai környezet, amiben az lejátszódik, kölcsönösen meghatározzák egymást, egymás nélkül nem értelmezhetőek. Az adott cselekvés sohasem értelmezhető a kontextusa nélkül (*Dúll, 2001, 2009*). Egy kutatás központjában ugyan állhat pl. az interakció vizsgálata, de nem feledkezhetünk meg arról, hogy minden cselekvés, akció egy – bizonyos jellemzőkkel rendelkező pl. világos, tágas, átlátható játékterekre osztott vs. egy sötét, hosszúkás alakú, zsúfolt csoportszoba – fizikai környezetben zajlik, mely hatással van az ott zajló eseményekre és viszont (lásd *Dúll, 2015*).

Az óvodai környezetben zajló vizsgálatok esetében is érdemes lenne a fizikai környezeti elemekre, az ergonómiai kívánalmakon túlmutatóan figyelmet fordítani. Az óvodai környezetek kapcsán *Pálfi Sándor* (é.n.) sokat idézett írása kiválóan tükrözi azt a megközelítést, mellyel a környezetpszichológia is vizsgálja a játéktereket. A játéktereket nem csak medernek tekinti, hanem azok kialakításával a játéktevékenység irányításában rejlő lehetőséget is meglátja. Valamint rávilágít arra, hogy a környezetek kialakítása, és ezzel szoros összefüggésben az ott érvényben levő szabályok (pl. ki vehet le a polcra egy játékot stb.) milyen nagymértékben befolyásolják a gyerekek kompetenciáit, azok fejlődését.

Fontos hogy az óvodák berendezésénél ne hagyjuk, hogy az esetleg nehézkes, szűkös téri lehetőségek miatt (pl. „oda fért el”) átgondolatlanul, a gyakorlati kritériumoknak nem megfelelő teret hozzunk létre. A tárgyak funkcionális elrendezésével implicit módon vezérelhetjük a tevékenységet és fejleszthetjük a gyerekek képességeit (*Nash, 1981* idézi *Dúll 2009*). A jól használható, jól működő terekben a játékszereket is rendeltetésszerűen használják a gyerekek, kevesebb a verekedés (*Pálfi, é.n.*), és a környezeti kompetencia fejlesztésére is mód nyílik. Vagyis a gyermek megtapasztalhatja és gyakorolhatja, hogy hogyan tud hatékonyan bánni a környezettel (*Pedersen, 1999* idézi *Dúll 2009*), hogyan tudja kontrollálni és használni a fizikai környezetet, melyben így magabiztosabbá válhat.

Eddig csak a viselkedést említettük, de a térhasználat és a téri kompetenciák kapcsán a térhasználatához kapcsolódó érzelmi élményről sem feledkezhetünk meg. Hiszen azokhoz a helyekhez, melyeket sokat használunk – gyerekek esetében ilyen hely lehet az óvoda, az óvodai csoportszoba – vagy amelyhez élmények kötődnek, ahol hatékonyan érezzük magunkat könnyen ún. helykötődés alakul ki. A helykötődés biztonságérzetet ad többek között az adott környezetben gyakorolható kontrollon keresztül (*Dúll, 2002, 2009*).

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a környezetpszichológiai szempontok figyelembe vételét nagyban megnehezíti, hogy a fizikai környezetünk okozta hatásokat nehéz tudatosítani. A szélsőségeken kívül, pl. nagyon zsúfolt egy helység, nyomasztóan

alacsony a belmagasság, vagy nem fér el a lábunk az asztalnál, általában nem ismerjük fel, hogy a fizikai elrendezés is felelős a megjelent viselkedésért (Dúll és Urbán, 1997; Dúll 2009).

Az óvodáskorú gyermekek interakcióinak tanulmányozása integrált, inkluzív óvodai környezetben

Az óvodában történő integrált vagy inkluzív nevelésnek számos tényezője van. Ahhoz, hogy komplex és árnyalt képet kapjunk a témáról, nyilvánvalóan érdemes mindezeket számba venni, és tanulmányozni, elemezni. Az integrációt, inklúziót célzó programok, megoldásmódok eredményességében is meghatározóak a fent említett szempontok: a környezeti tényezők és az interakciók. A megfigyelés módszerére összpontosító tanulmányunk kiemeli az óvodai csoportban folyó integrált nevelésnek azokat az apró(nak tűnő), de mégis fontos mozzanatait, amelyeket kulcsfontosságúnak mondhatunk. Ilyenek például a gyermekek viselkedése, az interakciók a résztvevők között, az óvodai környezet elemei, és a viselkedés ezen kontextusban történő tanulmányozása.

Az óvodai inklúzió témáját tanulmányozva a nemzetközi szakirodalomban számos tanulmányt találhatunk. Ezekben az interakciók megfigyelése is megjelenik, fontos aspektusnak tűnik, hiszen a sikeres inklúzióknak ez fontos összetevője lehet, illetve a sikeres inklúzió például a társas kapcsolatokban, interakciókban is megmutatkozik.

Odom (2000) áttekintésében, amelyben leírja az óvodai inklúzióval kapcsolatos 2000-ben aktuális tudásukat (az Amerikai Egyesült Államokban), kitér az interakciókra is. Összegezve azt állapítja meg, hogy inkluzív csoportokban a sajátos nevelési igényű (SNI)⁴ gyerekek a nem SNI gyermekekhez képest kevésbé gyakran vesznek részt a szociális interakcióknak. Ide kapcsolódik az elutasítás vagy épp a szociális készségekhez kötődő intervenciók témaköre is. A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy „mivel a szociális integrációt, a szociális kompetenciát és a szociális kapcsolatokat pont olyan kimenetekként definiáljuk, amelyeket remélünk, hogy fejleszthetünk az SNI gyerekeknél, fontos, hogy megállapítsuk, hogyan mérhetjük fel ezeknek a fejlődését, előmenetelét az egyes gyermekek esetében. Ahogy az is fontos, hogy felmérjük az inkluzív programok általános hatásait is.” (*Odom*, 2000. 21. o.).

Kontos, Moore és Giorgetti (1998) az Inklúzió ökológiája (*The Ecology of Inclusion*) című tanulmányában a fogalom (és egyben a jelenség) ökológiai megközelítését ismerteti. Különös hangsúlyt fektetnek az egyedi szintre, azaz az inklúzió azon aspektusára, amely az egyéni tapasztalatszerzést érinti. „...ha figyelmet fordítunk a programszintű változókra és a gyerekek tapasztalataira, segít, hogy felismerjük az inkluzív elrendezések kritikus vonásait, amelyek hozzájárulnak a gyermek fejlődéséhez.... Fontosak azok az adatok, amelyek leírják az SNI gyerekek inkluzív csoportban szerzett tapasztalatait, ha meg akarjuk érteni, hogyan vonjuk be őket a tipikus gyermekkori szabadjáték tevékenységekbe, amelyek az első számú közvetítői a tanulásnak a fejlődés szempontjából megfelelő korai gyermeki környezetben. Ez lehet a része egy járható útnak a korai intervenciók megközelítések között.” (*Kontos, Moore és Giorgetti*, 1998. 38. o.).

⁴ A szakirodalomban a sajátos nevelési igényű (SNI) gyermekekre más kifejezéseket is találunk, szóhasználatból, hangsúlyokból, a probléma okának azonosításából eredően, pl. fogyatékkal élő gyermekek (children with disabilities). Hazánkban jelenleg az SNI kifejezés terjedt el, így tanulmányunkban az egységesség céljából a fogyatékkal élő, sajátos nevelési igényű stb. gyermekekre a továbbiakban az SNI megnevezést használjuk.

Vizsgálatuk célkitűzését, azaz, hogy a gyermekek szabadjáték során szerzett tapasztalatszerzését ismerjék meg, a pedagógiai gyakorlatra futtatják ki: „A gyermekek által szerzett tapasztalatok kontextusának alaposabb megismerése révén az elméleti és gyakorlati szakemberek kedvezőbb helyzetbe kerülnek a fejlődés szempontjából megfelelő inklúziós elrendezések lehetőségének értékelését illetően, ez pedig segítséget jelent a kívánt eredmény elérésében.” (Kontos, Moore és Giorgetti, 1998. 38. o.).

Ezt a nézőpontot – miszerint (az óvodai) integráció, inklúzió akár apró(nak tűnő), „mikro” momentumait is fontos megfigyelni, kiemelten hangsúlyosnak tartjuk, hiszen gyakran éppen ezeknek a mozzanatoknak a megragadásával, tudatosításával lehet a pedagógusoknak támogatást nyújtani az integrált helyzetben folytatott gondozó-nevelő munkájukban.

Kontos és munkatársai (1998) a korábban már említettekkel összhangban, kiemelik a korai interakciókban és tevékenységekben szerzett tapasztalatok fontosságát, és mindezek kontextusba ágyazottságát. A szerzők tanulmányukban egy olyan vizsgálatot mutatnak be, amelyet a fentiek megfontolásából végeztek el. Kutatásukban inkluzív óvodai csoportban figyelték meg a gyerekek és a pedagógusok viselkedését. Lássunk néhányat a vizsgálat eredményeiből. Az SNI gyerekek a szabad játék ideje alatt az idő nagy részében manipulatív vagy valamilyen nem játék jellegű, pl. kézműves tevékenységet végeztek, általában egy pedagógus jelenlétével kiegészült gyerekcsoportban. Ezzel szemben nem SNI gyerekeknél leggyakrabban szerepjátékot figyelték meg (tehát olyan tevékenységet, aminek középpontjában a kommunikációs és társas készségek gyakorlása áll) és sok időt töltöttek egyedül a pedagógussal vagy egy társukkal (ami az SNI-sek között nem volt gyakori) (Kontos, Moore és Giorgetti, 1998).

File (1994) tanulmányában egy olyan vizsgálatról számol be, amelyben integrált nevelésben részesülő SNI és nem SNI gyereket figyelték meg szabad játék során. A kutatás célja az volt, hogy megvizsgálja a játékok kognitív és szociális komplexitását, illetve a pedagógusokkal folytatott interakcióikat. A következőkben a megfigyelés módszertanából kiemeljük a kategóriarendszert, amit az interakciók megragadására alkalmaztak (Rubin, Maioni és Hornung (1976) nyomán, amelyben Parten és Smilansky (é.n.) munkáját adaptálták):

Elkülönítették a kognitív és a szociális játékot. Az előbbihez tartozott a funkcionális játék (egyszerű, ismétlődő mozdulatok tárgyakkal vagy azok nélkül); a konstruktív játék (tárgyakkal való manipuláció, hogy „alkosson” valamit) és a szerepjáték. A szociális játékba a komplexitás sorrendjében az alábbiak tartoztak:

- *Magányos játék/solitary* (egyedül játszik a játékokkal, a közelében levő gyerekektől eltérő játékot játszik);
- *Párhuzamos/parallel* játék (hasonló játékot játszik, mint a közelében levő gyerekek, de nincs interakció közöttük);
- *Interaktív játék* (verbális vagy nonverbális kontaktus van a gyerekek között, akik ugyanazt játsszák, vagy ugyanazokkal a játékokkal játszanak).

A gyermek-pedagógus interakciók megfigyelésére az alábbi kategóriákat alkalmazták:

- *Nem vonódik be a pedagógus* (nincs a pedagógus a közelben, vagy a közelben lévő pedagógus figyelmen kívül hagyja a megfigyelt gyermeket);
- *Bevonódik a rutinba/nem a játékba* (Részt vesz a megfigyelt gyerekekkel nem játék tevékenységben, önkiszolgáló tevékenységben, párbeszédben, rutin tevékenységben);
- *Figyel* (nézi a gyermeket, de nincs interakcióban a megfigyelt gyerekekkel);
- *Támogatja a kognitív játékot* (interakcióban van a megfigyelt gyerekekkel, fókuszban azzal, ahogy eszközöket, játékokat vagy ötleteket/reprezentációkat használ);
- *Támogatja a szociális játékot* (interakcióban van a megfigyelt gyerekekkel, amelynél fókuszban a gyerek társaival folytatott interakciója van).

Az utóbbi kettőnél megkülönböztettek indirekt és direkt formát aszerint, hogy a pedagógus irányítja az interakciót, vagy lehetőséget ad a gyermeknek, hogy ő irányítsa azt. Eszerint négyféle támogatási mód jöhet létre (a jobb érthetőség kedvéért az eredeti példákat is bemutatjuk):

- *Kognitív játék direkt támogatása*: az eszközök használatának meghatározása (pl. „Töltsd meg a csészét.”). Zárt kérdések feltevése (egy konkrét válasszal pl. „Melyik a nagyobb?”).
- *Kognitív játék indirekt támogatása*: Nyitott kérdések feltevése (pl. Melyik színt fogod következőként használni?), válasz a gyerek ötleteire, verbalizációira (pl. „Micsoda helyes autót készítettél.”).
- *Szociális játék direkt támogatása*: a gyerek szerepének átvétele (pl. „Seth szeretne veled játszani.”) vagy a gyermeknek felhasználandó stratégiára példát mond (pl. „Mondhatnád, hogy Én szeretnék következni, Aurelia.”).
- *Szociális játék indirekt támogatása*: „jelek”, „nyomok” azonosítása (Pl. „Szerintem nem hallott téged.”), nyitott kérdések kérdezése (pl. Mit tehetnél, ha szeretnél játszani?.), vagy implicit emlékeztetők adása (pl. „Ki kellene találnod, hogy erre hogyan jöhetnél rá.”).

A fentiekből látható, hogy a kutatók milyen mozzanatokra bontották le a viselkedést, és hogyan sikerült ezáltal egy megbízható kategóriarendszert létrehozniuk.

File (1994) röviden a következőket emeli ki a csoportban történt megfigyelés eredményeiből: a pedagógusok játéktámogatása irányítóbb volt a kognitív játékban az SNI gyerekek esetében, mint a nem SNI-seknél, még ha a kognitív játék fejlettségi szintjének átlagában meg is egyeztek. A szociális játék támogatására összpontosító pedagógus-gyerek interakciók relatíve ritkának bizonyultak, illetve a szociális játék szintjének átlagában mutatott különbségek ellenére egyformának mutatkoztak a két összehasonlított gyerekcsoportban. Érdekes továbbá, hogy a pedagógusok jellemzően inkább a játék kognitív aspektusát támogatták – szemben a szociálissal –, annak ellenére, hogy a vélekedéseik vizsgálatakor az derült ki, hogy úgy gondolják, az SNI-sek társas készségeik terén elmaradnak nem SNI társaikhoz képest (*File*, 1994).

Bemutatjuk egy másik, *File* kutatásához hasonló megfigyeléses vizsgálat módszertanát. *Harper* és *McCluskey* (2002, 2003) megfigyeléses vizsgálataikban az interakciók további aspektusait vizsgálták. A viselkedések leírására a következő kategóriarendszert használták. Meghatározták a gyerek helyzetét és/vagy tevékenységét (ezt önmagában nem vizsgálták, csak ha a változás kezdeményezőinek meghatározásához kapcsolódtak); hogy ki kezdeményezte a tevékenységet (a megfigyelt gyerek, társ, felnőtt vagy a felnőtt-gyerek csoport) és a szociális részvétel szintjét. Azt is megfigyelték, hogy a tevékenységben bekövetkezett változás elindítója ki: a fókuszban lévő gyermek, társ, felnőtt vagy a csoport. A szociális részvétel szintjénél *Parten* (1932, idézi *Harper* és *McCluskey*, 2002, 2003) osztályozását vették át. A fenti, *File* (1994) vizsgálatában említett három kategória szintén megjelenik: *magányos játék*, *párhuzamos játék* és *interakció*, ez utóbbiba beleértik a felnőttel való interakciót is. (A szociális interakciókon belül megkülönböztettek csak társakkal, csak felnőttel és társ(ak)kal, és felnőttel is folytatott (azaz csoport) interakciókat. Ennél a megfigyelésnél egy negyedik kategóriát is találunk, a *szemlélődő* „*onlooker*” viselkedést (ez az az eset, amikor a gyermek áll interakcióban másokkal, de nyilvánvalóan mások tevékenységeinek nézésével foglalja el magát) (*Harper* és *McCluskey*, 2002, 2003).

Két érdekes momentumot emelünk ki a szerzők (*Harper* és *McCluskey*, 2002) eredményeiből :

Az egyik fontos szempont a nyelv volt. Azok, akik nem vagy alig voltak képesek használni, inkább egyedül voltak, és ritkán (akkor is a többiekéhez képest eltérő straté-

giával) kezdeményeztek interakciót. A másik tényező a helyváltoztatás függetlenségéé volt: azok a gyerekek, akik nem voltak képesek erre, mind a tevékenységek, mind a szociális „váltások” terén a felnőttől függtek.

Ugyanezen szerzők egy másik, szintén inkluzív óvodai környezetben végzett vizsgálatának az volt a célja, hogy azt a jelenséget igyekezzenek feltárni, miszerint negatív korreláció tapasztalható a gyerekek felnőttel folyó és társakkal folyó interakciói között. A 3–4 évesek körében végzett megfigyelésük eredményeként úgy találták, hogy a 24-ből 21 gyermek esetében negatívan korrelált a felnőttel és a társakkal töltött idő. További eredményük volt, hogy a felnőtteknél megjelentek a szándékukon kívüli interakciók: a pedagógusok a vártnál gyakrabban kezdeményeztek véletlenül interakciót egyedül lévő gyermekkel, és kevésbé voltak hajlamosak ezt tenni, amikor egy gyermek interakcióban állt egy társával. Érdekes, a pedagógia oldaláról is megfontolandó eredményük volt, hogy ha felnőtt interakciót kezdeményezett a gyerekekkel, ők utána inkább a felnőttel kezdeményeztek egy következőt, kevésbé a társukkal. A cikkük címében fel is teszik a kérdést: „Vajon a pedagógusok gátolják a társakkal folytatott interakciókat?” (*Harper és McCluskey, 2003*).

Kutatásuk korlátainak ismertetése mellett mind az elmélet, mind a kapcsolódó nevelési tervezéssel kapcsolatban megfogalmazznak implikációkat a szerzők. „Az elméletet oldaláról fontos lesz meghatározni, hogy melyek azok a felnőtt viselkedések, amelyek akadályozzák a következő nyitást a társak felé, és melyek azok (ha nem ugyanazok azok), amelyek támogatják azt a felnőtt irányába. Illetve azt is fontos meghatározni, hogy vajon ezek a hatások kontextusfüggőek-e. Az ilyen információk segíteni fognak abban, hogy tisztázhassuk a kapcsolatot a társakkal, illetve a felnőttekkel folytatott szociális interakciók között, és azt, hogy ezek hogyan változnak az idők során... A gyakorlat oldaláról tekintve ennek az elkülönítése fontos lesz azon a téren, hogy segítsen a pedagógusoknak elkerülni a spontán kortárs kapcsolatok nem szándékos akadályozását. Abban is segíthetnek, hogy jobban meg lehessen tervezni, hogy egyáltalán közbeavatkozzanak-e, ha igen, mikor és milyen kontextusban tegyék, hogy támogassák az óvodások szociális készségeit, és hogy facilitálják különösen az SNI gyerekek teljes szociális inklúzióját...” (*Harper és McCluskey, 2003. 181. o.*).

Áttekintve az óvodai inklúziót érintő megfigyeléses vizsgálatokról szóló tanulmányokat, elmondható, hogy az inklúziót általános, többféle SNI gyermeket is megfigyelő vizsgálatokon (ld. fent) túl találunk olyanokat is, amelyek nagy minta elemzésével igyekeznek átfogó képet rajzolni (pl. *Brown, Odom, Li és Zercher, 1999*). Emellett találkozunk olyan megfigyeléses vizsgálatokkal, amelyek egy-egy SNI típus esetében tanulmányozzák a gyerekek interakcióit pl. hallássérült gyerekek kommunikációs készségét vizsgáló megfigyelés (*Bobzien, Richels, Raver, Hester, Browning és Morin, 2013*) vagy a specifikus nyelvi zavarral küzdő gyermekek interakcióinak megfigyelése és összevetése a szülő és pedagógus általi jellemzéssel (*McCabe és Marshall, 2006*).

A csoportszoba környezetének elemzése, hatása az integrációra, inklúzióra

A szűkebb értelemben vett interakciók vizsgálása mellett a tágabb interakciók, azaz a környezet tanulmányozása is jelentőséggel bírhat az integráció, inklúzió elemzése szempontjából.

Az óvodai társas környezetben túl a fizikai környezet általában véve is kiemelt jelentőséggel bír a gyerekek fejlődése szempontjából. Egy csoportszoba áttekintésekor elkülöníthetjük az egyes játéktérket (pl. „alaprajzok” rajzolásával és elemzésével), és elemezhetjük, hogy a gyerekek mely tevékenységformáihoz kapcsolódnak az egyes

terek, illetve milyen igényeket, szükségleteket (pl. biztonság) elégítenek ki (vö Dúll, 2015). Vizsgálhatjuk az egyes játéktereket olyan szempontból is, hogy pl. szabad játék során milyen spontán tanulási, tapasztalatszerzési lehetőségeket nyújtanak a gyerekek számára (B. Lakatos és Böddi, 2015).

Tehát maga a környezet, a tér is hatással van a gyerekek és felnőttek viselkedésére, interakcióira, akár azzal, hogy elősegíti azokat. A társas interakciók serkentése nem csak közvetlen (pl. célzott beavatkozással, játékok „játszatásával”), hanem közvetett módon is történhet azáltal, ahogy a fizikai teret (pl. csoportszobát) strukturáljuk. A fizikai környezet megfelelő alakítása, a játékterek és játéktevékenységek befolyásolása (pl. nagyobb asztalt többben tudnak körbeülni) hatással lehet a társas kapcsolatokra. A játékeszközök jellege – inkább társas vagy elszigetelt tevékenységet motivál – is hatással van az interakciókra (Beckman és Kohl, 1984, idézi F. Lassú, 2007), és ugyanez igaz szabadtéri játékkörnyezetekre is (Dúll, 2003).

Tehát az SNI gyerekek társas kapcsolatainak fejlesztése terén használhatjuk azokat az aspektusokat, amiket a fizikai környezet kínál. „Azok a játékeszközök, amelyek hatékonyak abban a tekintetben, hogy „előcsalják” és támogatassák a szociális játékot, egy olyan visszafogott tanítási-nevelési eszközt adhatnak a pedagógusok kezébe, amely szépen belevegyül az inkluzív csoportok mindennapi játéktevékenységeibe” (Ivory és McCollum, 1999. 238. o.).

Ivory és McCollum (1999) kutatásukban a szociális és izolációs játék hozzáférhetőségét variálták a négy hetes vizsgálati idő alatt működő inkluzív óvodai csoportban. Azt vizsgálták, hogy hogyan változik az inkluzív közegben nevelt SNI gyerekek szociális játékának szintje attól függően, hogy szociális vagy izolációs játékokkal találkoznak. Szociális játékoknak az alábbiakat tekintették: építőkövek, beöltözős ruhák, babák, babaház, háztartási eszközök, bábok, járművek. Izolációs játékok a következők voltak: gyurma, Lego, könyvek, festék, ecsetek, papír, olló, zsírkréták és filctollak, kirakók. Eredményeikből kiemeltük, hogy a szociális játék „feltételben” szignifikánsan gyakrabban jelent meg a kooperatív játék. Az elszigetelt játék ritka volt mindkét esetben. Érdekes volt az az eredmény, hogy kooperatív játék ritkán történt izolációs játékokkal. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a környezet tudatos alakításával a pedagógusok például befolyásolhatják a csoportjukban megvalósuló játékot (Ivory és McCollum, 1999).

A játékszerek szociális „felhívó jellegén túl” más tényezők is hatnak a társas interakciókra. Ilyen például a csoportméret, amelyet megkívánnak (vö Dúll, 2015). A kiscsoportos játékot „hívó” tér és játékeszközök intenzívebb interakciókhoz vezetnek, szemben a párban vagy nagy csoportban játszhatókkal (F. Lassú, 2007).

A játékterek és eszközök jellegén túl a belmagasság is befolyásolja, hogy milyen tevékenységek jelennek meg az adott környezetben. A nagyobb belmagasság aktívabb játékokra ösztönöz, míg az alacsonyabb csendesebb játékokra (Weinstein-David, 1987, idézi Dúll, 2009). A csoportszobai játékterek kialakításánál tekintettel kell lennünk az ott végzett tevékenységek térigényére és az ún. ambiens, vagyis nehezen tudatosuló környezeti ingerekre is, mint a zajszint, a hőmérséklet, páratartalom és a különböző szagok is, melyek mind befolyásolhatják a viselkedést (Dúll, 2009). A zajszint kapcsán érdemes megemlíteni, hogy ennek különösen fontos szerepe van interakcióval foglalkozó kutatásokban, mivel a zaj az interakció minőségét is befolyásolja. Kutatások igazolták, hogy zajban a tanárok rövidebb mondatokban fogalmaznak, beszédtempójuk lelassul, fogalmazásuk egyszerűsödik, hangszínük monotonná válik. (Téglás, 2004). Szintén a fizikai elrendezés befolyásolhatja az interakciók megjelenésének gyakoriságát az ún. szociopetális vagy szociofugális elrendezéssel. A szociopetális elrendezés kedvez az interakciónak pl. egymás felé fordított székek, puffok, babzsákfotelek, míg a

szociofugális elrendezés gátolja az interakciók megjelenését pl. egymástól távol elhelyezett asztalokkal, székekkel, vagy az iskolákból jól ismert padosoros, oszlopos elrendezéssel (Dúll, 2009). A fizikai környezet jellemzőin túl hangsúlyos még az időkeret, vagyis az az idő, amelyet szabad játékkal tölthetnek az óvodások, hiszen megfelelő időt kell biztosítani az együttműködéshez és feladatmegoldáshoz (F. Lassú, 2007).

Összegezve az óvodai inklúzió kapcsán fent leírtakat, elmondhatjuk, hogy a fenti kutatások is mutatják, hogy milyen sok, pedagógiai szempontból is hasznosítható tanulsággal szolgálhat az óvodai interakciók vizsgálata, hiszen az interakciók arányának feltérképezése árnyaltabbá teheti nemcsak a kutató, hanem a pedagógusok számára is a csoport társas kapcsolatairól kialakult képét. Mivel az interakciók bizonyos aspektusai lehetnek nem tudatosak, nem szándékosak, a megfigyelések rávilágíthatnak ezekre is, ezzel növelve a pedagógus tudatosságát a kommunikációja terén is. A kontextus szempontját beemelő áttekintésből pedig az látható, hogy a csoportszoba környezete milyen sok tényezőt tekintve lehet hatással az SNI és nem SNI gyerekek viselkedésére, interakcióira. Mindezek tudatos átgondolása lehetőséget nyújthat a pedagógusok és a gyermekekkel foglalkozó más szakemberek számára is, hogy például a környezeti elrendezéssel fokozzák a csoportba járó – SNI és nem SNI – gyerekek társas interakcióit, befolyásolják a játszott játékok társas aspektusát.

A sikeresen, „olajozottan” működő integráló, inkluzív nevelési helyzetek megfigyelésével, majd a tapasztaltak elemzésével olyan jó gyakorlatokhoz juthatunk, amelyet más integráló nevelésben dolgozó szakemberek is hasznosíthatnak.

Zárás

Írásunk elején a kutatási stratégiák lényegi jellemzőiből kiindulva mutattuk meg, hogy a megfigyelés módszerének van létjogosultsága a tudományos vizsgálatokban. Összegeztük, hogy általában mire kell figyelni a megfigyeléssel végzett kutatások tervezése, megvalósítása során, hogyan lehet biztosítani az érvényességet és a megbízhatóságot, csökkenteni a szubjektivitást.

A továbbiakban példákon keresztül megmutattuk, hogy a megfigyelés módszerét milyen széleskörűen lehet alkalmazni a gyerekek viselkedésének tanulmányozásában. Az ökológiai, környezetpszichológiai megközelítés szempontjai a viselkedés tágabb kontextusban való elemzéséhez segítenek bennünket. Az óvodai integrációval foglalkozó külföldi kutatások jól illusztrálják, hogy a megfigyelés alkalmazása milyen kulcsmozzanatok megértését teszi lehetővé az inklúzió gyakorlatának eredményessége és hatása vonatkozásában.

A bemutatott empirikus munkák is bizonyítják, hogy sokféle kutatási probléma, kérdés esetén érdemes ezt a módszert választani nehézségei ellenére is. Reméljük, hogy olvasóink ezután bátrabban alkalmazzák a megfigyelést akár kutatásukban, akár pedagógiai munkájuk tudatosabb elemzésében, tényeken alapuló fejlesztésében.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk B. Lakatos Margitnak, Bertalan Györgynek és Hámornik Balázsnak a tanulmány megírása során nyújtott hasznos észrevételeikért.

Irodalom

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről
URL: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV#ljb1param (letöltve: 2015. 08. 11.)
- B. Lakatos Margit és Böddi Zsófia (2015): *Gyakorlatok a Játék pszichológiájára, pedagógiájára és módszertanára szemináriumaira. Oktatói segédanyag*. ELTE TÓK, Budapest, TÁMOP 4.1.2.B.2-13/1-2013-0007 „Országos koordinációval a pedagógusképzés megújításáért”.
URL: http://tamop2014.tok.elte.hu/dok/szakmai_anyagok/gyakorlati_kepzes_megujitasahoz/ovo/Lakatos_Boddi_2015_Gyakorlatok_a_jatek_pszichologiaja_pedagogiaja_es_modszertana_szeminariumra.pdf (letöltve: 2015. 08. 11.)
- Babbie, E. (2003): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Kiadó, Budapest.
- Bobzien, J., Richels, C., Raver, S. A., Hester, P., Browning, E. és Morin, L. (2013): An Observational Study of Social Communication Skills in Eight Preschoolers with and Without Hearing Loss During Cooperative Play. *Early Childhood Education Journal*, **41**. 339–346.
- Booren, L. M., Downer, J. T. és Vitiello, V. E. (2012): Observations of Children’s Interactions with Teachers, Peers, and Tasks across Preschool Classroom Activity Settings. *Early Education and Development*, **23**. 517–538.
- Böddi Zsófia és B. Lakatos Margit (2010): Vackor nyomában – Vallomások az óvodáról, az óvodai közösségről. *Kisgyermek, nagy problémák*, **22**. kiegészítő kötet, 2010. április. Raabe Tanácsadó és Kiadó Kft., 1–20.
- Brown, W. H., Odom, S. L., Li, S. és Zercher, C. (1999): Ecobehavioral Assessment in Early Childhood Programs: A Portrait of Preschool Inclusion. *The Journal of Special Education*, **33**. 3. 138–153.
- Bussmann, J. B. J. és Ebner-Priemer, U. W. (2014): Ambulatory Assessment of Movement Behavior In: Mehl, M R. és Conner, T. S. (2014, szerk.) *Handbook of Research Methods for Studying Daily Life*. The Guilford Press, New York, London, 235–250.
- Cole, M. és Cole, S. R. (2003): *Fejlesztélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Dúll Andrea (2001): A környezetpszichológia története. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **2**. 287–328.
- Dúll Andrea (2002): Ember és környezet affektív kapcsolata: a helykötődés. *Alkalmazott Pszichológia*, **4**. 2. 49–65.
- Dúll Andrea (2003) Kültéri játékkörnyezetek környezetpszichológiai elemzése. *Alkalmazott Pszichológia*, **5**. 1. 59–76.
- Dúll Andrea (2009): *A környezetpszichológia alapkérdései: Helyek, tárgyak, viselkedés*. L’Harmattan, Budapest.
- Dúll Andrea (2015): A bölcsőde környezetpszichológiája. In Gyöngy Kinga (szerk.) *Első lépések a művészetek felé. A vizuális nevelés és az anyanyelvi-irodalmi nevelés lehetőségei kisgyermekkorban*. DialógCampus Kiadó, Budapest. 265–297.
- Dúll Andrea és Urbán Róbert (1997): Az épített környezet konnotatív jelentésének vizsgálata: módszertani megfontolások. *Pszichológia* **17**. 2. 151–179.
- F. Lassú Zsuzsa (2007): A kortárskapcsolatok és a társas kompetencia fejlesztése az integrált nevelésben. In: Bollókné Panyik Ilona (szerk.): *Gyermek – Nevelés – Pedagógusképzés*, Trezor Kiadó, Budapest, 137–147.
- Falus Iván (2004): A megfigyelés. In: Falus Iván (szerk.): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Műszaki Könyvkiadó Budapest. 125–170.
- File, N. (1994): Children’s Play, Teacher-Child Interactions, and Teacher Beliefs in Integrated Early Childhood Programs. *Early Childhood Research Quarterly*, **9**. 223–240.
- Franchak, J. M., Kretch, K. S., Soska K. C. és Adolph, K. E. (2011): Head-Mounted Eye Tracking: A New Method to Describe Infant Looking. *Child Development*, **82**. 6. 1738–1750.
- Gardner, F. (2000): Methodological Issues in the Direct Observation of Parent – Child Interaction: Do Observational Findings Reflect the Natural Behavior of Participants? *Clinical Child and Family Psychology Review*, **3**. 3. 185–198.
- Goodwin, M. S. (2014): Passive Telemetric Monitoring: Novel Methods for Real-World Behavioral Assessment In: Mehl, M R. és Conner, T. S. (2014, szerk.) *Handbook of Research Methods for Studying Daily Life*. The Guilford Press, New York, London, 251–266.

- Harper, L. V. és McCluskey, K. S. (2002): Caregiver and peer responses to children with language and motor disabilities in inclusive preschool programs. *Early Childhood Research Quarterly*, **17**. 148–166.
- Harper, L. V. és McCluskey, K. S. (2003): Teacher–child and child–child interactions in inclusive preschool settings: do adults inhibit peer interactions? *Early Childhood Research Quarterly*, **18**. 163–184.
- Hektner, J. M. (2014): Developmental Psychology In: Mehl, M. R. és Conner, T. S. (2014, szerk.) *Handbook of Research Methods for Studying Daily Life*. The Guilford Press, New York, London, 585–600.
- Héra Gábor és Ligeti György (2014): *Módszertan. Bevezetés a társadalmi jelenségek kutatásába*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Ivory, J. J. és McCollum, J. A. (1999): Effects of Social and Isolate Toys on Social Play in an Inclusive Setting. *The Journal of Special Education*, **32**. 4. 238–243.
- Kasza Georgina (2008): Módszertani megjegyzések a kutatásról. In: Kőpatakiné Mészáros Mária (szerk.): *A küszöbön. Sajátos nevelési igényű gyerekek az óvodákban*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- Keményné Pálffy Katalin (2006): *Alapozó pszichológia*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
- Kontos, S., Moore, D. és Giorgetti, K. (1998): The Ecology of Inclusion. *Topics in Early Childhood Special Education*, **18**. 1. 38–48.
- Kósáné Ormai Vera (2001): *A mi óvodánk. Nevelépszichológiai módszerek az óvodában*. Okker, Budapest.
- Kósáné Ormai Vera, Járó Katalin és Kalmár Magda (1975): *Fejlesztéslélektani vizsgálatok. Társas kapcsolat és személyiség*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Kőpatakiné Mészáros Mária (2004): Közben felnő egy elfogadó nemzedék. *Új Pedagógiai Szemle*, 2004 február, 38–48.
URL: <http://www.ofi.hu/tudastar/kopatakine-meszaros> (letöltve: 2015. 08. 11.)
- Kőpatakiné Mészáros Mária (2008) (szerk.): *A küszöbön. Sajátos nevelési igényű gyerekek az óvodákban*. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
- Kürti Istvánné és Szilágyi Lilla (1970): *Új személyiségvizsgáló módszer óvodások és alsó tagozatos iskolások számára*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Li, S., Marquart, J. M. és Zercher, C. (2000): Conceptual Issues and Analytic Strategies in Mixed-Method Studies of Preschool Inclusion. *Journal of Early Intervention*, **23**. 2. 116–132.
- Lytton, H. (1971): Observation studies of parent-child interaction: a methodological review. *Child Development*, **42**. 3. 651–684.
- McCabe, P. C. és Marshall, D. J. (2006): Measuring the Social Competence of Preschool Children With Specific Language Impairment: Correspondence Among Informant Ratings and Behavioral Observations. *Topics in Early Childhood Special Education*, **26**. 4. 234–246.
- Mehl, M. R. és Robbins, M. L. (2014): Naturalistic Observation Sampling: The Electronically Activated Recorder (EAR) In: Mehl, M. R. és Conner, T. S. (2014, szerk.) *Handbook of Research Methods for Studying Daily Life*. The Guilford Press, New York, London, 176–192.
- Mérei Ferenc (1989): *Társ és csoport*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Mérei Ferenc (2004): *Közösségek rejtett hálózata*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Mérei Ferenc és V. Binet Ágnes (2006): *Gyermeklélektan*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Mönks, F. J. és Knoers, A. M. P. (2004): *Fejlesztéslélektan*. Urbis Könyvkiadó, Budapest.
- Odom, S. L. (2000): Preschool Inclusion. What We Know and Where We Go From Here. *Topics in Early Childhood Special Education*, **20**. 1. 20–27.
- Pálfi Sándor (é.n.) *Az óvodai játék környezetkultúrája*.
URL: <http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=ovodai-Palfiovodai> (letöltve: 2015. 01. 28.)
- Sántha Kálmán (2006): *Mintavétel a kvalitatív pedagógiai kutatásban*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Sántha Kálmán (2007): A kvalitatív metodológiai követelmények problémái. *Iskolakultúra*, **6–7**. 168–177.
- Sántha Kálmán (2009): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszertanába*. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest.

- Szabolcs Éva (2001): *Kvalitatív kutatási metodológia a pedagógiában*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- Szokolszky Ágnes (2004): *Kutatómunka a pszichológiában. Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Téglás Zsolt (2004): Iskolai zajártalmak. *Új Pedagógiai Szemle*, **11**. 122–126.
- Wilhelm, P., Perrez, M. és Pawlik, K (2014): Conducting Research in Daily Life: A Historical Review In: Mehl, M R. és Conner, T. S. (2014, szerk.) *Handbook of Research Methods for Studying Daily Life*. The Guilford Press, New York, London, 62–86.

A korai fejlesztéstől a korai intervencióig Előszó a Korai intervenció tematikus számhoz

Rózsáné Czigány Enikő

ELTE Tanító-és Óvóképző Kar, Neveléstudományi Tanszék

Magyarországon a 46 éves múltra visszatekintő és a nemzetközi gyakorlat számára is új vizsgálati, terápiás módszereket adó korai fejlesztést kezdetben a terápiaközpontúság jellemezte. Az orvosi, gyógypedagógiai szemlélet fokozatosan bővült a szülők pszichológiai megsegítésének szemléletével. Felismerve a családok, a tágabb környezet szerepét az éretlen, vagy sérült csecsemők, kisgyermek fejlődésében, mára a prevenció szükségességét vallva a monodiszciplináris szemléletet felváltotta a korai intervenciót lehetővé tevő interdiszciplináris csoportmunka.

Kulcsfogalmak: korai felismerés, korai fejlesztés, monodiszciplináris fejlesztés, korai intervenció, interdiszciplináris csoportmunka

Az 1970-es évek közepéig a korai életszakaszban felismert fejlődési problémával küzdő 0–3 éves korú gyermekek otthon nevelkedtek. Fejlesztésük esetleges volt, főleg a családok ismeretségi körétől (gyógypedagógus, gyógypedagógus-pszichológus) függött, hogy kaptak-e fejlesztési, nevelési segítséget. Szervezett formában ugyanis az 1970-es évek elejéig Magyarországon nem volt korai fejlesztés. 1973-ban dr. Katona Ferenc részvételével hozták létre az ország első Fejlődésneurológiai Osztályát a Svábhegyi Állami Gyermekgyógyászati Intézetben. Ide a nem megfelelő fejlődésű újszülöttek és csecsemők kerültek, hogy az orvosok mielőbb diagnosztizálják az állapotukat. Kezdetben ez, csak a diagnózist és az orvosi ellátást jelentette. (Neuroterápiás módszerét, amely egyben diagnosztikus célt is szolgál csak később 1979-ben publikálta először). A gyógypedagógiai megsegítés szükségességét is felismerve, 1974-ben Csiky Erzsébet a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola oktatója és dr. Korányi György a Péterffy Sándor utcai Kórház Csecsemő és Koraszülött Osztályának főorvosa egy közös pályázat keretében beindították az idő előtt és a kissúlyal született csecsemők szűrővizsgálatát, korai fejlesztésüket és a szülői tanácsadást. Ebbe a tevékenységbe bevonták azon gyógypedagógus hallgatókat is, akik Tudományos Diákköri tevékenységként vagy szakdolgozati témaként a korai fejlesztést választották. Ez volt e tevékenységre felkészítő képzés első időszaka is.

Az óvodás életkorba lépő sajátos nevelési igényű gyermekek azonban csak a jól kiépült szegregált intézményrendszerben, gyógypedagógiai óvodákban sérült társaik között kezdhették meg az intézményi nevelést, ahol minden tevékenységet és fejlesztést a gyógypedagógus szervezett, végzett.

Az 1970-es évek végétől a Svábhegyi Fejlődésneurológiai Osztályon már nemcsak a szűrővizsgálatra, hanem az időben megkezdett, a dr. Katona Ferenc által kidolgozott neurotréningre, annak szülők által történő elsajátíttatására, és az otthoni gyakorlásra is egyre nagyobb hangsúlyt fektettek. Ezzel párhuzamosan több gyermekkórház csecsemő és koraszülött osztályán vezették be a korai szűrést, Katona-féle fejlesztést, szülői tanácsadást, kontrollvizsgálatokkal történő nyomon követést, pl.: Madarász utcai Gyermekkórház. A sérült kisgyermek fejlődésében jelentős szerepet játszottak még az áthelyező bizottságok (szakértői bizottságok jogelődjei, amelyek fő feladata a megfelelő óvoda-, illetve iskolatípusba való elhelyezés volt), ahol a korai diagnózist

követően lehetővé vált a speciális fejlesztés is. Az 1980-as évek elején a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Pszichológiai Intézetében is egyre nagyobb számban jelentkezett a korai diagnózis és fejlesztés iránti igény, amit az oktatómunkájuk mellett erre specializálódott gyógypedagógusok, gyógypedagógus-pszichológusok igyekeztek ellátni. A sérült gyermekek szülei már nemcsak a fejlesztés, hanem a bölcsődés életkorú gyermekük napközbeni ellátás iránti igényüket is megfogalmazták. Erre azonban csak 1984-ben nyílt lehetőség, amikor a csökkenő gyermeklétszám miatt férőhelyek szabadultak fel, és a bölcsődei funkciók bővítése lehetővé vált. Elsőként a Szolnoki Bölcsődeigazgatóság igazgató főorvosa kezdeményezéseként valósulhatott meg a sajátos nevelési igényű gyermekek bölcsődei fogadása, a gondozásba ágyazott korai fejlesztés. Országosan több kísérlet is indult, amelyek közül kiemelkedő az 1986–1989-ig tartó a Bölcsődék Országos Módszertani Intézete vezetésével megvalósult 0-6 éves korú fogyatékos gyermekek bölcsődei gondozása, nevelése program, amely hatással volt a Bölcsődei Szakmai Kollégium 1/1991. (I.29.) számú irányelve „A speciális gondoskodást igénylő fogyatékos gyermekek bölcsődei ellátásáról” létrejöttében.

1990-ben dr. Schultheisz Judit gyermekorvos a születési károsultak korai diagnózisa és fejlesztése érdekében hozta létre a Gézengúz Alapítványt (ő fejlesztette ki a Huple fejlesztő gömböt, nevéhez fűződik a vízben alkalmazható neurotréning kidolgozása).

1992-ben Budapesten, Czeizel Barbara vezetésével létrehozták a szintén alapítványi fenntartású Budapesti Korai Fejlesztő Központot azzal a céllal, hogy minél több csecsemő, és kisgyermek hozzájuthasson a korai fejlesztéshez. Ezt indokolta az is, hogy ebben az életkorban még a sérült idegrendszer is képlékeny, s így az első egy-, másfél évben a megfelelő terápiával javulást lehet elérni. Kezdetben gyermekorvos, gyógypedagógus és gyógytornász, ma már pszichológus és zeneterapeuta is együttműködik a komplex ellátásban (Czeizel, 2009). 1991 és 1995-től működnek az első vidéki korai fejlesztő intézmények. Így Győrben a Gézengúz Alapítványhoz kapcsolódóan, majd hazánkban elsőként Zalaegerszegen, azt a ma is nemzetközileg elismert korszerű ellátási formát valósítva meg, amely szerint a perinatális intenzív centrumból hazakerülő csecsemőket azonnal és folyamatosan gondozásban, fejlesztésben részesítik.

1991-1994-ig a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola oktatóinak vezetésével folyó integrációs pályázathoz vidéki és budapesti bölcsődék is kapcsolódtak. A fenti kezdeményezések alapján egyre több tapasztalat halmozódott fel a fogyatékos gyermekek bölcsődei gondozása, nevelése, a gyógypedagógus által irányított speciális fejlesztés gyakorlatában. A kutatási eredményekről, összefoglaló tanulmánygyűjtemény és oktatófilmek is készültek.

A korai fejlesztés gyakorlatában mérföldkőnek számít a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény. Annak 30.§-a már szabályozta a korai fejlesztés és gondozás ellátását, valamint feladatait. Rögzítette, hogy a sérüléstípustól függően a megfelelő szakértői és rehabilitációs bizottságok szakértői véleményében foglaltak szerint a korai fejlesztést és gondozást fejlesztő felkészítés keretében kell biztosítani. Ez megvalósítható otthoni ellátás, bölcsődei, gyermekotthoni gondozás, gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás keretében. Így a vállalkozó bölcsődék számára már törvényileg is lehetővé vált, hogy szegregált, vagy integrált formában fogadják a sérült gyermekeket. Ehhez az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról teremtette meg a jogharmonizációt, mert a 41., 42. § és a 15/1998 (IV.30) NM rendelet szabályozta a sajátos nevelési igényű gyermekek bölcsődei elhelyezését, korai fejlesztését. A fogyatékos gyermekek a sérüléstípusnak megfelelő szakértői bizottság vizsgálatait és az azokat összegző szakértői vélemény

alapján kerülhettek abba a lakóhelyhez vagy a szülő munkahelyéhez legközelebb eső bölcsődébe, amelynek alapító okiratában szerepelt az adott fogyatékoságtípus fogadása (Rózsa és Szombathelyiné, 2009).

Mind a bölcsődék, mind a korai fejlesztők szakembereinek tapasztalatai azt mutatták, hogy a sérült gyermekeket nevelő családok számára komoly terhet jelent gyermekük problémája, s ezért ők is segítségre szorúlnak. Ez lehet terápiás-jellegű, a gyermek elfogadását, a család működését segítő pszichológus által vezetett egyéni vagy csoportos beszélgetés, de lehet a családsegítők által a család életvezetését érintő támogatás. E felismerést követően egyre több korai fejlesztést végző intézmény biztosította e komplex ellátást. A Bölcsődék Országos Módszertani Intézetének bölcsődéjében is e szemlélet alapján – szolgáltatások formájában – valósították meg a sérült gyermek és családja megsegítését. A 2010. júliusban átadott Budagyöngye Bölcsőde és Korai Fejlesztő megépítésekor és szakmai programjának kidolgozásakor is figyelembe vették, hogy integrált nevelésre, gondozásra valamint bölcsődei szolgáltatásokra hozták létre. Megteremtették a korai fejlesztéshez szükséges infrastruktúrát, pl.: akadálymentesítés, lift, hidroterápiás medence, tornaszoba, egyéni fejlesztő szoba, sószoba; valamint a speciális tárgyi és személyi feltételeket. A bölcsődevezető korai fejlesztésben jártas gyógypedagógus, aki kisgyermeknevelői végzettséggel is rendelkezik. A speciális fejlesztést többéves tapasztalattal rendelkező gyógypedagógusok végezték, akik az adott sérüléstípus korai fejlesztésének szakemberei. A csecsemő-és kisgyermeknevelők magasan képzettek, köztük van, aki pedagógia szakos egyetemi, van, aki gyógypedagógiai asszisztens végzettséggel rendelkezik. A komplex ellátás érdekében lehetőség volt a szülők terápiás jellegű megsegítésére is. Sajnos 2013. január 1-je óta ezt a komplex mind a gyermekek intenzív korai fejlesztését, mind a szülők terápiás megsegítését az intézmény már nem végezheti.

Ennek oka, hogy a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 18.§-a a korai fejlesztést a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységkörébe sorolja. Ennek megfelelően az integrációt az ideig felvállaló többi bölcsőde, óvoda feladatellátásából is kikerült a korai fejlesztés. Természetesen a sérült gyermekek integrációs nevelése nem szűnt meg, de a gyógypedagógusok mindennapi jelenléte igen. Az intézmények a napközbeni ellátás keretében továbbra is fogadnak sajátos nevelési igényű gyermekeket a szakértői bizottságok vizsgálati eredményére épülő szakértői vélemény alapján, de korai fejlesztést végző szakembert nem alkalmazhatnak. A korai fejlesztést a pedagógiai szakszolgálatok alkalmazásában lévő gyógypedagógusok vagy konduktorok látják el a szakvéleményben megjelölt heti óraszámban. Ennek hátránya, hogy nincs lehetőség a sérült gyermekek egy-egy napjának végigkísérésére, a fejlődés tevékenységek közbeni megfigyelésére, a kisgyermeknevelő a fejlesztést támogató munkája közben felvetődő esetleges problémák azonnali megbeszélésére, az azt megoldó módszerek időben történő bemutatására. Igaz, a törvényhez kapcsolódó 15/2013. EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4.§ (3) pontja kimondja, hogy a korai fejlesztést végző szakembernek a szülőkön kívül a kisgyermeknevelők számára tanácsadást is kell biztosítaniuk, de ez a más intézményekben ellátandó feladataik miatt esetleges. A törvényi szabályozás előnye, hogy a korai fejlesztést végzők kompetens vezetés alá tartoznak, munkájukhoz szükséges folyamatos szakmai fejlődésüket biztosítja a rendszeres eszmecsere, szupervízió.

Amint azt a történeti áttekintésben is láthattuk a **korai fejlesztés** főleg az éretlen idegrendszerű újszülöttek, csecsemők, az érzékszervi, testi, értelmi, és beszéd-fogyatékos, autista illetve több fogyatékoság előfordulása esetén a halmozottan fogyatékos, valamint az organikus eredetű beilleszkedési, tanulási, magatartási zavarral küzdő 0–5

éves korú gyermekek **korai felismerésére, fejlesztésére, és a szülői tanácsadásra, azaz a gyermekekre irányul.** Az 1990-es évek második felétől egyre nagyobb hangsúlyt kap az a kutatásokkal is bizonyított megállapítás, hogy a fejlesztés eredményességét nemcsak a szakemberek munkája, hanem a környezeti tényezők is jelentősen meghatározzák. A sérült idegrendszer érzékenyebben reagál akár a negatív, akár a pozitív családi, tágabb környezeti hatásokra. Ezért, ma már hangsúlyosabb szerepet kap a fejlesztés, a szülői, és tágabb családi környezet összhangjának megteremtése.

„A korai intervencióban a »fogyatékoságközpontú« modellt felváltotta a gyermek természetes közegének figyelembevételével végzett integratív fejlesztés. Fontos eleme a megelőzés, a veszélyeztetett csoportokban már az anya graviditása alatt a terhesgondozás, életmód tanácsadás, szükség esetén családgon- dozás. A szülést követően a veszélyeztetett újszülött komplex vizsgálata, szükség esetén korai fejlesztése, a környezeti ártalmakból fakadó fejlődési hátrányok megelő- zése, a család segítése a cél.

- A párhuzamos, töredékes és monodiszciplináris fejlesztés (elszigetelt terápia) helyett előtérbe került az **interdiszciplináris csoportmunka**, és az integrált, szervezetek közötti együttműködés és részvétel.
- A „segítségnyújtás” modell átadta helyét a nagyobb szabadságot biztosító modelleknek és a **családközpontú gyakorlatnak**, melyek a családot tekintik a fejlesztés legkisebb egységének” (Soriano, 2005. 5. o.).

A korai intervenció feladata, hogy a gyermekekre szabott, tervezett, a fejlődéséhez folyamatosan alkalmazkodó komplex fejlesztés eredményeképpen a szociális tanulás eredményeként a gyermeket eljuttassa a napi rendszerességű intézményes ellátás felé (Pieterse, Treloar és Cairns, 2007).

Amennyiben a családon belüli interakció, és a szülők azon képességei, hogy a fogyatékoságból fakadó nehézségeket kezelni tudják a megsegítés ellenére sem biztosítható, úgy a gyermek számára olyan napközbeni ellátás biztosítása a cél – bölcsőde, családi napközi stb. –, amely elősegíti a fejlődést.

Felhasznált irodalom

Czeizel Barbara (2009): A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, **37.** 2–3. 153–160.

Pieterse M, Treloar R. és Cairns S. (2007): *APRÓ LÉPÉSEK – Korai Fejlesztő Program lassabban fejlődő gyermekek és szüleik számára.* Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.

Rózsa Judit, Szombathelyiné dr. Nyitrai Ágnes és mtsai (2009, szerk.): *A bölcsődei gondozás-nevelés szakmai szabályai. Módszertani levél.* Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet, Budapest

Victoria Soriano (2005, szerk.): Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások. Összefoglaló jelentés. Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért kiadványa.

URL: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html> (letöltve: 2011. január 19.)

1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról

1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

2/2005. (III. 1.) OM rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelete a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről

A koragyermekkorai intervenció rendszere – utak és kapcsolódások

Kereki Judit

Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Általános Gyógypedagógiai Intézet és Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

A koragyermekkorai intervenció hazai helyzetre adaptálható értelmezése, célcsoportjának meghatározása mellett a tanulmány kitér a tevékenység fontosságának legfontosabb érveire. Rövid nemzetközi kitekintéssel alapozza meg a hazai ellátórendszer működésének bemutatását, fókuszába állítva a különböző, koragyermekkorai intervencióban érintett területek (egészségügy, oktatás-köznevelés, szociális/gyermekvédelem) intézményes szereplőinek illetve azok tevékenységeinek, valamint a közöttük lévő kapcsolódásoknak az ismertetését a jelenlegi szabályozás tükrében. A gyermek útja több szakaszra tagolható, a preconcepcionális szakasztól a várandósság és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, egészen a gyermek iskolába lépéséig. Minden szakaszban megtalálhatóak azok a kulcsintézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és közöttük a továbbküldési, jelzési utak is leírhatóak. A hiányzó kapcsolódások azonosítása segít abban, hogy a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket összekötő, rendszerszinten megvalósuló szabályozott kliensút kialakítására kerülhessen sor.

Kulcsszavak: koragyermekkorai intervenció, intézményrendszer, szabályozás, hatékonyság, gyermek- és kliensút

1. Bevezetés

Az utóbbi néhány évben a különböző ágazatok égisze alatt lezajló kutatások, fejlesztési projektek eredményei, a hazai szakemberek elszánt kezdeményezései és az uniós fejlesztési trendek hazánkban is ráirányították a figyelmet a koragyermekkorai intervenció fontosságára. Kedvező fejlemény, hogy a kormányzati elképzelések között is egyre hangsúlyosabb szerepet kap a korai életszakasz, a koragyermekkorai intervenció témaköre. 2014-ben elkezdődött egy folyamat, amelynek része a koragyermekkorai intervenció stratégiai elképzeléseinek megfogalmazása, nagy átfogó fejlesztési projektek tervezése, illetve azoknak a szolgáltatásoknak, ellátásoknak a hatékonyabb működtetésére való törekvés, amelyek az iskoláskor előtti gyerekek és családjaik támogatását hivatottak biztosítani. A koragyermekkorai intervenció több ágazat munkamegosztásában zajlik, a köznevelési, az egészségügyi, a szociális és társadalmi felzárkózásért felelős terület, de a család- és ifjúságügy, valamint a közigazgatás is érintett. Eddig nem volt igazán felelőse a területnek, hiányzott az összehangolt döntéshozói együttműködés, ami nehézkessé tette a rendszer működését. 2014-től a Család- és Ifjúságügyi Államtitkárság látja el a koragyermekkorai intervenció koordinációjának feladatát.

Ebben a fejlődésre nyitott helyzetben szakmai és közpolitikai szempontból is megkerülhetetlen feladat a koragyermekkorai intervenció elméleti kereteinek kialakítása, a különböző intézményrendszerek működésének ismertetése, kapcsolódásaik áttekintése, a rendszerben azonosítható problématerületek leírása, amelyek segítik azt, hogy jól megalapozott fejlesztési projektek, modellkísérletek segítségével rendszerszintűvé emelhető

elképzelések valósulhassanak meg. Jelen tanulmányban a koragyermekkori intervenció hazai helyzetére is jól adaptálható értelmezését, prioritássá emelésének legfontosabb érveit ismertetem, rövid nemzetközi kitekintéssel. Majd az intézményrendszer szereplőit, tevékenységeit illetve kapcsolódásait mutatom be a gyermekút állomásain keresztül a jelenlegi szabályozás tükrében, keretezve a legfontosabb problématerületek és az azokra adott megoldási kísérletek összegzésével.

2. Mi a koragyermekkori intervenció?

A nemzetközi szakirodalomban a koragyermekkori intervenció definícióját tekintve eltérő értelmezések találhatók, amelyek mind az ellátási időszak lehatárolásában, mind a célcsoport korosztály szerinti, problématerület szerinti meghatározásában különbséget mutatnak. A European Agency for Special Needs and Inclusive Education nemzetközi szervezet 26 európai ország gyakorlata alapján leírt, konszenzuson alapuló meghatározását (ld. EADSINE 2010) és a hazai terepen szerzett eddigi tapasztalatokat, definíciókat figyelembe véve (ICSSZEM, 2005; Kereki, 2011; Kereki és mtsai, 2014; Kereki és Szvatkó, 2015) összegezhető a jelenlegi értelmezés.

A szélesebb értelemben vett **koragyermekkori intervenció** magában foglalja a prekoncepcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. A koragyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyásolását.

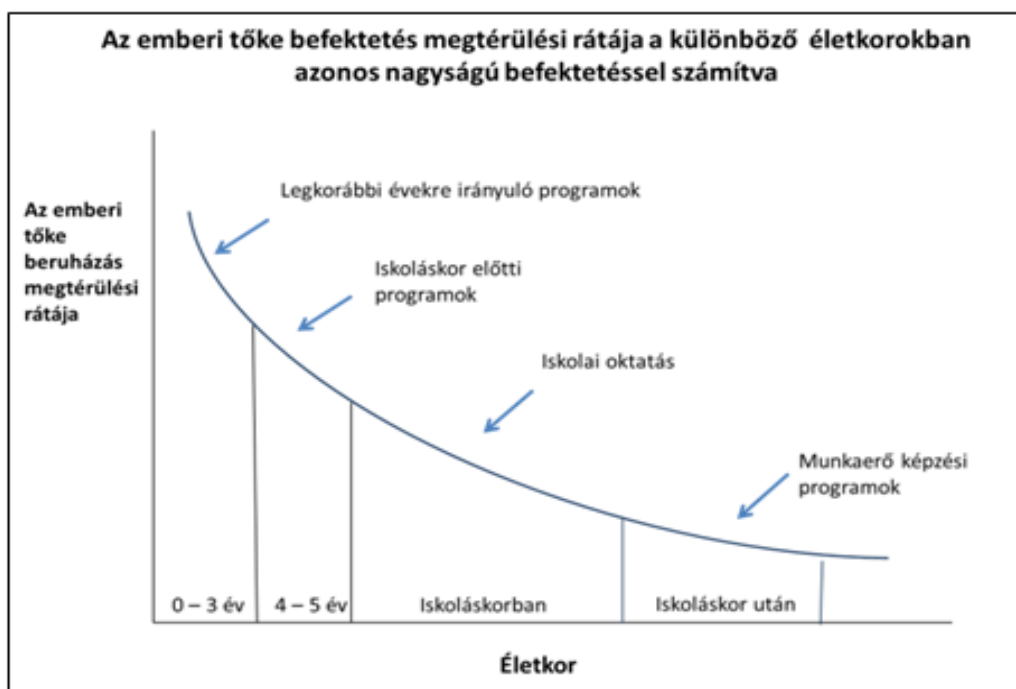
A koragyermekkori intervenció felöleli a minden gyermekre és családjukra kiterjedő prevenció szemléletű, a gyermek korai életszakaszában nyújtott ellátásokat, szolgáltatásokat. Ezen belül a szolgáltatások célzottan több speciális támogatást igénylő csoportra fókuszálnak, így ide sorolhatóak (1) a fejlődési rizikóval született, a sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, krónikus beteg; (2) a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett; (3) a szociálisan hátrányos helyzetű, valamint (4) a kiemelten tehetséges gyermekek és családjaik, akik a korai beavatkozások sokszor egymást átfedő célcsoportjait képezik¹. A teljeskörűség gondolatában tehát ott van a differenciált megközelítés is, amely ezeknek a gyerekcsoportoknak illetve családjaiknak a különböző szükségletei felől ragadja meg a prevenció illetve intervenció tevékenységek tartalmát (Kereki, 2011).

¹ A célcsoport kialakításánál szempontként merült fel a köznevelési törvény kiemelt figyelmet igénylő gyermekekre vonatkozó felosztása. Eszerint a kiemelt figyelmet igénylő gyermekek körébe tartoznak a hátrányos helyzetű, halmozottan hátrányos helyzetű, valamint a különleges bánásmódot igénylő gyermekek. Az utóbbi kör három csoportra bontható: a sajátos nevelési igényű gyerekek, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdők valamint a kiemelten tehetséges gyerekek csoportjára. (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4.§. 13.) A kiemelten tehetséges gyerekek esetében a beavatkozás nem csak a tehetségük kibontakoztatását szolgálja, hanem a gyermekkor védettségének megtartását is.

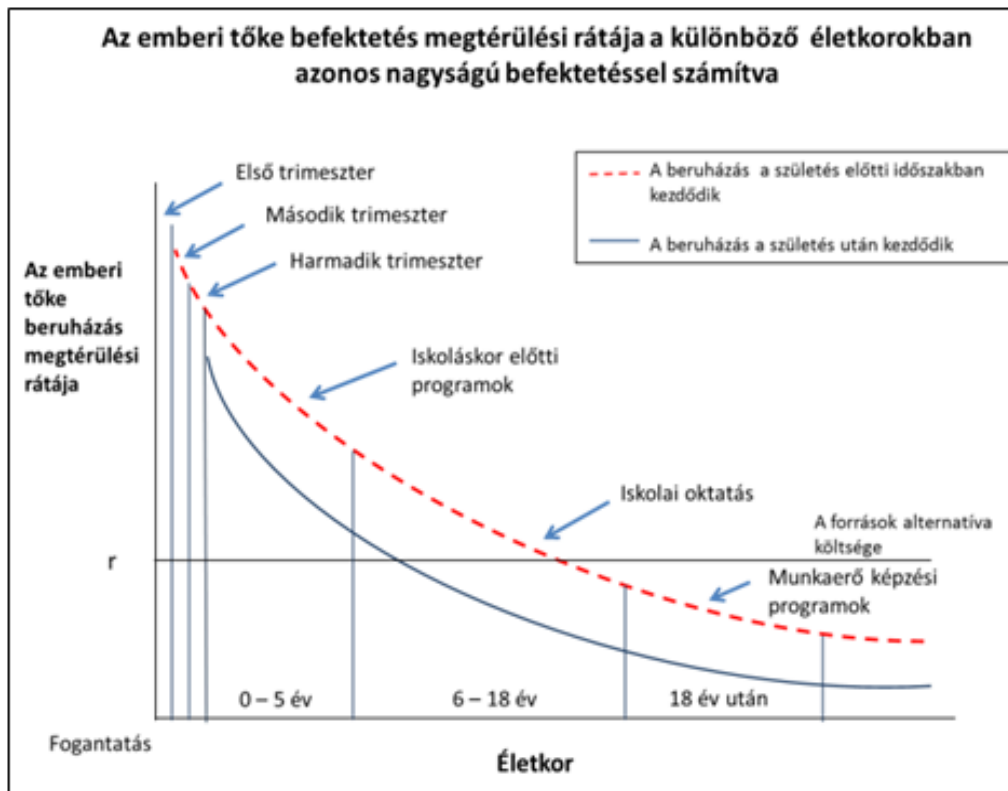
3. A koragyermekkori intervenció fontossága

Az utóbbi évtizedekben a neurobiológia, a viselkedéstudományok és társadalomtudományok területén zajló kutatások nagy előrelépéshez vezettek azoknak a tényezőknek az azonosításában, amelyek a gyerekek életkezdését kedvező vagy kedvezőtlen módon befolyásolják. A fejlődés a korai életszakaszban a leggyorsabb, a megszerzett élmények, tapasztalatok az agyi struktúrákba integrálódva megalapozzák a mozgásos, kognitív, nyelvi funkciók kiépülését, a szociális, önszabályozó képesség valamint az érzelmi biztonság kialakulását (*Shonkoff és Phillips, 2000*). Ugyanakkor a gyerekek sérülékenységének kockázata is ekkor a legnagyobb, az egészséges fejlődést számos tényező veszélyezteti, a biológiai károsodások, a kedvezőtlen szocioökonómiai jellemzők, környezeti feltételek és az érzelmi, pszichés sérülések egyaránt befolyásolhatják azt.

A gyermek fejlődésére ható káros tényezők megelőzésének fontosságán vagy a minél korábbi beavatkozások egyéni fejlődést befolyásoló meghatározó jelentőségén túl nem tekinthetünk el a korai életszakaszban nyújtott prevenció és intervenció támogatásosok hosszú távú társadalmi hasznosságától sem, hiszen ezek – a kutatási eredmények szerint – költséghatékonyabbak, eredményesebbek, mint a később nyújtott beavatkozások. Azok a költséghason elemzések, amelyek a korai évekre való befektetések megtérülését vizsgálták, úgy találták, hogy minél korábbi életkorban történnek a beavatkozások, annál magasabbak a beruházások hosszú távú megtérülési rátái. Először *Carnerio és Heckman (2003)* írták le, hogy az iskoláskor előtti beruházások megtérülési rátái magasabbak, mint az iskoláskor utáni ráták (*Carnerio és Heckman, 2003*). Később ez a megállapítás differenciálódott, *Heckman* részletesebb életkor szerinti bontásban írta le az emberi tőke beruházás megtérülési rátájának változását (*Heckman, 2008a, 2008b*) (lásd 1. ábra). Mindez a várandóság szakaszára kivetíthető, hipotetikusán megközelítve, ha a befektetés már a születés előtt kezdődik, akkor annak megtérülési rátája magasabb, mint a születés után megkezdett beavatkozásoké (lásd 2. ábra) (*Doyle, Harmon, Heckman és Tremblayd, 2009*).



1. ábra: Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája a különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számítva (forrás: *Heckman, 2008a, 2008b*)



2. ábra: Az emberitőke-befektetés megtérülési rátája a különböző életkorokban, azonos nagyságú befektetéssel számítva (forrás: Doyle et al, 2009)

A korai életszakasz prioritása érvényre kell, hogy jusson a gyerekjogokat megfogalmazó hivatalos dokumentumokban, jogszabályokban is. 1959-ben az ENSZ Emberi Jogi Bizottság által előkészített a Gyermek Jogairól Szóló Nyilatkozata határozottan állást foglal a gyermek egészséges fejlődéséhez való jogáról és különleges szükségletei esetén a megfelelő szolgáltatás biztosításának szükségességéről. „A gyermek élvez a társadalombiztosítás juttatásait. Joga van az egészséges növekedésre és fejlődésre; ebből a célból különleges gondoskodást és védelmet kell biztosítani mind a gyermek, mind az anya számára, beleértve a megfelelő születés előtti és születés utáni gondoskodást. A gyermeknek joga van a megfelelő táplálkozásra, lakásra, szórakozásra és orvosi szolgáltatásokra.” (ENSZ Nyilatkozat a gyermekek jogairól, 1958, 4. alapelv)

Az 1989-es ENSZ Gyermekjogi Egyezmény azokat az alapvető jogokat foglalja össze, amelyeket az egyezményt aláíró államoknak a gyermekek jóléte érdekében biztosítani kell. „Az Egyezményben részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától.”² Magyarország 1991-ben ratifikálta a Gyermekjogi Egyezményt³.

Az 1993. december 20-i ENSZ közgyűlésen fogadták el a Fogyatékossággal élő emberek esélyegyenlőségének szabályai c. dokumentumot, amely a korai felismerés

² A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény, 1989, 24. cikkely, 1. bek.) <http://www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14922> (Letöltés dátuma: 2015. 03.05.)

³ Hazánkban az ENSZ egyezmény az 1991. évi LXIV. törvénnyel került kihirdetésre: 1991. évi LXIV. törvény a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről.

fontosságára hívja fel a figyelmet: „Az Egyezményben részes államok a sérülés korai felismerését, illetve mérését, kezelését célzó programokat biztosítanak, amelyeket különböző tudományterületekről érkező szakemberek csoportja végez. Ezzel megelőzhető, csökkenthető, vagy megszüntethető a fogyatékossgot okozó tényezők.”⁴ Magyarországon ennek a dokumentumnak a felhasználásával készült az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, amelynek a korai ellátásra vonatkozó kitétele szerint: „A fogyatékos személynek joga, hogy állapotának megfelelően és életkorától függően korai fejlesztésben és gondozásban, óvodai nevelésben... vegyen részt a vonatkozó jogszabályokban meghatározottak szerint.”⁵

Ugyancsak európai uniós dokumentumok hazai jogrendszerbe való illesztésével született meg az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi XXV. törvény, amely a prevenció és a szűrés, felismerés fontosságára, illetve ennek mindenki számára való biztosítására hívja fel a figyelmet: „Az egyenlő bánásmód követelményét a szociális biztonsággal összefüggésben érvényesíteni kell, különösen az egészségügyi szolgáltatásnyújtás, ezen belül (a) a betegségmegelőző programokban és a szűrővizsgálatokon való részvétel, (b) a gyógyító – megelőző ellátás... során”⁶.

Miközben az 1997. évi gyermekvédelmi törvényben a gyermeki jogok között ott találjuk a szülő kötelezettségét, hogy gyermeke testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges feltételeket biztosítsa, illetve a gyermek jogát az egészséges fejlődéshez, valamint a fogyatékos gyermek jogát a fejlődését és személyisége kibontakozását segítő különleges ellátáshoz⁷, a szülő nem kötelezhető arra, hogy a köznevelési törvényben biztosított korai fejlesztést igénybe vegye. Ugyancsak rajta múlik, hogy a nem kötelező szűrésekre, az orvosi vizsgálatokra vagy 3 éves kor alatt a szakértői bizottsági vizsgálatokra elviszi-e a gyermekét.

4. Rövid nemzetközi kitekintés a koragyermekkori intervenció gyakorlatáról

Az európai országokban a koragyermekkori intervenció intézményrendszer szerveződése nagyon eltérő formákat ölt. Vannak országok, ahol csak néhány évre tekint vissza a rendszer kialakítása, lassan alakul ki a szervezeti háttér, mint Görögország, Észtország vagy Csehország esetében, és vannak olyanok is, mint például a német nyelvű országok, ahol több évtizedes tapasztalattal rendelkeznek a rendszer működtetéséről.

A német nyelvterületek közös jellemzője, hogy a koragyermekkori intervenció több évtizedes múlttal rendelkező, kiterjedt, és jól működő intézményrendszerre támaszkodik. Az ellátás kulcsfogalmai: a rendszerszemlélet, a szülői részvétel és beleszólási jog. Németországban az ellátás hálózatos formában valósul meg, az egészségügyi (tanácsadás, gyermekellátás), a korai fejlesztő, a gyermekvédelmi és a szociális ellátások intézményei közötti szoros kooperáció segítségével. Amennyiben a család- vagy gyerekorvosok valamilyen fejlődési rendellenesség gyanúját érzékelik, továbbküldik a családot a korai fejlesztő központokba vagy a szociálpédiátriai intézetekbe, amelyek kiterjedt intézményhálózatba szerveződve látják el a gyerekeket, családokat. Egyetlen családnak sem kell 10 kilométernél messzebbre utaznia a legközelebbi ellátó központig. A korai fejlesztő központokban elsősorban mobil és ambuláns ellátás folyik. A mobil ellátás a gyermek otthonában vagy más

⁴ United Nations Organization (1993): The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. New York: UN, 2. szabály, 1. §. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=26> (Letöltés dátuma: 2015. 03.05.)

⁵ 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról, 13. §., 1.

⁶ 2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról, 25. §., 1.

⁷ 1997. évi XXXI. Törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 12. §, illetve 6. § (1), (2), (3)

természetes közegében (pl. bölcsőde, óvoda) valósul meg. A szociálpédiátriai központok speciális ambulanciák, ahol diagnosztikus, terápiás ellátást biztosítanak, és koordinálják a különböző ellátásokat (0–18 éves korig) (EADSNE, 2005, 2010; Peterander, 2004, 2009).

A skandináv országok esetében nincs szervezett intézményrendszer, alapvetően az önkormányzatok feladata a koragyermekkorai intervenció megszervezése. Az országcsoport közös jellemzője, hogy lényegében nincs külön kiépített koragyermekkorai intervenció ellátórendszer, és nincsenek nagy korai fejlesztő központok. Ehelyett integráltan próbálják a koragyermekkorai intervencióra szoruló gyermekeket a szociális és oktatási ellátó rendszer főáramában tartani, kortársaik között (Luttropp, Norling és Balton, 2007). A bölcsődei és az óvodai hálózat kiterjedt és jól működik, ami elsősorban annak köszönhető, hogy a gyermekek nagy része már egyéves kora után intézményi ellátásba kerül a szülők korai munkába való visszatérése miatt. A jól kiépített kora- és kisgyermekkorai intézményhálózat a koragyermekkorai intervenció funkcióinak ellátására is alkalmas. Jellemző a személyre szabott megközelítés, a kliensek személyes felkeresése, nyomon követése (védőnő vagy ifjúsági referens, szociális munkás által.) A gyermekek fejlődését születésüktől egyéves korukig rendszeres orvosi vizsgálatokkal ellenőrzik, probléma esetén a sűrűn kontrollált periódus két és fél évre is meghosszabbítható (Almqvist, 2009; Helgevd, 2009; Svendsen, 2009; Heinämäki, 2009).

A mediterrán országcsoport közös jellemzője, hogy a koragyermekkorai intézményrendszer működési elveit és a finanszírozás kérdéseit csak jó egy évtizede foglalták jogszabályba. Ennek ellenére (vagy éppen ezért) a mediterrán országok korai ellátása az elmúlt évtizedben látványos fejlődésen ment keresztül, és mára jó példaként hoznak fel több, az ellátórendszer működtetésével kapcsolatos itt alkalmazott gyakorlatot (Euronews, 2006). Spanyolországban 2000-ben fogadták el (majd 2005-ben megújították) a Koragyermekkorai Intervenció Fehér Könyvet, mely az ágazat holisztikus és komplex megközelítését kívánja elősegíteni. A stratégiai anyag egy átfogó bio-pszicho-szociális modellt alapul véve a koragyermekkorai intervenciót a gyermek, a család és a közösség szükségletei kielégítése érdekében kifejtett komplex tevékenységnek tekinti (Libro Blanco, 2000, 2005). Az eltérő vagy megkésett fejlődésű, 0-6 éves gyermekek korai fejlesztése, terápiás ellátása főként centrumokban, illetve családközpontú tevékenységek keretében történik, ahol interdiszciplináris team foglalkozik a gyermekkel és családjával. A támogatásokhoz a regionális önkormányzatokhoz tartozó szociális szolgáltató hálózat szervezi meg a hozzáférést. Valamennyi nyújtott szolgáltatás díjmentes (Ponte, 2004; Veerman, 2009; Guitez, 2010).

Az angol rendszer a decentralizált rendszerek közé tartozik. A törekvések között szerepel, hogy a koragyermekkorai intervenció szolgáltatások, ellátások a lehető legközelebb kerüljenek a családokhoz. Az országban nemzeti szűrési program működik, protokollok mentén kapcsolódik össze több különböző szolgáltatással, ennek célja, hogy minél korábban felismerjék a problémát, és minél hamarabb vizsgálatra küldjék azokat a gyerekeket és családokat, ahol a szűrés során felmerül a gyanú (Andrews, 2009). Segítik a családok és a velük dolgozó teamek együttműködését, a szülői partnerségre építenek, rendszeres találkozókat, tréningeket szerveznek, támogatják a szülőt a gyermekét érintő döntések meghozatalában. A család és a szakértői csoport egyéni családszolgáltatási tervet dolgoz ki, amely a család szükségleteit, erősségeit, a célokat, prioritásokat, valamint az elvégzendő és a kiértékelendő feladatokat tartalmazza. Ahol szükséges, ott egy vezető szakember vagy egy „kulcsszemély” támogatja rendszeresen a családot (Early Support, 2012). Az interdiszciplináris csapatmunka különbözőképpen szerveződik. Néhány helyi fejlesztő központban az utazó tanári szolgáltatások (Portage-modell) az egészségügyi szolgáltatásokkal, az orvosi és a terápiás segítséggel együtt működnek. De ez nem mindenhol van

így. Ezért a szakembereket arra ösztönzik, hogy a koragyermekkori intervenció centrumokban törekedjenek a stabil interdiszciplináris csapatok kialakítására (Carpenter és Russell, 2005; EADSNE, 2005; Robertson és Messenger, 2010).

5. A hazai koragyermekkori intervenció rendszer

A hazai koragyermekkori intervenció intézményrendszer szereplői közé soroljuk mindazokat az egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti illetve egyéb intézményeket, valamint mindezek képviselőit, akik a fogantatástól a gyermek iskolába kerüléséig a speciális támogatást igénylő gyermekekkel illetve családjaikkal kapcsolatba kerülnek. Munkájuk a rendszer működésének különböző szakaszaihoz, egyrészt a felismerés, szűrés, jelzés folyamatához, másrészt a diagnosztika szakaszához, harmadrészt az ellátások, juttatások, szolgáltatások rendszeréhez kapcsolódik. A különböző ágazati irányítású illetve egyéb intézmények és szakemberek listáját az összegző táblázat tartalmazza:

Köznevelés ⁸	Egészségügy ⁹	Szociális/ gyermekvédelem ¹⁰	Egyéb intézmények
Óvoda ¹¹	Védőnő <ul style="list-style-type: none"> • családvédelmi szolgálat védőnője • kórházi védőnő • területi védőnő 	Falu- és tanya-gondnoki szolgálat	Magánellátók <ul style="list-style-type: none"> • egyéb korai fejlesztést végző intézmények, • korai diagnosztikát, terápiát, utánkövetést végző intézet (eü), • egyéb egészségügyi finanszírozású szolgáltatók
Pedagógiai szakszolgálati intézmény <ul style="list-style-type: none"> • tankerületi pedagógiai szakszolgálat, • megyei/fővárosi pedagógiai szakszolgálat, • országos tagintézmény (országos szakértői bizottság) 	Házi gyermekorvos, háziorvos	Családsegítő szolgálat	Fogyatékos személyek érdekvédelmi szervezetei
		Támogató szolgálat	Önkormányzatok
	Szülészet	Nappali ellátó intézmény	Kormányhivatal
	Perinatális (neonatólis) intenzív centrum	Fogyatékos személyek otthona	Rendőrség
	Újszülöttsztyály, csecsemőosztály	Gyermekjóléti szolgálat	Bíróság
	Gyermek rehabilitációs/ rehabilitációs intézmények	Biztos Kezdet Gyerekház	Ügyészség

⁸ A résztvevő intézmények és szakemberek feladatait a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről és a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről tartalmazza.

⁹ 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum-feltételekről.

¹⁰ A résztvevő intézmények és szakemberek feladatait az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról és az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 3. sz. melléklet, valamint az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról és a 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 2. sz. melléklet, továbbá a 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól 2. sz. melléklet tartalmazza.

¹¹ A szélesebb értelemben vett koragyermekkori intervenció intézményrendszer elemei közé tartozik az óvoda is, hiszen az iskoláskor előtti gyerekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával) részt vesz.

Egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)	Speciális szakellátás	Napközbeni ellátások: bölcsőde, családi napközi, családi gyermekfelügyelet, házi gyermekfelügyelet, alternatív napközbeni ellátások	Klebelsberg Kunó Intézményfenntartó Központ
		Gyermekek átmeneti otthon	Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság
		Családok átmeneti otthona	
		Gyermekotthon	
		Területi gyermekvédelmi szolgálat	
		Gyámhatóság	
<p>Szakemberek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • óvodapedagógus • értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • logopédus, • látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • pszichopedagógus, • szomatopedagógus • autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • gyógytornász, • konduktor • (klinikai szak)pszichológus • gyermekpszichiáter 	<p>Szakemberek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • szülésznőgyógyász, neonatológus, • gyermek-neurológus, gyermekpszichiáter, • klinikai szakpszichológus • genetikus, • szemész, • fül-orr-gégész, • audiológus, • ortopéd szakorvos, • gyermek-rehabilitációs szakorvos, • fogorvos • dietetikus • egyéb szakorvos 	<p>Szakemberek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • szociális munkás • családgondozó • csecsemő- és kisgyermeknevelő • óvodapedagógus • pedagógus • értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • logopédus, • látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus, • pszichopedagógus, • szomatopedagógus • autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus • gyógytornász, • konduktor • (klinikai szak)pszichológus • gyermekpszichiáter 	

1. táblázat: Különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplők (forrás: Kereki, 2014)

5.1. Egészségügyi ellátórendszer

A legismertebb ellátórendszer az egészségügyi ellátások rendszere, amelynek keretében működik az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-szakellátás, valamint egyéb egészségügyi ellátási formák. Az **alapellátást** az ellátott személy lakóhelyén, illetve annak közelében kell biztosítani, hogy választása alapján igénybe vehető,

személyes kapcsolaton alapuló folyamatos egészségügyi ellátásban részesülhessen¹². Az egészségügyi alapellátás témánkat érintő legfontosabb intézményei: a házi orvosi, házi gyermekorvosi, valamint a védőnői ellátás. Az általános **járóbeteg-szakellátás** keretében a szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás zajlik, amely a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy az egyén jelentkezése alapján történik (pl. szemészet, fül-orr-gégészet, audiológia, ortopédia, gyermekneurológia, gyermekpszichiátria keretén belül). A fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén történő folyamatos szakorvosi gondozás is ide tartozik¹³.

A **fekvőbeteg-szakellátás** az ellátott lakóhelye közelében levő fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. Igénybevétele az ellátást végző orvos, a kezelőorvos beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. A fekvőbeteg-ellátás jellemzően folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás¹⁴. (Ilyen ellátás zajlik pl. a perinatális (neonatólis) intenzív centrumban, az újszülött- vagy csecsemőosztályon, a gyermek habilitációs/rehabilitációs osztályokon, intézményekben.) Az általános ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttér, illetve a speciális fekvőbeteg-szakellátás biztosítása is szükséges (pl. krónikus beteg gyermekek esetében)¹⁵. A törvényben meghatározott **egyéb egészségügyi ellátások** körébe tartozik többek között az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások, a rehabilitáció, az orvostechikai eszközellátás, a gyógyszerellátás, a pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, a nem-konvencionális gyógyító és életminőség-javító eljárások, egyéb gyógyászati ellátások¹⁶.

Fontos kitétele az egészségügyi törvénynek a prevenció hangsúlyozása, és ebben a társágazatokkal való együttműködés szükségessége. „Az egészségügyi alapellátás és szakellátás területén működő egészségügyi szolgáltatók feladataik ellátása során kiemelt figyelmet fordítanak a gyermekek egészségét veszélyeztető tényezők megelőzésére, felismerésére és megszüntetésére. Ennek érdekében együttműködnek a közoktatási, a szociális és családsegítő, valamint a gyermekek védelmét ellátó intézményekkel, személyekkel, és szükség esetén megfelelő intézkedést kezdeményeznek.”¹⁷

5.2. Köznevelés rendszere

Az utóbbi években az intézményrendszer a centralizációs törekvések következtében nagy átalakuláson ment keresztül, amely a köznevelést és a szociális, gyermekvédelmi területet egyaránt érintette. A köznevelés területén 2013 januárjától az egyházi, magán- és alapítványi intézmények kivételével az összes általános iskola, középiskola, szakiskola, kollégium, és pedagógiai szakszolgálat az önkormányzatoktól a Klebelsberg Kunó Intézményfenntartó Központ fenntartása és szakmai irányítása alá került. Jelenleg az eltelt évek kedvezőtlen tapasztalatai nyomán decentralizációs törekvések indultak el, zajlik a működés átalakítása.

¹² 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 88. § (1)

¹³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 89. § (1)

¹⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 91. § (1), (2)

¹⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 92. § (1)

¹⁶ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 93. § – 106. §

¹⁷ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 42. § (5)

A többlétszolgáltatásban részesülő gyerekeket ellátó pedagógiai szakszolgálati intézmények rendszere átalakult, **kétszintű intézményi struktúra** jött létre. Megyéenként (illetve a fővárosban) székhelyintézményként működő **pedagógiai szakszolgálati intézmények** végzik a szakmai irányítást és koordinálást. A hierarchia második szintjén tankerületi illetőségű tagintézmények működnek (járási és fővárosi kerületi szinten), amelyek a jogszabályban meghatározott tevékenységek mellett szintén irányítási, képviseleti, szakmai feladatot látnak el¹⁸. A megyei és fővárosi pedagógiai szakszolgálati intézmény szakértői bizottságként eljáró országos tagintézménye az országos szakértői bizottság.

Az eddigi elkülönült intézményi keretek között működő tevékenységek a pedagógiai szakszolgálat által ellátandó tevékenységek közé kerültek. A pedagógiai szakszolgálatok látják el a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás, a fejlesztő nevelés, a szakértői bizottsági tevékenység, a nevelési tanácsadás, a logopédiai ellátás, a konduktív pedagógiai ellátás, a gyógytestnevelés, az iskola- és óvodapszichológiai ellátás, a kiemelten tehetséges gyerekek gondozása, valamint a későbbi életkorokban a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás feladatát¹⁹. Ebből kilenc tevékenység érinti a korai életszakaszt.

- **A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás** tartalmazza a komplex gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztését, a mozgásfejlesztést és a pszichológiai segítségnyújtást²⁰. Korai fejlesztést csak a megyei szakszolgálatok szakértői bizottságai javasolhatnak, az ellátást a pedagógiai szakszolgálat biztosítja²¹. A korai fejlesztés és gondozás feladatait a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján, a gyermeket ellátó fejlesztő szakemberek által kidolgozott egyéni fejlesztési tervben foglaltak szerint kell végezni²². Ha a gyermek harmadik életévét betöltötte, akkor vehet részt korai fejlesztésben és gondozásban, ha a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe²³.
- **A fejlesztő nevelés** komplex gyógypedagógiai fejlesztés, melynek feladata a gyermek fejlesztő nevelés-oktatásra való felkészítése a szülő bevonásával, a szülő részére tanácsadás nyújtásával²⁴. Ez a súlyosan, halmozottan fogyatékos, sajátos nevelési igényű gyermekeknek nyújtott szolgáltatás, akik attól az évtől kezdve, amelyben az ötödik életévüket betöltik, fejlesztő nevelésben vehetnek részt²⁵

A szakértői bizottsági tevékenység keretében a pedagógiai szakszolgálat szakértői bizottsága a gyermek (a tanuló) komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint (sajátos nevelési igény gyanúja esetén minden esetben szükséges) orvosi vizsgálat alapján szakértői véleményt készít. A vizsgálat célja lehet (a) az iskolába lépéshez szükséges fejlettség megállapítása, (b) a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása, (c) a sajátos nevelési igény – a mozgásszervi, az érzékszervi (látási, hallási), az értelmi, a beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén a halmozott fogyatékos, az autizmus spektrum zavar vagy az egyéb pszichés fejlődési zavar: súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar²⁶ – megállapítása vagy kizárása.

¹⁸ 2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 3. § (4)

¹⁹ 2011. évi CXCV. köznevelési törvény, 18. § (2)

²⁰ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (1)

²¹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §

²² 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 5. §

²³ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. § (4)

²⁴ A 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 18. § (2) bekezdés b) pontja szerint

²⁵ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 6. § (1)

²⁶ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről, 4. §

- A *nevelési tanácsadói tevékenység* során a munkatársak segítséget nyújtanak a gyermek családi, és óvodai (valamint a későbbiekben az iskolai) neveléséhez. A szülővel feltáró beszélgetést végeznek, felméri a gyermek adaptív viselkedését, szociális érettségét. A vizsgálat eredményeképpen tanácsadásban részesítik a szülőt, vagy a szakszolgálati ellátásba vétel szükségességét határozzák meg. A prevenciós tevékenység keretében a nevelési tanácsadás szakemberei együttműködnek a védőnői és gyermekorvosi hálózattal, a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenciót biztosíthatnak, valamint az óvodai nevelésben részesülő, negyedik életévüket betöltött gyermekek körében a tanulási és beilleszkedési nehézségek megelőzése céljából – a szülő előzetes hozzájárulásával – szűrést végezhetnek²⁷.
- A **logopédiai ellátás** feladata a beszédindítás, a hang-, beszéd- és nyelvfejlődési elmaradás, a beszédhibák és a nyelvi-kommunikációs zavarok javítása, a diszlexia, a diszortográfia, a diszgráfia, a diszkalkulia kialakulásának megelőzése a logopédiai terápiás foglalkozáson. A logopédiai ellátás igénybevétele – néhány kivételtől eltekintve – önkéntes alapon történik. A logopédiai ellátás keretében el kell végezni az óvodai nevelésben részt vevő, ötödik életévüket betöltött gyermekek beszéd- és nyelvi fejlettségének alapvizsgálatát, szűrését, és ennek eredménye alapján szükség szerint a gyermek további pedagógiai, pszichológiai, orvosi vizsgálatának kezdeményezését²⁸.
- A **konduktív pedagógiai ellátás** a központi idegrendszeri sérült gyerekek konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. A konduktív pedagógiai ellátás az óvodai neveléshez (iskolai neveléshez és oktatáshoz) kapcsolódóan vagy egyéni fejlesztő foglalkozás keretében nyújtható. A fejlesztő foglalkozás a szakértői bizottság szakértői véleményében meghatározottak szerint lehet egyéni vagy csoportos foglalkozás. A konduktív pedagógiai ellátás feladatainak megvalósításában a szülő közreműködhet. A konduktív pedagógiai ellátás a tanév rendjéhez igazodik és év közben is megkezdhető²⁹.
- A **gyógytestnevelés** feladata a gyermek (a tanuló) speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha szakorvosi (vagy iskolaorvosi) vizsgálat gyógytestnevelésre utalja. Ennek megszervezését és személyi feltételeinek biztosítását a pedagógiai szakszolgálat végzi a nevelési-oktatási intézményekben³⁰.
- A pedagógiai szakszolgálati intézményben az **óvodapszichológiai (és az iskolapszichológiai) ellátás** feladata a nevelési-oktatási intézményekben dolgozó pszichológusok munkájának összefogása és segítése, amelyet az óvodapszichológus (és az iskolapszichológus) feladatok koordinátora lát el. A koordinátor feladatai közé tartozik többek között az óvodai (és az iskolai) preventív szűrések tankerületi szintű koordinációja, a nevelési-oktatási intézményekből érkező pedagógusok számára egyéni tanácsadás és konzultáció biztosítása vagy a pedagógiai szakszolgálatnál bejelentkező, az óvodától (iskolától) független szolgáltatást igénylő szülők és gyermekek óvodai (iskolai) problémákkal összefüggő ellátása³¹.
- A **kiemelten tehetséges gyermekek (tanulók) gondozása** keretében a pedagógiai szakszolgálat feladata a korai tehetség-felismerés, tehetségazonosítás, amelynek során a tehetséggondozó koordinátor a tehetséges gyermek támogatásán túl a szülőknek tanácsadást, a pedagógusok részére konzultációt, a tehetségfejlesztő programok vezetőivel és az óvodapszichológussal (iskolapszichológussal) szakmai kapcsolattartást biztosít³².

²⁷ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 24. §

²⁸ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 25. §

²⁹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 27. §

³⁰ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 28. §

³¹ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 29. §

³² 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 30. §

Az **egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmény (EGYMI)** a többcélú intézmények közé tartozik, ahol a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók többi gyermekkel (tanulóval) együtt történő nevelésének (oktatásának) támogatását végzik. Minden intézményben működni kell kizárólag a sajátos nevelési igényű gyermekeket (tanulókat) ellátó óvodai (általános iskolai, fejlesztő nevelés-oktatást végző iskolai vagy középfokú iskolai) feladatot ellátó intézményegységnek, továbbá utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori hálózatnak vagy – az országos és megyei szakértői bizottsági feladatok kivételével – pedagógiai szakszolgálati feladatokat ellátó intézményegységnek³³. Az EGYMI feladata a többségi intézményekben a sajátos nevelési igényű gyermekek integrációjának segítése. Ezt **utazótanári hálózat** megszervezésével és működtetésével látják el. Az utazó tanári feladat ellátás keretében a foglalkozásokon (tanórán) kívüli rehabilitációs/rehabilitációs foglalkozások kerülnek megtartásra. Az ellátást minden gyermek számára sérülésspecifikusan biztosítják.

A koragyermekkor intervenciós intézményrendszer elemei közé tartozik az **óvoda** is, hiszen az iskoláskor előtti gyerekek ellátásában (adott esetben speciális szolgáltatások nyújtásával) részt vesz. Az óvodai nevelés szakasza a gyermek hároméves korában kezdődik, és addig az időpontig tart, ameddig a gyermek a tankötelezettség teljesítését meg nem kezdi³⁴. Ha a gyermek (a tanuló) beilleszkedési, magatartási (tanulási) nehézséggel küzd, fejlesztő foglalkoztatásra jogosult. A fejlesztő foglalkoztatás a nevelési tanácsadás, az óvodai nevelés (a későbbiekben az iskolai nevelés, oktatás) keretében valósítható meg. A sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelése az e célra létrehozott gyógypedagógiai nevelési intézményben, konduktív pedagógiai intézményben, óvodai csoportban, vagy a többi gyermekkel részben vagy egészben együtt, azonos óvodai csoportban történhet. A gyermek külön óvodai nevelését végző óvodai csoportot a sajátos nevelési igény típusának megfelelően hozzák létre. A gyógypedagógiai nevelésben (és oktatásban) részt vevő intézményekben a gyermek egészségügyi és pedagógiai célú rehabilitációs és rehabilitációs ellátásban is részesül³⁵.

5.3. Szociális és gyermekvédelmi rendszer

A szociális ágazatban a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatósághoz került az állami irányítás. A főigazgatóság és területi kirendeltségei látják el a kormányhatározatban leírt szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézmények fenntartói és módszertani feladatait. Ahhoz, hogy akár az egészségügyi alapellátás, akár a köznevelés területén dolgozó szakemberek megfelelő módon segíteni tudják az általuk ellátott gyerekeket és családjaikat, ismerniük kell a **szociális alapszolgáltatásokat** (pl. családsegítő szolgálat, falu- és tanyagondnoki szolgálat, támogató szolgálat), valamint a **szociális ellátások, juttatások rendszerét**. Így a pénzbeli ellátásokat (pl. emelt összegű családi pótlék, ápolási díj, rendszeres szociális segély) vagy a természetben nyújtható ellátásokat (pl. lakásfenntartási támogatás)³⁶.

A társágazati szakemberek a szociális alapszolgáltatások mellett gyakran kerülnek kapcsolatba a gyermekvédelmi ellátás szereplőivel is³⁷. A gyermekvédelmi védőháló alapvetően 3 fő alappilléren nyugszik: az alapellátás, a szakellátás és a hatósági

³³ 2011. évi CXCV. köznevelési törvény, 20. § (9)

³⁴ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 5. § (1)

³⁵ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 47. §

³⁶ Lásd 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról

³⁷ Lásd továbbiakban 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

intézkedések intézményén. Itt is találunk pénzbeli és természetbeni ellátási formákat (pl. rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, óvodáztatási támogatás stb.) A **gyermekvédelmi alapellátáshoz** tartoznak a gyermekjóléti szolgáltatások (így maga a gyermekjóléti szolgálat), a gyermekek napközbeni ellátása (pl. bölcsődék, családi napközi, családi gyermekfelügyelet stb.) és a gyermekek átmeneti gondozása (pl. gyermekek átmeneti otthona, családok átmeneti otthona, helyettes szülő), valamint a Biztos Kezdet Gyerekházak.

A **gyermekjóléti szolgáltatás** akkor igyekszik minél hatásosabb támogatást nyújtani a családoknak, amikor veszélyben a harmonikus családi élet, de a gyermek kiemelését még nem indokolja a fennálló problémák mértéke. A **gyermekek napközbeni ellátása** keretében a családban élő gyermekek életkorának megfelelő nappali felügyeletét, gondozását, nevelését, foglalkoztatását és étkeztetését kell megszervezni azoknak az esetekben, ahol a szülők, nevelők, gondozók valamilyen okból (pl. munkavégzésük, betegségük) miatt napközbeni ellátásukról nem tudnak gondoskodni³⁸. A **gyermekek átmeneti gondozása** alapvetően olyan típusú segítségnyújtás, ami szülőknek segít életük rendezésében, ha egészségi állapotuk, életvezetési problémájuk, indokolt távollétük vagy más akadályoztatásuk miatt nem tudják megoldani a családban a gyermekük nevelését. Megszervezhető a gyermekek átmeneti otthonában, a családok átmeneti otthonában, vagy befogadó szülői szolgáltatáson, illetve a gyermekek átmeneti házi gondozásán keresztül. A **gyermekek átmeneti otthona** akkor nyújt segítséget, ha a gyermek megfelelő fejlődése veszélyeztetetté válik. A **családok átmeneti otthona** a komoly bajba került, de a család egységének megőrzéséért tenni hajlandó családoknak segít. Ezek olyan intézmények, ahova az anyák – előfordul, hogy az apák is – a gyermekükkel, gyermekeikkel meghatározott időre beköltözhetnek, hogy legyen idejük körülményeik rendezésére (pl. munkavállalás, adósságrendezés, albérlet-keresés stb.). A **befogadó szülői szolgáltatás** minden esetben a szolgáltatást nyújtó személy saját otthonában valósul meg, míg a **gyermekek átmeneti házi gondoskodása** esetén a gyermek saját otthonában maradhat, a segítő szakember a gyermek otthonában végzi a munkáját³⁹.

A preventív szemlélet jegyében érdemes külön kiemelni az ún. **Biztos Kezdet Gyerekházakat**, amelyek jelenleg a Gyerekesély program keretén belül működnek. Olyan alapellátó segítséget kínálnak elsősorban szociálisan hátrányos helyzetű családoknak, amely a hatékony prevenció érdekében 0–5 év közötti **gyerekek és szüleik** együttes jelenlétére épül. A bölcsődei, óvodai ellátás mellett ez az ellátási forma egy olyan alternatív segítséget jelent ezeknek a családoknak, amit a 0–5 éves korú gyerekek a szüleikkel együtt vehetnek igénybe. A Biztos Kezdet Gyerekházak dedikált célja többek között, hogy a szülőket hozzásegítsék az önálló(bb) szülői, családi életvezetési készségek elsajátításához. Ennek érdekében minden program a szülőkkel és gyerekekkel közösen történik, aminek köszönhetően a jelen lévő anyák, apák maguk is könnyebben fejlődhetnek a harmonikus családi élethez nélkülözhetetlen helyzetek kezelésében, pl. a gyermekkel történő játék, egészséges ételek készítése, személyes higiéné stb. területén.

A **gyermekvédelmi szakellátáshoz** soroljuk a családból kiemelt gyerekeknek biztosított **otthont nyújtó ellátást** (pl. nevelőszülő, gyermekotthon), az **utógondozói ellátást** és a **területi gyermekvédelmi szakszolgáltatást**. Az otthont nyújtó ellátás

³⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról 41.§

³⁹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 44/A.§.

keretében biztosítani kell az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek számára a családi környezetébe történő visszahelyezését előkészítő, családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást, vagy ha ez nem lehetséges, az örökbe fogadásának elősegítését. Az utógondozói ellátás a fiatal felnőttek számára nyújtott szolgáltatás. Érdemes még ismerni a területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás intézményét, amely javaslatot tesz a gyermek ideiglenes gondozási helyére és a gyermek sorsának rendeződéséig a számára otthont nyújtó ellátást biztosító gondozási helyére. **A gyámhivatalok** képviselik a törvény erejét **hatóságként**. Ők hozzák meg a döntéseket a szükséges gyermekvédelmi intézkedésekről – védelembe vétel, gyermek kiemelése, kapcsolattartás, a gyermek hazagondozása stb.

6. Utak és kapcsolódások

Az egyes ágazatokon belüli továbbküldési, jelzési utak viszonylag jól leírtak a jogszabály alapján, de a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményes szereplőket a felismeréstől az ellátásba kerülésig nem köti össze szabályozott gyermekút. A koragyermekkori intervenciós ellátásokat tekintve az egészségügy rendszere és a szociális, gyermekvédelmi rendszer érintőlegesen kapcsolódik össze, elsősorban a gyermekjóléti szolgálat intézményén keresztül, ugyanakkor a köznevelés rendszerébe az egészségügyi ellátórendszerből nem vezet út. A szociális, gyermekvédelmi terület és a köznevelés között is inkább a jelzőrendszerben való együttműködés, illetve a pedagógiai szakszolgálati tevékenység kapcsán azonosíthatóak érintkezési pontok.

A gyermek útja több szakaszra tagolható, a prekoncepcionális szakasztól a várandósság és a perinatális időszakon keresztül a hazakerülés utáni szakaszig, egészen a gyermek iskolába lépéséig. Minden szakaszban megtalálhatóak azok a kulcsintézmények, illetve szereplők, amelyek/akik az ellátásban részt vesznek, feladataik jogszabály által meghatározottak, és a továbbküldési, jelzési utak is azonosíthatóak.

6.1. Prekoncepcionális szakasz

A prekoncepcionális időszakban, amikor a szülők még csak tervezik a gyermeket, elsősorban az egészségügyi ellátórendszerben kapnak ehhez támogatást. A Családvédelmi Szolgálat védőnője tanácsadást végez, illetve az oktatási intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését szervezi⁴⁰. A területi védőnő szintén a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadást végzi⁴¹, az iskolai védőnő pedig az egészségtan oktatásában vesz részt, ahol elsősorban az családtervezés, fogamzásgátlás, szülői szerep, csecsemőgondozás témájára fókuszál⁴². A háziorvos feladata ebben a szakaszban az egészségnevelés és az egészségügyi felvilágosítás⁴³. A szülész-nőgyógyász szakorvos a család- és nővédelmi gondozás keretében a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítését végzi, a fogamzás előtti gondozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenységi ciklus alatti gondozás eszközeivel⁴⁴. A gyermeket tervező pár akár a területi védőnőhöz, akár a háziorvoshoz vagy a Családvédelmi Szolgálathoz fordul, a szülész-nőgyógy-

⁴⁰ 1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről 2. § (2).

⁴¹ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról 3. §

⁴² 26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról 3. számú melléklet

⁴³ 4/2000. (II.25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 4. § (2)

⁴⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 41. §

ász szakorvoshoz irányítják őket. Ennek a szakasznak a jelenlegi szabályozás szerint nincs hangsúlyos szerepe, miközben a preconcepcionális időszakra sokkal nagyobb figyelmet kellene fordítani kiemelkedő prevenció jelentősége okán.

6.2. Várandósság szakasza

A várandósság szakaszában a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, illetve megfelelő időben történő felismerése, valamint a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés a család- és nővédelmi gondozás keretében valósul meg⁴⁵. A várandósgondozás a házi-orvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő és a védőnő együttműködésében zajlik⁴⁶. A védőnő a gondozás során tudomására jutott mindazon körülményről tájékoztatja a várandósgondozást végző szülész-nőgyógyászt/szülésznőt, amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését⁴⁷.

A szociális, gyermekvédelmi intézmények közül a gyermekjóléti szolgálat érintett leginkább ebben a szakaszban. Feladata a válsághelyzetben lévő várandós anya támogatása, segítése, tanácsokkal való ellátása, valamint számára a családok átmeneti otthonában igénybe vehető ellátáshoz való hozzájutás szervezése⁴⁸. Amennyiben a várandós anya nem vállalja születendő gyermeke felnevelését, tájékoztatják őt a nyílt és a titkos örökbefogadás lehetőségéről⁴⁹. Veszélyeztetettség esetén az egészségügyi szolgálatot nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi-orvosnak, a várandós nő kezelőorvosának jelzési kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé⁵⁰. A gyermekjóléti szolgálat és az illetékes védőnő haladéktalanul tájékoztatják egymást, ha a várandós anya válsághelyzetben van⁵¹. A gyakorlatban azonban ezek az oda-visszajelzési utak nem működnek megfelelően. Mindkét fél hiányolja a másik jelzésre adott választát, illetve az érdemi intézkedésről való tájékoztatást.

6.3. Perinatális szakasz

A perinatális szakaszban a gyermek a megszületése után optimális esetben az újszülött osztályra kerül, ahol elvégzik az alapvizsgálatokat és a kiegészítő vizsgálatokat (laboratóriumi, képalkotó, konzíliumok, anyagcsere vizsgálat). A koraszülöttek, illetve az érett, de problémás újszülöttek protokoll szerint a neonatális/perinatális centrumokba kerülnek, ahol szintén lezajlanak a megfelelő szűrővizsgálatok.

Amennyiben a szülő lemond a gyermekéről, a kórház értesíti a gyámhatóságot a gyermek örökbefogadhatóságáról⁵². Veszélyeztetettség esetén a területi védőnő, házi gyermekorvos felé küld jelzést az intézmény, mint az egészségügyi szolgálatot nyújtók közül a kiemelt jelző szereppel rendelkező ellátók felé (akik pedig a gyermekjóléti

⁴⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 86. § (1) (2)

⁴⁶ 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról 6. §

⁴⁷ 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról 9. § (2)

⁴⁸ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 39. § (2)

⁴⁹ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. § (2)

⁵⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1) (2)

⁵¹ 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, 11. § (3)

⁵² 149/1997 (IX.10.) Korm. rendelet a gyámhatóságokról valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról, 64/A §

szolgáltatnak jeleznek)⁵³. A gyermek megszületéséről, illetve a gyógyintézetből való távozásról a kórházi védőnő írásban értesíti a területi védőnőt valamint a választott házi gyermekorvos vagy házi orvost⁵⁴. A további gondozás során nagyon fontos a két szakterület részéről egymás kölcsönös tájékoztatása (gyermek fejlődése, felmerült problémák stb.).

6.4. Hazakerülés után

A gyermek megszületése után, a kórházból való hazaérkezést követően az újszülöttet meglátogatja a védőnő, majd a szokásjog alapján a házi gyermekorvosa, házi orvosa. A védőnő és a házi gyermekorvos, házi orvos együttműködve végzi a gyermekek ellátását/gondozását, az előírt szűrővizsgálatokat, tanácsadást. Amennyiben a védőnő a szűrés során eltérést tapasztal, tájékoztatja a gyermek házi gyermekorvosát, házi orvosát, egyben hozzáküldi a szülőt is. Ha valamilyen probléma merül fel a gyermeknél, járóbeteg-szakellátóhoz vagy a betegsége/állapota szerint illetékes fekvőbeteg intézménybe/osztályra irányítják. Az egészségügy rendszerében a fogadó intézményben történő terápiás ellátás mellett egészségügyi rehabilitációt, rehabilitációt végző magán-ellátók is részt vesznek az ellátásban, házi gyermekorvos, házi orvos és szakellátó szakorvos is irányít oda gyerekeket⁵⁵.

Mivel az egészségügyi és a pedagógiai ellátást végző intézményeket nem köti össze jogszabály, probléma észlelése esetén az egészségügyi ellátó csak javasolhatja a pedagógiai szakszolgálat felkeresését, de nem utalhatja ellátásba a gyermeket. Amennyiben a probléma a gyermek 0–3 éves kora között merül fel, a sajátos nevelési igény megállapítása, illetve a korai fejlesztés megkezdésére való javaslattevés a megyei szakértői bizottság feladata. Ellátási helyszíneként a gyermek lakóhelyéhez legközelebb lévő tankerületi pedagógiai szakszolgálati tagintézményt jelölik ki. Amennyiben az ellátás ott nem megoldható, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a pedagógiai szakszolgálati intézmény fenntartójával infrastruktúra-használatra vonatkozó szerződést kötött intézményben kerül sor⁵⁶.

Az utóbbi néhány évben az ágazaton belüli és az ágazatok közötti profiltisztítás jegyében a feladatellátást tekintve több intézményben is változások történtek. Korábban bölcsődék, gyermekotthonok, fogyatékos személyek otthonai és nappali intézményei is végezheték a korai fejlesztés feladatát. Jelenleg ezekben az intézményekben a tevékenységet – amennyiben ehhez a feltételek adottak – a pedagógiai szakszolgálat szakemberei biztosítják⁵⁷. Az egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézményekben – ahol szintén folyhatott korábban korai fejlesztés –, most a szakemberek szakszolgálati keretek között végezhetik a tevékenységet. Alapítványi intézmények, amennyiben szakszolgálati feladatot ellátnak, és szerződést kötnek a fenntartóval illetve a minisztériummal, szintén elláthatják a feladatot. Fontos fejlemény, hogy a pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottsága a tizennyolc hónapnál fiatalabb gyermekek szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a gyermekneurológiai szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás ja-

⁵³ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (1) (2)

⁵⁴ 49/2004. (V.21.) ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról 3/A. §

⁵⁵ 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről, 3. §, 7. §

⁵⁶ 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 1. §

⁵⁷ 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4.§. (3)

vaslat alapján is elkészítheti⁵⁸. Így minél hamarabb ellátásba kerülhet a gyermek, nem kell hosszú hónapokat várni a szakértői bizottság vizsgálatára ahhoz, hogy a szakemberek megkezdhessék a terápiás, fejlesztő foglalkozásokat.

A 3 évnél idősebb gyerekek esetében a tankerületi szakértői bizottság feladata a teljes körű pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat. Ha a tankerületi szakértői bizottság megítélése szerint a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, továbbküldi a gyermeket a megyei szakértői bizottság felé, annak dokumentációs anyagával együtt⁵⁹. A mozgásszervi fogyatékoság, az érzékszervi (a látási, a hallási) fogyatékoság, valamint a beszéd fogyatékoság megállapítását vagy kizárását országos feladatellátási kötelezettséggel az országos szakértői bizottság végzi azzal, hogy a beszéd fogyatékoság megállapítása vagy kizárása a megyei szakértői bizottság feladatai körében is ellátható. Szakértői vizsgálat néhány kivételtől eltekintve a szülő kérelmére, illetve egyetértésével indul. Ha a gyermek óvodai nevelésben részesül, az óvoda köteles közreműködni a vizsgálat iránti kérelem elkészítésében⁶⁰.

A gyermekvédelmi törvény alapján, veszélyeztettség esetén az egészségügyi szolgáltatást nyújtóknak, a védőnői szolgálatnak, a házi gyermekorvosnak/háziorvosnak, a személyes gondoskodást nyújtó intézményeknek (pl. bölcsőde, családi napközi) és a köznevelési intézményeknek (óvoda, pedagógiai szakszolgálatok) veszélyeztettség esetén jelzési kötelezettségük van a gyermekjóléti szolgálat felé. A gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása vagy más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek súlyos veszélyeztető magatartása esetén kötelesek hatósági eljárást kezdeményezni⁶¹.

7. Az ellátásba kerülést akadályozó rendszerszintű és strukturális problémák

Korábbi kutatási eredmények szerint Magyarországon a koragyermekkori intervenció ellátásra szoruló gyerekek több mint egyharmada nem kapja meg a számára szükséges ellátást, szolgáltatást (*Kereki és Lannert, 2009*). Ennek többféle oka van, rendszerszintű problémák és strukturális egyenlőtlenségek egyaránt állnak a háttérben. A koragyermekkori intervenció több ágazatot is érint, ám a területet komplexitása miatt nehéz ágazati megközelítéssel koherensen lefedni. Egyelőre hiányzik a koragyermekkori intervenció egységes rendszerként való kezelése és ennek a szabályozásban való tükröződése, a jogszabályok összehangolása. A változó szabályozási környezet mellett a finanszírozási háttér bizonytalansága is gondot okoz a működésben.

Az együttműködések döntéshozói és helyi ellátói szinten is többnyire kialakulatlanok. A szakemberek nem ismerik egymás kompetenciáit, illetve ezek a kompetenciák nem tisztázottak. Az intézményrendszer átalakulása, a szociális és a köznevelés területén zajló centralizációs törekvések bizonytalanságot okoznak a szolgáltatói hálózatban. A szülők és a szakemberek egyaránt információhiánnyal küzdenek. Mindhárom ágazatban jellemző a minőségi standardok hiánya, a szakmai kontroll gyengesége, de a szisztematikus mérés és visszacsatolás sem működik megfelelően. A rendszerben nagyon sok adat keletkezik, de az adatgyűjtések nem összehangoltak. Hiányoznak a korszerű, standardizált szűrési módszerek, vizsgáló eljárások (*Kereki, 2013*).

58 Lásd 15/2013 (II. 26.) EMMI a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 4. §. (2)

59 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 11. §. (1) (2)

60 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, 13. §.

61 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 17. § (2).

A koragyermekkorai intervenciós rendszerben az egyik legnagyobb problémát a szakember-ellátottság hiányosságai okozzák. Az egészségügyi ellátás területén kritikusan alacsony a feladatokhoz mért csecsemő- és gyermek szakorvosok száma, ez az alapellátás és a szakellátás területén is megmutatkozik⁶². A pedagógiai szakszolgáltatoknál a szakértői bizottsági tevékenységet végző szakemberek körében az esetszámra jutó szakemberlétszám kevés, folyamatos túlterheltséget okoz, ami meghosszabbítja a vizsgálatra való várakozás idejét (Kereki, 2011). A koragyermekkorai intervencióban résztvevő szakembereknek a korai ellátással kapcsolatban megszerzett tudása egyenetlen, képzésbeli hiányosságok azonosíthatók. Az egyes diagnózisokhoz illesztett terápiás, fejlesztő eljárások megválasztását sokszor nem csak a szakember kapacitás szűkössége határolja be, de a rendelkezésre álló szakemberek képzettsége, szakértelme is, amely nem feltétlenül igazodik a speciális szükségletekhez (Kereki, 2011).

Az ellátásokhoz való hozzáférést a szolgáltatások biztosításának területi egyenlőtlenségei is erőteljesen befolyásolják, amelyek szinte minden típusú szolgáltatást érintenek. Az egészségügyi ellátás mutatói alapján Észak-Magyarország és Észak-Alföld egészségügyi ellátása a legkedvezőtlenebb. A csecsemőhalandósági mutató Észak-Magyarországon hosszabb ideje kiugróan magas értéket mutat. Nemcsak a házi gyermekorvosokra jutó gyermeklétszám tartozik a legmagasabbak közé, de a szakorvosok is itt a legleterheltebbek. A védőnői támogatás szintén a két északi régióban a legkevésbé biztosított. Országosan hiányzik a jól szervezett utógondozói hálózat, a neuroterápiás, ill. gyermekrehabilitációs szolgáltatások terén nem biztosított a regionális ellátás, szűkös a kapacitás. A gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások, valamint a családsegítő szolgáltatások hozzáférési, hatékonysági problémákkal küzdenek. A gyermekek napközbeni ellátása országosan megoldatlan, a helyzet Észak-Magyarországon a legkritikusabb (Kereki, 2011).

A koragyermekkorai intervenciós ellátásban részesülő gyerekek több mint 50%-át Budapesten látják el, jellemző, hogy a nagyvárosokban szerveződnek színvonalas ellátást nyújtó intézmények, de a kisebb településeken, különösen a falvakban lakók számára a speciális szolgáltatások elérhetetlenek (Kereki és Lannert, 2009). Az ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága különösen a hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon jellemző, ahol éppen azok a családok nem kapnak a rendszertől támogató segítséget, akik maguk sem elég tudatosak a probléma felismerésében és kezelésében. A szakorvosi beutalásra vagy a korai terápiás, fejlesztő ellátásba való eljutást az utaztatási nehézségek és az anyagi források szűkössége erősen befolyásolja. Gyakorlatilag a családok egy részének anyagi helyzetéből fakadóan elérhetetlenek bizonyos szolgáltatási formák (Kereki, 2010). A szociális, gyermekvédelmi jelzőrendszer (családsegítő, gyermekjóléti szolgálat) sokat tud segíteni abban, hogy az arra rászoruló gyerekek minél hamarabb ellátásba jussanak. Ahol a három különböző ágazat intézményei közötti kapcsolati háló elég kiterjedt és intenzív, gyorsabb az információáramlás, korábban bejutnak a gyerekek a pedagógiai jellegű intézményekbe (Kereki, 2010).

⁶² *Semmelweis terv az egészségügy megmentésére (2011): Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.*

Összefoglalás

A koragyermekkori intervenció rendszerben azonosított problémák megoldására az utóbbi időben több fejlesztési projekt is kísérletet tett.

Az egészségügy égisze alatt zajló TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkor (0–7 év) projekt az egészségügyi alapellátás munkájának támogatására, korszerű tudással való felvértezésére irányul. A gyermekek fejlődését befolyásoló rizikó- és védőtényezők beazonosítása, az eltérő fejlődést mutató gyermekek mielőbbi kiszűrése, a gyermekek fejlődésének nyomon követése kiemelt figyelmet kap a célok között. Új, szülői megfigyelésen alapuló kérdőív került kifejlesztésre, amely a hozzá kapcsolódó tájékoztató anyagokkal azt szolgálja, hogy a szülők kompetensebbek legyenek saját gyermekük fejlődésének nyomonkövetésében. Ezzel párhuzamosan korszerű módszertani kiadványok, számos tananyag, képzések segítik a védőnők, házi gyermekorvosok/háziorvosok munkájának hatékonyabb végzését⁶³.

A jelenlegi köznevelési területhez kapcsolódik a TÁMOP-3.4.2.B, a „Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)” kiemelt projekt, amelynek keretében a pedagógiai szakszolgálatok tevékenységeinek támogatására protokollok készültek, köztük a koragyermekkori intervencióra és a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás tevékenységre kifejlesztett protokoll (*Kereki és Szvatkó, 2015*). A TÁMOP 3.1.1. „XXI. századi közoktatás (fejlesztés, koordináció)” nevű szintén kiemelt projektben pedig kidolgozásra és kipróbálásra került a koragyermekkori intervenció rendszerében használható kliensút modell (*Kereki, 2015*).

A szociális ágazatban a TÁMOP 5.2.6. – „A korai életszakaszban feltárt fejlődési rendellenességek, lemaradások kezeléséhez való hozzáférések javítása” projekt a korai ellátásban résztvevő szociális, gyermekvédelmi, gyermekjóléti intézményekben dolgozó szakemberek tudását bővíti családtámogató törekvések keretében adaptált képzési anyagokkal.

Bár mindezek a törekvések nagy haladást jelentenek a leírt problémák megoldásában, a jövőben számtalan területen kell további lépéseket tenni azért, hogy egy hatékonyan működő, egységes szemléletű koragyermekkori intervenció rendszer működhessen Magyarországon. Többek között szükség lenne a szabályozás és a finanszírozás egységes szemléletű átalakítására, összehangolására, a különböző ágazati irányítás alá tartozó intézményeket összekötő, rendszerszinten megvalósuló szabályozott kliensút bevezetésére. Ehhez pedig elengedhetetlen az egységes, integrált elektronikus dokumentáció és az adatszolgáltatás kiépítése, az informatikai felszereltség bővítése, az adatbázisok összekapcsolása. A szükségletekhez jobban illeszkedő szolgáltatásnyújtás érdekében a speciális terápiás, fejlesztő szolgáltatások választékának bővítése, a többoldalú tudással rendelkező szakemberek számának növelése, illetve kompetenciáinak fejlesztése szükséges. A szakemberek tudásbővítéséhez, egységes szemléletük formálásához, a családokkal való partneri együttműködés kialakításához közös képzési programok megvalósítása indokolt. A szülők felkészítése, edukálása, kompetenciáinak bővítése, valamint megfelelő információval való ellátása nagyobb hangsúlyt kell, hogy kapjon, mint ahogy a családok szolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáféréseinek biztosítása is sarkalatos pontja kell, hogy legyen a jövőbeni elképzeléseknek.

⁶³ Lásd Gyermek-alapellátási Információs Portál. www.gyermekalapellatas.hu.

Irodalom

- A *Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény* (1989): <http://www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=14922> (Letöltés dátuma: 2015. 03.05.)
- Almqvist, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Sweden. European Agency for Development in Special Needs Education.* <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (Letöltve: 2015.03.03.)
- Andrews, E. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – UK (England). European Agency for Development in Special Needs Education.*
URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015.03.03.)
- Carneiro, P. és Heckman, J. J. (2003): Human Capital Policy. In: Heckman J. és Krueger A. (eds.): *Inequality in America: What Role for Human Capital Policy?* MIT Press. 77–240.
- Carpenter, B. és Russel, P. (2005): Early Intervention in the United Kingdom. In: Guralnick, M. J. (ed.): *The Developmental Systems Approach to Early Intervention.* Brookes, Baltimore, 455–480.
- Czeizel Barbara (2009): A koragyermekkorai intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2–3. 153–159.
- Doyle, O., Harmon, C.P., Heckman, J.J. és Tremblay, T.R. (2009): Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. *Econ Hum Biol.* 7. March; 7(1): 1–6.
- EADSNE – *European Agency for Development in Special Needs Education (2005). Early Childhood Intervention: Analysis of Situations in Europe – Key Aspects and Recommendations.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense. <http://www.european-agency.org/> (Letöltés dátuma: 2015. 03.06.)
- EADSNE – *European Agency for Development in Special Needs Education (2010): Early childhood intervention. Progress and Developments 2005–2010.* European Agency for Development in Special Needs Education, Odense,
URL: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf (letöltve: 2015. 03.06.)
- ENSZ Nyilatkozat a gyermekek jogairól (1958):
http://unicef.hu/c/document_library/get_file?p_l_id=23940&noSuchEntryRedirect=viewFullContentURLString&fileEntryId=24686 (letöltve: 2015.03.05.)
- Early Support (2012): *Key working: improving outcomes for all.*
URL: <http://www.councilfordisabledchildren.org.uk/resources/our-partners-resources/key-working-improving-outcomes-for-evidence-provision-systems-and-structures> (letöltve: 2015.03.10.)
- Euronews (2006): Az Ügynökség „Korai fejlesztés: az európai helyzet elemzése” című projektje.
URL: http://www.european-agency.org/news/euronews/euronews-15/euronews15_hu.pdf (letöltve: 2015.03. 06.)
- Guitez, P. (2010): Early Childhood Intervention in Spain: Standard Needs and Changes. In: Pretis, M. (ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources And National Challenges.* Maya, Ankara, 83–98.
- Heckman, J. J. (2008a): The case for Investing in Disadvantaged Young Children. In: First Focus (ed.): *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation’s Future.* First Focus, 49–58
- Heckman, J. J. (2008b). Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry* 46 (3), 289–324.
- Heinämäki, L. (2009) *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Finland. European Agency for Development in Special Needs Education.*
URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015.03.04.)
- Helgevold, L. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country report – Norway. European Agency for Development in Special Needs Education.*
URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention> (letöltve: 2015.03.04.)
- ICSSZEM – Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Fogyatékosügyi Főosztály (2005): *Értékelemzési zárójelentés a korai fejlesztés koncepciójának kialakításáról.* Kézirat. MicroVA Bt.

- Kereki Judit és Lannert Judit (2009, írta és szerk.): *A korai intervenció intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* Kézirat. TÁRKI-TUDOK ZRT – FSZK, Budapest.
URL: http://www.fszk.hu/opi/szolgalatas/koraiintervencio/FINAL_0302_MODOSITOTT_Zarotanutmany_KORINT.pdf
- Kereki Judit (2010): A kora gyermekkori intervenció intézményrendszerének anomáliái és jó gyakorlata. *Gyógypedagógiai Szemle*, **38**. (1.) 32–45.
- Kereki Judit (2001, írta és szerk.): *Regionális helyzetértékelés a kora gyermekkori intézményrendszer hálózatos fejlesztésének megalapozásához. Kutatási zárójelentés.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.
URL: http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/regionalis_helyzetertekeles_kezirat.pdf
- Kereki Judit (2013): A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, **61**. (1.) 23–38.
- Kereki Judit és mtsai (2014): *Gyermekút – jogszabályok, gyakorlat, lehetséges modell. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori program*, Országos Tisztifőorvosi Hivata, Budapest.
- Kereki Judit (2014): *Majd kinövi (?)*. *A koragyermekkori intervenció rendszer és a korai fejlesztés. Hallgatói Kézikönyv. TÁMOP-6.1.4 Koragyermekkori program*, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Budapest.
- Kereki Judit (2015, szerk.): *Kliensút Kalauz*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Kereki Judit és Szvatkó Anna (2015): *A koragyermekkori intervencióra valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás pedagógiai szakszolgálati tevékenységi területre kifejlesztett protokoll*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.
- Libro Blanco (2000): Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2000.* Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
URL: <http://www.altxa.com/wp-content/uploads/Libro-Blanco-de-la-Atencion-Temprana.pdf> (letöltve: 2014.11.27.)
- Libro Blanco (2005): Libro blanco de la atención temprana. Documentos 55/2005.* Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
URL: http://www.fcsd.org/libro-blanco-de-la-atenci%C3%B3n-precoz_69992 (letöltve: 2014.11.27.)
- Luttrupp, A. M., Norling, M. B. és Balton, M. (2007): *Intervention practice for preschool children in need of special support: A comparative analysis between South Africa and Sweden.*
URL: http://www.up.ac.za/dspace/bitstream/2263/6274/1/Luttrupp_Intervention%282007%29.pdf (letöltve: 2015.03.06.)
- Peterander, F. (2004): *Early Childhood Intervention in Bavaria (Germany). European Agency for Development in Special Needs Education.*
URL: www.european-agency.org (letöltve: 2015.03.10.)
- Peterander, F. (2009): *Early Childhood Intervention Project update. Country Report – Germany (Bavaria). European Agency for Development in Special Needs Education.*
URL: www.european-agency.org (letöltve: 2015.03.10.)
- Ponte Mittelbrunn, M. J. (2004): *Early Childhood Intervention in Spain. European Agency for Development in Special Needs Education.*
URL: www.european-agency.org (letöltve: 2015.03.03.)
- Robertson, C. és Messenger, W. (2010): Early Childhood Intervention in the UK: Family, Needs, Standards and Challenges. In: Pretis, M. (ed.): *Early Childhood Intervention Across Europe. Towards Standards, Shared Resources and National Challenges.* Maya, Ankara, 112–126.
- Semmelweis terv az egészségügy megmentésére. (2011): Újraélesztett egészségügy. Gyógyuló Magyarország.* Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság. 2011. június 27.

- Shonkoff, J. P. és Phillips, D. A. (2000): *From neurons to neighbourhood. The Science of Early Childhood development*. National Academy Press, Washington.
- Svendsen, I. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Denmark*. European Agency for Development in Special Needs Education.
URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention>
(letöltve: 2015. 03. 03.)
- United Nations Organization (1993): *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. UN, New York.
URL: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=26> (letöltve: 2015. 03.05.)
- Veerman, E. R. (2009): *Early Childhood Intervention. Project update. Country report – Spain*. European Agency for Development in Special Needs Education.
URL: <http://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention>
(letöltve: 2015. 03. 03.)

Jogsabályok

1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről
1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
2003. évi XXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
- 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
1992. évi LXXIX. évi törvény a magzati élet védelméről
- 26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rend. az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól a végrehajtásáról
- 4/2000. (II.25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 29/2012. (III. 7.) Korm. rendelet a közszolgálati tisztviselők képesítési előírásairól
- 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

A korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig. A törvényi szabályozástól az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat megvalósulásáig a Budapesti Korai Fejlesztő Központban

Czeizel Barbara – Kemény Gabriella:
Budapesti Korai Fejlesztő Központ

A tanulmány kísérletet tesz annak bemutatására, hogyan változott a szakmai terminológia a korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig. Ezzel párhuzamosan bemutatjuk a Budapesti Korai Fejlesztő Központ szemléletbeli és gyakorlatbeli változásának útját a Központ kulcskompetenciáin keresztül, különös tekintettel az interdiszciplinaritás megvalósulására az eltérő fejlődésű kisgyermek ellátása során.

Kulcsszavak: családközpontú kora gyermekkori intervenció, gyermek körül felálló interdiszciplináris team, partnerség, rizikócsecsemők, fogyatékos kisgyermek

„Nekem az az első vizsgálat meghatározó élményt jelentett. Nemcsak a fejlesztések további menetére gondolva, hanem – és elsősorban – a kisfiammal való kapcsolat alakulásában is. Egy jelentéktelen momentumnak látszó dolog történt: az egyik szakember kedvesen mosolyogva megkérdezte, felveheti-e Mátét. Persze – választam azonnal szintén mosolyogva, de nehéz megfogalmazni, hogy akkor mi zajlott le bennem néhány pillanat alatt. Eddig ilyet soha senki nem kérdezett tőlem. Máté egy eset volt, akivel egyértelműen ezt meg azt csinálni kellett és nyilván én mint kötelességtudó anyuka átengedem „szabad felhasználásra” az Esetet. Megdöbbentő volt a felismerés – katartikus. Először vett minket egy szakember emberszámba, először éreztem, hogy Mátéban meglátja a kisbabát – az embert... Abban a furcsa, valóságból kissé kiragadott lelkiállapotban nem jegyeztem meg, ki volt az. Most sem tudom, de azóta is hálás vagyok neki, mert tőle kaptuk vissza a megtépázott méltóságunkat. Attól kezdve tudtam Máténak tudatosan is az édesanyja lenni. Köszönöm neki!”

(Borbély és Kovács, 2012)

Korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig

Az European Agency for Development in Special Needs Education szervezetnek a kora gyermekkori intervenció európai gyakorlatáról 2005-ben, majd 2009-ben újra megjelent összegző dokumentuma határozottan megkülönbözteti a korai fejlesztés fogalmát a kora gyermekkori intervenció kifejezéstől. Eszerint a korai fejlesztés minden olyan időben nyújtott cselekvést és beavatkozást magában foglal, amelyben a sajátos nevelési igényű gyermek és családja a nevelési-oktatási folyamat során részesül. A kora gyermekkori intervenció ellenben a hat évnél nem idősebb, eltérő fejlődésű és rizikógyermekre és családjukra fókuszál. A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a projekt a kora gyermekkori intervenció terminológiát használja (ECIPU, 2005, 2010).

A családközpontú kora gyermekkori intervenció a 0–5 (6) éves korú sérült, fogyatékos, eltérő fejlődésű és viselkedésű illetve fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett csecsemők illetve gyermekek tervszerűen felépített programja; a család segítése, mely

- szűrést,
- komplex diagnosztikai vizsgálatot,
- komplex gyógypedagógiai fejlesztést és tanácsadást,

- különböző terápiás szolgáltatásokat,
- a gyermek egyéni szükségleteinek megfelelő gyermekközösségbe kerülés támogatását foglal magában, a gyermek állapotát és a család körülményeit, valamint egyedi igényeit figyelembe véve (Czeizel, .2009a, 2009bs).

Korai fejlesztésben 0–5 éves korig, intervencióban a születéstől iskolába kerülésig részesülhetnek rizikócsecsemők, az értelmi, érzékszervi, mozgás- és halmozottan sérült, valamint a viselkedés, kommunikáció és szociális kapcsolat terén zavarral küzdő gyermekek. A korai intervenció, fejlesztő programok célja a sérült, fogyatékos, eltérő fejlődésű és viselkedésű illetve fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett gyermekeket nevelő családok segítése, a gyermek sérült, vagy lassabban kialakuló készségeinek fejlesztése, a jobb életminőség és a szociális kapcsolatok támogatása (Czeizel, 2010).

A kora gyermekkori intervenciónak tehát a tervezett-szervezett nyomon követés ugyanúgy célja, mint a diagnosztikus vizsgálat, vagy a terápiák. A választás nem függhet mástól, csakis a gyermek illetve a család szükségleteitől, igényeitől (Czeizel, Tóth és Kemény, 2011).

Intézményünk, a Budapesti Korai Fejlesztő Központ története a változó szemlélet tükrében

1991-ben három fiatal szakember, különböző motivációkból, különböző helyről jöve azonos célt fogalmaztak meg: létre kell hozni egy olyan helyet, intézményt, ahol azok a családok, akiknek eltérő fejlődésű kisbabája születik, vagy kisgyermekük van, egy helyen kapjanak különböző szakemberek által olyan segítséget, mely valóban segítség számukra. Ez a három szakember dr. Gallai Mária, Dubecz Dorottya és Czeizel Barbara. Tisztában voltunk azzal, hogy ez a típusú szolgáltatás, mely az akkori gyakorlatot figyelembe véve nem volt általánosnak nevezhető, sőt, a családokat partnerként fogadta, és egy épületben, azon belül is akár egy szobában, de mindenképpen egy nagyon együttműködő team formájában dolgozott együtt és próbálta a különböző szaktudásokat együttes gondolkodássá alakítani. Ez az akkori egészségügyi, szociális, és oktatási alapellátáson belül nem volt reálisan kivitelezhető. Így némileg az ismeretlenbe belevágva 1991-ben egy alapítványt hoztunk létre, a Korai Fejlesztő Központot Támogató Alapítványt, mely fenntartója lett intézményünknek.

Az alapítvány megalakulása és az intézmény működésének 1992-es megkezdése között eltelt egy évben célunk volt, és sikerült is megvalósítanunk, hogy végiglátogassuk, napokat töltsünk el azon állami és nem állami, egészségügyi, szociális és oktatási szolgáltatóknál, akik tudomásunk szerint fogadták a 0-6 éves korú eltérő fejlődésű kisgyermeket és családjaikat. Ez nagyon fontos tapasztalatszerzés volt arra nézve, hogy valóban, személyes élményen keresztül ismerjük meg az ellátórendszer különböző szolgáltatásait, módszereit és az ott dolgozó szakembereket. Ilyen formán egy ellátási térkép alakult ki számunkra, mely a valós, a szolgáltatók által közölt egyediségüket és kereteiket tükrözte vissza számunkra. Nem utolsó sorban, nagyon hasznos volt, hogy személyesen tudtunk találkozni eszmét és tapasztalatot cserélni a terület szakembereinek kiválóságaival. Ez a mai napig az egyik legerősebb szakmai tőkénk. A hazai tapasztalatokon túl – különböző ösztöndíjakkal, elsősorban a Soros Alapítvány támogatásával – jutottunk el olyan országokba, ahol a korai fejlesztés, a kora gyermekkori intervenció már több évtizedes múltra tekinthetett vissza. Sokat tanultunk az amerikai, az angol, a német, a holland modellekből is. Ezen elméleti és gyakorlati ismeretekből, tapasztalatokból alakítottuk ki azt a sajátos, a magyar ellá-

tórendszerben addig alig megjelenő szolgáltatást, mely elsősorban a 0-6 éves korú, eltérően fejlődő gyermekek és családjaik egyedi szempontjait figyelembe vevő, komplex, több szakember általi, több terápiát együttesen képviselő, akkoriban, és ma, a már átalakuló félben lévő szemlélet mellett is korai fejlesztésnek nevezett tevékenységet biztosította. Mai szóhasználatunkban a szemlélettel összhangban, és az ellátási gyakorlatnak megfelelően a családközpontú kora gyermekkori intervenció kifejezést használjuk, és terjesztjük.

Szolgáltatásaink a hozzánk forduló családok által megjelenített igények alapján alakultak. Gyermekek-szakorvosaink idővel további szakvizsgával gyarapították szak tudásukat, így a mai napig gyermekorvos-gyermekpszichiáter, illetve gyermekorvos-gyermekneurológus is tagja a csapatunknak. Gyógypedagógus kollégáink folyamatosan tovább képezték, képezik magukat. Egyre több két szakos munkatársunk lett, így gyógypedagógus-pszichológus, vagy gyógypedagógus-gyógytornász, de ezt a felsorolást lehetetlen a teljesség igényével leírni. Munkatársaink az ellátott gyermekek életkori és fejlődési sajátosságainak megfelelően szereztek, és a mai napig is szereznek további specifikus szakmai tudást, gyakorlatot, az extrém koraszülöttektől az autizmussal élő kisgyermeken át a súlyosan – halmozottan sérült magas színvonalú ellátásához.

Civil szervezetként az elmúlt húsz évben a családok ellátásán túl kiemelt feladatunk volt az a szakmapolitikai tevékenység, melynek célja a már korábban említett három ágazat, az egészségügy, a szociális és oktatási ágazat valós szakmai együttműködésének és kommunikációjának elérése az érintett családok folyamatos megfelelő minőségű szakmai ellátásának érdekében. Ez a Központ életében egy átmeneti pillanatban megvalósult, hiszen a közoktatási, köznevelési megállapodásunk és az OEP-pel kötött szerződésünk mellett szociális módszertani feladatot láttunk el két-három éven át. Az, hogy ez a tárcaközi, ágazatközi összefogás rendszerszinten is látható, érzékelhető legyen, még több 20 év után is várat magára. Beszámolhatunk azonban arról, hogy megszületett a szándéknyilatkozat az egészségügyi, szociális és köznevelési ágazat részéről az eltérő fejlődésű kisgyermek és családjaikat érintő jogszabályok és szolgáltatások összehangolására és a specifikus területek fejlesztésére, ami az elmúlt évtizedeket figyelembe véve nagyon nagy eredménynek tekinthető. Ugyanakkor, ennek a ténynek tudatában, továbbá megtapasztalva azt, hogy a családokat képviselve nekünk, szakembereknek összefogva is kell tennünk az országos, alanyi jogon elérhető megfelelő minőségű kora gyermekkori intervenciók szolgáltatások biztosításáért, folyamatosan képzéseket dolgoztunk ki, akkreditálunk, amelyek a területet érintő szakemberek továbbképzéséről hivatottak gondoskodni az ország minden régiójából.

Intézményünk az elmúlt időszakban és reményeink szerint a jövőben is képes lesz követni az ellátásra jogosult családok igényeit, és a komplex diagnózist nyújtó vizsgálatról, a nyomon követést biztosító folyamat és a kontrollvizsgálatokon, az egyéni illetve csoportos gyógypedagógiai fejlesztésen, tanácsadáson át, a különböző mozgásterápiákig, továbbá zene-, hangtál- és állatasszisztált terápiákig. Az ambuláns ellátás mellett 2003 óta két, Magyarországon különösen halmozottan hátrányos helyzetű, fogyatékossgal élő gyermekcsoportnak biztosítunk nappali ellátást. Ők az autizmussal élő és a súlyosan-halmozottan sérült gyermekek, akik számára jelenleg nappali ellátó csoportokat, illetve gyógypedagógiai óvodai csoportot működtetünk.

A saját hétköznapi túlélési küzdelmeink megvívása mellett, változatlanul célunk az érintett családok életminőségének javítása, mindennapjainak könnyebbé tétele közvetlenül és közvetve, a szakemberek képzésével, továbbképzésével egyaránt.

Újabb kihívás a Budapesti Korai Fejlesztő Központ számára, hogy szakmai felügyeletünk mellett, és munkatársaink oktatói tevékenysége által 2013 februárjában indult az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon az első Családközpontú kora gyermekkori intervenció szakirányú szak, mely terveink szerint jelentős minőségi lépés lesz az ellátó rendszerben dolgozók megfelelő szakmai támogatásához, ezáltal támogatva a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatási háló kiépítését Magyarországon (Czeizel, 2012).

A Budapesti Korai Fejlesztő Központ elsődleges tevékenysége Budapesten és vonzaskörzetében élő 0–3 (5) éves korú, eltérő fejlődésű, fogyatékos kisgyermekek diagnosztikai vizsgálata, egyéni és csoportos ambuláns fejlesztése, speciális terápiák biztosítása, valamint a szülőknek nyújtott tanácsadás kapcsán családok segítése. Emellett helyet kap a már említett két nappali ellátást biztosító program: 3-4 éves kort betöltött, autizmussal élő, és a 3 év feletti fejlődésmentükben jelentősen akadályozott (súlyosan-halmazottan sérült) gyermekek ambuláns csoportos, közösségi elhelyezést bevezető fejlesztése és gondozása.

A kora gyermekkori intervenció ezen gyermekek tervszerűen felépített fejlesztő-programja, mely komplex diagnosztikai vizsgálatot, gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást és különböző terápiás szolgáltatásokat foglal magába. Korai fejlesztésre, intervenciók szolgáltatásaira azok a gyermekek jogosultak, akik megfelelő differenciáldiagnosztikai vizsgálómódszerrel elvégzett vizsgálat során elmaradást mutatnak a mozgásfejlődés, az értelmi fejlődés, a kommunikáció, a beszédfejlődés, a szociális, érzelmi fejlődés, a figyelem, magatartás és/vagy a látás, hallás területén. Emellett a korai fejlesztés szükségességét állapítjuk meg olyan diagnosztizált állapotokban, amelyek következménye nagy valószínűséggel fejlődési elmaradás lehet a későbbiekben.

A 2011. évi CXCV. köznevelési törvény 47. § (1) bekezdése értelmében „A sajátos nevelési igényű gyermeknek, tanulónak joga, hogy különleges bánásmód keretében állapotának megfelelő pedagógiai, gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai ellátásban részesüljön attól kezdődően, hogy igényjogosultságát megállapították. A különleges bánásmódnak megfelelő ellátást a szakértői bizottság szakértői véleményében foglaltak szerint kell biztosítani.”

A 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet 4. § (1) bekezdése szerint „a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás (a továbbiakban: korai fejlesztés és gondozás) feladata a **komplex kora gyermekkori intervenció és prevenció**: az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.” (BKFK, 2014)

Korai intervenciók szolgáltatásai a Budapesti Korai Fejlesztő Központban és ezek megvalósulása az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat tükrében

1. A diagnosztikus vizsgálat

Központunk vizsgálati szemlélete

A komplex gyógypedagógiai – pszichológiai vizsgálati modell a biológiai tényezők feltérképezése mellett, az egyén pszichológiai és szociológiai profiljának a megismerésére is kiterjed. A teljes klinikai kép feltárása több szempontú, komplex megközelítés alapján történik: kóroki, pedagógiai, pszichológiai és szociális szempontú

megközelítés. Az állapot leírásánál ma már az akadályozott, kóros működések megállapítása mellett jelentős **hangsúlyt kap a gyermek erőforrásainak, ép funkcióinak feltérképezése**, megfogalmazása. Ez az alapja és kiinduló pontja a szükséges beavatkozások meghatározásának, valamint a folyamatdiagnosztikának. A fejlődés, az állapot változásának nyomon követése, nem csak kontrollvizsgálatok alkalmával és pszichometriai eljárások alkalmazása révén valósul meg, hanem a fejlesztési helyzetek során történő rendszeres, tudatos és módszeres megfigyeléssel is. A **differenciáldiagnosztikai** szempontok értékelésének szempontjai is korszerűsödtek, a normál és az eltérő fejlődés meghatározása, a fejlettségi szint leírása, számszerűsítése, mind a gyermeki fejlődés dinamikájának ismeretében kezelendők, és a megfelelő fejlesztési lehetőségek megtalálását, a fejlődés kilátásainak megfogalmazását célozzák. A számszerűsített, globális mutatókra épülő diagnózisok a gyakorlatban nehezen használhatók, ha figyelmen kívül hagyjuk a viselkedés körülményeinek komplexitását és a környezet befolyásoló szerepét. A megismerés nemcsak a gyermekre magára, hanem az őt körülvevő környezetre is vonatkozik.

Az aktuális állapot megismeréséhez való hozzájárulás az orvosi diagnosztika eszközeivel, gyermekneurológiai, gyermekpszichiátriai vizsgálatokkal történik. Ezen kívül műszeres, laboratóriumi, képalkotó vizsgálatok megszervezésére van lehetőség konzulens szakorvosok segítségével. Mindez az etiológiai – kórosi háttér kiderítése, és a medicinális terápiák (konzervatív esetleg műtéti) indukálása miatt fontos lehet. Az orvosi konzultációk és a kontrollvizsgálatok alkalmával történő nyomon követés a **folyamatdiagnosztikának** is fontos részét képezi. A neurológia más társtudományokkal (pszichológia, gyógypedagógiai pszichológia, pszichodiagnosztika) karöltve, annak lehetőségét hordozza, hogy bizonyos kórformák, nehezen értelmezhető teljesítményproblémák, klinikai képek esetén nagyobb biztonsággal lehessen a diagnosztikus dilemmákat megoldani.

A *családokkal való első találkozás* tehát mindenképpen több szakterület együttes jelenléte mellett történik az interdiszciplináris együttműködés megvalósításával (gyermekszakorvos, gyógypedagógus/pszichológus, és a teamtől függően mozgásfejlesztő szakember). Együttes tudásuk a komplex diagnózis megállapításán kívül ahhoz is szükséges, hogy a problémával ebben az időszakban szembesülő szülőknek a lehető legpontosabban fogalmazzák meg gyermekük állapotát, a vizsgálaton tapasztaltak értelmezését, a várható kilátásokat és lehetőségeket. Fontos, hogy megpróbálják felmérni, az adott pillanatban mi a legfontosabb a család és a gyermek számára. Ez alapján javaslatot tesznek a szülőknek, hogy a még esetlegesen szükséges szakorvosi vizsgálatok mellett, mely segítő szakemberekkel tudják felvenni a kapcsolatot, illetve milyen formában lehet majd együttműködni velük. Ennek az együttműködésnek a kulcspontja a szakemberek tájékozódása és a szülők eligazítása a különféle terápiák és fejlesztő eljárások között. A szakembereknek nagy felelősségük van abban, hogy a lehető legközelebből ismerjék meg a különböző fejlesztési lehetőségeket, módszereket, a gyermek diagnózisának, állapotának és életkorának leginkább megfelelő terápiákat válasszák ki a szülők attitűdjének, képességeinek, valamint a család lehetőségeinek figyelembe vételével, majd legjobb tudásuk szerint ismertessék a javasolt módszereket. A fejlesztő munka kiindulópontja a kórosi diagnózis mellett a fejlődési diagnózis felállítása.

A vizsgálat részei:

1. A vizsgálatra való felkészülés

A vizsgálatra jelentkező családok részletes kérdőívet töltenek ki gyermekükről, emellett beküldik a gyermek korábbi zárójelentéseit, vizsgálati eredményeit, és ha közösségbe jár, akkor kérjük a gyermeket ellátó kisgyermekgondozók, óvónők által megfogalmazott

pedagógiai véleményt. Az így megkapott információkat feldolgozva a Budapesti Korai Fejlesztő Központ munkatársai a korábban felállított diagnózisok, a szülők részéről felmerülő aggodalmak, és kérések alapján alakítják ki a vizsgáló team („kis-team”) összetételét.

A neurológiai vizsgáló team tagjai:

- gyermekneurológus
- gyógypedagógus, gyógypedagógus-pszichológus
- mozgásterapeuta

Pszichiátriai vizsgáló team tagjai:

- gyermekpszichiáter
- gyógypedagógus, gyógypedagógus-pszichológus
- logopédus
- pszichológus
- szükség esetén mozgásterapeuta

A neurológiai vizsgálati team feladata: A minden fejlődési területre kiterjedő részletes, összetett vizsgálat célja, hogy megállapítsa a gyermek kóroki, és fejlődési diagnózisát, fejlettségi állapotát a pszichomotoros fejlődés különböző területein. *A pszichiátriai vizsgálati team feladata:* Annak megállapítása vagy kizárása, hogy a gyermeknél fennáll-e pervazív fejlődési zavar, vagy egyéb pszichés fejlődési zavar: figyelem- vagy magatartásszabályozási, beilleszkedési nehézség, a társas kapcsolatokban megjelenő akadályozottság, illetve a kommunikációs és nyelvi készségek terén felismerhető problémák.

A vizsgálati folyamat

A vizsgálatra a gyermeket mindkét szülővel együtt várjuk (amennyiben csak egy szülő érkezik, ő nyilatkozik a másik szülő képviseléről). A családok előre megbeszélt időpontra érkeznek, várakozási idő nincsen. Egy alkalommal 2 órányi idő áll rendelkezésre. A szülők engedélyével a vizsgálat közben néhány perces videófelvételt készítenk belső használatra, a vizsgálati esetmegbeszélő teamen („Nagy-team”) való megbeszélésre, valamint a dokumentáció részeként archiválásra. A vizsgálaton a szülők természetesen minden esetben végig jelen vannak.

A vizsgáló team („Kis-team”) feladata – a vizsgálat előtt és alatt – a gyermek eddigi élettörténetének részletes áttekintése, mind orvosi (családi előzmények, anyai betegségek, a terhesség alatt és a születés körül jelentkező problémák, illetve a megszületés óta eltelt időszak adatai, az eddigi betegségek, kórházi kezelések), mind gyógypedagógiai szempontból (a fejlődés eddigi mérföldkövei a nagy- és finommozgások, beszéd és kommunikáció, a szocializáció, a játék és érdeklődés, a viselkedés és az önállóság terén). Itt esik szó a már korábban elvégzett kivizsgálásokról, illetve az eddig alkalmazott kezelésekről, esetleges fejlesztési módszerek eddigi alkalmazásáról, és azok eredményeiről.

A részletes gyógypedagógiai, illetve szükség esetén pszichológiai vizsgálat során a gyógypedagógus/pszichológus (és adott esetben a mozgásterapeuta) megfigyeli a gyermek spontán viselkedését, játékát és mozgását, illetve a szülőkkel való kapcsolatát. Ezt követően azt a vizsgálati eszközt, módszert alkalmazzuk a csecsemő/gyermek fejlettségi szintjének felmérésére, amely a kérdőív adatai, illetve a gyermek spontán tevékenységének megfigyelése alapján a legmegfelelőbbnek tűnik (fejlődési skálák, fejlődési tesztek, illetve intelligencia tesztek valamelyike).

Ezt követően történik meg a gyógytornász/mozgásterapeuta által végzett mozgásvizsgálat, amely a nagy- és finommozgások fejlődésének zavaraira, késéseire fókuszál.

A komplex vizsgálat utolsó részében, az addig anamnézist felvevő és megfigyelő szakorvos a részletes orvosi vizsgálat keretében, de „barátságos körülmények” között méri fel az idegrendszer működésének, esetleges működési zavarainak állapotát.

A vizsgálat folytatása

Amennyiben a diagnózis nem állítható fel egyértelműen az első vizsgálati alkalom folyamán, a szokásos vizsgálati idő alatt, a vizsgálatot célirányosan folytatjuk. Ilyenkor egy újabb vizsgálati időpontot egyeztetnek szakembereink a családdal. A kiegészítő vizsgálatok, pl. ADOS és egyéb differenciáldiagnosztikai vizsgálatok, illetve beszéd- és mozgásvizsgálat lehetnek. Ha szükséges, a vizsgáló team tagjai a szülők engedélyével felveszik a kapcsolatot a gyermeket ellátó intézmény szakembereivel.

A „kis-team” szerepe

A vizsgálat tapasztalatait először a vizsgálaton résztvevő két/három szakember vitatja meg egymással. „Házi használatban” ezt a megbeszélést „kis-team”-nek hívjuk. Ekkor az interdiszciplináris team szakemberei közös nevezőre próbálnak jutni a diagnózist illetően, javaslatot fogalmaznak meg a gyermek további kivizsgálására és ellátására vonatkozóan.

A vizsgálati team („nagy-team”)

Minden héten egy alkalommal valamennyi, azon a héten megvizsgált gyermek vizsgálatát egy közös team-megbeszélésen ismertetik a vizsgálók. Ekkor kerül levetítésre az elkészített videófilm is. Ezen a megbeszélésen minden munkatárs jelen van, aki a diagnosztikai munkában részt vesz. Az esetismertetés protokollja az alábbi: a gyermekneurológus-, ill. pszichiáter szakorvos ismerteti az gyermek és a család anamnesztikus adatait, a szülők által megfogalmazott problémákat, kérdéseket és igényeket, valamint a szakorvosi vizsgálat eredményét. Erre épülve foglalják össze a pszichomotoros fejlődés vizsgálatát végző szakemberek (gyógypedagógus, vagy pszichológus, és mozgásterapeuta) a vizsgálaton megfigyelteket, és a vizsgálat eredményét. A felmerülő kérdéseket, diagnosztikai dilemmákat a team tagjai elé tárják, hogy a javaslatot konszenzusos módon kialakítsuk. Ez tartalmazza az adott gyermek szükségleteinek megfelelő fejlesztési és terápiás tervét (módszerek, azok formája, gyakorisága, az ellátó szakemberek végzettsége, intézmény típusa).

Ezen a megbeszélésen tehát a többéves diagnosztikai tapasztalattal bíró munkatársak, és az intézményvezető is észrevételeket és javaslatokat tehetnek a diagnózissal, a kivizsgálással, a javaslattal, vagy a gyermek elhelyezésével kapcsolatban. A végső javaslatot, és a gyermek fejlődési diagnózisát tehát a vizsgálók („Kis-team”), és a többi szakember („Nagy-team”) közösen alakítják ki az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat alkalmazásával, majd ezt fogják képviselni a szülőkkel folytatott megbeszélés alkalmával.

Amennyiben a család Intézményünkben kéri a gyermek ellátását, a teamben választják ki a gyermek életkorának, és specifikus problémájának megfelelő végzettséggel és tapasztalattal bíró fejlesztő, és egyéb terápiás munkatársakat. Más intézményben történő ellátás esetén, amennyiben a szülő igényli, felvesszük a kapcsolatot az ottani szakemberekkel. Információs adatbázisunk tartalmazza a korai fejlesztés országos ellátóinak, intézményeinek listáját, melyet igyekszünk naprakészen frissíteni.

A szülőkkel történő megbeszélés

A szülőkkel az esetek túlnyomó többségében egy külön időpontban beszéljük meg a vizsgálaton tapasztaltakat és a konszenzusos javaslatot. Erre részben azért van szükség, mert így több idő áll rendelkezésünkre a vizsgálat eredményének közlésére és értelmezésére, valamint a javaslat megvitatására a családdal, részben pedig azért, mert ha a szülők a megbeszélésre a gyermek nélkül tudnak eljönni, akkor a körülmények is sokkal nyugodtabbak, megfelelőbbek egy elmélyült, odafigyelő beszélgetésre. A megbeszélés során a vizsgálatot végző szakembercsoport javaslatot tesz a

családnak az esetleges további szakorvosi és egyéb vizsgálatokra, az egészségügyi és pedagógiai terápiás, fejlesztési segítségnyújtás lehetőségeire, mindezt természetesen a család igényeinek figyelembevételével, a szülőkkel egyeztetve.

Kontrollvizsgálatok végzése

Többszörre évenkénti – szükség esetén ennél gyakoribb – kontrollvizsgálatokat is felajánlunk a családoknak. Ennek során felmérjük a gyermek fejlődési ütemét, megvitátjuk a szülőkkel az eddig elért eredményeket, és szükség esetén kiegészítjük, módosítjuk a már alkalmazott fejlesztési, terápiás tervet. A fejlesztést végző szakember számára visszajelzést, a szülőnek tájékoztatást, az elfogadási folyamat segítségét jelenti a folyamatdiagnózis, az időszakos kontrollvizsgálat. A korai fejlesztés lezárása, és a megfelelő közösségi elhelyezés megkeresése is célja lehet egy ismételt vizsgálatnak.

A vizsgálati vélemény elkészítése

A vizsgálat eredményeiről minden esetben részletes, írásos szakvéleményt készítenek a vizsgáló team tagjai, melyet eljuttatunk – a megbeszélést követően 15 napon belül – a szülőknek. Mind a megbeszélések, mind a szakvélemények készítése során arra törekszünk, hogy a szülők számára érthető és elfogadható kifejezéseket használjunk. Célunk, hogy a szülők egyenrangú partnereknek érezhessék magukat a gyermekük további sorsát érintő kérdések megbeszélésében, és hogy a számukra helyes döntések meghozatalához a lehető legtöbb szükséges információ a rendelkezésükre álljon.

A szükséges kiegészítő szakorvosi vizsgálatok megszervezése

Amennyiben a diagnózis pontos megállapításához, illetve a megfelelő ellátás megtervezéséhez további vizsgálatokra van szükség, ezek megszervezésében is segítségére vagyunk a családnak. A Központban vizsgált gyermekek esetében leggyakrabban genetikai, gyermekpszichiátriai, gyermekneurológiai, gyermekszemészeti, anyagcsere-, illetve gyermekortopédiai vizsgálat elvégzése szükséges.

A javasolt szakorvosi ellátásokat végző orvosokkal szoros konzulensi, együttműködési kapcsolatot építettek ki, melynek segítségével a családok könnyebben hozzájuthatnak a szükséges szakorvosi vizsgálatok elvégzéséhez, illetve ha szükséges, rendszeres gondozásban részesülhetnek.

2. A Budapesti Korai Fejlesztő Központban biztosított egyéni és csoportos fejlesztések, terápiák és tanácsadás a kora gyermekkori intervenció, fejlesztés területén

A gyermek komplex vizsgálata alapján a gyermek fejlődési profiljának ismeretében és a család igényeit figyelembe véve igyekszünk a lehető legtöbb és legmegfelelőbb segítséget nyújtani. Alapvető céljaink között szerepel, hogy a család számára – amennyiben ők nálunk kérik az ellátást - lehetőleg az intézményen belül biztosítsunk minden olyan szolgáltatást, amelyre a gyermeknek szüksége van. Ellátási rendszerünkben minden család, illetve gyermek gyógypedagógusa a gyermek körül felálló interdisciplináris fejlesztő/terápiás team koordinátora, aki összehangolja a család számára felajánlott szolgáltatásokat, és időről időre konzultációs találkozót szervez a gyermek ellátásában résztvevő többi szakemberrel.

A családoknak nyújtott szolgáltatások formái a következők lehetnek:

- *Egyéni, komplex gyógypedagógiai fejlesztés és tanácsadás*, melynek során a gyógypedagógus, megismerve a gyermek fejlődési profilját, a gyermek erősségeire alapozva segíti a megkésett területeken a fejlődést. Mivel a fejlesztés ambu-

lans rendszerben történik, a cél az, hogy a gyermek mindennapi, otthoni fejlesztéséhez mintát nyújtsunk, s azt a szülőkkel való konzultáció során a mindennapi élet helyzeteire vonatkoztassuk. Nagy hangsúlyt fektetünk a fejlesztésekhez kapcsolódó, szülővel folytatott beszélgetésekre. Központunk alapszemlélete és alapgyakorlata a **korai intervenció**, ezért ezek a beszélgetések az otthoni helyzetek alapos elemzésére építve, a gyermek és a vele együtt élő családtagok interakcióira, napi rutinjára vonatkozó tanácsadást, valamint a gyermek akadályozottságából, eltérő fejlődéséből fakadó nehézségek, problémák megoldásának közös keresését tartalmazzák. A gyógypedagógusok a gyermek állapota és a család igénye alapján a gyermek otthonában is látogatást tesznek, valamint ha a gyermek közösségbe jár, a gyermekközösségben is felkeresik, konzultálnak az ott dolgozó szakemberekkel. A gyógypedagógiai fejlesztés területei: kognitív-gondolkodó terület fejlesztése, figyelem-koncentráció fejlesztése, finommotorika területének fejlesztése, beszéd (beszédészlelés, beszédértés és beszédprodukció) és kommunikáció fejlesztése, szociális-érzelmi terület fejlesztése, önkiszolgálás terén, önállóságra segítség. A gyógypedagógiai fejlesztést végezhetik: gyógypedagógusok, akik a korai segítségnyújtás elméletében és gyakorlatában ismereteket és tapasztalatokat szereznek. A gyógypedagógus egyben a gyermek körül felálló interdiszciplináris fejlesztő/terápiás team koordinátora is. A gyógypedagógus a gyermek állapotának és problémáinak megfelelően foglalkozhat evéssel, alvással, szobatisztasággal kapcsolatos és a gyermek és a család mindennapjait meghatározó nehézségekkel. A korai intervenciónak, a gyógypedagógiai tanácsadásnak szerves részét képezi az információk nyújtása a családok számára a gyermek fogyatékoságával, eltérő fejlődésével összefüggő egészségügyi, szociális (juttatások, jogosultságok) pszichológiai, nevelési és pedagógiai kérdésekkel kapcsolatban. Fontos szempont az érdekérvényesítéssel kapcsolatos segítségnyújtás, tanácsadás. Mivel Központunkban a gyermekek ambuláns ellátását, fejlesztését legfeljebb 5 éves korukig tudjuk vállalni, munkatársaink segítséget nyújtanak a családoknak a gyermek számára legmegfelelőbb gyermekközösség, illetve további fejlesztési módszerek és intézmények megkeresésében. Szükség esetén a család lakhelye szerint illetékes Pedagógiai Szakszolgálattal, EGYMI-vel, Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálattal való kapcsolatfelvételben, vagy más hivatalos szervekkel való együttműködésben is segítünk a családoknak (Tóth, 2000).

- *Csoportos gyógypedagógiai fejlesztés intézményünkben:* Amennyiben a gyermek szociális fejlődése és életkora lehetővé, vagy szükségessé teszi, csoportokat hozunk létre hasonló típusú sérüléssel élő gyermekek számára, hogy az itt zajló foglalkozások során a gyógypedagógiai segítségnyújtás mellett a gyermekközösséghez való hozzászoktatást, a szülők számára pedig a segítő sorstársi kapcsolatok kialakulását is előmozdítsuk.
- *Mozgásterápiát* nyújtunk minden olyan gyermek számára, akinél a tartási és/vagy mozgási funkciók elsődleges vagy másodlagos sérülése áll fenn. A sérülés lokalizációja, az etiológiai diagnózis, a tünetek súlyossága, a kórlefolyás és a társuló fogyatékoságok mind meghatározhatják, hogy a funkcionális kezelés elegendő-e az érintett motoros működés helyreállítására (pl. enyhe fokú generalizált izomhipotónia) vagy komplex rehabilitációs tevékenység megszervezésére van-e szükség. Azok a gyermekek, akiknek a nagymozgásuk fejlődésében is megkésettség vagy eltérés mutatkozik, mozgásterápiában részesülnek. A gyermekről készített egyéni mozgásfejlesztési tervben rövid és hosszú távú célokat határozzunk meg. Ezen célok eléréséhez többféle módszer áll rendelkezésünkre. A gyermek etiológiai diagnózisától, mozgásállapotától, életkorától, értelmi képességétől és együttműködő készségétől függően részesülhet a következő terápiákban. A különböző mozgásterápiák alkalmazásának lehetőségét és szükségességét mindig az egyes gyermeket vizsgáló, illetve ellátó szakemberek, azaz a team konszenzusos javaslata alapján tárjuk a szülők elé.

- *Egyéni aktív gyógytorna*: csecsemő-életkor esetén, súlyos mozgássérülés, súlyos fokú érzékszervi sérülés, jelentős értelmi akadályozottság, súlyos-halmazott sérülés, magatartás-, viselkedésprobléma esetén javasoljuk. Nem módszer-specifikus, a bázistechnikák alkalmazásával biztosított terápia a megkésett, illetve eltérő mozgásfejlődésű gyermekek számára. Egyénre szabott fejlesztési terv és gyakorlatanyag alapján dolgozunk, a mászás/önálló járás kialakulásáig. A fejlesztés a szülő jelenlétében és közreműködésével zajlik, és részét képezi az otthon is alkalmazható testhelyzeteknek, eszközök alkalmazási lehetőségeinek, illetve tornagyakorlatoknak a betanítása.
- *Csoportos aktív gyógytorna*: 1,5-2 éves kortól, a mászás elsajátítását követően javasoljuk, a szülő aktív részvételével, amennyiben a gyermek már képes a csoportnormák elfogadására. A csoportba sorolás kritériumai: életkor, diagnózis, mozgásfejlettség aktuális szintje, társuló fogyatékoságok.
- *Dévény-féle speciális manuális technika (DSGM)*: központi idegrendszer vagy perifériás idegek bármely eredetű sérülése miatt kialakuló állapot, ortopédiai deformitások esetén javasolt. Célja, hogy a mozgásrendszerben rejlő zsugorodások (izom, ín) elhárításával megteremtse a mozgás anatómiai feltételeit, valamint az idegrendszer ingerlésével felgyorsítsa a meglassult mozgásfejlődést. A szakember az izom-, ín- és kötőszövetrendszert speciális manuális technikával (kézzel) kezeli. A folyamatos ellátás biztosítása érdekében Központunkban hetente egy alkalommal és maximum két tanéven keresztül tudunk DSGM terápiát biztosítani.
- *Bobath Konceptió* – A módszer két alap pillére: gátlás és kiépítés. A kóros reflextevékenység gátlása és az izomtónus normalizálása, reflexgátló alap helyzetek és fogások alkalmazásával. Ezek segítségével kiküszöböli a felesleges (kóros) mozgáselemeket, és a testhelyzetek fenntartásához szükséges pluszenergiákat csökkenti. Normál tartási- és mozgásformák kialakítása: követi a normál mozgásfejlődés menetét, segítő, ún. facilitáló fogásokat alkalmaz. A facilitáló fogások olyan terápiás fogások, amelyek alkalmazásával egy testhelyzet vagy mozgás könnyebben kivitelezhető. Indikációk: központi idegrendszeri sérülés (laesio) következtében kialakuló tónus, mozgás és funkcióbeli eltérés.
- *Tervezett Szenzomotoros Tréning (TSMT)*: Mozgásos feladatokra épülő terápia, mely előre tervezett ingerekkel indít el spontán fejlődést a gyermekeknél. Elsősorban az egyensúlyérzéklet és a mozgások összerendezését segíti, de változásokat eredményez a viselkedésben, a magatartásban és a figyelemben is. A találkozások gyakorisága a terápiát nyújtó szakemberrel történő egyéni megállapodás alapján történik, a terápia otthon, megadott rendszeresen végzendő feladatsort ad a család kezébe. Indikációk lehetnek a mozgáskoordinációs, mozgástervezési problémák, megkésett pszichomotoros fejlődés, egyensúlyzavar, szenzoros integrációs zavar, éretlenség, megkésett beszédfejlődés, hiperaktivitás, figyelemzavar, rizikós koraszülöttség, adaptációs-szabályozási nehézségek, viselkedésszervezési problémák, autizmus spektrum zavar.
- *DSZIT terápia* a szenzoros integrációs terápia azon hazai változata, amelynek a dinamikus szenzoros integrációs terápia nevet kapta. A dinamikus szó sokféle jelentéstartományából mindenképp azt emelnénk ki, hogy pszichoterápiás szemlélettel dolgozik, amelyben az érzékszervi-mozgásos-kognitív történések mellett kiemelt figyelmet szentel a lelki történések kapcsolati dinamikájának. Dinamikusan igyekszik a világot, a gyermekek világát látni, változásában, fejlődésében, mozgásában (DSZIT[®], 2015).
- *BMC[®] Szomatikus Mozgásnevelés* A BMC[®] a mozgásfejlődési minták és a viselkedési minták közötti összefüggéseket tanulmányozza, és abból indul ki, hogy a tanulási folyamatok alapja és első formája: a mozgás és az érintés. BMC[®] terápiás óra során az érintés, a mozgás és hang kifejezés eszközeit

használjuk. Az aktív mozgások készítése mellett nagy hangsúlyt kapnak a tónusváltozást, az önészlelést és az izgalmi szint szabályozását szolgáló gyakorlatok, helyzetek. Például a különböző ringatások, az érintésekkel kísért, vagy támogatott mozgások. A terápia indikációja pl. izomtónusbeli eltérés, általános fejlődésbeli megkésettség vagy megakadás, szenzoros integrációs zavar lehet.

- **Zeneterápia**, melynek során a zenét, mint eszközt használjuk személyiségfejlesztés, korrekció, gyógyítás, és rehabilitáció érdekében. Céljai a gyermek sérülésének és a család igényeinek megfelelően a magatartászavarok enyhítése, mozgás-, figyelem- és kommunikációfejlesztés, a szorongások oldása, a bölcsődére és az óvodára való előkészítés, az anya-gyermek kapcsolatban az elfogadás segítése lehetnek. A zeneterápiás foglalkozás egyéni vagy kiscsoportos formában valósul meg (a gyermek kezdeti állapota határozza meg, hogy melyik a megfelelő). A zeneterapeuta a gyógypedagógia keretében a sérült funkciók korrekciójában, valamint a kompenzatorikus átszerveződés folyamatában zeneterápiás és zenei pszichoterápiás eljárásokat alkalmaz. A szorongó, gátlásokkal küzdő gyermekek feloldódnak az éneklés, a közös játék és a zenére történő improvizatív mozgás hatására. A zene fejleszti a gyermek mozgáskoncentrációját, növeli mozgásigényét. Az ismétlődő játékmozdulatok összerendezett mozgásra készítetnek. Az 1–2 éves gyermekek erőteljesen igénylik a dalok mozgással történő kíséretét. Emellett az édesanya jelenlétében még hatékonyabban fogadják be a gyermekek a zenei élményeket, az együtt megélt történések, a jó hangulat terápiás hatással bír mindkettejükre. Az oldott vidám légkör, gyermekük öröme, bátor próbálkozásai oldják az édesanyák szorongásait. A zene együttes élménye valódi közösséggé kovácsolja a csoportokat, amely a foglalkozásokon kívül is érezteti hatását.
- **Pszichológiai ellátás**: indokolt lehet minden olyan esetben, amikor a pszichológia eszközeivel megközelíthető probléma áll fenn, akár a gyermek pszichés és/vagy testi működésében, akár a környezetével való kapcsolatában. Formája a család igényeinek megfelelően többféle lehet:
 - a pszichológus csak az anyával/szülővel konzultál, egy vagy több alkalommal a felmerülő nevelési, gondozási, érzelmi, viselkedési problémákról
 - a pszichológus a gyermeket és az anyát/szülőket együtt fogadja, megfigyelve, megismerve kapcsolatukat, a helyszínen történekről is konzultál, illetve a gyerekekkel a szülők jelenlétében foglalkozik, együtt értelmezik viselkedését stb.
 - a pszichológus, miután beszélt az anyával/szülővel, a gyermeket egyedül fogadja, részesíti pszichoterápiában, ennek kiegészítéseként időnként az anyával/szülővel konzultál
 - a gyerek fejlesztését végző gyógypedagógus olyan nehézséget észlel, amihez pszichológus kolléga közreműködését kéri. A két szakember közös megbeszélésen megállapodik a gyerek érdekében történő együttműködés formájában
 - az ellátott gyermek testvére szorul pszichológiai ellátásra, pszichoterápiára. Ezt is kérheti a szülő, vagy az ő elmondása alapján ajánlhatja neki a gyógypedagógus vagy a pszichológus (BKFK, 2014).

Intézményünk szakemberei évről-évre új fajta, az érintett gyermekek és családjaik igényeit figyelembevevő **összetett, komplex terápiás formákat** dolgoznak ki, majd alkalmazzák. E kereteken belül több gyógypedagógus és/vagy terapeuta együttes munkáján alapulva, kiscsoportokban zajlik a fejlesztés. Pl. gyógypedagógia és mozgásterápia együttese, gyógypedagógia és zeneterápia ötvözése, vagy a Bölcsődal, amely során a zeneterápia és a szenzoros tréning együttese képezi a fejlesztést (Fisher és Wittman, 2012; Szűcs, 2012).

3. Prevenációs Program a koraszülöttek ellátására a Budapesti Korai Fejlesztő Központban

Magyarországon majdnem minden 10. gyermek idő előtt, tehát a terhesség 37. hete előtt jön a világra. A fejlődő orvostudománynak köszönhetően egyre gyakrabban maradnak életben az extrém korán, a terhesség 25–26 hetében világra jött, 1000 gr születési súlyt el nem elérő gyermekek is. Mára az élve szülés határát a 24. fogamzási hétre teszik, a súlyhatárákat pedig 550 grammban állapítják meg. A magzati agyfejlődés számára az anyai környezet idő előtti elhagyása fokozott kockázatot jelent, még akkor is, ha őket jól felszerelt kórházi osztályon nagy tapasztalatú szakemberek fogadják. A koraszülött újszülötteknél a fiziológiás méhen belüli fejlődés drasztikusan megszakad, az egyes szervrendszerek idő előtt, éretlen, sérülékeny állapotban kényszerülnek alkalmazkodni a külvilági ingerfeltételekhez. Az éretlen keringési, légző- és idegrendszerre nézve egyaránt fokozott megterhelést jelent az életfunkciók biztosítása. A figyelem az utóbbi időben a kis súlyú, éretlen koraszülöttek felé fordult, de a kevésbé rizikós koraszülöttek és családjaiak sem maradhatnak szakszerű nyomonkövetés nélkül a hypoxia, az agyvérzés és a fertőzés által az agyi károsodás veszélye miatt. A törékeny, sérülékeny idő előtt világra jött kisbaba léte a család számára is fokozott emocionális terhet jelent. Az idő előtt (1500 gr. születési súly alatt) született kisbabák kb. 10%-ánál az idegrendszer valamilyen fokú károsodásával számolnunk kell. A kezdeti időszakot zökkenőmentesen átvészelő gyermekeknél is találhatunk a későbbiekben enyhébb zavarokat a tanulás, a figyelem, a viselkedésszabályozás terén. Legkönnyebb egy spektrum mentén elhelyezni ezeket a csecsemőket és kisgyermeket: a spektrum egyik végpontját a fejlődésmentükben jelentősen akadályozott, súlyosan-halmozottan sérült volt koraszülött gyermekek állnak, a középső zónát a megkésett pszichomotoros fejlődésű gyermekek alkotják, és a spektrum legjobb életkilátásokkal rendelkező gyermekcsoportjába az ép értelmi képességekkel rendelkező, de a rész-képesség zavarok szempontjából veszélyeztetett koraszülött gyermekek tartoznak.

A koraszülött gyermekek fejlődési esélyeinek optimalizálása érdekében különös jelentősége van a kora gyermekkori intervenciónak. A fenti spektrum mentén gondolkodva mindhárom (1. fejlődésmentükben jelentősen akadályozott, 2. megkésett pszichomotoros fejlettségű, 3. ép értelmű, veszélyeztetett gyermek) gyermekcsoportnál, más-más hangsúllyal és módszertannal, indokolt a korai intervenációs programok indítása. Mivel a klinikai jelek néhány hetes korban nem mindig feltűnőek, és a kórfolyamat alig észlelhető enyhe tüneteket okoz, a gyermek rendszeres szakorvosi ellenőrző vizsgálata és a szülők, családtagok, védőnők értékes megfigyelései együttesen teszik lehetővé a fejlődési elmaradás legkisebb jelének azonnali felfedezését. A tünetek minél korábbi kiszűrése azért is fontos, mert bizonyos esetekben a megfelelő aktív korai terápia megkezdése reorganizálja a kóros agyi folyamatokat, megszünteti a kórfolyamat által létrehozott funkciózavarokat, kieséseket, ill. más esetekben a korán megkezdett intervenció segítségével, a folyamatos nyomon követés során a csecsemők és családjai bekerülnek egy olyan ellátó rendszerbe, melyben gyógypedagógusok, mozgásfejlesztő szakemberek és szakorvosok együtt vesznek részt az eltérően fejlődő csecsemők fejlesztése érdekében. Vannak olyan kórképek, amikor már a méhen belüli diagnosztika során vagy a megszületés pillanatában nyilvánvalóvá válik, hogy az újszülött fejlődésmentében akadályozottá fog válni, például egyes szindrómák, fejlődési rendellenességek, súlyos idegrendszeri károsodás eseteiben. Ilyenkor nem az a kérdés, hogy a gyermek és családja részesévé váljon-e a rehabilitáció folyamatának, sokkal inkább az, hogy a rehabilitáció különböző területein (orvosi, pedagógiai,

szociális) dolgozó szakemberek mennyire tudnak összehangoltan működni, tudnak-e komplex ellátást nyújtani, ezt az életkor előrehaladásával és a gyermek állapotváltásainak figyelembevételével képesek-e megfelelően módosítani, valamint ezzel egy időben a folyamatosságot biztosítani.

A Prevenációs Program elemei

A program célja, hogy a sérült, veszélyeztetett kisbabák a Neonatális Intenzív Centrumokból vagy Perinatális Intenzív Centrumokból kikerülve rendszeres neurológiai utógondozásba kerüljenek, és ezzel párhuzamosan, ha szükséges, a lehető legrövidebb idő múlva találkozzanak a gyermek fejlődését nyomon követő gyógypedagógus, pszichológus illetve gyógytornász szakemberrel, és elkezdődhessen a tanácsadás. A modern kora gyermekkori intervenció - mint ahogy ezt korábban is hangsúlyoztuk – családközpontú, nem kizárólag a koraszülött gyermekekre koncentrál, hanem a gyermeket körülvevő környezetet, a család mentálhigiénés állapotát is javítani igyekszik annak érdekében, hogy a szülő gyermekét a lehetőségekhez képest maximálisan értő gondozóvá válhasson.

A Prevenációs Program területén is detektálható Központunk fontos alapelve, hogy a szülőknek pontos tájékoztatást adjunk gyermekük állapotáról, a diagnosztikus és terápiás lehetőségekről. A tanácsok, kezelések csak akkor érik el céljukat, ha ők pontosan értik, hogy mi miért történik.

A koraszülötteket ellátó programunk szolgáltatásai:

- A gyermekneurológus általi *fejlődésneurológiai nyomonkövetés*, melynek célja, hogy a gyermek fejlődésének irányát és ütemét figyelje. A neurológus ismeri az éretlenség jeleit, figyelembe veszi a várható spontán érés folyamatát és az egyéni különbségeket, hiszen a gyermek genetikailag meghatározott habitusa és a születés körüli események együttesen jelentősen befolyásolják a fejlődést. A neurológiai vizsgálat során fény derül arra, hogy van-e olyan organikus neurológiai eltérés, amely a fejlődést akadályozza és hogyan lehet ezen orvosi beavatkozásokkal, gyógyszerekkel segíteni. (Például: újszülöttkori görcs-állapotok, agnyomás-fokozódás, anyagcsere-betegségek stb.) Ellenőrizni kell az érzékszervek állapotát és spontán érésük figyelembevételével dönteni a megfelelő szakemberek bevonásával arról, hogy kell-e és ha igen, akkor milyen korrekció szükséges. (Például hallókészülék átmeneti használata.) Az ún. elemi mozgásminták és az izomtónus gondos és többszöri vizsgálata alapján egyénileg kell dönteni a mozgásterápia beállításáról, úgy, hogy a szakmai szempontok érvényesítése mellett, a család számára térben és időben, valamint anyagilag is elérhető legyen a szolgáltatás.
- Az intervenciós programcsomag gerincét a korai *komplex gyógypedagógiai kísérés, fejlesztés és tanácsadás* adja. A család „gyógypedagógusa” egyben a gyermek körül felálló interdiszciplináris team koordinátora is. A koraszülött gyermek fejlesztése az egyéni problémák tükrében alakul. A gyógypedagógus a gyermek állapotának és a család igényeinek megfelelően foglalkozhat evési, alvási nehézségekkel, ill. az ingerfeldolgozás nehezítettsége révén előálló neuroszensoros problémákkal. Például akadályozott lehet a taktilis/haptikus / kinezetikus ingerek feldolgozása, ill. nehézségek lehetnek a vizuális, vagy akusztikus csatornán keresztül érkező ingerek feldolgozásában. Ezekkel a problémákkal a gyógypedagógus a fokozatosság és a normalizáció elveit szem előtt tartva a szülő bevonásával (sőt közvetítésével) dolgozik. Kezdetben a szakember kéthetente találkozik a családdal, hogy megfigyelje, hogyan változik a gyermek mozgása, figyelme, hogyan alakulnak csecsemőkori kommunikációs és szociális készségei. Az első hat-nyolc találkozást követően javaslatot tesz

- a találkozások gyakoriságára, aszerint, hogy a kisgyermek fejlődése kevesebb vagy éppen több segítséget igényel.
- *Mozgásterápiák* - A koraszülött gyermekek nagy részénél akadályozott lehet a mozgásfejlődés, késnek a mozgásos fejlődési mérföldkövek. Ilyenkor a gyermek körül felálló intervenciók team munkájába a korai mozgásfejlődésre specializálódott gyógytornász is bekapcsolódik. Akár az izmok speciális manuális technikával (DSGM) történő stimulálása, akár a gyermek aktív mozgásának elősegítése folyik a mozgásterápia során, a cél minden esetben az, hogy az izmok tónusa normalizálódjon, és a gyermek a normál mozgásfejlődés lépcsőin keresztül menve önálló helyváltoztatásra képes gyermekké váljon. Az éretlen idegrendszer fejlődésnek elősegítése történhet Tervezett Szenzomotoros Tréning alkalmazásával is.
 - *Bölcsődal vagy Hangolódó* – csoportos foglalkozás, melynek keretében munkatársaink a Zeneterápia és a Tervezett Szenzomotoros Tréning ill. a BMC® Szomatikus Mozgásnevelés elemeit ötvözik. A zene alapvető tényező a kisgyermek fejlődésében; az édesanya hangja a legcsodálatosabb zene számukra. A korai anya-gyermek párbeszéd, zenei kommunikáció segíti a szocializációt, befolyásolja a felnőttkori kommunikációs rendszert. A minőségi anya-gyermek kapcsolat pedig a személyiség fejlődésének elsődleges meghatározója. A korai mozgásos élmények már kiscsecsemő korban segítik az idegrendszeri működés érését, összerendezését, a külvilághoz való alkalmazkodást, a megfelelő válaszreakciók kialakulását. Koraszülöttség esetén különösen fontos, hogy a csecsemőt megfelelő zenei és szenzoros ingeregységekhez juttassuk, hiszen az idegrendszer és az érzékszervek stimulálásával segítünk korrigálni a születés utáni időszak mozgásos, kommunikációs és szociális élményeinek eltérő alakulását. Azáltal, hogy a gyermekek aktuális igényeinek megfelelően tesszük ingergazdaggá környezetüket a zene- és mozgásterápiák ötvözésével, egyúttal elejét vehetjük az esetleges későbbi problémáknak a tanulás, vagy a viselkedés terén. A *Hangolódó csoport* programja is a mozgásos, a zenei és a szociális élmények együttes fejlesztő hatása köré épül. A foglalkozások egyszerre hasznosak a részvevő gyerekeknek - akár a 2 hónapos kortól az 1 éves kornak megfelelő mozgásfejlődési szintig - valamint a szülőnek, aki egyfelől olyan oldott együttlétben lehet a gyermekével, mely mélyíti kapcsolatukat, és segít a szülői érzések kiteljesedésben, másfelől olyan információkat szerez, melyek révén az otthoni gondozási helyzetekben is érvényesíthet bizonyos fejlesztési szempontokat. A gyakorlatokat mindig a gyermekek aktuális fizikai és figyelmi állapotához igazítjuk, hogy az ingerek és azok feldolgozása egyensúlyban legyen. A mozgásos fejlesztéssel azonos értékűnek tartjuk a zene, az ének valamint az intim együttlét során megnyíló figyelem erejét. Ezeket a kitáguló pillanatokot próbáljuk megragadni, a szülő számára is láthatóvá tenni, és fenntartani mind a passzív, mind az aktív mozgásos helyzetekben. Általában arra törekszünk, hogy az aktiváció olyan szintjén dolgozzunk, ahol a gyermek kreatív jelenléttel tud a feladathoz, a helyzethez és a partnerhez viszonyulni. Így ez a játékos, örömteli együttlét egyúttal az izgalmi szint szabályzásának tanulása is, úgy a baba, mint a szülő számára. A foglalkozásokon természetesen, a csoport tagjai egyéni figyelmet is kapnak: a szülővel együtt figyeljük, értelmezzük a gyermekek viselkedését, reakcióik természetét, egyéni megnyilvánulásait, majd együtt keresünk újabb támogató helyzeteket, játékokat, és hozzá éneket, mondókat.
 - *Pszichológiai megsegítés* – Súlyosabb emocionális problémák, ill. kötődési nehézségek esetén a teambe pszichológus munkatárs is bekapcsolódik. Az anya-gyermek kapcsolat erősítése zeneterápia segítségével is folyhat. A zeneterápia jótékony hatását kommunikációs és szociális kapcsolatépítési nehézségekkel élő kisgyermek esetében is tapasztaljuk.
 - *A gyermekneurológiai konzultáció* a programban résztvevő szülőknél és szakembereknél –igény szerint, előzetes bejelentkezés után vehető igénybe. Ezekon

az alkalmakon a kisgyermek fejlődésére vonatkozó orvosi, neurológiai kérdésekre kaphatnak választ gyermekneurológus munkatársunktól.

- *A Komplex vizsgálat*, melynek során ebben a programban is több szakember (gyermekneurológus, gyógypedagógus, gyógytornász, pszichológus) vizsgálja a gyermeket. Összehangolt módszereikkel a gyermek problémájának, fejlettségének komplex vizsgálatát végzik el. A vizsgálat lezárásaként a szülőkkal átbeszéljük az eredményeket és a fejlődés előmozdítása érdekében fejlesztési és terápiás javaslatot teszünk, vagy megmaradhat a nyomonkövetés a gyermek szükségleteihez igazodó gyakorisággal.. A javaslat természetesen intézményünk alapelve szerint nemcsak a gyermek szükségleteit, hanem a család igényeit, lehetőségeit is messzemenően figyelembe veszi.
- *Utánkövető komplex kontrollvizsgálat* a gyermek kétéves kora körül. Azon gyermekek számára, akiknek fejlődése megnyugtatóan alakul, a program utolsó állomása a gyermek kétéves kora körül egy újabb, komplex vizsgálat, amelyet attól függetlenül felajánlunk a programban résztvevő családoknak, hogy igénybe vették-e a Korai Fejlesztő Központ szolgáltatásait. A fejlesztésekre és terápiákra továbbra is intézményünkbe járó gyermekeknek körülbelül évente biztosítunk kontroll vizsgálati lehetőséget (*Bod és Hajtó, 2012*).

Az elmúlt több mint két évtized meghatározó volt a hazai családközpontú kora gyermekkori intervenció szemléletének alakulásában csakúgy, mint a Budapesti Korai Fejlesztő Központ interdiszciplináris protokolljának fejlődésében. E két folyamat – talán szerénytelenység nélkül állíthatjuk – kölcsönös hatással volt egymásra. Ez a kölcsönösség – melyet alapjaiban befolyásol az eltérő fejlődésű kisgyermek és családjaiak részéről felmerülő partneri szemléletet elváró igény – határozza meg egyértelműen a mai napig mind a gyakorlat, mind a holisztikus szempontú elmélet formálódását hazánkban.

Irodalom

- Bod Mária és Hajtó Krisztina (2012): Koraszülött Prevenációs Program – új ellátási forma a Korai Fejlesztő Központban. *Fejlesztő pedagógia: pedagógiai szakfolyóirat* **23.** (4–5), 103–110.
- Borbély Sjoukje és Kovács Andrea (2012): Partnerek lehetünk-e a szülő és szakember közötti kapcsolatban? *Fejlesztő pedagógia: pedagógiai szakfolyóirat* **23.** (4–5), 12–21.
- Budapesti Korai Fejlesztő Központ Pedagógiai Programja* (BKFK) (2014): BKFK, Budapest.
- Czeizel Barbara (2009a): A kora gyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője: *Gyógypedagógiai Szemle* **37.** (2–3.), 153–160.
- Czeizel Barbara (2009b): A kora gyermekkori intervenció magyarországi hálózatának kiépítése – szakmai, stratégiai javaslatok. In: Köpatakiné Mészáros Mária (szerk.) *Együttnevelés – Határon innen és túl*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 98–118.
- Czeizel Barbara (2010): Családközpontú kora gyermekkori intervenció és fejlesztés. In: Radványi Katalin (szerk.) *MÁSKÉ(P)P? – Intellektuális fogyatékossgal élő emberek gyógypedagógusainak tankönyve*. ELTE BGGYFK, Budapest, 49–55.
- Czeizel Barbara (2012): 20 éve a kora gyermekkori intervencióban. *Fejlesztő pedagógia: pedagógiai szakfolyóirat* **23.** (4–5), 4–6.
- Czeizel Barbara, Tóth Anikó és Kemény Gabriella (2011): *Pilotprogram kifejlesztése és lebonyolítása három célrégióban a kora gyermekkori intervenció rendszerszerű működésének megalapozásához*. Educatio Kft., Budapest.
- DSZIT® Műhely www.dszit.hu
- ECIPU (2005): *Korai fejlesztés. Az európai helyzet elemzése. Kulcstényezők és ajánlások. Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért*.
- ECIPU (2010): *Early Childhood Intervention Project Update. European Agency for Development in Special Needs Education*. 2010. munkaanyag

- Fischer Gabriella és Wittman Zsuzsanna (2012): Rajmund – Zeneterapeuta és gyógypedagógus együttműködése egy autizmussal élő kisgyermek ellátásában. *Fejlesztő pedagógia: pedagógiai szakfolyóirat* **23.** (4–5), 84–87.
- Szűcs Sándor (2012): A gyógytornász szemléletének formálódása a korai fejlesztő teamben végzett vizsgálatok során. *Fejlesztő pedagógia: pedagógiai szakfolyóirat* **23.** (4–5), 26–31.
- Tóth Anikó (2000): Komplexitás a korai fejlesztésben. Esetismertetés. *Fejlesztő pedagógia: pedagógiai szakfolyóirat* **11.** (4–5), 17–19.

Korai idegrendszeri károsodások: korai diagnosztika, prognózis és terápia

Dr. Berényi Marianne – Dr. Katona Ferenc

Fejlődésneurológiai Osztály, Szent Margit Kórház, Budapest

*A korai – részben veleszületett – idegrendszeri károsodások felismerése, az agy morfológiai és funkcionális állapotának a megítélése, a prognózis megállapítása és a szükséges terápiák bevezetése rendkívül felelősségteljes orvosi feladat. A központi idegrendszer fejlődése születés után a humán genetikai program és a külső hatások alapján tovább folyik. A fő kérdés, hogy az elszünetelt károsodások mennyiben befolyásolhatják mindezt, hogyan és milyen irányban változtathatják ezt a folyamatot. Mind a mozgás, mind a figyelem és az értelem az emberre jellemző humán specifikus, együttes kialakulása ettől az agyi fejlődéstől függ. A korai diagnózisnak és prognózisnak a meglévő és a várható károsodásokra kell következtetnie ahhoz, hogy a szükséges, megelőző terápia időben megindulhasson. A következőkben először a diagnosztikai és terápiai módszereket foglaljuk röviden össze, mert **metodikai leírás** nélkül semmiféle módszer alkalmassága, hatékonysága nem ítélni lehet meg.*

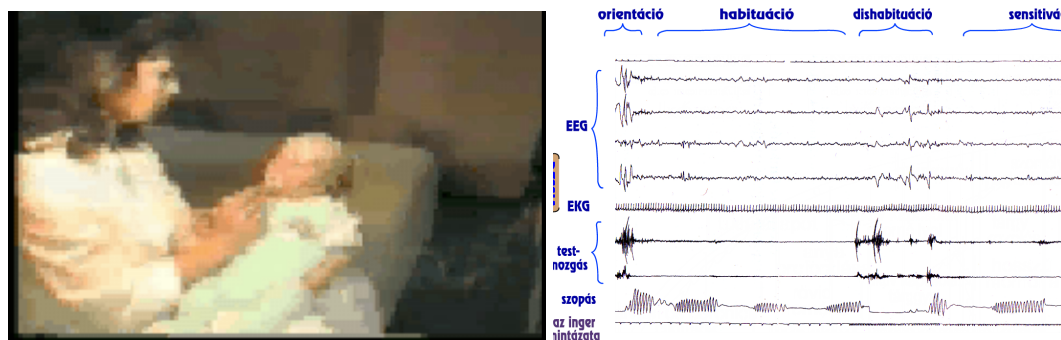
Kulcsszavak: fejlődésneurológia, neuroterápia, elemi mozgásminták, szenzoros tréning, idegfelőli elektroterápia, szülők tanítása

A korai fejlődésneurológiai vizsgálatok egyaránt magukba foglalják a figyelem-, az értelem- és a mozgás-fejlődésének egymással összefüggő folyamatát. Mind a központi-, mind a perifériás idegrendszert érhetik olyan károsodások, a magzati életben, vagy a születés kapcsán, amelyek ennek az összefüggő folyamatnak a korai szakaszában történnek és befolyást gyakorolnak a folyamat későbbi lezajlására. Minden esetben meg kell fontolni, hogy a perifériás idegek, a gerincvelő, az agytörzs illetve a nagyagy egymással összekapcsolódó működése kóros esetben milyen hatást gyakorol a felnövekvő csecsemő, kisdéd, gyermek, serdülő és felnőtt életvitelére, illetve társadalmi beilleszkedésére. A korai diagnózisnak, prognózisnak és terápiának mindezt messzemenően figyelembe kell vennie. Az újszülött agy genetikai programjai magukban foglalják az agy későbbi fejlődése során kialakulható értelmi-, érzelmi-, érzékszervi- és mozgásfunkciók elemi mintázatait. Ezekből alakulnak ki a viszonylag hosszú csecsemő-, kisdéd- és gyermekkorban az emberre jellemző végleges érzékszervi-, értelmi-, érzelmi- és mozgásbeli mintázatok. A korai fejlődésneurológiai diagnosztika és prognosztika ezeknek az összetett korai agyműködési mintázatoknak alapján állapítja meg, hogy az elszünetelt genetikai, vagy külső változás (például oxigénhiány, vagy vérzés) milyen folyamatokat indított be és milyen korai terápiára van szükség a következmények kivédésére.

Az osztály tevékenységének egyik része – a különböző objektív vizsgálatok alapján – annak megállapítása, történt-e valamilyen agyi károsodásra utaló folyamat és ennek milyen bizonyítékai vannak. Továbbá veszélyeztetheti-e a kialakult morfológiai és/vagy fiziológiai elváltozás a csecsemő további fejlődését. Amennyiben a fejlődés veszélyeztetettnek látszik, akkor ennek a prognózisnak alapján egyéni kezelést, neuroterápiát kell kezdeni. A továbbiakban rendszeresen ellenőrizni kell – járóbeteg-rendelés kapcsán – a beteg fejlődését. Amennyiben a kóros morfológiai elváltozás nem okozott semmiféle károsodást a csecsemő figyelmi, értelmi, mozgásbeli funkcióiban, úgy semmiféle kezelésnek, tornának vagy fejlesztésnek, illetve intervenciónak nincsen létjogosultsága!

A fejlődésneurológia kifejezés és szakmai ágazat természetes módszere a felnövekvő csecsemő rendszeres ellenőrzése. Ezt maga a fejlődési folyamat adaptációs funkciója is fontossá teszi, mert a vizsgált funkciók, mint például a figyelem összetettségének módosulásai lényegében már az értelmi fejlődés nélkülözhetetlen összetevői. Kizárólag rendszeresen ismételt vizsgálatokkal lehet megállapítani, hogy az agyi károsodás milyen hatást gyakorol a különböző funkciók kialakulási folyamataira, illetve hogy az alkalmazott kezelés megelőzi-e az ilyenfajta káros következmény kialakulását. A figyelmi- és a korai értelmi működés egyúttal a kommunikáció előfeltétele és a terápia egyik fontos célja a kommunikáció mielőbbi kiépítése. A Fejlődésneurológiai Osztály mintegy másfél – két évig ellenőrzi az osztályon kivizsgált és kezelésben részesített csecsemők értelmi, érzelmi, érzékszervi és mozgásfejlődését. A vizsgálatok eredményének értékelése alapján, szükség esetén a csecsemő állapotának és korának megfelelő újabb kezelési eljárásokat oktatunk a szülőknek és a következő vizsgálatot ennek alapján végezzük. A Fejlődésneurológiai Osztályon tehát folyamatos klinikai nyomon követés történik a folyamat egyes szakaszainak havi, rendszeres ellenőrzésével.

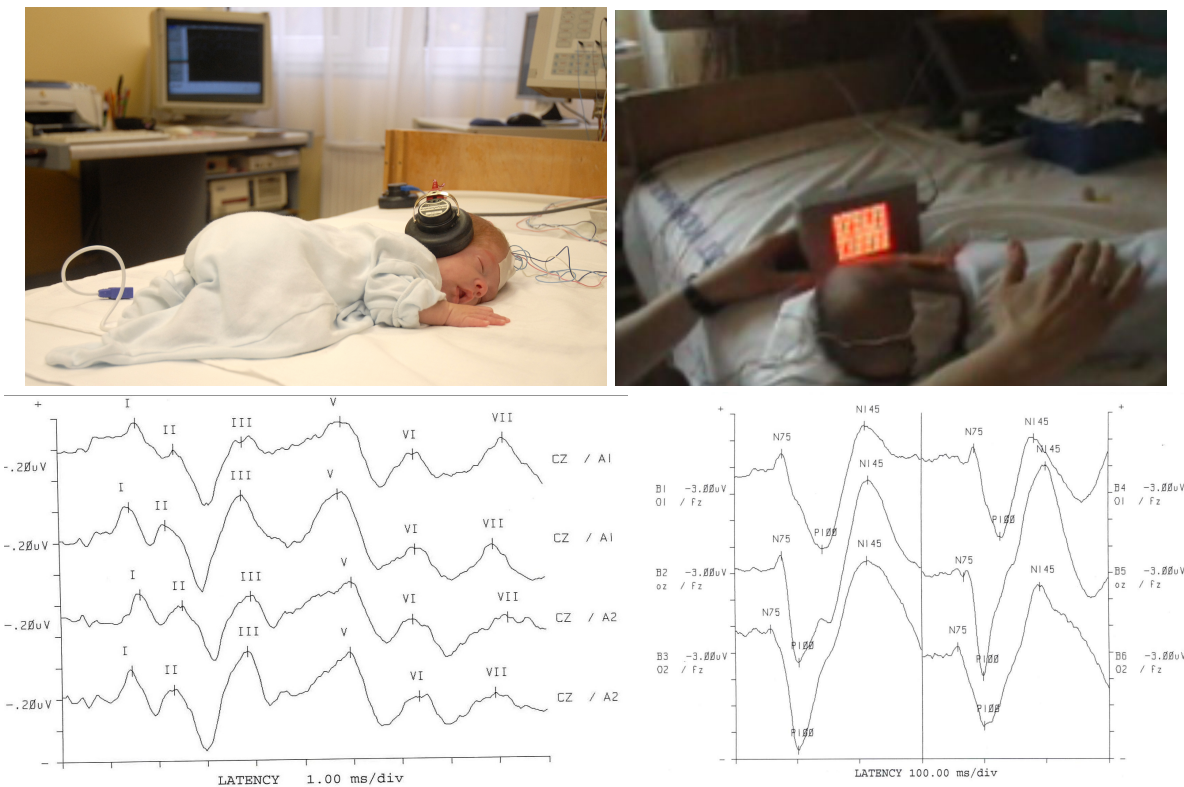
A figyelmi funkciók korai vizsgálata: Vizuális figyelem vizsgálata: A figyelem vizsgálata magába foglalja a szemmozgató idegek működésének, a látószervek összpontosításának, illetve az összpontosítás időtartamának megítélését, valamint a vizuális figyelem felkeltésének módját (arccal, az archoz hasonló ábrával, színes, illetve fekete-fehér, kontrasztos képekkel mozgó, illetve egyhelyben lévő tárgyakkal.) Fontos a tárgyakra, illetve a személyekre vonatkozó figyelem irányulásának megítélése. A vizsgálathoz a személyes megfigyelésen és az időmérésen kívül felhasználjuk a számítógépes programokkal vezérelt poligráf vizsgálatot is. Ennek az az előnye, hogy a figyelem neurofiziológiai funkcióján, az orientáción kívül vizsgálhatjuk a megszokást, a habituációt is. A vizsgálat során hasonló intenzitású, de frekvenciában különböző inger hatására újabb orientáció, azaz dishabituáció alakul ki. Ezzel a módszerrel egyúttal a rövid memória is vizsgálhatóvá válik, mert a csecsemő ennek alapján különbözteti meg a már habituált folyamat megváltozását. Tekintettel arra, hogy ezek a figyelmi folyamatok egyúttal a kommunikáció előkészítői is, az is megfigyelhető, hogy mennyire változik az optikai illetve auditív figyelem nyugalmi helyzetben illetve fontos elfoglaltságok alatt, mint amilyen a táplálkozás.



1. kép: Polygraphiás vizsgálat (az agyi elektromos tevékenység, a szívritmus, a mozgás és az etetéssel nem összefüggő szopás egyidejű, többcsatornás vizsgálata fény-, ill. hanginger adása közben)

Az optikai, illetve az auditív figyelem vizsgálatának természetes előfeltétele a hallás illetve a látás épségének megállapítása. Ez különösen fontos minden olyan

csecsemő esetében, akinek az anamnézisében hypoxia illetve asphyxia szerepel, vagy az előzetes neonatológiai vizsgálatok, illetve saját vizsgálataink morfológiailag értékelhető agyi károsodást mutattak ki. Az érzékszervek az agy kihelyezett részei, valódi működésüket a belőlük az agy elsődleges, unimodális és multimodális neuronhálózatahoz az agyidegeken át érkező ingerületek feldolgozása teszi lehetővé. Éppen ezért elengedhetetlen a fejlődésneurológiai diagnózis, illetve prognózis felállításához az érzékszervekből beérkezett ingerületeket feldolgozó rendszerező és összefoglaló agyi területeknek a vizsgálata. A vizsgálathoz alkalmazott elektrofiziológiai technikák az agykérgi, illetve az agytörzsi kiváltott potenciál vizsgálatok. Ezek a technikák nemcsak azt ellenőrzik, hogy a fizikai ingereket, fiziológiai ingerületté átalakító érzékszervek megfelelően működnek-e, hanem azt is, hogy az elsődleges ingerület felvevő agyterületek miképpen fogadják a beérkező specifikus ingerületeket. Ettől is függ, hogy ezután a specifikus multimodális, asszociációs területek hogyan dolgozzák majd információkká az ingerületeket. Az agytörzsi kiváltott potenciál vizsgálat egyúttal megvilágítja, hogy milyen a vizsgált csecsemő éberségi szintje és ez a szint mennyiben függ az agytörzsi éberségi rendszerébe érkező, majd onnan részben a thalamuson át a cortexhez jutó, az érzékszervekből származó, nem specifikus ingerületektől.



2. kép: Kiváltott potenciálvizsgálat hanginger (bal oldali kép) és vizuális inger (jobb oldali kép) adásakor (a kivitelezés módja alatt láthatók a görbék¹).

A figyelmi és a precognitív funkciókárosodások neuroterápiája: A figyelmi funkciók felkeltésének és fenntartásának első, legfontosabb követelménye az emberi arcra figyelés felkeltése. Erre a célra elsősorban a valódi emberi arc, az édesanya,

¹ A hang agytörzsi kiváltott válasz csúcsait római számokkal jelzik (I-től VII-ig), ezek a hallópálya átkapcsolódási helyeinek felelnek meg. A fény ingerre kiváltott kérgi válasz (VEP) három jellegzetes csúcsát a kitérés irányával (N = negatív, P = pozitív) és az inger adásától eltelt milliszekundum arab számával jelzik (N75, P100, N145).

illetve a családtagok arca a legalkalmasabb, azonban az arcokat a csecsemő látóterében viszonylag közelebb kell tartani, két-három perc időtartamra. Ez történhet félig ülő, fekvő vagy oldalt fekvő helyzetben. Hason fektetéskor a vizuális figyelem felkeltésére nyakmozgás is szükséges, ami fokozza a szemmozgató izmok aktivitását. Az agy működése együtt kezeli a fejmozgatását a szemmozgató izmok mozgásával. A szemek ezért folyamatosan alkalmazkodnak a fej helyzetéhez. Ennek alapján minden olyan testmozgás, amely a fej mozgásával jár, magában foglalja a látás-, illetve a vizuális figyelem működését. Amennyiben a csecsemő kezeléshez a mozgásminták gyakoroltatása szükséges, akkor előnyös a levegőbe emeléskor valamelyik családtag arcának mutatása és kombinálása a mozgásgyakorlattal. A figyelem felkeltésére szóló gyakorlatokat minden nap kell végezni, különböző napszakokban néhány percig.

A mozgásfejlődés károsodásának kivizsgálása

Testhelyzet és testhelyzet-változtatás: Minden mozgás és testhelyzet-elfoglalás a gravitációs térben történik és ezért a harántcsíktolt izomműködés idegi szabályozásának egyik feladata a gravitáció folytonos ellensúlyozása. Nagyjából ez az, amit egyensúlynak nevezünk, és ez a csecsemő mozgás-dinamikájának egyik nélkülözhetetlen alapja. A gravitációs tér és változásainak hatását a koponya két oldalában lévő érzékszervek, a labirintusok alakítják át ingerületté és ezeket a vesztibuláris rendszer juttatja el először a nyúltvelő speciális neuroncsoportjaihoz, a vesztibuláris magvakhoz és innen a gerincvelő mozgató magvaihoz. A két vesztibuláris pálya közvetíti a labirintusban keletkező és a vesztibuláris magvakban átalakított ingerületeket a gerincvelő mozgató idegsejtjeihez. Az agyból érkező és mozgást indító ingerületek itt a gerincvelőben egyesülnek az egyensúlyozást biztosító vesztibuláris ingerületekkel. Az egyensúlyozás még a legkisebb mozgásba is bekapcsolódik, hiszen minden mozgás a gravitációs térben zajlik. Az egyensúlyozó, vesztibuláris ingerületek másodperc töredékekkel megelőzik a mozgásműködést, annak érdekében, hogy semmi se veszélyeztethesse az egyensúlyt. A nyúltvelő vesztibuláris magrendszeréből egy másik pálya az agytörzs szemmozgást szabályozó idegsejt csoportjaihoz, magvaihoz szállítja a labirintus ingerületeit és ezek segítik elő, hogy a szemek mindig egymással koordinálva és mindig előre nézzenek.

Elemi mozgásminták: Mint minden agyműködésnek a mozgásnak is van újszülöttekben és fiatal csecsemőkben speciális mintázata, mely az egyensúlyrendszer ingerlése útján aktiválható. Az elemi mozgások magukban foglalják a kúszástól a két lábon járásig tartó humán mozgásfejlődési folyamathoz szükséges mozgásokat. Ezek olyan testhelyzetekben válthatók ki, amelyben a koponyában lévő labirintus térbeli helyzete megváltozik. A csecsemő átlagos helyzete a vízszintes, horizontális fekvés, amely csak a mamával való kapcsolat közben változik táplálásnál, mosdatásnál, öltöztetéskor, vetkőztetéskor, illetve testen hordásnál, ami ma séta, bevásárlás, ügyintézés kapcsán divatossá vált. (kenguru, hordozókendő, mei tai stb.) Az elemi mozgásminták kiváltásához a csecsemőt különféle testhelyzetekbe kell hozni, hogy minden egyes elemi mozgásmintázat aktiválódhasson.

A két lábon járás és az egyenes testtartás az ember speciális testhelyzete és mozgása a gravitációs térben. Ennek kialakulása több mint 10 hónapig tart, azonban mód van arra, hogy megvizsgáljuk, mennyire készült fel az újszülött, illetve a fiatal csecsemő ennek a genetikai programnak a kivitelezésére. A csecsemőt ehhez a vizsgálathoz két combjánál fogva óvatosan a levegőbe emeljük és hátát a mellkasunkhoz támasztjuk, ebből a helyzetből előre emeljük. A csecsemő így támasz nélkül marad és gravitáció ebben a helyzetben gyakorol rá hatást. A támasz nélkül, a levegőbe kiültetett csecsemő előre hajlik, ami a labi-

rintust kimozdítja és ebben a helyzetben méri a rá ható gravitációs erőt. Ez a labirintusban, majd az előbb leírt módon a nyúltvelő vesztibuláris magvaiban speciális ingerületi állapotot kelt, ami innen a gerincvelő mozgató sejtjeihez jutva azonnal az egyensúlyozással kapcsolatos ingerületeket kelt. Ehhez azoknak az izomcsoportoknak működése szükséges, amelyek ellensúlyozhatják a gravitációs erőt. Ilyenek a törzs izmai, amelyek kiegyenesítik a törzset, és a nyakizmok, amelyek a fejet a törzs tetejére emelik és ott megtartják. A csecsemő előrehajlása után néhány másodpercen belül ez következik be, a csecsemő felül és emelt fejjel egy-két másodpercig ülve marad. Ebben a helyzetben a gravitációs erő újra hatást gyakorol rá és ismét előre görnyed. A labirintus újra működésbe lép és a csecsemő hamarosan újra felül. Ebben a vizsgálati helyzetben megítélhető mennyire egyenesedik fel a csecsemő és hogyan tartja a fejét. Ez napszakokon belül is változhat, ezért a Fejlődésneurológiai Osztályon a csecsemőt több napon át ismételten meg kell vizsgálni különböző napszakokban. Ennek alapján mérlegelhető károsodott-e a felegyenesedési, vertikalizációs mozgásdinamika és indokolt-e a csecsemőt ebben az irányban terápiában részesíteni. Az egyenes testtartás és a fej fenntartása a törzs tetején későbbiekben az ülés, az állás és a járás nélkülözhetetlen tartozéka lesz, mint az emberré válás egyik legfontosabb fejlődési hozama. Éppen ezért rendkívül fontos annak megállapítása, hogy az agy károsodása nem veszélyezteti-e ennek a funkciónak kialakulását. Az ülő helyzetben az is vizsgálható előre néznek-e ilyenkor a szemek, nincs-e ebben valamilyen elváltozás.



3. kép: A levegőben ülés elemi mozgásmintája 6 hetes csecsemőben

Egy másik fontos elemi mozgásminta úgy váltható ki, ha a csecsemőt egy kb. 30° párnázott deszkaalapról álló kis lejtőre helyezük fejjel lefelé. A lejtő, nem csúszda, nem annyira meredek, hogy csúszást indítson. A csecsemő ezen a kifelé meredeken ferdén lefelé irányuló helyzetbe kerül, ami a koponyában megváltoztatja a labirintusok helyzetét. Ennek hatására olyan mozgások keletkeznek, amelyek kompenzációs működése ismét vízszintes helyzetbe hozza a csecsemőt a lejtő végén. A csecsemő a kifelé lejtőn nem tud csúszni, hanem kúszó mozgásba kezd. A kúszás mozgásmintájának leglényegesebb része a csípők és az alsó végtagok ismételt mozgása. A mozgás energiája lefelé viszi a csecsemőt a párnázott deszkalapon. Ez az elemi mozgásminta lényegében a csípők és az alsó végtagok folyamatos hajlításából és nyújtásából áll, ami lökésszerűen előreviszi a csecsemőt. A két végtag hol **szimmetrikusan**, hol **aszimmetrikusan** működik. Az utóbbi esetben az egyik végtag hajlított, a másik végtag átmenetileg nyújtott helyzetben van. Ez a mozgás folyamatos, de időnként megszakadhat és ilyenkor a csecsemő fekvő marad, majd rövidebb szünet után folytatja a mozgást, amíg le nem ér a lejtő aljára, ahol a padló, vagy az asztal már vízszintes és a mozgás ilyenkor hamarosan abbamarad.



4. kép: Az önálló (lejtőn lefelé) kúszás elemi mozgásmintája

Ugyancsak az elemi mozgások csoportjába sorolható a régebben is ismert lépegetés, az elemi járás. Összehasonlítva a kúszással a lépegetésnek is fő mozgásdinamikai része a csípők és az alsó végtagok felváltott, ritmikus működése. Egy újszülöttet, vagy fiatal csecsemőt asztra állítva a két alsó végtagja egy idő után kifeszül és a törzs is egyenesedik. A csecsemőt természetesen ebben a helyzetben két oldalánál fogva a mellkas táján meg kell tartani, mert önállóan nem tud a gravitáció ellenében állva maradni. A törzs nagyon kisfokú előremozdításával a fej is elmozdul egyenes helyzetéből és a labirintusok ingerületbe kerülnek. Ebben a vertikális helyzetben, ugyanúgy, ahogy ferdén hason fekve kúszás jön létre, ebben az álló helyzetben lépegetés alakul ki. Az egyik végtag feszített, nyújtott helyzetben, merev állapotban támaszkodik, a másik pedig egyidejűleg csípőben és térdben hajlítva felemelkedik. Akárcsak kúszás közben ezek a mozgások is folyamatosan zajlanak le, ameddig a lépegető csecsemő két oldalánál fogva előre visszük a mozgás követésére. Lépegetés közben is előfordulhat megállás, szünet, majd a mozgás folytatása következik, de az is megtörténhet, hogy a csecsemő a vertikális helyzetből kissé összecuklik, és maga alá kapja a lábait. Rövid szünet után a vizsgálat folytatódhat.



5. kép: Az elemi járás

A csecsemő későbbi forgáskészségének előzetes vizsgálata a következőképpen történik. A csecsemőt takarón, pelenkán hátára fektetjük és ebből a helyzetből a takaró fej felé eső részt óvatosan addig emeljük, hogy a csecsemő kb. 30°-os szögben fekdjön hátával a takarónak támaszkodva. Ügyelni kell, hogy a takaró emelése lassan, fokozatosan történjék és a csecsemő ne csússzon el rajta. Ezután ebben a helyzetben kell tartani, mert ilyenkor a fej és benne a labirintusok kimozdulnak a fekvő helyzetből a

gravitáció pedig rövid időn belül hatni kezd. A csecsemő 5–10 másodperc múlva ebből a helyzetből oldalára fordul, majd az oldalfekvő helyzetből a hasára, különösebb zökkenés nélkül. Balról jobbra a jobb, jobbról balra forgatáskor a bal kar néha a hasa alá kerül, és onnan a csecsemő nem húzza ki. A vállcsúcs finom megemelésével elősegíthetjük a kar kihúzását. Vizsgálat közben megítélhető, hogy a csecsemő elfordul-e az oldaláról, mennyi ideig marad oldalfekvésben és onnan hogyan fordul át a mellkasára, illetve a hasára. Hason fekvésben a fej ismét vízszintes helyzetbe kerül és a gravitáció a továbbiakban nem aktivál izommozgást, a labirintus és a vestibulo-spinalis rendszer közvetítésével.

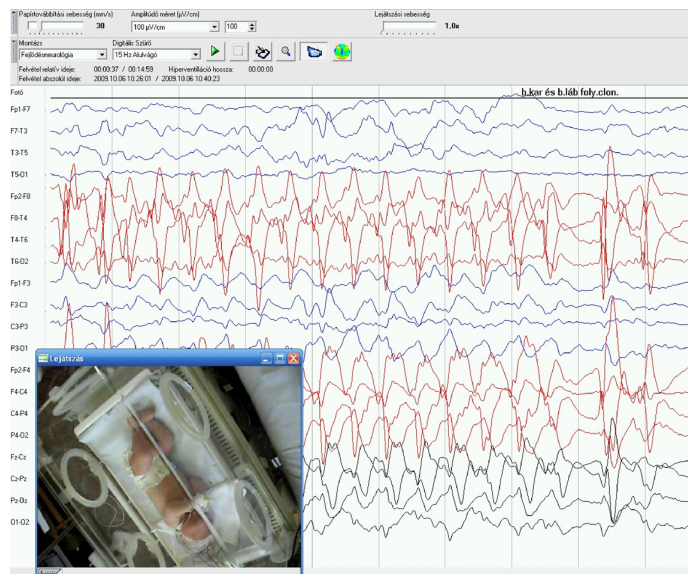
A levegőben felülés emelt fejjel prognosztizálja a későbbi egyenes testhelyzetet, a kúszás és a mászatás a csípő és az alsó végtagok önálló mozgását a későbbi járáshoz. Az elemi járatás pedig összefoglalásként az előzőeket egyszerre reprezentálja. Az esetleges eltérések típusából, fokából, speciális elváltozásaiból prognosztizálható milyen veszélyek fenyegethetik a végleges emberi mozgások kialakulását. Ugyancsak megállapítható, milyen egyéni neuroterápiai programot kell kezdeni ennek megelőzésére, illetve megakadályozására.

Az elemi mozgásminták előrevetítik a későbbi humán-specifikus mozgások és testhelyzetek kialakulásának végleges mintázatait. Mindegyik elemi mozgásminta kiváltható az első 3–4 hónap folyamán! Megszűnésük azt a sorrendet követi, ahogyan a végleges mozgásmintázatok kialakulnak. Például amikor egy csecsemő önállóan kúszni kezd, megszűnik a kúszás elemi mozgásmintája. Jóval később ugyanígy szűnik meg a levegőben ülés mozgásmintája emelt fejjel, amikor a csecsemő először ülésbe kapaszkodik és emelt fejjel ülni tud. Az elemi mozgásmintákban észlelt eltérések prognosztikailag előre vetítik azokat az elváltozásokat, amelyek a végleges mozgásmintázatokban kialakulhatnak. A lógva maradó fej a felülés és az ülés végleges mozgásmintája kapcsán sem változik, ezzel megakadályozza az egyenes testtartást és a legfontosabb érzékszervek megfelelő működését.

A mozgásdinamikai károsodások neuroterápiája: A csecsemő mozgása különböző izomcsoportok aktivitásából áll. Az első két hónapban ezek a mozgások rendezetlennek tűnnek, de az ujjak mozgásától a fej mozgatásáig a működő izmok gyakoroltatása rendszeresen folyik. Újszülött kortól fogva – kezelésként – a vesztibuláris rendszer aktiválásával izomcsoportok együttes mozgásának kombinációja is gyakoroltatható. Ezek a mozgáskombinációk az elemi mozgásminták. Az esetenként megállapított, korai diagnózis és prognózis alapján olyan korai mozgásterápiát kell választani az elemi mozgásminták aktiválása útján, amely kialakíthatja a hiányzó izommozgásokat. A fejlődésneurológiai mozgásterápiának tehát mindenképpen igazodnia kell ahhoz, hogy melyik elemi mozgásmintában észlelhető elégtelen, illetve csökkent működés. Elsősorban azoknak az elemi mozgásmintáknak gyakoroltatása szükséges, amelyekben – ismételt vizsgálatok alapján – a kivitelezés hiányosságát biztosan sikerült megállapítani. Az agysérülés a későbbi mozgásminták kialakulásának épségét veszélyezteti, a feladat ezek elemi formájának, az elemi mozgásmintáknak a rendszeres gyakorlása. Tekintettel a rendszeres ismétlés fontosságára a kezelést csak a szülő végezheti a Fejlődésneurológiai Osztályon történt előzetes betanítás, rendszeres ellenőrzés alapján. A fő feladat tehát a csecsemő kivizsgálása és a leletek értékelése alapján a szülők képzése a kezelés módszereinek alkalmazására.

Epilepszia: A korai agyi károsodások egyik következménye epilepszia kialakulása lehet. Távolról sem minden görcsroham számít epilepsziának, ezt a diagnózist csak video-EEG vizsgálat alapján lehetséges felállítani. Az epilepszia kezelésében a legfontosabb a megfelelő gyógyszer kiválasztása, a görcsrohamok típusának, a beteg korának és állapotának ismeretében. Éppen ezért lényeges, hogy minden olyan

csecsemő, akinél görcsgyanús jelenség miatt a koraszülött-, vagy újszülött osztályon gyógyszeres beállítás történt és elbocsájtáskor még szájon át gyógyszert szed, video-EEG vizsgálatban részesüljön. A video-EEG vizsgálat és a csecsemő klinikai megfigyelése alapján merül fel az akut állapot miatt beállított gyógyszer esetleges leállítása. A vizsgálat kivitelezéséhez biztosítani kell a gyógyszerek kiürülését a gyógyszerkezelés leállításával és a gyógyszer vérszintjének ellenőrzésével. Ezután ismételt video-EEG vizsgálat végzése szükséges! A klinikai görcsjelenség hiánya és a negatív agyi elektromos tevékenység esetén gyógyszeres kezelés nem szükséges. Más a helyzet, ha az előzetesen beállított és általában nyugtató és tonuscsökkentő hatással is bíró gyógyszer kiürülésével párhuzamosan görcstevékenység jelentkezik és az EEG is kóros eltérést mutat. Ilyenkor olyan görcsellenes szer beállítása szükséges, mely gátolja a rohamok megjelenését és viszonylag kevés mellékhatással rendelkezik mind az éberségi szint, mind az izomtónus vonatkozásában. Az agyi károsodás nem csak epilepsiát okozhat, hanem a figyelmi és precognitív működés, valamint a mozgás-szabályozásában is okozhat kóros tüneteket. Ezeknek a tüneteknek kezelése az epilepszia gyógyszeres ellátása alatt is szükséges! Ügyelni kell arra, hogy az anticonvulsiv gyógyszerek általában csökkentik az agy aktivitását, bizonyos fokú álmoságot, gyengeség érzetet is előidézhetnek, ami befolyásolja a többi tünet kezelését. A gyógyszer megválasztásánál az agyi károsodás összes tüneteinek kezelhetőségét is figyelembe kell venni.

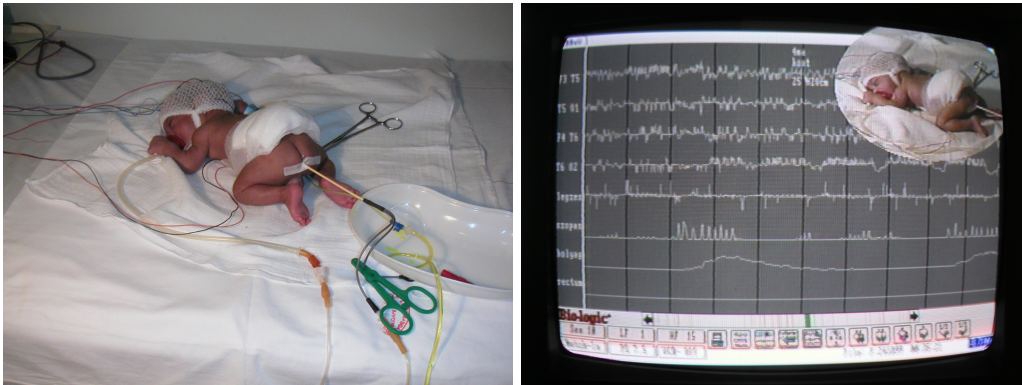


6. kép: Epilepsiás EEG és a vizsgált csecsemő görcsös mozgása

A fejlődésneurológia nemcsak az agyi, agytörzsi (idegi eredetű nyelésbénulás), hanem a gerincvelői, illetve a perifériás idegrendszeri károsodások korai diagnosztikájával és megelőző neuroterápiájával is foglalkozik. Ezekbe a kategóriákba tartoznak a myelomeningoceleval (MMC) született csecsemők, illetve a születés közben a nyaki idegfonat (plexus brachialis) sérülése utáni állapotban szenvedő újszülöttek.

MMC: A Fejlesztésneurológiai Osztály 24 órás szolgálatot tart az MMC-vel születettek azonnali, 24 órán belüli teljes kivizsgálására, annak érdekében, hogy még az első 24 órában megtörténhessen a fejlődési rendellenesség sebészeti ellátása. Tapasztaltunk szerint súlyos alsóvégtag elváltozás mellett is lehet teljesen ép hólyagműködés. A sebészeti beavatkozást végzőknek mindezt tudniuk kell ahhoz, hogy megfelelő műtéti módszereket válasszanak a meglévő funkciók megőrzése érdekében. Műtét

után a fejlődésneurológiai kivizsgálásra és kezelésre felvett MMC-s csecsemők komplex vizsgálata a csípők, az alsó végtagok működésének megállapításából és a hólyag-, illetve a végbél funkcióinak méréséből áll. Az előbbihez az elemi mozgásminták alkalmasak, mert ezek különböző helyzeteiben például kúszás, illetve mászás kiváltásakor objektíven eldönthető az alsó végtagi bénulás mértéke. Amennyiben mindkét oldalon, vagy egy oldalon működésbeli károsodás észlelhető, úgy a neuroterápiához az alsó végtag funkciókat aktiváló elemi mozgásminták gyakoroltatásán kívül, az érintett végtag idegfelőli, szelektív ingerárammal történő elektroterápiája is hozzá tartozik. A hólyagműködés kivizsgálása EEG-vel kombinált neuro-urodinamiás méréssel történik. Poligráfiával (több csatornás vizsgálóberendezéssel) történő kivizsgálás azt is mérhetővé teszi, hogy a hólyag steril folyadékkal történő feltöltése, vagy a hólyagfal receptorainak elektromos ingerlése kivált-e vegetatív választ az agyi hullámokban. A végbél működés vizsgálata is elektro-manometriával történik. Mind a hólyag-, mind a végbél-működés károsodásainak kimutatásához külön kell értékelni a simaizom és a harántcsíkolt izom reakcióit. A hólyag- és/vagy a végbél bénulás jellegének megállapítását követően rendszeres elektroterápia indul a kiesett működés helyreállítása, illetve a másodlagos károsodások kivédése érdekében.



7. kép: Újszülött MMC-s urodinamikai vizsgálata

Plexus brachialis károsodás: Születéskor elszenvedett perifériás idegkárosodás vizsgálatakor meg kell állapítani milyen mértékű eltérés alakult ki, mert a terápia is ettől függ. Az elváltozás legenyhébb fokán az idegsejt tengelyfonala, axonja sérült, ez az állapot, amelyet neuroapraxiának hívnak, rendszerint hosszabb rövidebb idő alatt kezelés nélkül is meggyógyulhat. Azonban komolyabb sérüléskor a tengelyfonal velőshüvellyel együtt károsodik. Ebben az esetben már kezelésre van szükség, mert az ideg degenerálódik és helyreállító folyamatának, a regenerációnak támogatására van szükség. Ilyen esetekben a neuroterápia rendszeres, napi idegpont felőli elektroterápia alkalmazásából és azoknak az elemi mozgásmintáknak gyakoroltatásából áll, amelyek a felső végtagok működését aktiválják. A legsúlyosabb plexus sérülés a felső idegköteg egy részének teljes degenerációját okozhatja és ezekben az esetekben műtéti beavatkozás is szükséges.



8. kép: Plexus brachialis laesio elektroterápiája idegpont felőli ingerléssel

Kapcsolat a szülőkkal, a szülők oktatása: A szülők bevonása a vizsgálatokba és a kezelésbe elengedhetetlen a megfelelő kezelési eredmények eléréséhez. A központi idegrendszer fejlődést veszélyeztető károsodásainak neuroterápiájához rendszeres, egy napra többszöri alkalomra beosztott kezelés szükséges. A központi idegrendszer működésének egyik legfontosabb alaptörvénye a rendszeresség, a rendszeres működtetés, mert ami nem kap rendszeresen ingert annak működése elvész. Idegrendszerileg károsodott csecsemők esetében ez a törvényszerűség úgy módosul, hogy ami nem kap megfelelő ingert az ki sem alakul (use it or lose it). Ezt a szükséges rendszerességet a funkciók kialakítására csak a szülők, rendszerint az édesanya tudják biztosítani. A család részére ennek a rendszeres kezelésnek a megszervezése általában komoly problémát okoz, amelyet a felnövekvő utód, illetve a család érdekében meg kell oldani. A szülők, az édesanyák nagy része megérti, hogy csak ez a befektetett munka térülhet meg a csecsemő idegrendszeri fejlődésének kiépítésében, az értelmi és a mozgásbeli adottságok kialakításában. Az édesanyák nagy része kivizsgálás alatt is a Fejlődésneurológiai Osztályon tartózkodik, napközben együtt van a csecsemővel és a szoptatók éjszaka is a kórházban laknak. A megértésen kívül természetesen tudásra is szükség van a kezelés rendszeres elvégzéséhez. Az osztályon dolgozó csapatok (teamek) orvosai, gyógytornászai, gyógypedagógusai, illetve pszichológusai igyekeznek mindazt elmagyarázni az édesanyának, amennyit a csecsemő állapotáról tudnia kell, a kezelés szükségességének megértéséhez. Az osztályon rendszerint egy-egy ilyen munkacsoport foglalkozik egy csecsemővel és a későbbiekben is ugyanazok a személyek vizsgálják a járóbeteg-rendelésen a fejlődés menetének ellenőrzése közben. A gyógytornászok azok, akik részletesen megmutatják a mozgással kapcsolatos feladatokat elvégzését és a szülőkkal is elvégeztetik a kezelési gyakorlatokat, hogy rutint szerezzenek az otthoni kezelés számára. A gyógypedagógus, illetve pszichológus magyarázza el ugyanezt a szülőnek a figyelmi funkciók és a prekognitív működések aktiválásához. Azok a feladatok, amelyek ezekhez szükségesek ugyancsak megértést és gyakorlatot kívánnak.



9. kép: Szülők oktatása az elemi mozgásminták otthoni rendszeres végeztetésére

Korai neuroterápia, korai intervenció, korai fejlesztés: A három fogalomkör feladatainak végzése nem zárja ki egymást, azonban rendkívül fontos a műveletek időzítése. Agyi károsodásban, gerincvelői fejlődési rendellenességek és perifériás idegsérülések eseteiben először huzamosabb ideig tartó neuroterápiára van szükség. A neuroterápia elsősorban az agyi károsodásokban szenvedő újszülötteknél és fiatal csecsemőknél napi több órás rendszeresen beosztott foglalkozást igényel. Ezt csak megfelelő kivizsgálást követően, orvosi ellenőrzés mellett betanított szülő végezheti. Ez alatt az idő alatt mindennemű intervenció, illetve fejlesztés messzemenően csökkenti a terápiára fordított időt és ezáltal veszélyezteti a neuroterápia hatékonyságát. Kezelésben azokat kell részesíteni, akiknek fejlődését a központi-, vagy a perifériás idegrendszer károsodása veszélyezteti. A fő feladata azoknak a funkcióknak kiépítése, amelyek normális kialakulását a károsodás veszélyezteti. Esetenként ez biztosan igénybe veszi az első másfél évet, ami alatt a beteg rendszeres vizsgálatokban és a hozzátartozók a kezelési programok szükség szerinti változtatásában részesülnek. Az életkornak megfelelő funkciók sikeres teljes, vagy legalábbis részleges neuroterápiája után adott az alkalom intervencióra, illetve fejlesztésre. Ezek még mindig korai időszakok, hiszen kisdededről, kis gyermekekről van szó. A lényeg tehát a neuroterápia, az intervenció, illetve a fejlesztés korai időszakai összekeverésének megelőzése, megakadályozása. Az intervencióval, illetve a fejlődéssel foglalkozó gyógypedagógusnak, vagy más szakképesített személynek természetesen ismernie kellene az előzőekben neuroterápiában részesült különböző életkorú személy betegségének részleteit a neuroterápia alkalmazott módszereit és az elért eredményeket. Ilyen esetekben erre az előzetes kezelésre és eredményekre szükséges ráépíteni az általa alkalmazott módszereket. A Fejlődésneurológiai Osztály minden esetben rendelkezésre bocsájtja, akár személyes megbeszélés alapján is a szükséges információkat.

Irodalom

Berényi Marianne és Katona Ferenc (2012): *Fejlődésneurológia – Az öntudat, a kommunikáció és a mozgás kialakulása*. Medicina Kiadó, Budapest.

A SEED Fejlődési Skála mint a 0–4 éves korú gyermekek egyik vizsgáló eljárása az eltérő fejlődésmenet diagnosztikájában

Tóth Anikó

Budapesti Korai Fejlesztő Központ

A SEED Fejlődési Skála (Sewall Early Educational Development Scale) 0–4 éves korig méri a csecsemők és a gyermekek adaptációs, pszichomotoros képességeit. A Skála alkotói több intelligencia teszt résztesztjeit, feladatait alkalmazták egy fejlődési skálában annak érdekében, hogy a gyermekek képességeit körvonalazni tudják a korosztályuknak megfelelően, erősségeiket és gyengébb képességeiket is feltérképezzék, ezzel meghatározva a fejlettségi szintet, valamint a képességeik struktúráját. Mindezt elsősorban azért tették, hogy a megvizsgált, és eltérő fejlettségi szinten teljesítő gyermekek fejlesztésének irányvonalát, hangsúlyait a lehető legpontosabban körvonalazni tudják, valamint, hogy a gyermekek későbbi fejlődésmenetének nyomon követése is biztosított legyen ezzel a vizsgáló metódussal.

A skála eszközkészlete és feladatrendszere lehetővé teszi a gyermekek spontán tevékenységének megfigyelését, így a vizsgálati helyzetben olyan gyermekek esetén is eredményt kapunk fejlettségi szintjükéről, akiknél bármilyen okból kifolyólag (figyelemzavar, magatartási problémák, értelmi elmaradásból adódó alacsonyabb szintű feladattartás stb.) az együttműködés nehezített:

A Skála elsősorban a fejlettségi szint megállapítása mellett segíti a fejlesztési lehetőségek, azok irányvonalának megfogalmazását, így a beavatkozás szakszerűen, időben, a gyermek együttműködési készségétől függetlenül elkezdődhet.

Értékelési rendszere fejlettségi kort határoz meg, ill. az elmaradás mértékét.

Kulcsszavak: kora gyermekkori intervenció, fejlődési vizsgálatok, fejlődési skála, SEED Fejlődési Skála, eltérő fejlődésmenet

Bevezetés

Ma hazánkban is egyre természetesebb, hogy a gyermekek képességeit egyre korábban, ha lehetséges a megszületést követően közvetlenül monitorozzák a szakemberek. Az újszülöttek esetében ez inkább egészségügyi szűrő eljárásokat jelent, de azon gyermekek esetén, akiknek a fejlődésmenete veszélyeztetett (pl. koraszülöttek, intrauterin ártalmakat szenvedő csecsemők stb.) egyre elterjedtebb, hogy a fizikális vizsgálatokkal párhuzamosan a fejlődésbeli rizikót más vizsgáló módszerekkel is megállapítsák a legkorábbi életszakaszban. Mindez lényeges azért, hogy a speciális segítséget igénylő gyermekek és családjaik minél korábban kerüljenek szakellátásba, a problémájuknak leginkább megfelelő terápiás és fejlesztő eljárások, tanácsadás, szociális segítségnyújtás legyen számukra a lehető legkorábban, személyre szabottan elérhető.

„A koragyermekkori intervenció mindazon szolgáltatások/ellátások összessége, amelyek az iskoláskor előtti életszakaszban speciális segítséget igénylő gyermekekre és családjaikra irányulnak. A koragyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a minősítésen és diagnosztizáláson át magában foglalja a különböző terápiás, illetve a gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységet is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem. A speciális segítségnyújtás egyrészt a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, a család és a gyermek szociális befogadása érdekében történik.” (EADSNE, 2005–2010; Kereki, 2014) A csecsemők, kisgyermekek fejlődési esélyei annál inkább adóttak, minél korábban meg-

kezdődik a terápiás, fejlesztő és a család számára lényeges tanácsadói támogatás, kísérés. Ennek tehát alapfeltétele, hogy minél korábban detektálódjék a speciális szükséglet.

Mindehhez olyan vizsgáló eljárásokra van szükség, melyek speciálisan a legfiatalabb életkorban (0–3 év) mérik a gyermekek képességeit, de ezek mellett jól támogatják a fejlesztő/terápiás segítségnyújtás megtervezését is.

Az OECD országokban a sajátos nevelési igényű (SNI) csoport ellátásában kétféle modell működik, írja Kereki J. és Lannert J. a TÁRKI-TUDOK 2009-es tanulmányában (Kereki, 2014). Az egyik a „részletes szükségletprofilra épülő, fejlesztési területeket megjelölő, eredményértékelő, -követő rendszer”, amely magasan képzett szakemberigénye, magas eszköz és infrastruktúra-szükséglete miatt inkább a fejlettebb országokban működik. A másik, amely hazánkban is használatos, a diagnosztikus kategóriákat alapul vevő rendszer. Ennek alapfeltétele, hogy standardizált, komplex diagnosztikai eszközrendszer álljon rendelkezésre azon intézményekben, ahol komplex fejlődési diagnosztikai munkát végeznek. Ehhez azonban Magyarországon, mint azt a szerzők leírják heterogén a vizsgáló eszköztár, vagy már nem korszerű, vagy nem standardizált, illetve nem teljesen jogszerűen alkalmazott vizsgáló eszközök használatosak. A tanulmányban olvashatjuk, hogy a 0–3 éves korban leggyakrabban alkalmazott vizsgáló eljárás a megfigyelés, emellett a szakemberek által is elavultnak jellemzett Brunet–Lezine teszt, vagy a magyar standarddal még nem rendelkező Bayley II., ill. Bayley III. Fejlődési Skála. Mindez azt jelzi, hogy a korai életszakaszban a diagnosztikai munkában eléggé eszköztelenek a szakemberek, személyes tapasztalatra, egyéni, magas szakmai színvonalú tudásra van ahhoz szükség, hogy megfelelő fejlődési diagnózist tudjanak felállítani.

Az itt bemutatott SEED Fejlődési Skála természetesen nem egyedüli megoldásként jelentkezik, de megismertetésével szándékunkban áll egy olyan vizsgáló eljárást bemutatni, mely alternatívát ad a komplex diagnosztikai folyamat eszköztárában. Metódusában megjelenik az a korszerű szemlélet is, mely szerint a deficitorientált diagnosztikai kategóriaképzést felváltja egy szükséglet-térkép, mely nem csak a vizsgált gyermek képességstruktúráját rajzolja ki, hanem a család mindennapi helyzetéhez, életminőségének alakításához is támpontokat nyújt. Emellett használata egyszerű, eszközkészlete, valamint a vizsgálat menete a gyermeki sajátosságokat követi, lehetővé téve, hogy a bármilyen okból kevésbé együttműködő, viselkedésproblémával élő gyermekről is képet kapjunk a fejlesztés megkezdésének kiindulópontjául.

Diagnosztikai folyamat

A SEED Fejlődési Skála nem önmagában jelenti a gyakorlatban való jó használhatóságát, hanem egy olyan kontextusban, mely épít a diagnosztikai folyamatban a különböző szakterületek együttes munkájára, a különböző szakterületen dolgozó szakemberek team-munkájára, valódi együttes jelenlétére a vizsgálat ideje és a kapott eredmények, javaslatok családdal történő megbeszélése alatt. Ez a módszertani alapelv jellemzi a Budapesti Korai Fejlesztő Központ diagnosztikai munkáját is. A Központ megalakulása óta szószólója és szakmai úttörője a hazánkban terjedő korai fejlesztésnek, kora gyermekkori intervenciók szemlélet magyarországi elterjesztésének, a komplex diagnosztikai módszertannak. A koragyermekkori intervención belül végzett fejlődési diagnosztikai munka a Központban szakorvos, gyógypedagógus/pszichológus és mozgásfejlesztő szakember együttműködésével valósul meg.

„A vizsgálat célja a gyermek tudásának és erőforrásainak feltérképezése, valamint a fejlődési lehetőségek minél teljesebb felhasználásához hozzásegítő tanító/gondozó környezet megismerése. Ezt a munkát módszeres megfigyelések, és az összegyűjtött információk értelmezéseinek egysége jellemzi. A vizsgálati folyamat a szülő

(gondozó) és a szakemberek együttműködésén alapul. A vizsgálati folyamat meghatározott sorrendet követ, mely elsőként a személyes kapcsolatok kialakítását, ezt követően az információk, adatok gyűjtését, majd végül a további tevékenységek megtervezését jelenti. A vizsgálat alapját a gyermek és a szülő (a gyermek legbizalmasabb gondozója) közötti kapcsolat és interakció teremti meg.” (Matesz és Tar, 2010)

Fejlődési Skálák jellemzői

A fejlődési skálákat születéstől 4–6 éves korig használjuk, tehát a koragyermekkori intervenció eszköze. „Ez a vizsgálati technika különösen kisgyermek, csecsemők pszichológiai megismerésénél előnyös.” (Lányiné, 2004. 94. o.)

„A skála nem kifejezetten teljesítmény teszt, mert nem csak a vizsgálati helyzetben mutatott funkciókat méri fel, hanem támaszkodik az informátor tudására, emlékezetére a gyermek viselkedéses teljesítményeire vonatkozóan. Tesztnek tekinthető azonban anynyiban, hogy pontosan meghatározottak a körülmények, ahogyan végezni és értékelni kell a vizsgálatot, a normák, amelyekhez viszonyítunk, előzetes standardizálás eredményei és a számszerű értékelés is a tesztekkel rokon.” (Lányiné, 2004. 95. o.)

„... a fejlődési skálák az emelkedő életkorral fokozatosan nehezedő sorrendben felsorolják azokat az általában pszichomotoros, szenzoros és szociális funkciókat, amelyek leginkább jellemzik egy-egy kor fejlettségi színvonalát, képességleltárát.”
(Lányiné, 2004. 94. o.)

A gyermekek fejlődésmenete egyéni módon, eltérően alakul, saját tempójukat követve. Egyes gyermekek kiemelkedő képességűek, korukhoz képest hamarabb lépnek előre, mások a kortársaktól lemaradva lassabban teljesítik az elvártakat. A fejlődés menetére jellemző az is, hogy akadnak olyan gyermekek, akik egyes területeken mutatnak elmaradást, míg mások több fejlődési területen is. Előfordulhat az is, hogy egy kisgyermek szórt teljesítmény képet mutat. Az eltérő, megkésett fejlődésmenet felismerése fontos szerepet játszik abban, hogy a korai életszakaszban megkezdődhessen a fejlesztés, így a kialakult elmaradást esetleg behozhassa a gyermek, vagy ha képességeinek határai ezt nem teszik lehetővé, akkor megakadályozzuk, vagy enyhítsük a másodlagosan kialakuló, általában a viselkedésben megjelenő problémákat. A fejlődési skálák mindemellett segítenek nyomon követni a rizikó csoportba (pl.: koraszülött, dysmaturus, intrauterin ártalmakat szenvedő) tartozó újszülöttek fejlődésének menetét.

A fejlődési skálák könnyen áttekinthetőek, könnyen alkalmazhatóak, és könnyen adminisztrálhatóak. Ezen előnnyel együtt is pontos képet adnak a gyermek fejlettségi szintjéről, az elmaradás mértékéről és területéről. Ezeket együttesen fejlettségi kornak (FK) nevezzük. A fejlettségi kort megadja a skálával felvett – elemzett és értékelt –, elért eredmény.

A SEED Fejlődési Skála története

Történetét tekintve a SEED Fejlődési Skála megalkotása, gyökere az Amerikai Egyesült Államokba, Denverbe, alkalmazásának kezdete az 1970-es évekre nyúlik vissza.

Dr. Henry Sewall denveri gyermekorvos 1944-ben (már 71 éve) alapított egy intézményt, ahol teljes körű ellátást biztosított fogyatékkal élő személyek részére. Az 1970-es években megbízási projekt keretében kezdtek a korai életszakaszban történő ellátás jellegzetességeinek feltárásába. Az intézményben –szemléletében korát megelőzve- több szakma képviselője dolgozott együtt az eltérő fejlődésmenetű gyermekek fejlesztésében, így kézenfekvő volt, hogy együttesen gondolkodnak a probléma feltárásán, és olyan rend-

szert építettek ki, mely több szakterület szakembereinek együttes jelenlétében egy helyen biztosítja a diagnosztikai vizsgálat majd a különböző terápiás és fejlesztési eljárások elérhetőségét. Tapasztalataik alapján kidolgozták a SEED Fejlődési Skálát, az akkor Amerikában használt, standardizált vizsgáló módszerek releváns itemeinek, és eszköz készletének felhasználásával. Olyan pszichomotoros funkciókat emeltek ki a tesztek, skálák összevetése következtében, melyek jól mérik a gyermekek adott korban elvárható teljesítményeit. A skála megalkotásakor célul tűzték ki, hogy gyors obszervációs eszközt alkossanak, mely a gyermek által ismert környezetben is felvehető. Eszköztára úgy került összeállításra, hogy a gyermekek közelében előforduló játéktárgyak, könyvek, eszközök akár kiválthassák azokat, amennyiben a gyermek számára idegen, nem ismert eszköz akadályozza a teljesítményét, képességeinek megmutatását. A feladatok szövegezésénél külön figyelmet fordítottak arra az alkotók, hogy kerüljék a szakkifejezéseket, mely lehetővé teszi, hogy a gyermeket akár az őt jól ismerő gondozója támogassa a vizsgálati helyzetben. A SEED Fejlődési Skála a korábbi vizsgáló eljárásokhoz képest részletesebb abban, hogy több területet is bevont a vizsgálatába. Az adaptáció, gondolkodói készségek a nagymozgás, beszéd és szociabilitás mellett az öltözködés, táplálkozás, önellátás külön területet képez.

A Sewall által képviselt transzdiszciplináris megközelítés forradalmi volt a hetvenes években. A gyermeket holisztikus szemlélettel közelítették meg, nem csak a betegséget gyógyították, hanem figyelembe vették testi szellemi és érzelmi egységét is. Természetes volt számukra az a felismerés, hogy a gyermekek teljesítményét környezetük formálása, a megfelelő légkör és helyszín is befolyásolja. Már működésük kezdetétől fogva a szülőket is bevonták a gyermek megismerésébe, fejlesztésébe. A Skála megalkotásával az intézményben dolgozó szakembereknek az volt a célja, hogy olyan, a munkájukat segítő vizsgáló eszközt állítsanak össze, amely nem deficit orientált, hanem azt mutatja meg, hogy mit tud a gyermek, rámutat az elért eredményekre, mely segíti a fejlesztés irányának meghatározását.

Magyarországon a Budapesti Korai Fejlesztő Központban használták először a SEED Fejlődési Skálát. Dr. Gallai Mária, Dubecz Dorottya és Czeizel Barbara 1993-as amerikai tanulmányútjukon ismerkedtek meg ezzel a más szemléletet sugalló intézménnyel és fejlődési skálával. Törekvésük, hogy Magyarországon létrehozzanak egy olyan intézményt, mely egy helyen biztosítja a hozzájuk forduló családok számára a fejlődési vizsgálatot, a fejlesztést és a szülőknek szóló tanácsadást, egybecsengett az amerikában már működő mintával. A fejlődési skálát használatukra bocsátották, ekkor fordította le magyarra Dr. Gallai Mária, gyermekorvos. A Budapesti Korai Fejlesztő Központban 1993 óta használják a SEED Fejlődési Skálát diagnosztikai támpontnak, vizsgáló eljárásaként.

A Skála használatának hosszú éves gyakorlati tapasztalatai beépültek az értékelési rendszerébe, és tovább fejlődtek a Központ diagnosztikai munkájának megfelelően a vizsgálati eredmények megfogalmazásában. A kvantitatív mutatók mellett a Központ munkatársai nagy hangsúlyt fektetnek a gyermeki viselkedés és teljesítmény minőségi megragadására is, melyhez a SEED Fejlődési Skála értékelési rendszere megfelelő keretet és egyben szabadságot biztosít.

A SEED Fejlődési Skála alkalmazása a vizsgálati folyamatban

A vizsgálati folyamat a **problémafelvetéssel** kezdődik. Valamely szűrővizsgálat eredménye, vagy a tágabb, vagy szűkebb család, a szülők gyanúja veti fel a fejlődési vizsgálat szükségességét, indítja el egy komplex vizsgálat megszervezését.

A diagnosztikai munka az **anamnézis** felvételével kezdődik. A kérdések kiterjednek a születés előtti, a születés körüli és közvetlenül azt követő időszakra. Emellett

fontos, hogy a szülő beszámoljon a gyermek eddigi fejlődésének menetéről, szokásainak alakulásáról, valamint viselkedésének főbb jellemzőiről. Ezt követi a gyermek jelen állapotának megfigyelése.

Megfigyelést alkalmazunk kidolgozott keretbe ágyazott vizsgálati eszközök használatával is, valamint a Skála felvétele során tett megfigyeléseink is alapját képezik a kvantitatív elemek mellett a minőségi jellemzők megragadásának. Megfigyeljük a gyermek kontaktuskészségét, kooperabilitását, általános viselkedését, spontán tevékenységének minőségét, játékának szintjét, érzékszervi állapotát, figyelmének tartósságát és terjedelmét, kommunikációját, beszédállapotát, mozgásának állapotát (finom-, és nagymotoros mozgások, mozgásszabályozás, izomtónus, mozgásritmus), valamint a vizsgáló irányításának fogadását. A gyermekek vizsgálatakor a megfigyeléseket összegezzük a figyelem/éberség mentén, vagyis obszerváljuk az érzelmi megnyilvánulásokat, a csecsemő energikusságát, érdeklődését a teszt ingerei/eszközei iránt, felderítését, orientálódását a vizsgáló felé. Figyelmünk fókuszába a teljesítmény mellett a játéktevékenységek közben a gyermek és szülő interakciója során megfigyelhető kvalitatív jellemzők is állnak. Mindezek rámutatnak arra, hogyan használja a csecsemő, kisgyermek a tudását, mik a motivációi, megelégedést kiváltó tevékenységei (emocionális tapasztalati minták), és feltérképezhetőek a kommunikációs stratégiái.

A megfigyeléseket a vizsgálat során a gyermekek szabad tevékenységei közben, illetve a skála feladatainak végzése közben is tehetjük. A gyermek spontán aktivitását figyelve kezdhetünk hozzá a fejlődési skála eszközeinek átváltásához és végezhetjük el a **pszichomotoros fejlettség vizsgálatát** (Matesz és Tar, 2010).

A vizsgálat helyszíne

A kisgyermek vizsgálatára használt helyiség barátságos legyen, megfelelő hőmérséklettel. Nagysága legyen a nagymozgásos profilban szereplő feladatok elvégzéséhez szükséges méretű, de ha ez nem biztosított, akkor egy tágas folyosó, vagy még jobb esetben egy kisebb tornaterem álljon rendelkezésre. A vizsgálati teamben szereplő szakembereknek és természetesen a szülők részére is biztosítani szükséges a megfelelő méretű székeket. Szükség van egy nagyobb felületre, mely biztonságos és megfelelő alátámasztást nyújt a csecsemők vizsgálatához. Idősebb gyermekek esetén, kb. két éves kortól szükséges egy gyermek méretű asztal és hozzá tartozó szék, az önállóan, kis asztal mellett tevékenykedő gyermekeknek számára. A vizsgálati testhelyzetet a gyermek számára leginkább ismert pozícióban vegyük fel. A nyitott polcon csak azok az játéktárgyak legyenek kitéve, amelyek az aktuálisan vizsgált gyermek életkorának megfelelő játékokra alkalmasak, a vizsgáló eszközök fokozatosan kerüljenek elő. A vizsgálati helyiség lehetőleg olyan helyen legyen, ahol minimalizálni lehet a zavaró tényezőket (zaj, fény).

A SEED Fejlődési Skála bemutatása

A SEED Fejlődési Skála egyénileg alkalmazható gyors obszervációs eljárás, 0–4 év között. Részleteiben átgondolt itemek biztosítják a fejlődési skála egyöntetűségét, ez lehetőséget ad arra, hogy az értékelés egyértelmű legyen, és a szubjektivitást minimalizálja.

A játékos próbák egy-egy életkor érdeklődési köréhez közel állóak, így a kevésbé nyitott, visszahúzódó gyermeknél is felkelthető az érdeklődés. Eredményre jutunk azokkal a gyermekekkel is, akik aktivitásuk fokozottsága miatt, vagy érdeklődésük be-

szűkülése okán nem minden feladatra nyitottak, mivel az eszközök a vizsgálati térben maradhatnak, és mivel a feladatok sorrendje nincsen meghatározva, bármikor, amikor a gyermek érdeklődését felkeltette, elvégezhetjük a próbát az adott eszközzel. A gyermek eszközökkel folytatott spontán tevékenysége is értékelhető.

Előnye még a vizsgálatnak, hogy a találkozás pillanatától tart a megfigyelés, maga a teszt felvétele viszonylag rövid időt vesz igénybe. Időkorlátozás (néhány feladat kivételével) nem szerepel benne. Az időfaktor természetesen a gyermek életkorával függ össze, mivel idősebb gyermekeknél több próba szerepel, de a gyermek feladatmegoldásainak idejét és általában véve pszichomotoros tempóját figyelembe vesszük a teljesítmény értékelésekor.

A vizsgáló eszközöket mindig úgy kínáljuk fel, hogy azokat a lehető legmagasabb szinten, vagyis a gyermek optimális fejlettségi szintjén tudja önállóan használni! A segítségnyújtás fokozatai egyben fejlődési szintek fokozatait is jelentik, így a vizsgálat felvételekor könnyen követhető, és meghatározható a gyermek valós fejlettségi szintje az adott fejlődési területen. Előnye és egyben kritériuma is a vizsgálatnak, hogy a szülő (a gyermekhez legközelebb álló gondozó) legyen mindig jelen a vizsgálaton. Nem csak gyermek biztonsága érdekében van erre szükség, hiszen biztonságban jobban teljesítenek a gyermekek, hanem azért is, mert az ő információit is elfogadjuk, értékeljük.

SEED Fejlődési Skála szerkezeti felépítése

A skála, fejlődési területenként és életkoronként különböző mennyiségű feladatot, kritériumot tartalmaz. A szakemberek megfigyelik a gyermek spontán tevékenységét és a konkrét feladatokban való aktív közreműködését. A feladatok száma az életkor függvényében növekszik. A skála 0–4 év közötti tartományban vizsgál, 1 héttől 12 hónapos korig havi bontású, 1–2 év között 3 havonta ad mérési paramétereket, és 2 éves kor fölött fél éves beosztású. Ebből adódóan 21 szakaszra oszlik.

A skála 7 fejlődési területet vizsgál:

1. nagymozgás,
2. finommozgás,
3. beszéd és nyelv,
4. adaptáció, gondolkodás,
5. szociális-érzelmi fejlődés,
6. öltözködés és egyszerű tisztálkodás,
7. táplálkozás.

A nagy fejlődési területeken belül további, területenként változó alkategóriákra oszlik a skála.

A **nagymozgáson** belül vizsgáljuk a gyermek testtartását, fejkontrollját. A humanspecifikus mozgás fejlődés mérföldköveit figyelembe véve a forgást, mászást, felülést, állást, járást. Speciálisabb helyzetekben a lépcsőzés, labdázás és az ugrás sajátosságait, amelyek meghatározott életkorokban érhetőek tetten.

Finommozgások vizsgálatánál a kézhelyzeteket, nyúlást, markolást és fogást, valamint az elengedés minőségét, változásait figyeljük meg.

A **beszéd és nyelvi készségek** területén belül a hallásválaszt és memóriát ellenőrizhetjük a befogadó nyelvi területtel. Ezek együttes értelmezése a beszédészlelésről ad képet. Emellett a kifejező nyelvi készségek, hangzók használata, a szavak megjelenése is nyomon követhető a különböző életkorokban. Itt jelennek meg a nyelvben kifejeződő szimbolikus gondolkodás elemei is, mint a színek egyeztetése, differenciálása és megnevezése.

A **szociális-érzelmi fejlődés** területén a vizuális figyelem, vagyis a csecsemő, gyermek személyre orientáltsága, önmaga és mások megkülönböztetése, az imitáció, utánzás, a játék tevékenysége és a gyermek szocializációja kerül a megfigyelések fókuszába.

Amint a fejezet címében is szerepel az **öltözködés és egyszerű tisztálkodási szokásokban** mutatott fejlődési szintet követi ez a kategória.

A **táplálkozás** két alterületre oszlik: nyelv- és ajakreakciók, saját táplálkozási viselkedés.

A két utóbbi terület megjelenése a fejlődési skálában meglehetősen újszerű abban a tekintetben, hogy a gyermeki fejlődést valóban tágra értelmezi, nem szűkíti le pusztán a kognitív és motoros funkciók, a beszéd vizsgálatára a szempontokat.

Az **adaptáció, gondolkodás** fejlődési szintjének felmérésénél a szükséges eszközök listáját és azokkal végzendő próbákat mutatja be a skála. Vizsgálja a vizuális figyelmet: fixálást, követést, a szemmozgásokat, a hallási figyelmet, lokalizációt, a tárgyakkal folytatott spontán aktivitást, manipulációt. Kognitív képességek terén az egyszerű ok-okozati összefüggések felismerését, a tárgyállandóság alakulását, az analízis-szintézis, formaészlelés, formadifferenciálás, és a nagyságdifferenciálás fejlődését.

Az egyes fejlődési területek vizsgálat természetesen nem elkülönítetten történik, hanem az adott időben és adott feladatvégzés közben globálisan, az abban megmutatkozott összes készséget, képességet megfigyeljük. Mivel egy gyermek minden területen fejlődik, ezért a gyermek erősségeinek és gyengéinek teljes képét csak akkor látjuk, ha az összes profilt áttekintjük. Minden terület egymással kapcsolatban áll, így egy eszközzel folytatott tevékenység során több fejlődési területre rálátunk, azt értékelni tudjuk. Például a kockákkal folytatott toronyépítés a gyermek finommotoros ügyességét és a gondolkodásában a konstrukció megjelenését is bemutatja, így a két fejlődési területet egyazon feladat elvégzése alapján értékelhetjük.

A skála feladatai táblázatba vannak rendezve, mind életkor specifikusan, mind fejlődési területek szerint, tehát egy adott életkorhoz tartozó itemek feladatsorai egy táblázatban jelennek meg. Ennek köszönhetően könnyen kezelhető és könnyen áttekinthető.

Az eredmény értékelése

A SEED Fejlődési Skála tartalmaz minden fejlődési profilhoz egy ún. Egyéni profil-lapot, melyen a függőleges oszlopokban az életkorok, a sorokban pedig az adott fejlődési területhez tartozó részterületek szerepelnek. Az életkornak megfelelően egy függőleges színes, vastagabb vonalat húzva, és a részterületen elért életkori szintek rubrikáit kiszínezve rajzolódik ki az egyes fejlődési területekre jellemző egyéni, sajátos képességstruktúra.

A hat fő fejlődési terület átlag eredményeit pedig az ún. Mesterprofil-lapra vezethetjük fel. A kapott eredmények ilyen fajta vizuális megjelenítése pontosan láthatóvá, és a szülők számára is értelmezhetővé teszi a gyermek fejlettségi szintjét.

Név:	Születési dátum:				Diagnózis:				Kezdeti értékelési dátum:				Első újraértékelési dátum:				Második újraértékelési dátum:							
Leírás	0 hét	4 hét	8 hét (1.85 hónap)	12 hét (2.76 h.)	16 hét (3.7 h.)	20 hét (4.6 h)	24 hét (5.54 h)	28 hét (6.46 h)	32 hét (7.38 h)	36 hét (8.15 h.)	40 hét (9.23 h.)	44. hét (10.15 h.)	48. hét (11.1 h.)	52 hét (1 év)	15 hónap (1.25 év)	18 hónap (1.5 év)	21 hónap (1.75 év)	24 hónap (2 év)	30 hónap (2.5 év)	36 hónap (3 év)	42 hónap (3.5 év)	48 hónap (4 év)	4 év fölött	
Szociális-érzelmi fejlődés																								
Nagymozgás fejlődés																								
Finommotoros fejlődés																								
Adaptációs gondolkodó fejlődés																								
Receptív nyelvi fejlődés																								
Expresszív nyelvi fejlődés																								
Étkezési fejlődés																								
	Nyelv, ajak																							
	Saját et. v.																							
Öltözködés, higiénia																								

Megjegyzések: Piros: kezdeti értékelés
Kék: első-, Zöld: második értékelés

1. ábra: SEED Fejlődési Skála Mesterprofil lap

A profillapok kitöltése lehetővé teszi a teszt tételek és a mögötte álló funkciók hátlózatának kirajzolódását pontos képet alkotva így a gyermekek képességeinek struktúrájáról, hol, milyen fejlődési területen szükséges beavatkozni a fejlődés menetébe, illetve milyen terápiás, fejlesztési javaslatokat tegyünk ennek érdekében. A kvalitatív és kvantitatív értékelés, vagyis a számszerűsített eredmények és az egyéni képességstruktúra minőségi eltéréseinek leírása kerül megfogalmazásra a szakvéleményben.

Kis mintán végzett longitudinális kutatás eredménye:

Bár a SEED Fejlődési Skála alkalmazása a Budapesti Korai Fejlesztő Központban hosszú időszakra nyúlik vissza, mégis prediktív, előre jelző jellegét csak nemrég vizsgálta szakdolgozatában Stelczámer Ágnes munkatársunk

Kis létszámú csoport esetén vetette össze a gyermekek SEED Fejlődési Skálával végzett vizsgálatait az Intézménybe történő első vizsgálatától, iskolás korig, átlag 8–9 éves korig. A SEED Fejlődési Skálán elért eredményeket **relatív elmaradási érték** (fejlődésbeli eltérés/életkor) kiszámításával és rendszerezésével a következőket összegezhettük:

A 14 főből 5 gyermek esetében fordul elő, hogy jelenleg **normál tanmenettel** tanul, egyéb probléma nélkül. Az ebbe a csoportba tartozó gyermekek esetében, a vizsgálati időpontok valamelyikében szerepel az **életkorának megfelelő** jelző.

Három esetben található **autizmus spektrumzavar** a jelenlegi, vagyis iskolás kori diagnózisban. Mindhárom esetenél a SEED Fejlődési Skála leíró markereiben jelentkeznek a **beszéd-nyelv, szociális** területen megjelenő minőségi eltérések, problémák.

Ismét 3 gyermek, akik normál tanmenet szerint tanulnak, de **érzékszervi, mozgásszervi fogyatékos** diagnózissal élnek. Érzékszervi fogyatékos 2 fő (gyengénlátó,

nagyothalló) mozgásszervi fogyatékos 1 fő. A korábbi SEED Fejlődési Skálán mért vizsgálati eredményeik egyértelműen kimutatják fogyatékoságuk specializációját. (pl: mozgásszervi fogyatékos a mozgás területén kapott 0,34 relatív elmaradási értéket).

A SEED Fejlődési Skála prediktív jellegét leginkább felmutató újabb 3 fős csoport eredménye, akik iskolás korukban jelenleg **eltérő tanmenetet** követve haladnak. Esetük vizsgálatakor rajzolódott ki az eredmény (amelyet a speciális fogyatékkal élők részteljesítménye is megerősít), hogy ha a Skála korábbi eredményeit összesítve a fejlődési területek valamelyikén, vagy mindegyikén a **relatív elmaradási érték közelíti, vagy meghaladja a 0,3-at**, akkor a gyermek fejlődésmenete eltérően alakul, akadályozott lesz (Stelczámer, 2015).

A SEED Fejlődési Skála hosszú ideje tartó alkalmazása megerősítette a honosítókat abban, hogy érdemes az eszközt tesztminősítő folyamaton keresztül validitását és reliabilitását megvizsgálni. E folyamat az idén veszi kezdetét. Sikeres eljárás esetén a hazai diagnosztikai palettán egy már régóta alkalmazott obszervációs eljárás válik vizsgáló eszközzé.

Irodalom

- EADSNE – European Agency for Development in Special Needs Education (2010): *Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005–2010*. European Agency for Development in Special Needs Education, Odense, Denmark
- Kereki Judit (2014): *Majd kinövi (?) A koragyermekkor intervenció rendszer és a korai fejlesztés* TÁMOP-6.1.4. Koragyermekkor Továbbképzések IV., Hallgatói Kézikönyv, GYEMSZI, Budapest.
- Lányiné Engelmayer Ágnes és Takács Katalin (2004): A fogyatékoság jelensége a pszichológiában. In: Zászkaliczky Péter és Verdes Tamás (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, 233–268.
- Lányiné Engelmayer Ágnes (2004): A Vineland szociális érettségi skála hazai alkalmazásának tapasztalatairól, In: Torda Ágnes (szerk.) *Pszichodiagnosztika. Tanulmányok a gyógypedagógiai lélektan pszichodiagnosztikai eljárásainak köréből*
- Matesz Monika és Tar Judit (2010): *Fejlődési vizsgálatok a kora gyermekkor időszakában. Szemléleti kérdések. Módszertani alapelvek. Vizsgáló eljárások*. Képzési anyag. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.

Koraszülöttség és fejlődési kimenet

Gráf Rózsa

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Atípusos Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

A koraszülött gyermekek élete nagy megpróbáltatásokkal indul, de legtöbben közülük győztesként kerülnek ki ebből a küzdelemből. Köszönhetően a gyorsan fejlődő orvosi technikának, magas szintű szaktudásnak és annak az elkötelezett szakmaiságnak, amit egy-egy intenzív neonatális centrumban láthatunk. Azonban, hogy milyen életminőséget érnek el a későbbiekben ezek a gyerekek, ahhoz a társ-szakmáknak is hozzá kell tenni a hasonlóan magas szintű tudást és gyakorlatot. A fejlődési kimenettel foglalkozó nemzetközi irodalmakat gyűjtöttem össze a cikkben és kiegészítettem saját kutatási adatainkkal.

Kulcsszavak: koraszülöttség, fejlődési kimenet, társuló betegségek, fejlődési mutatók, koraszülöttek olvasás- és helyesírás-teljesítménye

A nagyon kis születési súlyú koraszülött gyermekek életben maradása érettségüktől és attól a környezettől – főként pedig annak felkészültségétől – függ, ahova születnek. A megszületés pillanatában a legtöbb koraszülött gyermek szervezete nem működőképes. Szükség van a korszerű, intenzív koraszülött ellátásra, amely megfelelő műszaki felszereltséget és speciálisan képzett egészségügyi személyzetet jelent. A koraszülött osztályokon olyan újszülötteket kell életben tartani, akik nem betegek, de a szervezeteük felkészületlen az extrauterin körülmények közötti működésre. Az újszülött intenzív terápia fejlődése gyökeresen változtatta meg a kis születési testtömegű koraszülöttek életkilátásait. A javuló terhesség-gondozás, a kíméletes szülésvezetés, a megfelelő szállítás, az élettani paraméterek korszerű monitorozása, a surfactan-terápia rutinszerű alkalmazása, a modern lélegeztetési módok, az új típusú gyermeksebészeti és szívsebészeti technikák bevezetése, az adekvát posztoperatív ellátás, a megfelelő enterális és parenterális táplálás, valamint a koraszülöttek ápolásában alkalmazott ún. „minimal handling”-elv a perinatális morbiditás és mortalitás jelentős javulását eredményezte. A magas szintű intenzív ellátás többnyire minőségi túlélést eredményez (*Katona és Orvos, 2005*).

A gyerekek több hónapot töltenek az intenzív osztályokon, amíg eléri azt a súlyt, vegetatív stabilitást, megfelelő gyarapodási ütemet, amivel hazaengedik őket. Az ellátás költséges és hosszú ideig tart. Ma már a szülők jelen lehetnek a koraszülött osztályokon, kézbe vehetik a kicsiket, részt vehetnek a gondozási folyamatokban. Azonban az első életheték félelmei, aggodalmai mélyen beivódnak a szülők tudatába.

Hazánkban az élve születések 8–10 százaléka koraszülés. Ez a nyugati országok viszonylatában magasnak tekinthető, hiszen Nyugat-és Észak-Európában ez az arány 4%. A probléma továbbra is népbetegségnek számít Magyarországon (www.koraszulottlap.hu).

2010-ben a világon csaknem 15 millió gyermek született a 37. gesztációs hét előtt, azaz minden 9. gyermek. A koraszülések száma világszerte növekszik. A WHO által közzétett adatok szerint Magyarországon 2010-ben 8,6% volt, amely 1990 és 2010 között évente átlagosan 0,5%-kal emelkedett. Magyarországon minden 10. gyermek koraszülöttként jön világra (www.weborvos.hu).

A koraszülöttség hatása az értelmi fejlődésre

Az értelmi fejlődésre, az intelligencia alakulására vonatkozóan rendkívül ellentmondásos adatokat találhatunk a szakirodalomban. Vannak kutatások, amelyek koraszülött gyermekek intellektusának különböző mértékű károsodásáról számolnak be az időre született gyerekek csoportjához mérten, míg más kutatások szerint nincs jelentős különbség a két csoport között (Kalmár, 2007).

Saját kutatási adataink 8–11 éves kor közötti koraszülött, diszlexiás és jól olvasó gyermekekre vonatkozóan vannak. A koraszülött gyerekek mindannyian 1500 g alatti születési testtömegű, negatív neurológiai státuszú, mérsékelt rizikójú koraszülöttek. A 28–33. gesztációs hétre születtek, 990–1350 g közötti születési testtömeggel. Az intelligenciavizsgálatot WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children-Fourth Edition) teszttel végeztük.

A WISC-IV teszt értelmezését jelenleg is David Wechsler intelligencia-felfogása határozza meg alapvetően. Wechsler szerint az intelligencia „egy egészként jellemzi a személy magatartását, ugyanakkor specifikus is, mivel egymástól eltérő elemekből, képességekből épül fel” (Nagyné, 2008. 8. o.). A szubtesztek az intelligencia kognitív vonatkozásaira irányulnak, mint a verbális megértés, perceptuális szervezés, absztrakt gondolkodás, számolás, emlékezet, feldolgozási sebesség. Az egyes szubtesztek teljesítéséhez számos kognitív képesség megfelelő működése szükséges.

A WISC-IV szerkezeti felépítését jelentősen befolyásolta a fluid és a kristályos intelligenciát elkülönítő Cattell-Horn-Carroll-féle elmélet. A fluid intelligencia olyan képesség, amely a problémamegoldásban, jelentéstulajdonításban és a különböző dolgok közötti kapcsolatok felismerésében játszik fontos szerepet, független a megszerzett tudástól. A performációs feladatok többsége ezt az intelligenciatípust méri. A kristályos intelligencia viszont az ismeretek, a megszerzett készségek alkalmazását foglalja magába, többnyire a verbális feladatok mérik (Nagyné, 2008).

A WISC-IV. kiértékelése során öt összesített csoportpontot nyerhetünk. Ez a változat is ad Teljes teszt IQ-t, ami az átfogó kognitív képességeket tükrözi. Továbbá négy kiegészítő összesített mutatót is kaphatunk, amelyek a teljesítményt az egymástól elkülönülő kognitív működések terén mutatják. Ezek a Verbális megértés Index (Vml), a Perceptuális következtetés Index (Pkl), a Munkamemória Index (Mml) és a Feldolgozási sebesség Index (Fsl).

Az elemzések során az alábbi mutatókat használtuk:

A Verbális megértés Index (Vml) szubtesztjei:

- Közös jelentés (Kj), ami a verbális gondolkodást és fogalomalkotást, a lényeges és lényegtelen tulajdonságok elkülönítését, a verbális kifejezőkészséget méri.
- Szókincs (Szk), a szóismeret, a verbális fogalomalkotó képesség, az általános tudás, a tanulási készség, valamint a nyelvi fejlettség mérésére szolgál.
- Általános megértés (Am), a verbális megértés, gyakorlati ítélőképesség próbája, verbális problémamegértés szintjét jelzi.

A Perceptuális következtetés Index (Pkl) szubtesztjei:

- Mozaik próba: az absztrakt vizuális elemzésen alapul, a téri konstrukciós képességet méri, de lényeges elemei a mozgás kivitelezés és stratégiaszervezés is. Képi fogalomalkotás (Kf) az absztrakt gondolkodás szintjét méri.
- Mátrix (Mx) a vizuális információ feldolgozását, az absztrakt gondolkodást, analógiás, szeriális gondolkodást tükrözi.

A Munkamemória szubtesztjei (Mml):

- Számterjedelem, ami az emlékezeti és figyelem terjedeleme mérésére szolgál, illetve a fordított sorrendnél a munkamemória, téri vizuális képzelőerő mérőszáma.
- Betű-szám szekvencia az információ emlékezetben tartásának képességét és az ezzel való műveletvégzés szintjét méri.

A Feldolgozási sebesség Index (Fsl) szubtesztjei:

- Kódolás: pszichomotoros gyorsaság, tanulási készség, vizuomotoros koordináció, kognitív rugalmasság szükséges a jó teljesítményhez.
- Szimbólumkeresés: a feldolgozási sebességen, a tervezésen, a döntésen, valamint a monitorozáson alapul.

Csoport	Vml	Pkl	Mml	Fsl	TtlQ
Koraszülött (23)	103,9	100,8	98,8	107,0	103,2
Diszlexiás (27)	103,2	100,6	92,6	98,3	99,4
Jól olvasó (30)	112,8	111,0	105,3	109,4	112,8

1. táblázat: Intelligenciamutatók

Számos korábban említett kutatás eredményeihez hasonlóan mi is jelentősen alacsonyabb intelligencia mutatókat kaptunk a koraszülött csoportban. A Teljes teszt IQ 9 ponttal alacsonyabb, mint a kontroll csoporté, a Perceptuális következtetés Index pedig 11 ponttal alacsonyabb. A feldolgozási sebesség index közelíti meg leginkább a kontroll csoport átlagát. Az alacsonyabb intelligencia hányados hozzájárulhat a koraszülötteknél gyakran megjelenő iskolai teljesítményproblémákhoz.

Az előrejelezhetőség megbízhatósága dilemma

Az egyre magasabb életkorig jutó longitudinális vizsgálatok tapasztalatai is azt a tényt erősítik meg, hogy a születés körüli komplex biológiai, orvosi mutatók csak rövid időre adnak megbízható előrejelzést, és megbízhatóságuk többnyire az első évekre vonatkozik. A koraszülöttségnek a fejlődésre gyakorolt hatását egyelőre csak általánosságban ismerjük, és a rendelkezésünkre álló adatok a folyamatok megértéséhez nem elegendők (*Beckwith és Rodning, 1991*).

Koraszülöttek fejlődésmentével kapcsolatban felvetődik a kérdés, hogy stabilitás jellemző-e, vagy egyenletes előre haladás, esetleg fokozott javulás, vagy éppen idővel a fejlődés lelassulása várható-e. Korábban az a nézet uralkodott, hogy a koraszülöttek fokozatosan felzárkóznak (*Ungerer és Siegman, 1983; Miller, Dubowitz és Palmer, 1984 in Kalmár, 2007*). Többen megkérdőjelezték ezt, mivel az iskoláskor kezdetén, illetve az iskolában váratlan nehézségeket észleltek (*Klein et al, 1985; Zubrick, Macartney és Stanley, 1988 in Kalmár, 2007*).

Ezzel kapcsolatos az a saját kutatásunk, amelyet a Péterfy Sándor Utcai Kórház Neonatológiai és Csecsemő Osztályán 1999–2008 között kezelt koraszülött gyerekekkel végeztünk. Az elemzésbe az 1500 g alatti születési testtömegű (igen kis születési testtömeg), negatív neurológiai státuszú, mérsékelt rizikójú koraszülötteket, és a fejlődési kimenet szempontjából fokozottan veszélyeztetett 1500 g alatti, igen kis születési testtömegű, negatív neurológiai státuszú, mérsékelt rizikójú BPD-s gyerekeket vontuk be.

Csoport	BPD-s		Nem BPD-s	
	fiú	lány	fiú	lány
Gesztációs idő (hét)	26,83 (1,67)	26,32 (1,57)	29,7 (2,51)	29,8 (2,439)
Születési testtömeg (g)	962 (38,68)	817 (39,01)	1233 (255,94)	1174 (253,19)
Mintaelemszám	27	24	81	117

2. táblázat: A születési testtömeg és a gesztációs időtartam átlagai a vizsgált koraszülött csoportban (szórás)

A fejlődési vizsgálatokat a Brunet–Lézine-féle pszichomotoros fejlődési skálával végeztem, melynek hazai adaptálását a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán Csiky Erzsébet vezetésével végezték el, 526 pszichomotoros státusz elemzése alapján.

A fejlődési skála négy területen mér: nagymozgások (PQ), finommotoros koordináció (KQ), beszéd (BQ) és szociabilitás (SzQ). A teszt eszköz-szükséglete minimális: fa kockák, csengő, tükör, pasztillák, formatábla, mesekönyv, ceruza. A vizsgálatot a szülő jelenlétében végezzük el. A részletes instrukciók segítségével standard vizsgálati helyzet teremthető. A próbák sorrendjénél figyelembe vesszük a gyermek érzelmi irányultságát, spontán érdeklődését, aktuális lelki állapotát. A teszt próbákat és kérdéseket tartalmaz. A gyerek teljesítményét profil-lapon ábrázoljuk. A teljesített próbák pontértékei alapján kapjuk meg a fejlődési kor mutatót. Koraszülöttek esetében 24 hónapos korig a korrigált életkort vesszük figyelembe (a naptári életkort korrigáljuk a koraszülöttség mértékével). A teljesítmény és a korrigált életkor alapján fejlődési hányadost (FQ)-t számolhatunk. A fejlődési hányadost kórosnak tekintjük, ha értéke 70 alatt van.

A vizsgálatokat 10–22 hónapos kor között végeztük el.

Koraszülöttek gyakori társuló betegsége – Bronchopulmonális diszplázia (BPD)

A koraszülöttek körében az egyik leggyakrabban megjelenő orvosi komplikáció, biológiai rizikó a BPD (*Lewis, Singer és Fulton, 2002*). A bronchopulmonális dysplasiát először Northway és munkatársai írták le 1967-ben (*Northway, 1967*). Manapság a BPD jellemzően az igen kis testtömeeggel születettek körében gyakori. A BPD multifaktoriális etiológiájú betegség. Kialakulásában egyaránt szerepet játszanak prenatális és postnatális tényezők (beleértve gépi lélegeztetést, oxigén toxicitást és fertőzéseket), melyek megszakítják a tüdő fejlődését, és károsítják a sérülékeny koraszülött tüdőt (*Laughon, 2009*).

A BPD-t klinikailag az elhúzódó légzéstartogatási igény, elsősorban oxigén dependencia jellemzi. A krónikus hypoxia (oxigénhiányos állapot) miatt a fejlődés elmarad, perifériás cianózis (a végtagokon a bőr színének kékes-lilás színű elváltozása), dobverőujj alakulhat ki. A növekedés és fejlődés elmaradásához hozzájárul a fokozott légzési munka miatt megnövekedett energiaigény is. „Mivel minden energiáját légzésre fordítja a gyermek, másra nem marad ereje” (*Deakins, 2009*). Ezzel magyarázható a táplálási nehezítettség is, ami tovább súlyosbítja a retardációt. A szomatikus elmaradások mellett idővel mentális visszamaradás is kialakulhat. Ebben nagy szerepe van a gyakori, elhúzódó hospitalizációnak is. A betegek a legyengült szervezet és a károsodott tüdő miatt fokozottabban érzékenyek a fertőzésekre, hajlamosak a tüdőgyulladásra. A légzéstartogatás a fertőzések és a szervezetet érő egyéb stressz-hatások jelentősen súlyosbíthatják. Ilyenkor még a látszólag panaszmentes gyermekek is rövid időn belül légzéstartogatásra, gyakran gépi lélegeztetésre szorulhatnak. Ezáltal egy önröntő kör alakulhat ki. Az állandó gyulladás tovább roncsolja a tüdőállományt, a beteg ezért egyre rosszabb állapotba kerül, miközben egyre fogékonyabb a fertőzésekre (*Lancet, 2006; Deakins, 2009*).

Az egyes alcsoportok fejlődési mutatóinak leíró statisztikája – 12 hónaposnál fiatalabbak fejlődési mutatói (szórás)

A táblázatban szereplő rövidítések: BQ: beszédfejlődési mutató, FQ: fejlődési hányados, KQ: finom motoros koordináció, PQ: nagymozgás mutató, SzQ: szociabilitás mutató

Csoport (mintaelemszám)	BQ	FQ	KQ	PQ	SzQ
BDP fiú, <12hó (12)	86,25 (26,12)	97,92 (9,73)	92,67 (21,48)	90,92 (22,87)	91,33 (23,16)
BDP lány, <12 hó (16)	92,62 (12,92)	93,12 (9,69)	94,75 (11,58)	92,56 (8,89)	92,25 (8,96)
nem BDP fiú, <12hó (39)	96,54 (14,95)	99,69 (10,4)	100,5 (9,79)	102,41 (12,86)	96,53 (9,72)
nem BDP lány, <12 hó (52)	97,08 (11,88)	99,4 (9,35)	98,83 (11,25)	102,19 (10,65)	97,76 (10,18)

3. táblázat: Az egyes alcsoportok fejlődési mutatóinak leíró statisztikája – 12 hónaposnál fiatalabbak fejlődési mutatói (szórás)

Csoport (mintaelemszám)	BQ	FQ	KQ	PQ	SzQ
BPD fiú, >12 hó (15)	69,67 (22,02)	78,53 (16,28)	75,93 (23,84)	73,73 (21,39)	77,07 (19,74)
BPD lány, >12 hó (8)	84,25 (8,86)	90,0 (5,32)	90,25 (6,11)	90,12 (5,91)	91,25 (6,34)
nem BPD fiú, >12 hó (42)	92,52 (12,31)	95,14 (10,71)	94,21 (10,84)	98,05 (14,43)	94,05 (10,38)
nem BPD lány, >12 hó (65)	91,2 (11,97)	93,35 (9,78)	94,23 (11,57)	95,82 (12,3)	92,31 (10,9)

4. táblázat: Az egyes alcsoportok fejlődési mutatóinak leíró statisztikája – 12 hónaposnál idősebbek fejlődési mutatói (szórás)

A koraszülött gyerekek csoportját bontottuk a BPD megléte, a nem és az életkor szerint (12 hónaposnál fiatalabbak, és 12 hónaposnál idősebbek) csoportokra. A fejlődési mutatók elemzését lineáris modellekkel végeztük.

A fejlődési hányados (FQ)

Szignifikáns különbség áll fenn a két életkori csoport között. A 12 hónaposnál idősebbek pontszámai alacsonyabbak. A BPD-s csoporton belül a lányok mutatói magasabbak. A nem BPD-s fiúk lényegesen jobban teljesítettek, mint a BPD-s fiúk.

A nagymozgás függő változó (PQ)

Szignifikáns különbség áll fenn a két életkori csoport között. A 12 hónaposnál idősebbek pontszámai alacsonyabbak. A BPD-s csoporton belül a lányok mutatói magasabbak. A nem BPD-s fiúk lényegesen jobban teljesítettek, mint a BPD-s fiúk.

A koordinációs mutató (KQ) függő változó

Szignifikáns különbség áll fenn a két életkori csoport között. A 12 hónaposnál idősebbek pontszámai alacsonyabbak. A BPD-s csoporton belül a lányok mutatói magasabbak. A nem BPD-s fiúk lényegesen jobban teljesítettek, mint a BPD-s fiúk.

A beszéd kvóciens (BQ) függő változó

Szignifikáns különbség áll fenn a két életkori csoport között. A 12 hónaposnál idősebbek pontszámai alacsonyabbak. A BPD-s csoporton belül a lányok mutatói magasabbak. A nem BPD-s fiúk lényegesen jobban teljesítettek, mint a BPD-s fiúk.

A szociabilitás mutató (SzQ) függő változó

A szociabilitás mutató (SzQ) vonatkozásában szintén a korkategóriák szerint mutatkozik jelentős különbség mind a BPD-s, mind a nem BPD-s csoportban, a 12 hónaposnál

idősebbek pontszámai alacsonyabbak. A BPD-s csoporton belül a lányok mutatói magasabbak. A nem BPD-s fiúk lényegesen jobban teljesítettek, mint a BPD-s fiúk.

Kutatásunk eredménye alapján bebizonyosodott, hogy a csecsemőkorú igen kis születési testtömegű koraszülött gyerekek esetében egy társuló betegség jelentősen rontja a fejlődési kimenet szintjét. Az igen kis születési testtömegű, egészséges koraszülöttek minden fejlődési mutatója az átlagos övezetben helyezkedett el, addig a BPD-s mutatói jelentősen alacsonyabbak voltak, különösen a fiúk beszéd mutatóit illetően. Az életkori bontás alapján láttuk, hogy az alulteljesítés mértéke az életkor haladtával növekszik, nem zárkóznak fel, nem hozzák be lemaradásukat. Mindezek ismeretében fontosnak tartanánk a szakemberek és a szülők tájékoztatását, és a korai intervenció kellő időben történő megkezdését a BPD-s, mérsékelt rizikójú koraszülöttek esetében, a későbbi tanulási és viselkedési problémák megelőzése céljából.

A szakirodalomban néhány longitudinális kutatás számolt be arról, hogy míg kisgyermekkorban szignifikáns hátrányt tapasztaltak koraszülötteknél, 19 éves korra ez jelentős mértékben csökkent, az iskolázottság foka nem különbözött a kontroll csoporttól. Ez az eredmény a koraszülöttek felzárkózását tükrözi (*Tideman, 2000*).

Más kutatási beszámolók viszont azt jelezték, hogy a koraszülöttek hátránya hosszú ideig fennáll és tetten érhető, esetleg az életkor növekedésével fokozódhat is (*Aylward, 2002; Kalmár, 2007; Saigal et al., 2000*). Egyes kutatások az iskolába kerülés időpontjában tapasztaltak olyan fejlődésbeli hiányosságokat, elmaradásokat, amikre a megelőző életkorokban végzett vizsgálatok alapján nem számítottak (*Cohen, Beckwith és Parmelee, 1996*).

Egészen bizonyos, hogy az időtényező nem elhanyagolható a rizikó hosszú távú hatásának megítélésében. Erre utal az „alvó hatás” elmélet (*Wrape, 2003 in: Ribiczei és Kalmár*), amely egy a korai életkorból származó rizikó későbbi életkorban megvalósuló lehetséges hatására utal (*Ribiczei és Kalmár, 2012*).

Még érthetőbb az életkor-fejlődési kimenet összefüggés a Gordon és Jens által javasolt „mozgó rizikó” modell segítségével (*Gordon és Jens, 1988*). Egy probléma eltűnése egy adott életkorban nem jelenti azt, hogy a hátrány, amely nem független ettől a korábban jelentkezett állapottól, később ne jelenjen meg újra. Ezek az állapotok egymást válthatják folyamatosan. Reziliencia esetén (a veszélyeztető környezet ellenére megfelelő alkalmazkodás) sem lehetünk biztosak abban, hogy a későbbiek során is hasonló marad az állapot (*Masten, 2001; Rutter, 2007*).

S. A. Rose és munkatársai számos, alapos kutatási eredménnyel támasztották alá azt, hogy koraszülött gyerekek esetében már a nagyon korai információfeldolgozási folyamatok (figyelem, feldolgozási sebesség) is eltérően alakulnak és ez vezethet a később megjelenő kognitív deficit kialakulásához. Az átlagos övezet alsó harmadában elhelyezkedő IQ-t (átlagosan 10 ponttal alacsonyabb, mint a kontroll csoporté) pedig a korai életkortól megnyilvánuló gyenge információfeldolgozási folyamatok következményének tekintették. Álláspontjuk szerint a koraszülöttség egy pervazív kognitív képességzavar, amely kognitív képességdeficitekkel jár. A koraszülöttek IQ-ja az időse született gyerekekhez képest általában alacsonyabb, bár a normál övezetben van. Gyengébb az iskolai teljesítményük, különösen a matematika terén. Egy 15 tanulmány eredményeit összegző elemzésből az derült ki, hogy a két csoport közötti súlyozott átlag-különbség mintegy 10 pont (*Rose, Feldman és Jeffry, 2011*).

Koraszülöttség és iskolai teljesítmény

Az igen kis születési testtömegű gyerekek közel 50%-ának nem megfelelő az iskolai teljesítménye vagy viselkedésproblémákkal küzd az USA-ban (*Inder, 2005*). Számos

kutatócsoport állapította meg, hogy koraszülöttek körében nagyobb valószínűséggel jelenik meg tanulási zavar, a tananyag elsajátítása nehezebb és gyakran alacsonyabb az iskolai teljesítményük, mint az időre született társaiké (Saigal, Szatmari és Rosenbaum, 2008).

Johnson és Breslau kis születési testtömegű koraszülöttek körében vizsgálták a tanulási zavar előfordulási gyakoriságát. Megállapították, hogy a fiúk között nagyobb gyakorisággal jelenik meg olvasás és számolási zavar, mint az időre születettek között. A koraszülött fiúk 15,2%-a volt érintett olvasászavar kapcsán, a lányoknak csak 7%-a. A számolási zavar megjelenési gyakorisága 10,9% fiúknál és 4,1% a lányoknál (Breslau, Johnson és Luca, 2001).

Erre vonatkoznak saját kutatási eredményeink 8–11 éves kor közötti koraszülött gyermekekre vonatkozóan, akik 1500 g alatti születési testtömegű, negatív neurológiai státuszú, mérsékelt rizikójú koraszülöttek voltak. A 28–33. gesztációs hétre születtek, 990–1350g közötti születési testtömeggel.

Az olvasás-, helyesírászavar megállapítása céljából a 3DM (Dyslexia Differential Diagnosis, Maastricht) számítógépes vizsgálat magyar változatának (3DM-H) olvasás szűrő programját alkalmaztuk. (Az eredeti változatát Leo Blumert és Anniek Vaessen dolgozta ki. A magyar verzió: Copyright Tóth Dénes, Csépe Valéria, Anniek Vaessen és Leo Blumert 3 DM-H, Az olvasás és helyesírás kognitív elemzése). A teszt adaptációja jelenleg kidolgozás alatt áll. A vizsgáló eljárást prof. Dr. Csépe Valéria hozzájárulásával alkalmaztuk.

A 3DM-H mérőeszköz a szóolvasás és helyesírás pontosságát és fluenciáját méri. A 3DM-H szűrővizsgálat során, a számítógép képernyőjén fél percig megjelenített, egyre nehezedő ortográfiájú és szóhosszúságú, gyakori, ritka és álszavak jelennek meg, amit hangosan olvasnak fel a gyerekek. A helyesírás szintjének felmérése során, a képernyőn hiányos szavak jelennek meg, a gyerekeknek ki kell egészíteni a szavakat a felkínált betűk közül, a megfelelő gomb megnyomásával. A mért mutatók: olvasáspontosság (olvpont), olvasásfluencia (olvflu), íráspontosság (irpont), írássebesség (irseb).

Csoport	olvasás-pontosság	olvasásfluencia	íráspontosság	írásebesség
Koraszülött (23)	52,6	53,3	51,5	49,2
Diszlexiás (27)	31,1	33,5	36,8	41,8
Jól olvasó (30)	54,8	55,5	52	50,7

5. táblázat: Az olvasás- és helyesírás-mutatók alakulása

Ebben az esetben a mi vizsgálati eredményeink nem esnek egybe a szakirodalomban korábban említett eredményekkel. A feltételezéssel szemben a koraszülöttek teljesítménye az olvasás és az írás terén nem különbözik a rizikómentes kontroll csoporttól. A kedvező eredmény értelmezéséhez figyelembe kell venni a koraszülöttek teljesítménymintázatát is, nevezetesen, hogy a kognitív hátrányuk nem érinti a munkamemóriát. Hangsúlyoznunk kell, hogy a koraszülött csoport tagjai a mérsékelt rizikójú kategóriába tartoztak, míg a feltételezéseinket megalapozó kutatási eredmények többnyire súlyosabban veszélyeztetett koraszülöttek vizsgálatából származtak.

Javaslat

A koraszülött gyermekek fejlődése nem mondható általában problémamentesnek. A kis elmaradások, az alacsonyabb intelligenciamutatók az iskolás korra összegződhetnek és jelentősen ronthatják az iskolai teljesítményt, másodlagosan viselkedési problémák megjelenéséhez vezethetnek. Szükségesnek tartjuk a rendszeres utánvizsgálatot iskoláskorig, szükség esetén a kellő időben megkezdett intervenciót.

Irodalom

- Aylward, G. P. (2002): Cognitive and neuropsychological outcomes: More than IQ scores. *Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research Reviews*, **8**. 234–240.
- Breslau, N. Johnson, N. és Lucia, V. C. (2001): Academic achievement of low birthweight children at age 11: the role of cognitive abilities at school entry. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **29**. (4) 273–279.
- Kalmár Magda (2007): Az intelligencia alakulásának előrejelezhetősége és váratlan fordulatai. Rizikómentesen született, valamint koraszülött gyermekek követésének tanulságai. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Katona Márta és Orvos Hajnalka (2005): Az intenzív újszülött ellátás aktuális kérdései. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, **10**. (3) 105–109.
- Laughon, M., Brian M., Smith P. és Bose C. (2009): Prevention of bronchopulmonary dysplasia. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. **14**. 374–382
- Lewis, B. A., Singer, L. T., Fulton, S., Salvator, A. et al (2002): Speech and language outcomes of children with bronchopulmonary dysplasia. *J Comm Disord*. **35**. 393–406.
- Nagné Réz Ilona, Lányiné Engelmayer Ágnes, Kuncz Eszter, Mészáros Andrea, Mlinkó Renáta, Bass László, Rózsa Sándor és Kő Natasa (2008): *A WISC-IV gyermek intelligenciateszt magyar kézikönyve. Hazai tapasztalatok, vizsgálati eredmények és normák*. OS Hungary Tesztfejlesztő Kft., Budapest.
- Nortway, W. H., Rosan, R. C. és Porter D.,Y. (1967): Pulmonary disease following respiratory therapy of hyaline membrane disease: bronchopulmonary dysplasia. *N Eng J Med.*, 357–368.
- Ribiczey Nóra és Kalmár Magda (2009): A „mozgó rizikó” koraszülött gyermekek fejlődésének tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*, **10**. (1–2.) 103–123.
- Rose, S. A., Feldman, J. F., Jeffery, J., Jankowski R. és R. Van Rosem (2011): Basic information processing abilities to 11 years account for deficit in IQ. *Intelligence*, **39**. 198–209.
- Saigal, S., Szatmari, P., Rosenbaum, P., Campbell, D. és King, S. (1991): Cognitive abilities and school performance of extremely low birth weight children and matched term control children at age 8 years: a regional study. *J.Pediatr.*; **118**. 751–760.
- Saigal, S., Hoult, L. A., Streiner, D. A., Stoskopf, B. L. és Rosenbaum, P. L. (2000): School difficulties in adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics*, **105**. 325–331.

A nyelvi fejlődés folyamata, az eltérő nyelvi fejlődés korai felismerése és terápiája

Rosta Katalin

ELTE Gyakorló Óvoda és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény

A nyelv az emberek közötti kommunikáció eszköze. A nyelvi fejlődés minősége meghatározó az ember életében. A nyelv hidat alkot az emberi kapcsolatokban (kommunikációban), része a tanulás, az ismeretszerzés folyamatának, a gondolatok kifejezésének. Az anyanyelvünket a környezettől kapott nyelvi minta alapján sajátítjuk el. Írásomban az anyanyelvfejlődés életkori sajátosságait, a nyelvi elmaradások formáit, pedagógiai vizsgálatát és terápiáját mutatom be, felvázolom a megelőzés és az otthoni segítségnyújtás lehetőségeit, nem foglalkozom azonban az eltérő nyelvi és kulturális szocializációból következő nyelvfeljedési problémákkal.

Kulcsszavak: anyanyelv-elsajátítás, megkésett nyelvfeljedés, állapot-megismerés, korai fejlesztés, beszédprodukción



1. kép: Kommunikációs helyzet gyermekek között

Bevezetés

A gyermek az anyanyelv elsajátítása során olyan képességek birtokába jut, amelyek segítségével alkalmassá válik gondolatainak megformálására és átadására. A nyelv, a beszéd az ember természetes, magától értetődőnek tűnő kommunikációs képessége. Az anyanyelv elsajátítása általában spontán történik, a fejlődés egy szakaszának eredményeképpen tudunk anyanyelvünkön megszólalni, vagy az elhangzott beszédet megérteni, felismerni.

A 21. században a nyugati típusú társadalmakban a nyelvi kifejezőképesség megléte, a kommunikáció színvonala a gyermekek fejlődésében és a felnőttek életminőségében meghatározó jelentőségű. A nyelv az emberek közötti kommunikáció eszköze,

az információtárolásnak és rendszerezésnek csak az emberre jellemző sajátossága. Az alap kultúrtechnikák (olvasás, írás, számolás) elsajátításának sikeressége szorosan összefügg az anyanyelv elsajátításával, befolyásolja az iskolai sikerességet. Az anyanyelv elsajátítása azonban nem minden esetben problémamentes, a nyelvi kommunikációs képesség elmaradásának a legkülönbébb organikus, funkcionális, pszichés és környezeti okai lehetnek. Írásomban megpróbálom felvázolni az anyanyelv-elsajátítás tipikus folyamatát, majd bemutatom az eltérő kisgyermekkorai nyelvfejlődést, és végül szólok néhány szót a megelőzés és a terápia lehetőségeiről.

A beszédészlelés és beszédprodukciónak elsajátítása

A nyelv elsajátítása hosszú folyamat eredménye. A méhen belüli életben a magzati nyelv kialakulásával veszi kezdetét és kb. 14 éves korban éri el a felnőttkorra jellemző nyelvi fejlettségi szintet. Az anyanyelv-elsajátítás, vagyis a beszédészlelés és -megértés az újszülöttkorban kezdődik és folyamatosan fejlődik. A csecsemők születésüktől kezdve értelmelik a környezet hangjait, és az első pillanattól kezdve alkalmasak a beszédfeldolgozásra, a kommunikációra. A háromnapos csecsemők felismerik az édesanyjuk hangját, kéthetesen pedig már képesek az emberi hangot más hangtól (pl. csengő, kutyaugatás) elkülöníteni. Az újszülöttkortól meglévő kifejező sírás már egyfajta kommunikáció, a gyermek jelzéseket küld a környezetének az állapotáról (pl. éhségsírás, fájdalomsírás). A kifejező sírás részleges funkcióvesztését a gögicselés, gagyogás megjelenése idézi elő. A gagyogásnak meghatározó szerepe van a beszéd kialakulásában és fejlődésében, mivel ez a beszédprodukciónak fejlődésének első állomása. A 6–9 hónapos csecsemő már kommunikációs céllal gögicsél. A csecsemő az első életév során begyakorolja azokat a hangképző szervekhez kapcsolódó mozgássorokat, amelyek a beszédhangok létrehozásához szükségesek. Az első szavak (kb. egyévesen) azokból a hangokból épülnek fel, amelyek a gyermek gagyogása során kialakultak (*Fehérmé Kovács és Sós né Pintye, 2010*). A gyermekek első szavai 10–15 hónapos kor körül jelennek meg, de már ez idő előtt is megértenek néhány szót, utasítást (pl. „papa”, „mama”, „megyünk!”). A gyermekek egyéves kor tájékán fedezik fel, hogy a szavak segítségével fel tudják kelteni a környezet figyelmét, és cselekvésre tudják készíteni a felnőtteket: vö. illokúciós és perlokúciós aktus (*Austin, 1990*). A gyermekek általában másfél éves koruk tájékán jönnek rá arra, hogy mindennek neve van. Ekkor az eddig lassú szótanulási folyamat ugrásszerűen felgyorsul, bekövetkezik a szórobbanás. Az első szavak általában alapszintű kategóriákat jelölnek (pl. kutya, kocsi). Az első szavakkal a gyermek egy egész gondolatot is kommunikálhat, teljes mondatot jelölhet, ezért ezt a fejlődési szakaszt az egyszavas mondatok korszakának, vagyis „holofrasztikus szakasznak” nevezzük (*Lukács és Kas, 2011*). A holofrázisok szakaszát a kétszavas, majd a többszavas közlések megjelenése követi. A gyermek fokozatosan birtokba veszi és alkalmazza a magyar nyelv fonológiai, alaktani és morfológiai jellemzőit, szabályait, ezzel párhuzamosan biztosabbá válnak a beszédhangot létrehozó artikulációs mozgások (*Gósy, 2007*). A harmadik életév tájékán kialakulnak a 4–5 tagú közlések, a gyermek kezd szabályosságokat felfedezni a nyelvben. A gyermek szókinccse folyamatosan bővül, a mondattani szerkezetek bonyolultabbá válnak. Ebben az életkorban a kisgyermek képes lesz a nyelv segítségével kifejezni érzéseiket, információt szerezni, a környezettel verbális kapcsolatot kialakítani. A gyermekek 4 éves korukban már összefüggően beszélnek, jelentősen fejlődik a szófelismerésük, egyre helyesebben használják a nyelvi toldalékrendszert, kialakul az időbeliség fogalma. Az 5 éves gyermekek beszédében az összes szófaj és alaktani jelenség előfordul, grammatikai rendszerhasználatuk folyamatosan fejlődik, szívesen és sokat kommunikálnak. A nyelvi képesség

a személyközi kapcsolatokon, a kommunikáción keresztül fejlődik, ezért a gyermekek beszédmegértésében fontos szerepe van az előzetes tapasztalatoknak, az érzelmeknek, az események sorrendjének és a beszéd feldolgozási gyakorlatának. A gyermek nyelvi fejlettségét meghatározza az, hogy környezetétől milyen beszédmintát és mennyi nyelvi ingert kap. A fejlődés a hangképzés, a jelentés, a grammatika és az interakciós képességek területén, együttesen fejlődik. A későn felfedezett nyelvfejlődési problémák nehezítik a gyermek fejlődését és fejlesztésének esélyeit.

Az iskoláskor kezdetére a gyermekeknek rendelkezniük kell az alap kultúrtechnikák (olvasás, írás, számolás) elsajátításához szükséges nyelvi fejlettséggel (szókincs, grammatika, szövegalkotási képesség, beszédértés és -észlelés), illetve ki kell, hogy alakuljon a fonológiai tudatosság, azaz a szavak hangokra történő bontásának képessége.

A nyelvfejlődési elmaradás

Az anyanyelvét minden egészséges gyermek képes elsajátítani. A nyelv elsajátításának egyes szakaszai minden gyermekre egyformán jellemzőek. Egy-egy gyermek nyelvi fejlődése azonban egyénenként változó lehet, eltérhet a szabályostól. A gyermek nyelvi fejlődését, nyelvelsajátítását meghatározzák biológiai adottságai (genetikai öröksége), kognitív és szociális képességei, valamint környezetének kommunikációs szintje. A gyermeki beszéd fejlődéséhez és megtanulásához szükség van a megfelelő észlelési teljesítményre is. Normális körülmények között a gyermekek nyelvelsajátítása az egyénre jellemző ütemben történik, egyesek az átlagosnál gyorsabban, mások lassabban fejlődnek. Az átlagtól eltérő, lassan fejlődő gyermekeknek és családjaiknak segítségre van szükségük. A nyelvi fejlődési zavarok korai felismerése, az időben nyújtott segítség döntő fontosságú, mert a nyelvi fejlettség szintje befolyásolja az egyéni életutat. A nyelvi elmaradás esetén a gyermekeknél feltűnő lehet, hogy nem figyel a környezetének hangjaira, késhet a beszédindulás időpontja, az életkorban elvárhatónál lassabban fejlődik a gyermek beszéde (pl. 3 éves és csak 5–10 szavas szókincse van), vagyis minőségi és mennyiségi eltérést mutat az életkorban elvárható beszédszinttől.

Az eltérő fejlődés hátterében a legkülönbözőbb okok állhatnak, akár a különböző biológiai adottságok (pl. az agyi érési folyamat milyensége), akár a környezeti hatások (a család nyelvi, kulturális szintje), esetleg a szociális interakció zavara. Az eltérő fejlődés felismerése, kiszűrése és nyomon követése az első életévekben a védőnő és a gyermekorvos feladata volna, hiszen ők állnak a legszorosabb kapcsolatban a családdal. Sajnos azonban a nyelvfejlődési elmaradások esetén még mindig elterjedt a „majd kinövi” szemlélet, ami akadályozza, hogy a segítségre szoruló gyermekek időben megkapják az optimális fejlődésükhöz szükséges segítséget. Reméljük, hogy a jelen pozitív irányú törekvései, vagyis az egészségügyi alapellátásban dolgozók képzése változtat ezen a szemléleten.

A nyelvi fejlődés zavarai

A gyermek gyenge beszédteljesítménye mögött a különböző nyelvi szintek (fonológiai, morfológiai, szintaktikai, lexikai, szemantikai) működésének eltérése vagy deficitje húzódhat meg. A nyelvi zavarok különböző formái jelentkezhettek önmagukban vagy valamely más fejlődési zavarhoz kapcsolódóan. A nyelvi zavarok egy részének oka a gyermekben rejlik. Az egyéni képességdeficitek közé tartozik a genetikai vagy egyéb kóreredetű általános fejlődési zavar (pl. Down-szindróma), a szenzoros zavarok (pl. hallássérülés) és/vagy a szociális zavarok (pl. autizmus). A gyermekek másik csoportjánál specifikusan jelenik

meg a nyelvi zavar anélkül, hogy a zavart kognitív, szenzoros vagy környezeti okokkal magyarázhatnánk. Ezt a zavart specifikus nyelvi zavarnak, szakirodalmi rövidítéssel SLI-nek nevezzük (Lukács és Kas, 2011). A specifikus nyelvi zavart mutató gyermekek nyelvi fejlődése már a korai életkorban eltér az átlagostól. Az első szavak a normális beszédfejlődéshez viszonyítva 2–3 évvel később jelennek meg, szókincsük lassan fejlődik. Szótalálási és szóaktivizálási nehézségeket figyelhetünk meg náluk. A gyenge nyelvi produkcióhoz az esetek nagy részében beszédmegértési nehézség is társul (Gósy, 2007).

„A nyelvi zavar sokarcú jelenség, tüneti csoportosítása több szempontból lehetséges. Az érintett nyelvhasználati területek alapján megkülönböztethetünk receptív (megértési) és expresszív (kifejezési) zavarokat. Az érintett nyelvi szintek alapján fonológiai (a beszédhang feldolgozását vagy használatát érintő), lexikai (a szókincs területén jelentkező), szemantikai (a jelentésben megmutatkozó), morfoszintaktikai (nyelvtani) és pragmatikai (nyelvhasználati) zavarokat.” (Lukács és Kas, 2011. 213. o.)

A nyelvi zavarok lehetnek enyhébbek vagy súlyosabbak, az elvárt életkori szinttől történő eltérés függvényében.

A nyelvi fejlődés zavarainak felismerése és megismerése

A nyelvi fejlődési elmaradás időben történő felismerése sok esetben nehéz, ha a gyermek általános fejlődése egyébként az életkorának megfelelő. Még mindig találkozunk a már említett „majd kinövi” szemlélettel, a szülők nemegyszer azzal indokolják várakozásukat, hogy „az apja is későn kezdett beszélni”. Pedig a probléma korai felismerése és az időben nyújtott segítség döntő jelentőségű a gyermek optimális fejlődése érdekében, és a másodlagos problémák (pl. evészavarok, magatartászavarok) megelőzésében.

Mint ahogy fentebb írtam, a fejlődési szűrés a védőnő és gyermekorvos feladata volna, akik a probléma felfedezése után a gyermeket szakemberhez, logopédushoz irányíthatják. Tapasztalataink alapján azonban a korai fejlesztésre jelentkező gyermekek nagy részénél a család vagy a környezet fedezi fel a problémát, kisebb részüknél az – organikus sérülések vagy fejlődési rendellenességek esetében – a szakorvos irányítja csak fejlesztésre a gyermeket. Megjegyezném, hogy a ma kialakult gyakorlat az, hogy a szülők a „korai fejlesztő központokban” jelennek meg először a problémáikkal. A korai fejlesztésre jelentkező családoknál a szakemberekből álló team (logopédus, pszichológus, esetenként gyógytornász vagy szomatopedagógus) munkája a panasz felvételével kezdődik, amely során meghallgatják a szülőket a gyermek nyelvi fejlődésével kapcsolatos aggodalmaikról. Ezután következik az alapos, a kommunikáció fejlődését és fejlettségi állapotát feltáró anamnézis, mely kiterjed a gyermek beszéden kívüli fejlődésmenetének feltárására is. A szakemberek a találkozás során megfigyelik a gyermek viselkedését, érdeklődését a tárgyak és az emberek iránt. Ezenkívül játékos helyzeteket teremtve megfigyelik a gyermek kommunikációját a szüleivel, továbbá fel kell mérniük a gyermek figyelmi állapotát és temperamentumát. A megfigyelés fontos része a szülő-gyermek, anya-gyermek kapcsolat feltérképezése is. A játékos helyzetekben tájékozódnak a szülő nevelési stílusáról, kultúráltságáról, nyelvhasználatáról, az esetleges szociális hátrányt kiváltó személyi okokról.

Ezután a szakemberek az adatokat értelmezik, és elemzik a gyermek nyelvi állapotát, kommunikációs készségeit és pszichés fejlettségét. Az ismeretek birtokában eldöntik a további vizsgálatok szükségességét (pl. hallásvizsgálat, foniátriai vizsgálat), és a gyermeket szakértői bizottsághoz irányítják a képességprofil és beszédállapot részletes feltárása érdekében (Rosta, 2006). A jelen gyakorlat szerint azonban a vizsgálatra hónapokat kell várni, így értékes idő esik ki a gyermek fejlesztéséből.

Problémát jelent még az is, hogy a 15/2013 (II. 26.) EMMI rendelete a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről lehetőséget biztosít a gyermekek fejlesztésére 0-5 éves korig a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás, gondozás keretein belül, azonban ha a gyermek intézményes ellátásban részesül, azaz óvodás lesz, az elkezdett korai fejlesztő munka megszakad, a gyermek fejlesztéséről a továbbiakban az őt ellátó intézmény szakemberei vagy utazó pedagógusok, logopédusok gondoskodnak, illetve súlyos beszédprobléma esetén a gyermeket logopédiai óvodai ellátásban részesítik.

Mivel a nyelvi fejlődés elmaradását jó esetben 2 éves kor tájékán fedezik fel, ekkor válik nyilvánvalóvá a környezet számára, hogy a gyermek egyáltalán nem vagy keveset beszél, így a korai fejlesztésben dolgozó szakembereknek rövid idő áll rendelkezésükre a hatékony fejlesztő munkára. Ezért a gyermek fejlődésének dinamikáját, nyelvi fejlődését a fejlesztő szakemberek csak rövid ideig tudják követni, a nyelvfejlődési zavarok terápiája során fontos folyamatdiagnózis felállítására nincs lehetőségük.

A korai életkorban fontos, a terápia sikerét meghatározó tényező még a fejlesztő szakember és a gyermek közötti biztonságos terápiás kapcsolat, a személyhez kötődés, amely a 3 éves életkor betöltése után megszakad. A harmadik életévét betöltött beszédfogyatékos (SNI) gyermekeket a szakértői bizottság kontrollvizsgálatban részesíti, és szakvéleményük alapján a gyermek további fejlesztésben részesülhet, vagy terápiája megszűnik, mert beszédállapotának felmérése alapján nem minősül beszédfogyatékosnak.

Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a hazai diagnosztikus gyakorlatból hiányoznak a korai nyelvfejlődési zavarokat vizsgáló diagnosztikus eszközök, így a nyelvfejlődési zavarok rejtve maradhatnak. Az óvodás gyermekek beszédállapotának felmérése kötelezően 5 éves korban történik meg, ez azonban az esetek jelentős részében csak a fonológiai zavarok (beszédhibák) feltérképezését, majd ezt követő terápiáját jelenti. A logopédiai vizsgálati protokoll hiánya miatt gyakran fordul elő, hogy a gyermekről csak az iskolában derül ki, hogy nyelvi fejlődési elmaradása miatt nem tud megtanulni olvasni, írni és számolni. A problémák megelőzése érdekében a korai nyelvfejlődési elmaradásokat feltáró és a fejlődést nyomon követő vizsgálati protokollrendszer kialakítása rendkívül fontos és sürgető feladat volna.

A korai segítségnyújtás szempontjai



2. kép: Beszédfejlesztés szülő bevonásával

A nyelvfejlődési elmaradás diagnosztizálása, a fejlesztésben történő részvétel jogsultságának megállapítása a szakértői bizottságok feladata. A probléma felismerésétől a diagnózis megalkotásáig azonban a gyermek fejlődése és fejlesztése szempontjából értékes hónapok vesznek el. A „korai fejlesztést” végző intézmények azonban sok esetben vállalják annak kockázatát, hogy a szakértői bizottság szakvéleménye nélkül is elkezdik a fejlesztőmunkát a gyermekek érdekében, annak a szakirodalom által alátámasztott ismeretnek a birtokában, hogy a minél korábban elkezdett nyelvi fejlesztés az igazán hatékony (Lukács és Kas, 2011). A korai segítségnyújtás a szülők, de leginkább az anyák bevonásával (ún. home-tréningben) valósul meg. A foglalkozásokon a szülő jelenléte biztonságos érzelmi háttérrel nyújt a gyermeknek. A fejlesztés egyéni és/vagy csoportos foglalkozások keretében zajlik, a gyermekre kidolgozott egyéni fejlesztési terv alapján. A fejlesztés során a szakember (logopédus) megtanítja a szülőt arra, hogy a mindennapokban miképpen foglalkozzon úgy a gyermekével, hogy annak nyelvi fejlődését segítse. Éppen ezért fontos, a fejlesztés sikerességét meghatározó szempont, hogy a gyermek fejlesztését végző logopédus vagy a fejlesztő munkában közreműködő más szakember (pszichológus, gyógytornász) a szülővel megfelelő viszonyt alakítson ki, mert ez a gyermek érdekében végzett közös munka feltétele.

A korai fejlesztés funkció-területei

A fejlődés korai szakaszában a gyermekek pszichés fejlődése a mozgásfejlődésbe ágyazottan valósul meg. A cselekvő megismerés segíti a belső képzetek felépülését, ezáltal a nyelv fejlődését, valamint a figyelmet, az észlelést, az emlékezetet és a gondolkodás alakulását (Fehérné Kovács és Sósné Pintye, 2010). A gyermek nyelvi fejlődését segítő korai fejlesztő munka komplex szemléletű, és arra törekszik, hogy a mozgásos és észlelési tapasztalatok nyújtásával segítse az éntudat, a kommunikáció és a kognitív funkciók fejlődését.

A motoros tevékenységek fejlesztése

A mozgásos ismeretszerzés az alapja az idegrendszer érésének és – a tapasztalatszerzés révén – a kognitív és nyelvi fejlődésnek. Az értelmi-fogalmi műveletek eredete a cselekvésben rejlik. A mozgás öröme, a mozgásos ügyességi és egyensúlyozó játékok, a mozgásos tapasztalatszerzés fontos motivációs erőt képviselnek a gyermek fejlődésében, ezért a fejlesztésben törekednünk kell ennek kihasználására. Sok gyermeknél a terápia kezdetén – mind az egyéni, mind a csoportos fejlesztő munkában – a mozgásos játékok jelentik a kapcsolatteremtés és együttműködés első lehetőségét.

A mozgással kísért beszéd fejlesztése

A dalok, versek, mesék gesztusokkal történő elsajátítása a nem beszélő vagy keveset beszélő, megkésett nyelvfejlődésű gyermekeknek is megadja a kifejezés örömeit. A játékos utánzás a kapcsolatteremtés eszköze, az első kommunikációs lépés. A mozgással kísért beszéd támogatja a beszéd megértését, fejleszti a kommunikációt segítő gesztusok kialakulását, javítja a gyermek figyelmét és verbális emlékezetét, fejleszti a mozgáskoordinációját. Az együttes élmény mind az egyéni, mind a csoportos terápia során segíti a szülő-gyermek, gyermek-szakember közötti kapcsolat kialakulását, harmonizálását.

A test tudatosságának kialakítása

A testtudat a mozgásfejlődés, valamint a környezetről szerzett taktilis, akusztikus és vestibuláris ingerek sorozata, funkcionális összerendeződése révén alakul ki és válik az egyén számára meghatározóvá. A kialakult testkép, mely az önmagukról alkotott tudás alapja, az egészséges személyiségfejlődés elősegítője. Minden gyermeket hozzá kell segíteni ahhoz, hogy elégedett legyen önmagával, mert a jó érzelmi állapot pozitívan hat az énképre, ösztönzi a beszédkedvet.

Az egyes érzékelési területek fejlesztése

A környezethez történő alkalmazkodás és az ismeretszerzés fejlődésében kulcs szerepe van az észlelésnek. A korai intervenciós munka során arra törekszünk, hogy a lehető legtöbb érzékelési csatornán keresztül történjen meg a különböző érzékek tudatosítása. A gyermek fejlődése szempontjából a legfontosabb a taktilis, vestibuláris, kinezetikus, látás-, hallás-, íz- és hőérzékelés fejlesztése. A fejlesztés során alkalmazott „érzékelési játékok” nagy nyelvi anyagot mozgósítanak, amely fejleszti mind a beszédmegértést, mind a beszédprodukción.

A kommunikáció fejlesztése

A kommunikáció a szociális kapcsolatteremtés és az önkifejezés eszköze. A korai segítségnyújtás a szociális kommunikációba ágyazottan történik meg. A gyermeknek meg kell tanulnia alkalmazkodni a tipikus közlési helyzetekhez, ezekben adekvátan kell tudnia együttműködni. Olyan beszédmagatartás kialakítására kell törekednünk, amely motiválja a gyermek közlési vágyát és felkelti a beszédkedvét. A gyermekben kialakult kapcsolattartási vágy a beszéd kialakulásának legfőbb motiválója. A környezettől kapott nyelvi minta alapján történik meg a nyelv elsajátítása, melynek tudatosítása a családdal, az anyával a fejlesztő munka során kiemelt célunk. A beszéd tartalmi részének, a beszéd megértésének kialakítása, a hallásészlelés fejlesztése, a fonetikai tudatosság kialakítása, a gyermek beszédfejléttségéhez, életkorához, érdeklődéséhez igazodó játékos tevékenységeken, meséken keresztül történik meg.

A kognitív funkciók fejlesztése

A gondolkodás fejlődése szorosan összefügg a nyelv fejlődésével, a nyelv fejlődése viszont elősegíti a gondolkodás fejlődését. A kognitív funkciók fejlesztésekor különös figyelmet kell fordítanunk a tapasztalatszerzés, a cselekvés közbeni ismeret elsajátítására. Nemcsak egy adott készség megtanítása a célunk, hanem az is, hogy a megismerő tevékenység folyamatába a kialakított készség beépüljön, így alapját képezhesse további megismerésnek. A játékos, sokoldalú tapasztalatszerzés és megfigyelés a felfedezés örömeivel ajándékozza meg a gyermeket, és fejleszti kreativitását. A valóság felfedezése és felfedeztetése során a gyermekek pozitív viszonyba kerülnek környezetükkel, megismerik a környezet formai, téri, mennyiségi viszonyait, színeit. Fejlődik tájékozódó képességük, időérzékelésük, kialakulnak a nagysági és mennyiségi relációk, dinamikus fejlődik a szókincsük, közlési vágyuk.

Tanácsok szülőknek



3. kép: Családi kommunikáció mondókázással

A nyelvi produkciós rendszer a korai évektől kezdve a felnőtt minta alapján szerveződik. A család, kiváltképpen az anya nagymértékben hozzájárulnak a gyermek beszédfejlődéséhez, a nyelvi hátrányok leküzdéséhez. Ennek tudatában fontosnak gondolom, hogy:

- Adjanak jó beszédmintát, vagyis lassan, tagoltan és érthetően beszéljenek gyermekükhöz, kerüljék a gügyögést!
- A gyermek közléseit türelmesen hallgassák végig!
- Ösztönözzék gyermeküket arra, hogy beszéljen (pl. kísérje beszéddel a gyermek cselekvéseit az öltöztetés és a közös játék során)!
- Meséljenek sokat a gyermeküknek, tanítsanak neki verseket és dalokat az életkorának megfelelően válogatva!
- A szülők adjanak helyes visszajelzéseket a gyermek beszédéről, ezzel is segítve a szókincs bővülését, a mondatalkotási készség és grammatikai rendszer fejlődését!
- Ne a gyermek hibáit ismételgessék, hanem a hibákat kijavítva folytassák az elkezdett beszélgetést!
- A gyermek hibás beszédét ne kritizálják!
- Biztosítsanak a gyermeküknek olyan következetes napirendet, amelyben a rendszeresen ismétlődő tevékenységek segítik a gyermek eligazodását szűkebb környezetében.

Mikor forduljanak a szülők a logopédushoz?

- Amennyiben a csecsemőkori gőgicsélést nem váltja fel gagyogás, vagy a gyermek gagyogása néhány hét alatt leépül, kifejezéstelenné válik.
- Ha a gyermek beszéde 2–2,5 éves koráig nem indul meg, és szókincsé nem éri el az ebben az életkorban elvárható kb. ötven szót.
- Ha a későn megindult beszéd lassan fejlődik, és a beszédfejlődés megtorpan.
- Ha az artikuláció, a beszéd érthetősége 4–5 éves korra nem javul jelentősen, 8–10 hangot a gyermek még mindig hibásan ejt.
- Ha a gyermek sokszor hurutos, és nem figyel a beszédre, torzítja a hangokat.
- Ha a környezet ingereire nem vagy nem adekvátan reagál.

Eltérő beszédfejlődésű gyermekek a bölcsődében

A gyermekek egy része azonban nem családban, hanem bölcsődei közösségben nevelkedik. Ebben az esetben az ott dolgozó szakemberek felelőssége is, hogy észrevegyék a gyermek eltérő beszédfejlődését. Az eltérő beszédfejlődésű gyermek a kortárs csoportban nem tud kommunikálni az életkori elvárásoknak megfelelően, így a mimika, a gesztusok és a helyzet alapján próbál meg tájékozódni a környezetében. A gyermek beszédében sok „dajkanyelvi” kifejezés marad vissza, gyakori a gesztusokkal való kommunikálás, a halandzsázás vagy az érzelmi töltetű szavakkal történő kifejezés (pl. puff, nem-nem, hoppá). A meginduló beszéd nagyon nehezen érthető a több hangra kiterjedő hibás ejtés miatt (pl. villamos = vimmajos). Gyakran előfordul, hogy a beszédfejlődés elmaradása együtt jár a lassúbb ütemű mozgásfejlődéssel, amely mind a nagymozgások területén (pl. bizonytalan járás, nem tud kúszni, mászni), mind a finommozgások területén (pl. bizonytalan kanálfogás) megfigyelhető. A megkésett beszédfejlődésű gyermekek fáradékonyabbak, nehezebb számukra a környező világ ingereinek befogadása, így magatartási problémák jelenhetnek meg náluk a kapcsolatteremtés nehézségei miatt (pl. agresszív vagy visszahúzó viselkedés). A gyermekekkel foglalkozó szakember kötelessége, hogy minden esetben felhívja a szülő figyelmét az általa észlelt problémára.

Összegzés

Ahogy láthattuk, a gyermek anyanyelv-elsajátítása a születés pillanatától – egyes kutatások szerint már a magzati lét utolsó fázisában – kezdődő folyamat, amely sikeres lezárulásában nagyon sok tényező játszik aktív szerepet. Ahhoz, hogy a kisgyermek megfelelő nyelvi fejlettséggel kezdhesse meg iskolai tanulmányait mindenképpen szükséges, hogy az esetleges nyelvi fejlődés zavarait a szakemberek, illetve szerencsésebb esetben a szülők is felismerjék, hogy azután együttes munkával küszöbölhessék ki a felmerülő problémákat. Ebben a szakemberek megfigyelése és szakszerű állapotfelmérése mellett szükség van arra is, hogy irányításukkal a szülők is mindent megtegyenek a nyelvi hátrányok megszüntetése érdekében.

Irodalom

- Austin, John L. (1990): *Tetten ért szavak*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Fehérvé Kovács Zsuzsanna és Sósné Pintye Mária (2010): *Játsszunk beszédet!* Sanoma Kiadó, Budapest.
- Gósy Mária (2007): Az anyanyelv elsajátítás folyamatairól. In: Gósy Mária (szerk.): *Beszéd-észlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv-elsajátításban*. Nikol Kkt., Budapest, 8–17.
- Gósy Mária és Gráf Rózsa (1998): *Beszélgessünk a kisbabával!* Nikol Gmk Kiadó, Budapest.
- Lukács Ágnes és Kas Bence (2011): Érts és értesd meg magad! – A nyelvi fejlődés folyamata és elmaradásai. In: Balázs István (szerk.): *A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Biztos Kezdet Kötetek II. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 180–224.
- Rosta Katalin (2006): A beszéd-rendellenességek korai felismerése, fejlesztési lehetőségek. A nyelv és beszéd. In: Várkonyi Ágnes (szerk.): *Ismerj meg ... Hogy megérts! – Ismeretek a sajátos nevelési igényű gyermekeket gondozó és nevelő szakemberek és családok részére*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 163–201.

A témához kapcsolódó ajánlott olvasmányok

Borbély Sjoukje (2012): *A szülők és mi*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.

Heldstab, H. (2013): *Miért nem beszél a gyermekem?* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.

Németh Erzsébet és S. Pintye Mária (2002): *Mozdul a szó... – Súlyosan akadályozott beszédfejlődésű gyerekek korai integratív fejlesztése*. Logopédiai Kiadó, Budapest.

Rosta Katalin (2005, szerk.): *Add a kezéd! – A mentális fejlődés segítése sajátos nevelési igényű gyermekeknél*. Logopédiai Kiadó, Budapest.

Rosta Katalin – Schuchné Rumppli Henriette (2007): Beszédfogyatékos gyermekek beszédpercepciós vizsgálata. In: Gósy Mária (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv-elsajátításban*. Nikol Kkt., Budapest, 137–148.

Sósné Pintye Mária és Melegné Steiner Ildikó (2007): Percepciós zavarok korai felismerése és terápiája a beszédindító korai intervencióban. In: Gósy Mária (szerk.): *Beszédészlelési és beszédmegértési zavarok az anyanyelv-elsajátításban*. Nikol Kkt., Budapest, 312–322.

Szelényi Marianna (2006, szerk.): *Apró lépések – Korai fejlesztő program lassabban fejlődő gyermekek és szüleik számára*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.

A hallássérült kisgyermek életútját meghatározó korai szűrés, hallókészülék-illesztés és a korai fejlesztés jelentősége

Baranyi Ildikó

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, speciális pedagógiaszakos tanár és szakpedagógus
SOTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, gyógypedagógus

Hazánkban a hallássérült kisgyerekek korai fejlesztése a naturális-verbális-orális terápia elveit követi. Azok a családok, akik hallássérült kisgyerekek számára ezt az utat választják, a halló gyerekek természetes beszédfejlődését alapul véve a hangos beszéd elsajátítását tűzik ki célul.

Az első életévek történései kulcsfontosságú szerepet játszanak a későbbi életévek szempontjából. A korai szűrés, diagnosztika, a hallókészülék kiválasztása és illesztése, a cochleáris implantáció szükségességének felismerése, az interdiszciplináris gondolkodás, mind alapkövei a sikeres korai fejlesztésnek, és az azt követő időszaknak. Jelen tanulmány a korai fejlesztéshez vezető út bemutatása mellett érinti a szülő-terapeuta együttműködésének szempontjait is. Bemutatja a közeljövőben várható pozitív változásokat, ezzel együtt az ellátórendszer főbb nehézségeit is.

Kulcsszavak: hallássérülés következményei, teljes körű újszülöttkori szűrés, diagnosztika és hallókészülék-illesztés, korai fejlesztés – korai intervenció, az ellátórendszer nehézségei

Bevezetés

Kommunikációra való igényünk, veleszületett emberi jellemzőink egyike. A születés pillanatától elkezdődik az a nagy, felfedező utazás, mely során a minket ért hatások révén tapasztalatokat szerzünk közvetlen környezetünkről, és ezzel kezdetét veszi egy hosszú folyamat, az élethosszig tartó tanulás. Az első nagy lépés már az anyaméhben megkezdődik. Az érzékszervek már a 8. gesztációs héten alkalmasnak mutatkoznak arra, hogy kapcsolatba lépjenek az embrió a környezetével, a negyedik hónapban már a magzat egész teste érzékeny az érintésre. A 14. héttől meg tud különböztetni illatokat, ízeket, fény felé fordul, és a 16 hetes magzat már érzékeli az anya testében lévő hangokat. A 24. hét körül kifejlődik a magzat belső füle, és innentől fogva képessé válik egyes hangok – így például az anya szívhangja – meghallására. A külvilágból érkező hangosabb hangokat is képes lesz érzékelni, elsősorban édesanyja és édesapja hangjára reagál, anyja beszédének hatására szívverése felgyorsul. Mindez a magzat és a külvilág közötti kapcsolat, a kommunikáció kezdetét is jelenti (*Ranschburg, 2007*).

A hangok tehát már a születés előtt többlettartalommal bírnak és túlnyúlnak a hallás önmagában való jelentőségén. A korai kötődés első állomása mellett, emocionális, kommunikációs tartalommal hidat képeznek az újszülött számára a születés előtti és a születés utáni időszak között.

Az anya-gyermek kommunikáció alapjai, a természetes beszédfejlődés

Az újszülött elsődleges kommunikációs eszköze a sírás, mely azonnali reakciót vált ki a környezet részéről. Így tanulja meg, hogy a sírás az aktuális állapot kifejezése mellett üzenet is egyben, melyet a környezet megpróbál megérteni, orvosolni. Ez vezet el odáig, hogy sírása differenciálódik, és a kisbaba megtanulja, mikor hogyan sírjon. Két

hónapos kora körül már máshogy sír, ha fájdalma van, másként, ha éhes, ha kellemetlensége van, vagy ha unatkozik.

Háromhónapos kor körül a csecsemő gazdagabb hangadásra képes, beszéd-szerve fejlődik. Vokalizálását, gőgicsélését az édesanya visszautánozza, érzelmekkel jutalmazza. A csecsemő újra reagál, mire az anya ismét válaszol, és ezzel megerősíti gyermeke kezdeményezését. Jelentést kapnak a hangok, az anyai reakció erősíti kettejük kommunikációját. Ebben a folyamatban nemcsak a hangok cserélődnek, és kapnak megerősítést, hanem az azokhoz kötődő arckifejezések is. Az arckifejezések is visszatükröződnek, egymásra hangolódnak. Ez az interakció, a beszélgetés alapja, a „most te, most én, most te, most én” ritmusa, az egymásra való figyelem, mely a szerepcsere, a későbbi beszélgetés lényege.

Az anya a kommunikációja során egy különleges „dajkanyelvvel” fordul a gyermeke felé, így üzenve meg számára a szeretetét.

A szeretetbeszéd jellemzői minden nyelvben jellegzetesek az anyai beszédben. Magasabb hangszín, dallamosabb beszéd, elnyújtott magánhangzók a szavakban, színes intonáció, rövidebb mondatok, sok ismétlés. A csecsemő-anya interakcióban kiemelt szerep jut még a tekintetnek. A kölcsönös figyelem a másakra, a szem, a hang és az érzelmek együttes találkozásával lesz teljes, és vezet el a preverbális időszakban a verbális kommunikáció alapjaihoz.

A kisgyerek nyelvi fejlődéséhez tehát nagymértékben hozzájárul a környezet, mely körülveszi őt. Az ismétlések révén egyre több mintája lesz, idővel a gyermeki gagyogás egyre inkább hasonlít a környezet hangjaihoz, megjelennek az utánzás jegei, a halandzsza nyelv használata, az egyszavas kijelentések. Egy-másfél éves kor között az ép halló kisgyerek már aktívan használ néhány szót, és viszonylag fejlett a beszédértése. A folyamatos kommunikáció során szókincese gyors fejlődést mutat, a szótanulás üteme felgyorsul. A nyelvi robbanás, vagy „szórobbanás” időszaka átlagban másfél és kétéves korra tehető. Ebben az időszakban a szókinces látványos és gyors fejlődésnek indul, a szavak mondatokká formálódnak. Egy új szókapcsolat kerül a gyermekek szókincsébe. „mi az?”

3 éves kor körül az anyanyelv alapjait elsajátítja a gyermek, egy 5–6. életév végéig pedig az anyanyelv főbb szabályai is beépülnek a gyermek nyelvhasználatába.

A környezeti tényezők mellett, a normál nyelvfejlődés további kritériumai a hallás, az idegrendszer és a beszédszervek épsége és megfelelő működése.

Bármelyik terület sérülése esetén a nyelvfejlődés lelassul. Kellő diagnózis és terápia hiányában idővel irreverzibilis folyamatok indulnak el mindezzel, akár végleges elmaradást okozva.

Az első hallásélmények jelentősége, az anyanyelvre való ráhangolódás

Az újszülött és csecsemőkori kutatások jelentős része fókuszba helyezi annak felderítését, hogy milyen előzetes tudással születnek az újszülöttek, és ez a tudás meddig tárolódik el emlékezetükben. Bizonyított, hogy a néhány órás ép hallású újszülöttek már nemcsak édesanyjuk hangját képesek megkülönböztetni a környezet más hangjaitól, hanem arra is képesek, hogy a saját anyanyelvi hangkészletüket felismerjék és elkülönítsék más nyelvek hangkészletétől. Univerzális hallásuk révén pedig 6–7 hónapos korban még képesek elkülöníteni az anyanyelv hangkészletében nem szereplő, de más nyelvben alig érzékelhető hangok közötti különbséget, 10 hónapos korukra azonban a hallásuk többé már nem univerzális, és ezt követően már nem hallják meg a két hang közötti különbséget (*Werker, Jeung és Joshida, 2012*).

A hallássérülés következményei

De mi történik, ha az újszülött hallássérüléssel érkezik a világra és hiányoznak a hallási tapasztalatok?

Bár a hallási reakciók elmaradásának nyilvánvaló jelei vannak, észrevételük és értelmezésük gyakran mégsem egyértelmű a környezet számára. Az elmúlt több évtizedes hazai gyakorlat azt mutatja, hogy a halló családokba született hallássérült kisgyerekek diagnózisának időpontja messze elmarad az kívánatostól. Különösen érvényes lehet ez az első gyermek esetében. A szülőknek még nincs előzetes tapasztalata, nehezebben veszik észre azokat a gyanújeleket, amik egyértelműsítik a hallássérülést.

A szülők szempontjából nehezítheti a felismerést az is, hogy 5–6 hónapos korig a hangadás, a gögicselés és a gagyogás egy veleszületett, belső program alapján működik, így a hallássérült gyerekeknél is megjelennek ezek a szakaszok. Habár néhány esetben az anyák visszaemlékezve már egyértelműsítik a korai jeleket, azok mégsem voltak eléggé nyilvánvalóak ahhoz, hogy időben szakemberhez forduljanak. Sajnálatos, de az sem ritka, hogy pont maga a szakember altatja el a szülői gyanút, és ezzel egy újabb vizsgálatig jelentős időt veszít a kisgyerek. A korai gyanújelek annál egyértelműbben fellelhetők, minél súlyosabb a hallássérülés, és ennek következtében, minél inkább hiányoznak a hangokra adott válaszreakciók.

A hallási reakciók elmaradása vagy teljes hiánya gyakran csak akkor válik bizonyossá, ha nem indul meg, vagy jelentős késést mutat a nyelvfejlődés. A veleszületett súlyos fokú halláscsökkenés negatív hatással van a korai kommunikációs készségekre, amelyek döntő fontosságúak a nyelvi fejlődés szempontjából (Archbold, 2010).

A hallássérülés mértékétől függően nem, vagy csak jelentős elmaradással indul meg a beszédfejlődés. A kisgyerek bizonyos hangokat jobban, másokat kevésbé, vagy egyáltalán nem hall meg, így nehezítetté és aránytalanná válik egyes szavak meghallása. Ennek hosszú távú következményeként a szókincs szegényesebb, a beszéd pedig ritmustalanabb, monotonabb lesz.

Késői diagnózis esetén, másodlagos következményeként érintettek lehetnek a szociális, érzelmi fejlődés területei is. A hallássérült csecsemő és a halló anya közötti kommunikációból hiányoznak, vagy csak részben vannak jelen azok az üzenetek, melyeket az anya a szeretetbeszéd eszköztárán keresztül elsősorban emocionális síkon közvetít gyermeke felé. A nem megfelelő anya-gyermek kommunikáció, az anya-gyermek kapcsolatra is kihatással van, idővel pedig személyiségfejlődési, és szocializációs problémákat is eredményezhet.

Éppen ezért a korai diagnózis, a hallássérülés felfedezésén túl, preventív jelentőségű is, mivel sem az anya, sem a kisgyerek nem éli át a „nem megértettség” érzését, bizonytalanságát. A halló családok a hallássérülés tényének bizonyosságával választ kapnak olyan élethelyzetekre, kérdésekre is melyek ezelőtt bizonytalanságot okoztak és, melyek segítenek megismerni a gyermekük speciális szükségleteit, elindítva őket a korai fejlesztés felé.

A korai fejlesztéshez vezető út

A hallássérült kisgyerekek korai fejlesztéshez vezető út országos viszonylatban információk hiányában gyakran nehezített és idővesztéssel jár. A még érvényben lévő, többségében csak reakciókat néző szűrés eredménye megbízhatatlan. A diagnosztika, audiológiai ellátás, hallókészülék kiválasztás, a szakértői javaslat szükségessége,

a korai fejlesztés helyszínének kijelölése, majd a hallássérültek pedagógiája szakos terapeutával való kapcsolatfelvétel gyakran hosszú, fáradságos „kutatómunka” eredményeként jut csak el a szülőkhöz.

Az újszülöttkori hallásszűrés

1993 óta Washingtonban, egy szülői szervezet a JCIH (Joint Committee on Infant Hearing) kezdeményezésére, több országban is bevezették az UNHS-t (Univerzális Neonatális Hallásszűrést), mely módszer az újszülötteket objektív módon szűri. A szűrésre épülő program következtében a szűrővizsgálaton fennakadt újszülöttek egy újabb objektív kontrollmérésen vesznek részt. Ha annak az eredménye is igazolja a hallássérülést, további vizsgálatokat követően kezdetét veszi a hallássérülést feltérképező folyamatdiagnózis és a megfelelő hallókészülék kiválasztása, illesztése. A kiszűrt csecsemők 3–4 hónapos koruktól fogva a próbakészülékek segítségével hangélményhez jutnak, és fél éves korukra már a véglegesített hallókészülékkel megkezdődik a tanácsadás-irányítás, a terapeutával való közös munka. A JCIH adatai alapján, 1000 születésre 3 hallássérült kisbaba esik, ebben a súlyostól az enyhe fokú hallássérülésig minden maradandó hallássérülés beletartozik.

Egy másik kutatócsoport eredményei alapján 1000/ 2.6 az arány (*Marschark, 2009*), így átlag tekintetében érvényesnek tekinthető, hogy 1000 kisbabából megközelítőleg 3 születik hallássérültként.

Az újszülöttkori hallásszűrés hazai helyzete

Magyarországon az újszülöttek hallásszűrése 1983 óta teljes körű, de nem objektív. Az objektív módszer lényege, hogy nem szubjektív (a viselkedés változásán alapuló megfigyelés) módon történik annak megítélése, hogy van-e vagy nincs hallási reakciója az újszülötteknek, hanem műszeres vizsgálattal. A szubjektív vizsgálatok nem frekvenciaspecifikusak, megítélésük bizonytalan és pontatlan. Továbbá a megfigyelésen alapuló módszerrel nem szűrhető ki sem a közepes, sem az enyhefokú, sem pedig az egyoldali hallássérülés.

Az utóbbi évtizedekben hazánkban is jelentős törekvések voltak arra, hogy külföldi minták alapján egységesen bevezetésre kerüljön az újszülöttek teljes körű objektív hallásszűrése. Az objektív hallásszűrést (BERA, ABR, OAE) Pécsen és Baján 1997-ben dr. Pytel József professzor és dr. Beke Zsolt vezették be először (*Beke, 2009*). E munkájukkal nemcsak hazánkban, hanem egész Közép-Európában élen jártak. Bár 2005-ben, 27 helyen, az újszülöttek 32%-át vizsgálták meg teljes körű objektív módszerrel, sajnálatos, hogy az elmúlt években visszaesés történt, mely elsősorban a bezárt szűrőállomások és a még mérést végző szűrőhelyek színvonalbeli romlása miatt következett be (*Baranyi-Fejes, 2012*).

Előrelépés volt, hogy az egészségügyben dolgozó szakemberek együttműködése eredményeként, 2010-ben az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó Országos Gyermekegészségügyi Intézet szakmai irányelvet fogalmazott meg a Fül-Orr-Gégészeti Szakmai Kollégium, a Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, és a Védőnői Szakmai Kollégiummal egyeztetve. Az irányelv tartalmazza a 0–18 éves korig szükséges szűrés életkorra bontott főbb állomásait, különös hangsúlyt fektetve a nyelvvelsajátítás szempontjából kritikus időszak, valamint az újszülött- és csecsemőkori hallásvizsgálatok jelentőségére (*Beke, 2009*). Sajnos az irányelv törvényi szintre emelése évekig váratott magára. Azonban örömteli hír, hogy a közelmúltban a szakmai

irányelvek újragondolása után az Emberi Erőforrás Minisztérium által a módosító beadvány elfogadásra talált, így előreláthatólag Magyarországon 2015 szeptemberétől az új törvényi szabályozás lép életbe. Ez alapján 2015. szeptember elsejétől kezdve minden újszülöttet objektív módszerrel kell szűrni a születését követő 0–4. nap között a szülészeti osztályon (*Magyar Közlöny*, 2015).

A közeljövőben bevezetésre kerülő UNHS-program új helyzet elé állítja a hallássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógusokat is, ugyanis korábban csak nagyon kivételes esetben találkoztak egyéves kor alatti hallássérült kisgyerekekkel. A szűrés következtében várhatóan már a pár hónapos csecsemők is hallókészüléket kaphatnak.

Az objektív hallásszűrés kötelező jellegének bevezetése hosszútávon is döntő jelentőségű a veleszületett hallássérült kisgyerekek életútja szempontjából. A korai diagnózis esélyt adhat arra, hogy a korai hallókészülék-ellátással a csecsemő hozzájuthasson azokhoz a hangokhoz, környezetében lévő fontos információkhoz, amik nélkülözhetetlenek a preverbális kommunikáció és a nyelv fejlődése szempontjából.

Diagnosztika

Audiológiai ellátás – hallókészülék ellátás

A korrekt diagnosztika és az erre épülő hallókészülékes ellátás életkortól függetlenül megkívánja az objektív és szubjektív módszerek együttes alkalmazását, a kapott eredmények együttes mérlegelését, összevetését. Csecsemők és kisgyerekek esetében a hallókészülék-ellátás az alacsony életkor miatt különösen igényli a speciális szaktudást és széleskörű látásmódot. Az ellátást végző szakemberektől kívánalom, hogy az objektív (OAE, ABR, BERA, ASSR) vizsgálat eredményeit az életkor specifikus (magatartás-megfigyelő audiometria 0–6. hó, vizuális megerősítő audiometria 6–30. hó, játékaudiometria 30. hónaptól) szubjektív vizsgálatok eredményeivel vessék össze, és emellett vegyék számításba a gyerekek életkorából adódó illesztés speciális szempontjait is (*Keresztessy*, 2012).

Az orvosi, audiológiai, akusztikai és gyógypedagógiai tudás összeadására és együttműködésére nagy szükség lenne.

Amennyiben a vizsgálat eredménye indokoltá teszi a kisgyerek hallókészülékes ellátását, az audiológus orvos javaslata alapján a következő állomás a fülillesztékhez szükséges lenyomatvétele. 1–2 héttel később az elkészült illesztéssel elkezdődhet az első hallókészülék kipróbálása. A gyerekellátás nagyon nagy felelősség, hiszen a vizsgálatok adatain, eredményein túl, az egyéni, szubjektív tényezők figyelembevétele is elengedhetetlen. Egy csecsemő életkoránál fogva nem képes még arra, hogy pontos visszajelzést adjon a környezetének a hallókészülékes hangélményeiről. Éppen ezért a hallókészülék optimális működésének megítéléséhez a szakembereknek kell „megtanulniuk olvasni” az egyéb jelekből, mint pl. a kisgyerek viselkedésének megváltozása, az eddig kialakult napirend „felborulása”, hangulatváltozások, hiszen ezek háttér információként sokat elárulhatnak a hallókészülék-illesztés sikerességéről.

A hallókészülék kiválasztásának folyamatában (mely kisgyermek esetében a többféle hallókészülék kipróbálása miatt akár néhány hónap is lehet) az optimális illesztés elérésének szempontja mellett további cél az is, hogy ne csak meghallja a hangokat, hanem az erősítés mértéke tegye lehetővé a beszédértést is. Abban az esetben, ha a hallásvesztés mértékének következtében ez néhány hónap elteltével sem lehetséges, felmerül a cochleáris implantáció szükségessége.

Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Hallásvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye

2013 óta a Hallásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Hallásvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó egyik tagintézményeként működik tovább. (15/2013 (II.26) EMMI rendelet) Az előző évek gyakorlatának megfelelően továbbra is feladata a szakértői bizottsági tevékenység, országos ellátási körzettel. A korai fejlesztéshez vezető útnak egy újabb fontos állomása, mivel szakértői vélemény és kiállított javaslat alapján vehető csak ingyenesen igénybe a korai fejlesztés mint szolgáltatás. Az érvényben lévő jogszabály alapján a 18 hónaposnál fiatalabb kisgyerekek esetében a bizottság személyes megjelenés nélkül is kiállítja a korai fejlesztésre való jogosultságot, de ehhez szükség van a szülő írásban benyújtott kérésére és a hallássérülést igazoló előzetes orvosi/gyermekneurológiai vizsgálatok eredményeire. 18 hónapos kor felett a szakértői bizottság elvégzi az életkor-specifikus pedagógiai és pszichológiai vizsgálatokat, majd javaslatot tesz a gyermek lakóhelyéhez közel eső korai fejlesztést végző intézményre. A 0–3 éves korú kisgyerekeknek hetenként min. 1, max. 4 óra vehető igénybe (*Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye*, 2013).

A napi gyakorlat azt mutatja, hogy az audiológiai állomások gyógypedagógusok hiányában nem tájékoztatják a szülőket a szakértői bizottságok működéséről, feladatokról. Így sajnos a családok sokszor „elkallódnak”, és hónapokat is veszíthet egy kisgyerek, mire a szülő kideríti, hogy hogyan is férhet hozzá ingyenesen a korai fejlesztéshez.

A korai fejlesztés, korai intervenció jelentősége

A korai fejlesztés hatékonysága evidencia alapú a gyógypedagógia minden területén. A korai beavatkozás intenzív és kedvező folyamatokat indít el, újabb szinapszis kapcsolatok alakulnak ki, egyes hátrányok idővel felszámolhatók.

A hallássérült kisgyerekek esetén különösen fontos, hogy minél előbb elkezdődjön a terápiás beavatkozás, mivel a hallópálya érése nem fejeződik be közvetlenül a születést követően, hanem kb. a negyedik életévig, részben külső ingerek hatására alakítható. Az agyi plaszticitás mellett további érv még az első életévek szenzitív időszakának kihasználása is.

A korai hallásfejlődés elősegíti a korai kommunikációs készségek alakulását, kapcsolódva a korai társalgáshoz, interakcióhoz és azokhoz a területekhez, melyek elengedhetetlenek a nyelvfejlődés és a kognitív fejlődés szempontjából (*Archbold*, 2010).

„A korai fejlesztés, korai tanácsadás fogalmát külföldön és hazánkban egyaránt kezdi felváltani a korai intervenció fogalma. Ez a fogalomváltás nem egyszerűen korszerűbb, hangzatosabb szakmai terminológia, hanem nagyon mély tartalmi, szemléletbeli váltást is jelent az egész gyógypedagógián belül. Számos árnyalt jelentésbeli különbözőségeen túl a legfontosabb üzenete számunkra a családra irányuló figyelem, és a velük történő együttműködés hangsúlyozása”.

(*Baranyi-Fejes*, 2012)

A koragyermekkori intervenció az eltérő fejlődésű gyermekek tervszerűen felépített programja, a család segítése, mely az egyedi igényeket is figyelembe veszi (*Czeizel*, 2009).

A korai intervenció célja a fejlődési elmaradás, sérülés korai életszakaszban történő felismerését követően a sérült kisgyermeket nevelő családok segítése, a gyermek sérült vagy lassabban kialakuló készségeinek fejlesztése, a jobb életminőség és a szociális kapcsolatok támogatása.

A hallássérültek pedagógiája szakterület a korai intervenció fogalmát, szemléletét régóta alkalmazza, hiszen a terápia a szülő-gyermek-terapeuta hármására épül, együttműködésük nélkül a terápia elképzelhetetlen.

A korai fejlesztés területén dolgozó hallássérültek pedagógiája szakos terapeuták a jelenleg hatályban lévő jogszabály értelmében a 0–3 (4) éves korú hallássérült kisgyerekekkel és családokkal foglalkoznak. Az ellátás módja utazó vagy ambuláns formában történik, attól függően, hogy milyen igény érkezik a család részéről. A 3. életév betöltése után azok a gyerekek, akik többségi óvodába mennek, az integrációhoz tartozó utazó tanári szolgáltatást vehetik igénybe, ami azt jelenti, hogy – kevés kivétellel – másik terapeuta lép az előző helyébe.

Hazánkban a korai fejlesztés a naturális-auditív-orális terápia alapelveire épül. A terápia a fiziológiás hallás maximális kihasználásával a természetes beszédfejlődést követi, melynek alapja a beszélő nyelvi környezet.

Mitchell és Karchmer kutatásai alapján a veleszületett hallássérüléssel született kisbabák 95 %-a halló szülők gyermeke, az anya a sajátos kommunikációs készségét és a hangos beszédet használja gyermekével (*Archbold, 2010*).

Morag Clark, a naturális-auditív-orális irányzat elkötelezett híveként hangsúlyozza annak fontosságát, hogy az anya mindig az anyanyelvén adja a nyelvi mintát hallássérült gyermeke számára, mivel semmilyen tanult, második nyelven nem tudja ugyanolyan hitelesen átadni a nyelvet kiegészítő metakommunikatív, emocionális tartalmakat, mint a gyökerekből építkező és mélyen elraktározódott anyanyelv eszköztárán keresztül. Példa erre a migráns háttérű családok esete is. A terapeutának akkor is bátorítania kell az anyákat anyanyelvük használatára, ha a hallássérült kisgyereket körülvevő társadalmi környezet nyelve ezzel nem azonos (*Clark, 2007*).

Szülő-terapeuta együttműködése

A tanácsadás-irányítás szempontjainak a kezdetektől érdemben kell segíteni a szülőket, hiszen a diagnózis és az azt követő időszak nehézségei nagyon megterhelik a családokat, és az új élethelyzet számos kihívást hoz a hétköznapokban.

1. Az „élet valóság” – a szülő szemszögéből

Minden szülőnek természetes vágya, hogy gyermeke egészségesen szülessen, boldog életet éljen és felnőttkorára sikeresen beilleszkedjen a társadalomba.

A hallássérülés gyanújának beigazolódása a családok életében a tervezettől eltérően egy másfajta élet kezdetét is jelenti, a hétköznapok sok ismeretlen feladatot, kihívást hoznak.

A diagnózist követően, egy természetes gyászfolyamaton mennek keresztül a szülők, mely során meg kell gyászolniuk az egészségesnek hitt gyermekük elvesztését. Nagyon fontos, hogy a szakemberek türelemmel és megértéssel forduljanak a szülők felé, hiszen tele vannak bizonytalansággal, kérdésekkel. „Fog beszélni, és ha igen, mikor” „de, ugye meggyógyul”, „milyen gyógyszert kell szednie, hogy megszűnjön a hallássérülés” – ehhez hasonló kérdéseket gyakran hallhatnak a szakemberek. Ebben az új, sokkoló helyzetben a szülőknek nagyon nehéz „meghallani” és elfogadni azt a tényt, hogy gyermekük hallássérülése nem gyógyítható, és bár van segítség, a hallássérülés, végleges állapot.

Minden szülőnek saját magának kell feldolgoznia az őt ért traumát karaktere, személyisége, élethelyzete alapján. Éppen ezért ez is nagyon különböző lehet.

A fiatal, súlyos fokban hallássérült kisgyerekek nem úgy reagálnak az édesanyjukra, mint a halló csecsemők. A reakciók hiányát kudarcként élheti meg az anya,

ami odáig vezethet, hogy megváltoztatja az interakciójának jellegét, és a hallássérült gyermeke számára nem biztosítja tovább azt az ingergazdagságot, amiben a halló gyerekek részesülnek (*Archbold, 2010*).

Tucker-Nolen kutatópáros megfigyelte, hogy a kb. 18 hónapos korú hallássérült gyerekek édesanyjának beszéde mennyiségi és minőségi szempontból is megváltozik a halló gyerekek édesanyjának beszédéhez képest.

Kevesebbet beszélnek gyermekükkel, több felszólító és kevesebb kijelentő mondatot használnak. Egyszerűbben fogalmaznak, egyszerűbb nyelvi szerkezeteket alkalmaznak. Inkább szavakat, mintsem mondatokat használnak, de a mondatok rövidek, jellemzőjük az egyszerűsített nyelvhasználat. Mivel a gyermek kevesebb hangot ad, az anyai megnyilatkozások száma és minősége is csökken, és idővel nem veszi észre gyermek kommunikációs kísérleteit sem. A reakció elmaradásával hiányzik az a megerősítés, ami a hangos beszéd alapeleme lenne és feltétele a szerepcserének. Jellemző lehet az is, hogy az anya tanítani akar, ezért gyakran tesztl, visszakérdez, inkább szavakat használ és gyakoroltat, így eltorzul a gyermek nyelvi környezete. Az anya kevésbé terjeszti ki a gyermek beszédét, és gyakoribbak részéről a kritikus, negatív reakciók. Egy idő után a gyermek kevésbé lesz kezdeményező, hiszen a sok negatív hatás elveszi a kedvét, ami nemcsak a nyelvfejlődésére hat negatívan, de az anya-gyerek kapcsolatra is rossz hatással van. Előfordul az is, hogy az anya beszéde elhalkul vagy felgyorsul, és szinte csak magában beszél, így rosszul hallhatóvá válik hallássérült gyermeke számára (*Tucker-Nolen, 2005*).

Mivel a szülők (főleg az édesanyák) vannak a gyermekeikkel, nagyon fontos, hogy a közös idő élményekkel gazdagon és hasznosan teljen, hiszen ennek az időszaknak óriási jelentősége van a hallássérült kisgyerekek jövőjének szempontjából.

2. A „terápiás valóság” – a terapeuta szemszögéből

Ismerve az anyai beszéd torzulásának veszélyét, a hallássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógusnak mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy az anya-gyerek kommunikáció minősége és mennyisége ne változzon meg az anyákban a hallássérülés tényének ismeretében. Feladata továbbá az is, hogy segítse a szülőket (elsősorban az anyákat) abban, hogy a szeretetbeszéd nyelvén forduljanak a csecsemőjük felé, és használják ki a hétköznapiak során a nyelvfejlesztés lehetőségeit.

A tanácsadás és irányítás egyaránt fontos területei a szurdopedagógus munkájának, hiszen minden egyes család egyedi, és a benne lévő családtagok is különböző egyéniséggel, személyiséggel rendelkeznek. Ezeket az egyéni sajátosságokat mindig figyelembe kell venni a fejlesztő munka során.

A hallássérült kisgyerekek megsegítése a kooperációs modell alapelveire épül. Ennek a modellnek az együttműködés képezi az alapját, a terapeuta segítőként van jelen, tiszteletben tartva, hogy az édesanya ismeri legjobban a gyermekét (*Böhler-Kreitlov, 2005*).

A szakmai és a szülői kompetencia harmóniája meg kell, hogy maradjon az együttműködésben, ennek feltétele az is, hogy mindenki megmaradjon a saját szerepkörében.

A közös elfogadás, bizalom, őszinteség, türelem, alapvető tényezői a jó szülő-terapeuta kapcsolatnak, mely idővel meghozza a közös munka eredményét.

A gyógypedagógus felelőssége igen nagy, hiszen tudása nem korlátozódhat kizárólag csak a terápiás foglalkozások idejére. Fel kell tudni mérnie azt is, hogy a meglévő hallókészülék a hallássérüléshez képest kellő mértékben erősít-e, szükséges-e állítani a hallókészüléken, és ezeket az észrevételeit meg kell osztania a szülőkkel is.

A mai technikai lehetőségek megkívánják a szakemberek ez irányú tájékozottságát, szakmai érdeklődését, nyitottságát, így ha egy súlyos fokban hallássérült kisgyerek beszédértése nem biztosított hallókészülékkel, mindenképpen felmerül a cochleáris implantáció szükségessége.

Cochleáris implantáció

A cochleáris implantátum egy olyan elektronikus eszköz, mely a külső hangforrásból érkező különböző frekvenciájú hangok akusztikus energiáját elektromos stimulusokká alakítja át, és ezt közvetlenül a hallóideg sejtjeire továbbítja (Speer és Ribari, 2002). Két részből, a beültetett belső, és egy külső egységből áll.

Veleszületett nagyothallás esetén a műtét célja minden esetben az, hogy az implantátumot viselők egy teljesebb élet várományosaként a lehető legjobb minőségben megtanuljanak beszélni, és be tudjanak illeszkedni halló társaik közé. Korai beavatkozás esetén a nyelvfejlődéshez szükséges feltételek biztosításával normál nyelvfejlődés várható.

Az elmúlt évtizedek hazai és nemzetközi tapasztalatai egyaránt igazolták a cochleáris implantáció létjogosultságát és sikerességét. A 60-as évektől kezdve mára már több száz ezren viselnek implantátumot a világon. Magyarországon először Budapesten, 1985-ben végezték el az első CI műtétet a SOTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinikán, prof. Dr. Ribári Ottó vezetésével (Küstel, Ribári és Répássy, 2002).

1995 óta Szegeden, a SZOTE Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinikán is folyamatosak a beültetések, majd évekkel később a Pécsi Tudományegyetem Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika és a Debreceni Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika is csatlakozott a műtéti programhoz.

A műtéti beavatkozás mára már rutin műtétnek számít, és a különböző választható műtéti technikáktól függően, másfél-két óra alatt elvégezhető.

Sajnálatos, de az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy ma még hazánkban kevesen tudnak erről a lehetőségről, így az információhiány következtében megnő azoknak a szakembereknek (gyerekorvos, védőnő, audiológus, gyógypedagógus) a felelőssége, akik a hallássérült gyermekkel és szüleikkel kapcsolatban állnak.

A 2015 szeptemberére tervezett kötelező objektív újszülöttkori szűrés következményeként várható, hogy a korai diagnosztika révén a jövőben a súlyos fokban hallássérült kisgyermek időben hozzájuthatnak a cochleáris implantáció lehetőségéhez.

Van olyan nemzetközi vizsgálat, melynek eredményei alátámasztják, hogy a korai (1 éves kor alatti) időszakban történő cochleáris implantációt követően, a műtét után egy évvel, a videó- analízis módszerével összehasonlított halló és hallássérült csecsemők preverbális kommunikációja között nincs szignifikáns különbség (Tait, De Raeve és Nikolopoulos, 2014).

A sikeres és korai beültetés azonban önmagában nem elegendő. A tanácsadás-irányítás elvei alapján megvalósuló szülő-gyógypedagógus együttműködése szintén alapvető. Mondhatjuk úgy is, hogy a cochleáris implantátum sikeres beültetése maga a hallás kapuja, de éveken át tartó szurdopedagógiai terápia szükséges ahhoz, hogy a beszédtanulás felé vezető út is járhatóvá váljon.

Nehézségek az ellátórendszerben

Egy ellátórendszer akkor működik jól, ha megvan benne a folyamatosság, egymásra épülő lépcsőfokok helyes sorrendje, különböző szakmai területek együttműködésével, érvényesül a multidiszciplináris szemlélet. A korai fejlesztéshez vezető út során számos olyan nehézség merül fel, mely akadályozza mindennek a megvalósulását.

Az objektív szűrés kötelező bevezetése mérföldkő az érintettek esélyegyenlősége és a hallássérültek pedagógiájának szempontjából, de csak az első alapkőve a jó ellátásnak.

Lényeges, hogy a szűrést követően a jövőben már nem lehet sok olyan „mulasztás”, akár a család, a környezet, akár a szakember részéről, mint korábban volt, hiszen, az első szűrés alkalmával kiszűrt gyerekek már a rizikó csoport tagjaként újabb vizsgálatra lesznek visszahívva, így szem előtt maradnak. Mindenképpen el kell érni, hogy a szűrőn fennakadt gyerekekkel szüleik visszajöjjenek a második mérésre, mely még akár meg is cáfolhatja a hallássérülés tényét. A tervezettek szerint a második mérés már az egyes klinikák audiológiáján lesz, így mindenképpen veszélyforrás lehet, hogy nem jelenik meg a szülő az új mérőállomáson. A külföldi tapasztalatokat figyelembe véve azzal is számolnunk kell, hogy az első néhány évben túl sok a fals pozitív eredmény. A szűréseket végző szakemberek képzése ellenére a szűrőmódszer bevezetésekor néhány év biztosan kell ahhoz, hogy a kiszűrt gyerekek aránya megközelítse a lehetséges veleszületett hallássérülések számát.

További nehézséget jelenthet, hogy a csecsemők ellátására az audiológiai állomások többsége nincs felkészülve. Kevés kivétellel hiányoznak a gyógypedagógusok, akik segítői lehetnének a hallókészülék-kiválasztás és -ellátás folyamatának. A hallássérült szakirányon végzett terapeuták évekig tanulnak azokról a hallássérült kisgyerekekre jellemző speciálisszükségletekről, melyek segítségével egy másfajta szempontrendszerrel segíteni tudják a gyermek reakcióinak, kommunikációs kezdeményezéseinek, jelzéseinek értelmezését.

Az objektív módszerek a szűrés értékén túlmutatnak ugyan, de nem elegendők ahhoz, hogy önmagukban egy kisgyerekekre hallókészüléket lehessen illeszteni.

A kisgyermekkori hallókészülék-ellátás nagyon nagy felelősség, melyben az objektív eredmények mellett a szubjektív módszerek eredményei, és az érintett hallássérült kisgyerek sajátos visszajelzései és érzékenységének szempontjai is egyaránt figyelmet kell, hogy kapjanak. Az életkor specifikus pedoaudiológiai módszerek kiegészítő alkalmazása ebben is nagy segítséget jelenthetne egy orvosi-audiológusi-gyógypedagógiai teamben.

A korai hallókészülékes ellátásban a hallókészülék jó beállításán túl szükséges annak a hangsúlyozása is, hogy a hallássérült kisgyerekek hallásához csak akkor lehet minél pontosabban elvégezni a hallókészülék-illesztést, ha a találkozások, visszajelzések, kontrollvizsgálatok időről időre megvalósulhatnak. Sajnálatos, de ez a szemlélet sok esetben a szűréstől függetlenül sem valósul meg a napi gyakorlat részeként.

A hallókészülék-ellátás folyamata mellett további nehézséget jelenthet, hogy a szülő nem kap megfelelő tájékoztatást a további lehetőségeiről, teendőiről. Érdemes többféle hallókészüléket is kipróbálni és gyógypedagógiai segítséggel összehasonlítani a tapasztalt különbséget. Ha a hallókészülékes fejlesztés nem eredményes, fel kell ajánlani a cochleáris implantáció lehetőségét. Erről a műtéti eljárásról, annak ellenére, hogy Magyarországon már a '90-es évek óta gyerekeknél is nagy sikerrel alkalmazzák, kevesen tudnak, vagy kellő információk hiányában maguk a szakemberek sem javasolják időben az elvégzését. Nehézség lehet az is, hogy ha a szülőnek tudomása is van arról, hogy gyermeke fejlődésének megsegítése érdekében igénybe veheti a szurdopedagógus/hallássérültek pedagógiája szakos terapeuta segítségét, ilyen szakember nincs számára elérhető távolságban, nincs a lakóhelye közelében. Amióta a korai fejlesztés mint szolgáltatás szigorú szabályozás eredményeként a szakszolgáltatásokon keresztül vehető igénybe, országos viszonylatban nehezítetté vált a hallássérült kisgyerekek korai fejlesztése.

A már jól kidolgozott és jól működő napi gyakorlat hullott szét azzal, hogy a speciális iskolákhoz, egyesített módszertani intézményekhez tartozó korai fejlesztés területét nem végezhetik többé azok a jól felkészült szakemberek, akik ezekben az egyesített módszertani központokban dolgoznak. Bár a Korai fejlesztő és Módszertani Központok továbbra is fogadhatják helyhez kötötten a hallássérült kisgyerekeket, számuk elenyésző, és csak kevés gyermek számára hoznak megoldást. A jelen helyzet országos szinten azt mutatja, hogy a szakszolgálatok többsége szakemberhiánnyal küzd, és nehezen biztosítja a hallássérültek pedagógia szakos, naprakész tudású gyógypedagógust. Annak ellenére, hogy az lenne a cél, hogy a szülő-gyermek-terapeuta hármasan keresztül a kooperációs modell valósuljon meg, még gyakran előfordul, hogy a szülő kívülálló marad, a foglalkozásokon nem vehet részt, csak utólag értesül „az anyagról” házi feladat formájában. Ez a régi, elavult gyakorlat, a gyermekcentrikus modellre épülve, merőben ellenkezik a ma kívánatos szemlélettel. Egy másik, szintén a gyakorlattól távoli modell a ko-terapeuta modell, ami szintén kerülendő. Bár a szülő ebben a modellben aktívan részt vesz a foglalkozásokon, szülői szerepköréből kilépve szinte segédterapeuta válik belőle. Ennek hosszú távú hatása kedvezőtlenül érinti a szülő-gyermek kapcsolatot, hiszen otthon is mindig egy terapeuta lesz a gyermekkel. Gyakori nehézség az is, hogy mire sikerül „találni” szakembert, a segítségre váró család és kisgyerek értékes időt veszít, és nem egyszer a 3. életév betöltésével óvodakötelessé válik a kisgyerek, így még csak be sem kerül a korai fejlesztés ellátórendszerébe. Ennek a rendszernek a hiányosságai – elsősorban a minőségi ellátás – egyre nagyobb gondot okoz vidéken, azon belül is főleg a kisebb településeken élők helyzete nehezített, vagy kilátástalan.

Összegzés

A korai fejlesztés és intervenció ellátórendszerének hiányosságait látva a hallássérültek pedagógiája területén is akad még bőven tennivaló. Míg a fővárosban viszonylag rövidebb és gördülékenyebb út vezet a korai fejlesztéshez, addig vidéken számos nehézséggel kell szembenézniük a családoknak. Az ország egyes régióiban az ellátás feltételei különböző mértékben adottak és számos akadályba ütköznek, mindez megnehezíti a hallássérültek pedagógiája szakos gyógypedagógusokkal való kapcsolatfelvételt, közös munkát.

Az objektív hallásszűrés kötelező jellegének bevezetése hosszútávon is döntő jelentőségű a veleszületett hallássérült kisgyerekek életútja szempontjából. A korai diagnózis jó prognózist adhat ahhoz, hogy az időben felfedezett hallássérült kisgyerekek mielőbb megkapják a hallókészüléket vagy a cochleáris implantátumot, esélyt kapva a sikeres integrációra, társadalmi esélyegyenlőség megvalósulására. Éppen ezért a szakembereknek is az interdiszciplináris teammunkát szem előtt tartva együttesen kell összefogniuk annak érdekében, hogy a XXI. század technikai vívmányai találkozhassanak a hatékony, minőségi ellátással.

Irodalom

- Archbold, S. (2010): Pediatric cochlear implantation: establishing the intervention and its context. In: *Deaf Education Changed by Cochlear Implantation?* 17–51.
- Baranyi Ildikó és Fejes Gabriella (2012): Hallássérült kisgyermek korai fejlesztése In: Perlusz Andrea (szerk.) „...Aki olvassa, értse meg...” Csányi Yvonne köszöntése. ELTE BGGYK, Budapest, 64–83.

- Beke Zsolt, dr. (2009): *Univerzális neonatális hallásszűrés-módszerek, feladatok a védőnők szemszögéből*. (Előadás, Bajai Kórház, Fül-Orr-Gégeosztály)
- Beke Zsolt, Katona Gábor, Pytel József, Szabó Zsolt, Tamás László és Zsilinszky Zsuzsanna (2009): *Szakmai irányelv a 0–18 éves gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről*. Mediton Kiadó, Budapest.
- Böhler-Kreitlow, Dagmar (2005): A szülők és szakemberek együttműködése. In: dr. Csányi Yvonne (szerk.): *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése*, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 83–96.
- Clark, M. (2007): Parent Guidance. In: Clak, M. *A Practical Guide to Quality Interaction with Children who Have a Hearing Loss*. Plural Publishing, Inc., Abingdon Oxfordshire, 49–61.
- Czeizel Barbara (2009): A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, **37**. 2–3. 153–160.
- Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről /3. A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás/*
- Kereki Judit (2013): A koragyermekkori intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei és fejlesztési lehetőségei. *Gyógypedagógiai Szemle*, **61**. (1.) 23–38.
- Keresztessy Éva (2012): A hallássérülés felfedezése, diagnosztizálása és ellátásának folyamata ahogyan történnie kellene – és ahogyan valójában történik. In: Perlusz Andrea (szerk.) „...Aki olvassa, értse meg...” Csányi Yvonne köszöntése. ELTE BGGYK, Budapest, 49–63.
- Küstel Marianna, Ribári Ottó és Répássy Gábor (2002): A sükettség gyógyításának hazai eredményei és perspektívái: a cochleáris implantáció. *LAM (Lege Artis Medicinae)*, **12**. (4), 235–239.
- Magyar Közlöny* 2015. évi 42. szám 6. melléklet a 16/2015. (III.30.) Emmi rendelethez online letöltés www.kozlonyok.hu
- Marschark, M. és Spencer, P. E. (2009): *Evidence of best practice models and outcomes in the education of deaf and hard-of-hearing children: an international review*. National Council for Special Education.
- Ranschburg Jenő (2007): Az anya és a magzat kapcsolata. In: Ranschburg Jenő *Szülők könyve*, Saxum Kiadó Bt., Budapest, 35–42.
- Speer Józsefné és Ribári Ottó (2002): A cochleáris implantáció 15 év szakmai tapasztalatai alapján. In: Dr. Csányi Yvonne (szerk.) *Cochleáris implantáción átesett gyermekek terápiája és fejlődése. Egy Soros projekt két éves munkájának eredményei*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 15–23.
- Tait M., De Raeve L. és Nikolopoulos T. (2014): Early communication skills (Deaf children with cochlear implants before the age of one year: comparison of preverbal communication with normal hearing children) In: Leo De Rave (ed.) *Paediatric Cochlear Implantation: outcomes and current trends in education and rehabilitation*. UB Nijmegen, 110–120.
- Tucker I., Nolan, M. (2005): A hallássérült gyermek nyelvi fejlesztése. In: Dr. Csányi Yvonne (szerk.): *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 127–146.
- Werker, J. F., Jeung H. H. és Yoshida, K. A. (2012): How Do Infants Become Experts at Native-Speech Perception? *Association for Psychological Science Current Directions in Psychological Science*, **21**. (4). 221–226.

Látásnevelés korai gyermekkorban

Dr. Földiné Angyalossy Zsuzsánna

Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Látásvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye, tagintézmény-vezető

A tanulmány célja a látás fejlődésének rövid ismertetése, a koraszülött- és kora gyermekkori látásproblémák bemutatása. Az orvosi, védőnői vizsgálatok kiegészítője az ún. funkcionális látásvizsgálat, eredménye segíti a megkésett vizuális fejlődésű, illetve érzékszervi fogyatékos gyermekek látásnevelését. A látásnevelés integrált része a játéknak és a terápiának.

Kulcsszavak: látásfejlődés, látásproblémák, szemészeti szűrés, funkcionális látásvizsgálat, látásnevelés

„A látás és megértés öröme a természet legnagyobb ajándéka.”

(Albert Einstein)

A látásnevelés szerepének megértéséhez szükség van arra, hogy röviden megismerjük a látás fejlődését, azt, hogy ki és milyen szempontok szerint ellenőrzi, hogy jól lát-e a gyermek, illetve arról is szót kell ejteni, hogy gyógypedagógiai módszerek segítségével, hogyan történik meg a csecsemők, kisgyermek pedagógiai szempontú látásvizsgálata. Ez a vizsgálat lesz az alapja annak a fejlesztő munkának, amely a rászoruló gyermekek számára nélkülözhetetlen látásuk optimális kihasználásához.

A látás fejlődése

Az újszülött (0–3 hónap) baba pupillái egyenletesen sötétek, kerek, szimmetrikusak, látja a fényforrást, az arcokat, fejjel és szemmel fordul feléjük. Erős fényre (napfény) hunyorog. Az oculo-palpebrális reflex 2–3 hetes gyermeknél kiváltható. Kezdetben nincs tárgykövetés, a szemmozgások koordinálatlanok. 4–8 hetesen felveszi a szemkontaktust és arckifejezéssel reagál rá; a lassan mozgó tárgyakat követi egy szemmel, rövid ideig két szemmel – először vízszintesen, később függőlegesen is. A 2. hónap végére a mozgó dolgok és az élénk színű tárgyak iránt is érdeklődik, keresi a fényt, s a mozgó fény is felkelti érdeklődését.

3–6 hónaposan felfedezi a kezeit, nyúl a tárgyak felé, majd nyúl a felfüggesztett tárgyak felé is. Nézi a leeső és elguruló tárgyakat. A vizuális érdeklődése fokozatosan bővül: mozgó tárgyat fej-és szemmozgással már 180 fokban képes követni, kedveli az élénk színeket, követi az elveszett játékot – a szem-kéz koordináció kialakul: nyúl az eldobott játék után; zaj irányába pillant; érdeklődik az egy méternél nagyobb távolságban lévő vizuális ingerek iránt is; figyeli saját kezét vagy a kezében levő csörgőt. Szeret mindenkivel kommunikálni és nézni az illető arckifejezését. 4 hónaposan a szemmozgásoknak összerendezetteknek kell lenniük, s 6 hónapos korban megkezdődik a térlátás tanulása is.

7–10 hónaposan észreveszi az apró tárgyakat (pl. morzsa), nyúl értük. Először megérinti azokat, majd meg is ragadja. Szereti az egyszerű rajzokat nézegetni, és felismeri azokat a tárgyakat is, amelyek csak részben látszanak. Felismeri a családtagokat anélkül, hogy szólnának valamit és széles mosollyal üdvözli, ahogy meglátja őket. Idegenektől egy kicsit tart, akkor is, ha mosolyognak.

A 11–12 hónapos gyermek szeret bújócskázni. Ismeri a környezetében lévő dolgokat. Az ablakon kitékintve felismer embereket. Kezdképeket felismerni. Mindent aszájába téve fedez fel – s így rakja össze az egyes elemeket. Szeme vízszintes, függőleges irányba is mozog, a két szemes látás még gyenge, de már jól megkülönböztet egyszerű geometriai mintákat. Az egyéves gyermek vonalakat képes rajzolni, szívesen nézeget képeket, formákat azonosít, s egyre jobban képes a távolságok felbecslésére.

18 hónaposan egyszerű puzzle-t kirak. Érdeklődik a könyvek és képek, felismeri, hogy a képek valós tárgyakat ábrázolnak. Szereti, ha rajzolnak neki, s történeteket fűznek hozzá. Ismeri a tárgyak, képek nevét, képes megtanulni a Lea ábrák elnevezését: alma, ház, labda és négyzet (ez fontos a funkcionális látásvizsgálathoz). Formai és szerkezeti szempontból még nem beszél jól, de a családtagok, ismerősök megértik őt.

24 hónapos korában szeret firkálni és színezni. Megérti, hogy a képek lehetnek nagyok és kicsik, és mégis mindig ugyanazt ábrázolják. Csoportosítani tud hasonló dolgokat. A gyermek látásteljesítménye játék közben tesztelhető a legjobban – ha kedve tartja. Kis képeket is felismer jobb és bal szemmel egyaránt. Ebben a korban a látásélessége azonos a felnőttekével.

A 3 éves gyermek szemgolyójának mérete eléri a felnőttkori méretet.

7 éves korra kialakul a felnőttkori térlátás is, mely 12 éves kor körül a binokuláris látás fejlődésének befejeztével véget ér.

A legtöbb gyermek látása probléma nélkül fejlődik. Néhány egészséges és sok fogyatékos gyermeknek viszont orvosi kezelésre, fejlesztésre van szüksége a korai látásfejlődéshez. Ha felmerül annak a gyanúja, hogy a gyermek nem lát jól, célszerű minél előbb ellenőrizni azt. A korán felismert látási problémák egy része kezelhető még azelőtt, mielőtt csökkenne a látásélesség.

Figyelnünk kell a gyermek vizuális fejlődésére – különösen az első életévben. Ha a kívánt fejlődési mérföldköveket nem követi a baba, akkor beszélnünk kell a gyermekorvossal. A normál vizuális fejlődéstől való eltérés korrigálható, pl. szemüveggel, tréninggel, gyógyszeresen vagy éppen műtéttel.

Eltérő fejlődésmenet – jelek, melyek látássérülésre utalnak

Rizikófaktorok:

- a családban előforduló, anamnézis alapján megismert szemészeti megbetegedések, rendellenességek (pl. retinoblastoma, cataracta, glaucoma, anyagcserezavar, genetikai rendellenesség, retinadistrophia, amblyopia, kancsalság, fénytörési hiba, nem sérülés okozta vakság)
- a várandós krónikus betegsége (pl. gyógyszert szed)
- a várandóság alatt elszenvedett trauma, betegség
- dohányzás; alkohol-/drogfogyasztás
- bántalmazó/elhanyagoló család
- koraszülöttség
- intrauterin retardáció
- perinatális károsodás
- neurológiai rendellenesség
- craniofaciális abnormitás

Gyermekkori szemészeti megbetegedések, melyek egy része már újszülött, illetve csecsemőkorban is látható, kimutatható:

- anophthalmia (szemhiány)
- amaurozis (teljes vakság a látóideg gyengesége miatt, a szem látható, jelentősebb kóros elváltozása nélkül – *fekete hályognak* nevezik)
- microphthalmia (kisszeműség)

- duzzadt szemhéjak
- könnycsatorna-szűkület, -elzáródás – fokozott könnyezés
- fokozott váladékozás
- buphthalmus (a szemgolyó megnagyobbodásával járó veleszületett zöldhályog)
- glaucoma congenita (veleszületett zöldhályog)
- cataracta congenita (veleszületett szürkehályog)
- phtosis (szemhéjcsüngés)
- coloboma iridis (a szivárványhártya hasadéka, szövethiánya)
- aniridia (a szivárványhártya hiánya)
- albinizmus (veleszületett festékanyaghiány)
- strabizmus (kancsalság) – 4–6 hónapos korban már kóros (!), az orvosi előírásnak megfelelő takarás szükséges az ép szemem
 - fénytörési hibák
 - myopia (rövidlátás) – a szemtorna is segít
 - hypermetropia (távollátás, túllátás) – 2–4 éves kor körül eleinte csak betegség, fáradtság idején jelentkező összetérő kancsalság hívja fel rá a figyelmet
 - astigmia (sugárgyújtási hiba)
- színlátászavar

Milyen jelek alapján forduljon a szülő/háziorvos/védőnő gyermekszemészhez?

- hályog, kis-, ill. nagyszeműség esetén (cataracta, glaucoma, microphthalmus, buphthalmus)
- ha a szűrések során megállapítást nyer, hogy a gyermek korának nem megfelelő a látásélessége
- kancsalság (strabizmus) figyelhető meg
- nem vesz fel szemkontaktust
- nem érdeklik a feltűnő, színes tárgyak sem, nem szeret képeket, képeskönyvet nézegetni
- nem néz a mutatott irányba, nem keresi az elguruló tárgyakat
- figyelmen kívül hagyja az apró tárgyakat
- nehezen követi a mozgó tárgyakat
- ferde fejtartással fixál
- mozgása megkésett, ügyetlen
- fél mászni, ugrani
- nem szereti a mozgásos játékokat, ügyetlen, nehezen tájékozódik
- a hangot adó, nagy formátumú játékokat kedveli
- szeret egy helyben ülni, játszani – ragaszkodik a helyváltatáshoz kísérelve
- nem szívesen viseli a szemüvegét, vagy felette néz ki
- fejfájós
- gyakran könnyezik
- fényre érzékeny
- gyakran van kötőhártya gyulladása
- kettős látásról panaszodik
- Iskoláskorban:
 - gyakran dörzsöli a szemét, hunyorgat
 - nem tudja követni a táblára írtakat
 - másolásban pontatlan
 - tekintete nem célirányos
 - a betűformákat csak nagyított formátumban ismeri fel
 - betűket cserél
 - vonalvezetése határozatlan – nem alakítja megfelelően a betűket, számokat
 - pontatlan a betűkapcsolása, elhagyja az ékezeteket
 - a normál füzetek vonalközébe nem tud írni
 - nem tud megfelelően utánozni
- balesetet követően
- daganatos megbetegedésekkor (agydaganat, arcüregi daganat, retinoblastoma)

Szemészeti szűrővizsgálatok

A látássérülés (érzékszervi fogyatékoság) felismerésében és a szakszerű ellátás mi-nél korábbi életszakaszban történő megkezdésében segítségünkre vannak a szemé-szeti klinikák, a kórházak és szemészeti rendelők, védőnők, gyermekorvosok a család-segítőkből, gyermekjóléti szolgálatnál dolgozó szakemberek, intézmények vezetői, (gyógy)pedagógusai és nem utolsósorban a szülők.

Az orvos az újszülötteknél megfigyeli, hogy reagálnak-e az erős fényre; 1 hóna-pos gyermeknél figyel arra, hogy van-e nystagmus vagy naplemente-tünet; 2 hónapos baba esetében vizsgálja, hogy figyel-e emberi arcra, netán sakktáblamintás lapra; a 4 hónapos csecsemőnek már képesnek kell lennie arra, hogy a látóterébe kerülő tár-gyak után nyúljon és megfogja azokat, valamint megvizsgálja őket mind vizuálisan, mind taktilisan, mind orálisan; 6 hónaposan a tárgyat átveszi egyik kezéből a másikba, a leeső tárgy után néz, lehúzza fejről a rátett kendőt; 9 hónapos korában már kedveli a kukucs-játékot, tekintetével megkeresi a megnevezett tárgyakat.. Ettől a kortól kez-dődően még fokozottabban kell figyelni arra, hogy nem néz-e közelről mindent, látja-e az apró dolgokat is, észreveszi-e ha közelít felé valaki, illetve tiltakozik-e az ellen, ha az egyik szemét letakarják.

A védőnő a látószervek megfigyelésén túl szintén megnézi, hogy reagálnak-e a pupillák a fényre; követi-e a mozgó személyeket, tárgyakat; 2 hónaposan a válla közötti szélességben tekintetével, oldalra fordított fejjel figyeli-e kezeit, ujjainak moz-gását; a követés, a középvonalba hozott kéz-tárgy nézegetése, a párhuzamos szem-állás megfigyelése a következő életszakasz feladata; 6 hónaposan már párhuzamos szemállás mellett távolabbi dolgokat is megkeres a csecsemő és figyel a leeső tárgy-ra, odanyúl, ahová néz – ezek megfigyelése a bénulásos kancsalság kizárására is irányul, illetve jelzés-értékű, ha a gyermek az egyik szem takarása ellen tiltakozik; 9 hónapos kor táján a szem-kéz koordináció ügyetlensége, a tárgyak fixálási nehézsé-ge, illetve a követés hiánya is utal arra, hogy baj van a gyermek látásával; az 1 éves gyermek 3–5 méterre jól fixál, a két szemmel látott tárgyak képét már idegrendszeri tevékenység következtében formálja képpé – megfigyelésre kerül az, hogy mozgása korának megfelelő-e, apróbb tárgyakat, képeket felismer-e, kérésre rámutat-e egysze-rűbb képekre, illetve a pupilla közepén áll-e és szimmetrikusan tükröződik-e a lámpa fénye, s nem nézi-e nagyon közelről a dolgokat; a következő életkorokban is nagy szerepe van a következő megfigyeléseknek: pislog-e sokat a gyermek, hunyorog-e gyakran, nincs-e „érdekes” fejtartása nézéskor. A látásélesség vizsgálata 3M ábrák használatával történik, jelzés-értékű, hogy a felismert tárgyak mérete mekkora, a pupilla-reakció adekvát-e, a sztereólátás (mélységérzés) megfelelő-e (Lang II. teszt), valamint a takarásos teszt elvégzése (rejtett kancsalságra utaló jelek megfigyelése) és a vörösvisszfény-vizsgálat is lényeges.

A látásélességre (Vizus), illetve kancsalságra (strabizmus) vonatkozó vizsgálá-tokat a házi orvosoknak, iskolaorvosoknak, védőnőknek kell elvégezni. A tompalátás (amblyopia) észlelésének leghatásosabb módszere is a megfelelő időben elvégzett szűrővizsgálat.

A vizsgálatokat követően, amennyiben eltérő fejlődésmenetet észlelnek, akkor célszerű a gyermeket elküldeni az illetékes szakszolgálathoz, hogy bebizonyosodjon, vagy elvetésre kerüljön az a megállapítás, hogy sérült a gyermek látása.

Modern szemlélet szerint a hazánkban ismert kategóriák (vak, aliglátó, gyengénlátó) nehezen különíthetők el, hiszen a vizuális funkciók és funkcionális ter-ületek megítélése függ a körülményektől, a feladat jellegétől és a személy aktuális ál-

lapotától is. Lehet valaki például nappali fényben jól közlekedő, de sötétedéskor vagy rossz megvilágításban vak embernek látszik – ezért egyik kategóriába sem sorolható. A pedagógiai látásvizsgálat segít kiegészíteni az orvosi és védőnői szűréseket, s utat mutat a további teendőkre vonatkozóan.

Funkcionális látásvizsgálat és eszközei

A látóképességre az egyéni reakciókból lehet következtetni. Fontos megismerni az anamnézist (körelőzmény, diagnózis/ok/ – pl. progrediáló-e a szembetegsége, milyen kezeléseken, műtéteken esett át, más és más fényviszonyok között változik-e a látásteljesítménye) a látóképesség gyengeségére/hiányára utaló jeleket, a rizikófaktorokat és a szülői megfigyelésen alapuló információk mibenlétét, valamint figyelni kell a gyermek életkorára, egyéb sérüléseire, pszichés állapotára, értelmi képességeire, szociokulturális hátterére. Ezek lesznek a kiindulópontjai a gyógypedagógiai, azaz funkcionális látásvizsgálatnak.

„A funkcionális látásvizsgálat során megfigyeljük a gyermek praktikus élethelyzetekben megmutatkozó látásteljesítményét, valamint életkora és képességei adta lehetőségek szerint megvizsgáljuk vizuális funkcióit. A látás megfigyelése inkább a szubjektív, a tesztek eredménye inkább objektív információval szolgál (egyik sem tisztán szubjektív vagy objektív, hiszen az egy-egy megfigyelt jelenség lefordítható objektív adattá, miközben a tesztelés értékelésébe is belejátszik a szubjektív tényező). A megfigyelés és a mért eredmények összevetése mutatja meg, hogy a gyermek kihasználja-e a látórendszerében rejlő lehetőségeket, vagy eszközökkel, a környezet átalakításával és fejlesztéssel segíteni kell a lehetőségekhez képest maximális látásteljesítmény kiaknázásában (Gadó, 2008). Vannak gyermekek ugyanis, akik nagyon rossz látási funkcióikkal is biztosan mozognak, ügyesen manipulálnak, tárgyakat és képeket jól felismernek, az ő vizuális hatékonyságuk maximális (Gadó, 2004). Akkor van szükség gyógypedagógus fejlesztésére, ha a mérhető jobb értékek lehetőségéhez képest a gyermek praktikus működése sokkal rosszabb látásteljesítménynek megfelelő képet mutat.

A tesztek használata, az objektív vizsgáló eljárások alkalmazásának elsődleges célja tehát nem a látásteljesítmény abszolút értékének megmérése, hanem az említett vizuális hatékonyság feltérképezése, valamint a nyomon követés érdekében az összehasonlítható adatok biztosítása. A gyengénlátó gyermekek többségénél a vízus értéke az évek során valamelyest emelkedik, mivel az idegrendszer érése a figyelem, koncentráció fejlődése a látott jelek egyre jobb értelmezését, és így valamelyest javuló vízust eredményez. Ezért különösen szembetűnő és fontos felfigyelni az esetlegesen romló vízusra, amely egy előrehaladó kóros állapotot jelezhet, amellyel fontos időben szemészorvoshoz fordulni.” (Földiné, Gadó és Prónay, 2012. 18. o.)

A vizsgálat kiterjed a következőkre:

- közeli és távoli látásélesség vizsgálata
- a kontrasztérzékenység vizsgálata
- a fényviszonyokhoz való alkalmazkodás képessége – adaptáció
- a látás agyi feldolgozásának funkciója – kérgi problémák

A pedagógiai (funkcionális) látásvizsgálat célja tehát annak megállapítása, hogy milyen speciális eszközökkel és módszerekkel segíthetők a látássérült gyermekek tanulási folyamatai, hogyan fejleszthető a látás. A látásvizsgálatot végző gyógypedagógus a látásélességen kívül egyéb szempontokat (képességeket, körülményeket) is figyelembe vesz.

„A vizsgálat során a két szem vízusát külön-külön is mérik, de a két szem együttes látásteljesítménye sok esetben jobb lehet ennél. Olyan mérőjeleket, eszközöket használnak, amelyekkel a gyermek a vizsgálat előtt megismerkedhet, azokat kézbe veheti, gyakorolhatja az irányok mutatását – így könnyebben megéri és teljesíti a feladatot.

Csecsemő- és kisgyermekkorban a szemész szakorvosi vizsgálat nem mindig sikeres a hagyományos módon, így más módszereket alkalmazva kell meggyőződni arról, hogy mire reagál a gyermek: fényre, arcokra, tárgyakra és azok méretére, színére stb.

A funkcionális látásvizsgálat eredményeképpen javaslatot tesznek olyan gyakorlatokra, eszközökre, illetve előállításukra, melyekkel a látásnevelés/látásfejlesztés megvalósulhat otthoni, illetve intézményes keretek között.” (Földiné, Gadó és Prónay, 2012. 40–41. o.)

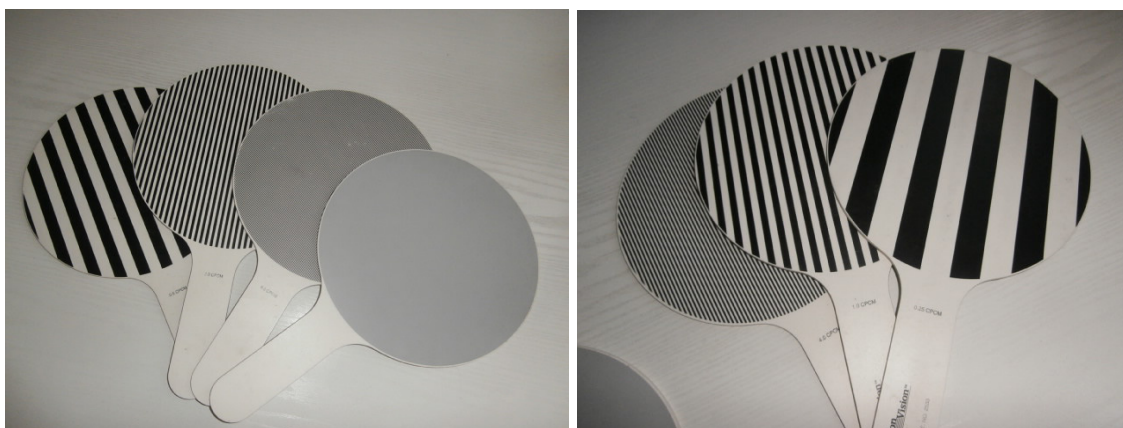
Reakció fényre – a fényhez való alkalmazkodás vizsgálata: felfigyel-e rá, zavarja-e a direkt, erős fény; jobban felfigyel az olyan tárgyakra, amelyeket megvilágítunk, követi-e a fényt; szívesebben nézelődik félhomályban.

Látásélesség (távoli és közeli) vizsgálata:

Csecsemőknél az ún. Preferential Looking Test segít abban, hogy a látásteljesítményt meghatározhassák – alapja az, hogy a csíkos ábrák jobban felkeltik a gyermek figyelmét – tekintetét arra irányítja.



1. kép: Preferential Looking Test - www.perkins.org/ tárcsa a teszthez (fotó: Földiné)



2., 3. kép: A Preferenciális Látás Tesztje (Hyvärinen) (fotó: Földiné)

Ezt követően elsősorban ábrák segítségével lehet meghatározni a gyermek látásélességét. A Lea Hyvärinen által kifejlesztett eszközök használata segít a megha-

tározásban. A gyermeknek a ház, négyzet, kör és alma formákat kell felismernie. A felismerés begyakorlására ad lehetőséget az alábbi játék, mely mellett az ábrásor is megtekinthető:



5. kép: A vízustábla és az ábrák megtanítását segítő kirakó (Hyvärinen) (fotó: Földiné)

A kontrasztérzékenység az alak és háttér elkülönítésének képessége – vizsgálatára alkalmas pl. a Hiding Heidi Teszt.



6. kép: Kontrasztérzékenységet vizsgáló Hiding Heidi Teszt (Hyvärinen) (fotó: Földiné)

A látótér vizsgálata

Gyermekeknél a konfrontális vizsgálat alkalmazható – a gyermek feje fölött, az álla felől, bal és jobb oldalról hoz be a vizsgáló lassan, fokozatosan a gyermek látóterébe egy tárgyat pl. ceruzát), miközben egyenesen előre rögzíti a gyermek a tekintetét. A gyermekkel szemben állunk, kartávolságnyira. Felszólítjuk, hogy nézzen ránk és igyekezzék tekintetét rögzíteni.

Többnyire olyankor végezzük, ha a gyermek diagnózisában vagy mozgásos viselkedésében csőlátásra utaló jelek vannak. 90 fokos látótér még gyakorlatilag normálisnak tekinthető, 60 fokon belül már beszűkültnek tartjuk, 30 fokon belül „csőlátásnak” nevezzük.

Színlátás vizsgálata:

A színek felismerése, egyeztetése az alábbi tábla segítségével történhet:



7. kép: Színlátás – színelismerés vizsgálata kicsiknél (fotó: Földiné)

Nagyobbaknál a legelterjedtebb vizsgáló módszer az Ishihara-tábla használata, mely a színvaktság vagy színtévesztés felismerését segíti elő. A táblákon azonos világosságú, de különböző színű és méretű kerek foltokból számok vagy betűk rajzolódnak ki, vagy az eltérő színű pöttyöket lehet követni az ujjunkkal. A vizsgálatot természetes fényben célszerű elvégezni 30–50 cm-ről.



8., 9. kép: Pszeudo-izokromatikus ábrák – „pöttyös táblák”– (legismertebb az Ishihara)

A látás agyi feldolgozásának funkciói

„A látás agyi feldolgozásának kérdése az utóbbi években került a szakmai figyelem fókuszába, amióta egyre többet tudunk az agyi eredetű látássérülésről, és a szakma szembesül a probléma folyamatos gyakori előfordulásával. Az agyi funkciók vizsgálatára nincsen egyértelmű teszt, a tünetek ismeretében kell figyelni a vizsgálat közben, hogy mutassa-e a gyermek a jellegzetes tüneteket (Gadó, 1997).” (Földiné, Gadó és Prónay, 2012)

A fentiekén túl a szemmozgások között vizsgáljuk a fixációt, szemmel követést, pásztázás készségeit, valamint a kóros szemmozgások meglétét: van-e nystagmus (akaratlan szemmozgás) vagy a szembolygó céltalan, úszkáló mozgása.

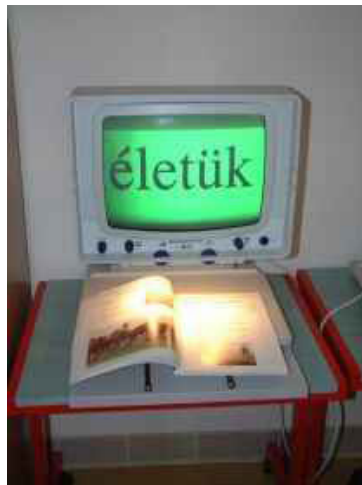
További eszközök, melyet a gyakorlatban használunk vizsgálathoz és fejlesztéshez egyaránt

Lightbox (világító doboz: tárgyak – formák, alakok, képek láthatóságát növeli a megvilágítással)



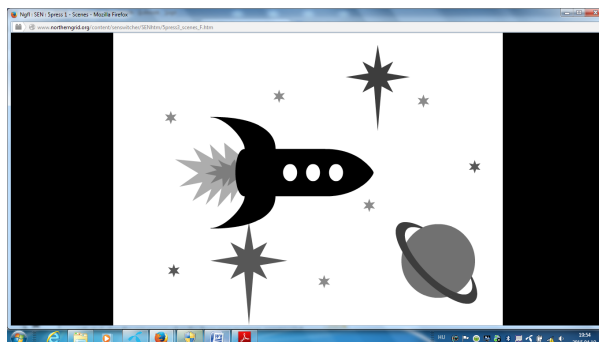
10., 11. kép: Világító doboz (Fotó: Földiné)

Olvasó TV: képernyőből és egy hozzákapcsolt kamerából áll. A kamera alá helyezett tárgyat vagy képet a képernyőn kívánt nagyságúra nagyítva vetíti. Nagyítással olvashatóvá tehetők a szövegek (kézzel/géppel írt), tárgyak, elvégezhető a kamera alatt pl. a tűbefűzés, írás; fokozható a kontraszt, változtatható a szöveg-háttér szín.



12. kép: Olvasó TV (vakokblaszlogyermekekotthon.blog.hu)

- Nagyítók: kézi nagyító
- Elemlámpák: fény iránya, helye lokalizálható
- Számítógépes programok (pl.: a sen-switcher)



13. kép: <http://www.northerngrid.org/resource/sen-switcher>

- Színes tárgyak, eszközök
- Színegyeztető
- Képek - mesekönyvek

Látásnevelés és eszközei

A minimális látásteljesítménnyel rendelkező gyermek látásfejlesztése is szükséges. Előfordulhat, hogy orvosilag vaknak nyilvánított gyermek vizuális figyelme is felkelthető, cél, hogy fokozatosan legalább a fényre el kezdjen figyelni, s netán még tovább is fejlődjön, felismerjen, kövessen tárgyakat, személyeket. A látásneveléshez is szükség van arra, hogy a fejlesztő/szülő megtalálja azt az optimális testhelyzetet a gyermek számára, amely lehetővé teszi, hogy figyelmét a „feladatra” összpontosítsa. A környezete legyen színes, de ne túlzottan, legyen benne sok olyan tárgy, ami kontrasztos (pl. világos alapon sötét minta).

A látásnevelés során mindig figyelni kell arra, hogy játékos módon történjen, a gyermek ne érezze fárasztónak, hanem élvezze ezt a tevékenységet. A figyelem a korai fejlesztés időszakában még eléggé szórt, kismértékben terhelhető, ezért a többszöri, rövid időtartamú fejlesztés lesz hatékony. A látásnevelés a komplex korai fejlesztés része kell, hogy legyen.

Cél: A látás maximális kihasználása, szinten tartása és fejlesztése, az, hogy a gyermek spontán módon használja a többi érzékszerv által szerzett ismeretek kiegészítéséhez.

Feladatok:

- A pedagógiai módszerekkel mért látásteljesítmény folyamatos kontrollálása, a praktikus látás megfigyelése.
- Szisztematikus kompenzációs technikák tudatosítása: követő szemmozgás, tekintetváltás, pásztázás.
- Szem-kéz koordináció megalapozása, gyakoroltatása.
- Optimális megvilágítás, testhelyzet, fejtartás megtalálása.
- Az alulról megvilágított tárgyak felismertetése
- Nyúlás alulról átvilágított tárgyak után
- Az alulról megvilágított tárgyak közötti különbségek felismertetése nagyságuk, formájuk és színük alapján
- Kontrasztos helyzetben lévő tárgyak felismerése
- Világító dobozon egyszerű képek felismerése
- Tükörben testrészeinek felismerése
- Firkálás vastag filctollal, ceruzával

Stimuláció fényvel: álló és mozgó világítótestek (elemlámpa, zseblámpa, színét változtató, villogó, vibráló lámpák, hangulatlámpák, karácsonyi égősor, diavetítő, gyertya stb.) – természetes és mesterséges fények megfigyeltetése. A stimuláció erős ingerek adásával, jól strukturáltan és egyszerűen történjen. Alatta gondosan figyelni kell a túlstimulációra adott jelzéseket: megnövelheti a szívritmust, a légvétel gyakoriságát és megváltozhat az izomtónus.

Eszközök:

Játékszerek: Sok megszokott játékszer igen hasznos lehet, a kontrasztot fokozza, pl. ha zseblámpával megvilágítjuk a játékot egy félhomályos szobában.

Csillogó tárgyak: Fényes felületek, hogy a visszavert fényt erős ingerként használhassuk. Ha a tárgyak érdekes felületűek és néhány közülük pl. hangot is ad, akkor a csecsemő megtanulja az információk összekapcsolását.



14. kép: shop.mozart-souvenir.hu

Csíkos felületek: Pl. ha az üvegmelegítőt/cumisüveget fényes vagy sötét csíkokkal vonjuk be, akkor az a csecsemőt nézésre ösztönzi: lehet hallani a hangját, ahogy a folyadék az üvegben lötyög.



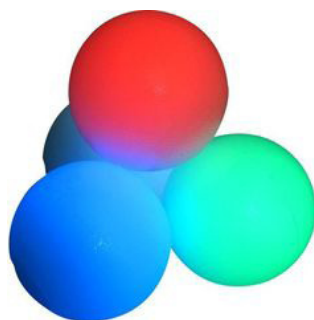
15. kép: <http://www.evyjacob.com/products/kids-water-bottle-navy-stripes-personalized-1>

Karácsonyi dekoráció: Az olcsó karácsonyi díszek, hatékony aktiválói a látássérült csecsemőknek, akiknek korlátozottak a motoros és szenzoros funkcióik. Pl. egy megvilágított csillogó gyöngysor könnyen megfogható. Kellemes hangot ad, jó a tapintása, csillog, azaz kiváló stimuláló eszköz. A motoros funkciók zavara esetén, amikor a fej megtartása, a kezek mozgása korlátozott, akkor olyan eszközre (ék alakú szivacs) kell hasra fektetni a gyermeket, ami lehetővé teszi a kezek mozgását, és a fejének tartására ingerli – egy táblán elhelyezett megvilágított gyöngy után így képes lesz nyúlni, megfogni azokat.



16. kép

Világító labda: belülről megvilágított eszköz, ami fixálásra, nyúlásra ingerli a gyermeket.



17. kép: www.pinterest.com

Színváltós labda/figura: villog, vagy színt vált – általában ütésre kezd el fényt adni – az ok-okozati összefüggések felismerésére ad így kitűnő alkalmat. A villogó eszközöket csak neurológus véleményének kikérése után szabad használni, epilepsziás gyermeknél nem tanácsolt.



18. kép: (fotó: Földiné)

Világítódoboz:



19. kép: www.pinterest.com

Gyakorlatok (mondókákkal, énekkel kombinálva): a fény színe eleinte fehér (sárgás), majd színes lehet (színes fólia, előlap), illetve színes tárgyakat lehet átvilágítani (műanyag pohár, léggömb, építőjáték) – közben játszani is lehet ezekkel a tárgyakkal – zörögnek, építeni lehet belőlük, lehet dobni, gurítani stb.

- fény keresése, fixálása minden irányban, minden irányból (LED lámpa használata tilos!)
- fény követése, tekintetváltás: tekintet rögzítést követően lassú ütemben mozgott fény követése vízszintes, függőleges, átlós és körkörös irányba. Nyúlás esetén kézbe veheti, s úgy tanulmányozhatja a világító eszközt, pl. az elem-lámpát. 2 lámpa használatával a tekintetváltásra lehet ösztönözni a gyermeket – az éppen világítót kell fixálnia.
- fény-árnyék; játék a visszavert és színes fényekkel
- diavetítő, asztali lámpa használata: a világító doboz ki- bekapcsolásával, tárgyak ráhelyezésével (attól függően, hogy mi történik, lehet énekeket, mondókákat is mondani: eltakaráskor pl: Süss fel nap; úszkáló kacsákat keresgélve pl. Kis kacska fürdik; stb.); átvilágított tárgyak keresése; fóliák mozgatása, fóliára rajzolt tárgyak felismerése, egyeztetése;

Játék csillogó felületű, és élénk színű tárgyakkal, mintázott tárgyakkal



20. kép: (fotó: Földiné)

Színes, mintás szalagok, gyöngysor, karácsonyi díszek mozgatása, fújása – ösztönözve a gyermeket a nyúlásra.

Csillogó tapéta használata tárgyak bevonásához – pl. különböző magvakkal megtöltött flakonok bevonása – rázásakor hangélményt is nyújt.

Erős kontrasztot adó, csíkozott tárgyak nézegetése, mozgatásuk követése vízszintesen, függőlegesen, körkörösén, miután tekintetét rögzítette rajta. Amikor ez a játék sikeres, akkor lehet a kontrasztot csökkenteni, a csíkos felületeket képesre cserélni.

V. Vasarely képei is jó szolgálatot tesznek a látásnevelés során.



21., 22. kép: (fotó: Földiné)

A kicsik a mintázott kártyákat preferálják az üres lappal szemben: érdekes egy üres és egy mintázott lap egy időben történő mutatásával is felkelteni a figyelmét, engedve, hogy hosszasan pihentesse rajta a tekintetét.

A tekintetváltás gyakorlásához az egyszerű ábrákat, hétköznapi tárgyakat ábrázoló mesekönyvek kerülhetnek elő: mindig célszerű az eredeti tárggyal összevetni, s minden érzékszervre hatni általa.

Kedvence lehet a gyermekeknek a különböző felületekre elhelyezett kontrasztos, élénk színű mintás lap, ábra – matrica. Lehet, keresni – rámutatni, későbbi életkorban megnevezni stb.

Vizuális alapfunkciók fejlesztése tárgyakkal

A tárgyakat, fényeket mindig több irányból kínáljuk fel a gyermeknek a lokalizálás gyakorlása során.

Bújócska – kukucs-játék még a csak fényt érzékelő gyermek számára is élvezetes.

A fixálás gyakorlásához használható eszközök lehetnek pl. a bűgőcsiga, pörgettyűk, lejtős pályán mozgó golyók, farúdon mozgó harkály stb.



23., 24. kép: (fotó: Földiné)

A mindennapi életben használt tárgyak felismertetése először teljes méretben, majd részletei alapján - engedjük, hogy alaposan nézze meg mindet.

A szappanbuborékok fújása – követése kitűnő nyári, szabadidős tevékenység.

Színes vonalak, minták szemmel – ujjal követése izgalmas játék a kicsinyek számára.

A labda gurítása, pakolás egyik helyről a másikba mind, mind a tekintetváltásra ösztönöz.

Pakolás egyik tálból a másikba. Összeköthető étkezéssel is: tálból a szájba kell tegye pl. a kölesgolyót, mazsolát.

Járművek garázsba állítása, magok ültetése is a fentebbi célokat szolgálja.

Pásztázáshoz szórjunk szét tárgyakat, feladat azok összegyűjtése. Közben megfigyelhető, hogy milyen nagyságú tárgyakat talál meg könnyen, s, hogy pontosan nyúl-e értük.



25., 26., 27. kép

A látótér fejlesztése pásztázós játékokkal lehetséges. Válassza ki a kedvenc játékát több tárgy közül, keressen meg egy általunk kért játékot. Sok szembetegség okoz látótérkiesést. Az a gyermek, aki látótérkieséssel küzd, nem lát bizonyos területeket maga körül; ezért nehezen vesz észre tárgyakat, ismer fel embereket. Szokatlan fejtartást figyelhetünk meg nála – hagyjuk, ne figyelmeztessük a helyes tartásra!

A színek tanulása

Fontos eleinte a megnevezés, az egyeztetés, a színtévesztés kizárása. Körülöttünk minden színes – könnyű olyan játékot találni, amely segít a színek egyeztetésében.



28. kép

A színek a formákkal, a képi ábrázolás felismerésével együtt gyakorolhatóak.



29., 30. kép: (fotó: Földiné)

Szem-kéz koordinációt ügyesítő játékok

A Lili Nielsen-féle kis szoba olyan gyermekek számára hasznos, akik fekvő helyzetben képesek felfedezni környezetüket, s megismerésüket segíti az, hogy a tárgyoknak állandó, rögzített helye van. A véletlenszerű felfedezésből lesz később a tudatos felényülés, keresés, pásztázás, szem-kéz koordináció...



31. kép: (fotó: Földiné)

Eszközök még: karcsörgő, ujjbábok, labdák, babzsákok, papír (gyűréshez), építőjátékok, gyurma, magvak, pötyi, ruhacsipesz, kugli, fűzőjátékok, horgász-játék, célbadobós játékok, formaegyeztetők stb.



32., 33. kép: (fotó: Földiné)

Vizuális részképességek fejlesztését szolgáló játékok

A vizuális figyelem

- Utánzás (szemtől-szembe, tükör előtt)
- Mi változott játék: pl. babán, saját magunkon változtatunk valamit – rá kell jöjjön a gyermek, mi történt (pl. hajunkból kivesszük a csatot, levesszük a baba cipőjét stb.)
- Több tárgy közül válassza ki azt, amivel szeretne játszani – után a felnőtt kérjen tőle valamit.
- Minden tárgyról beszéljünk is (szín, forma, anyag, méret stb.), könnyítve ezzel a megismerést is. Ezek szerint a szempontok szerint lehet később válogatni.
- Tárgyképek alapján történő válogatás: kérem azt, amin víz van, amelyik állat repül, amelyik a kertben van stb.)
- Labirintus-játék

A vizuális emlékezet

Minden saját ötletű és készen kapható memória-játék hasznos ebben a témában, de saját ötletekkel is lehet fejleszteni a gyermek ezen képességét. Adhat Ő is feladatot. Előzőleg bemutatott, majd elrejtett tárgyak felsorolása, egy tárgy eldugása közülük – mi hiányzik stb.

Vizuális analízis-szintézis – szétszedés, összeillesztés, formatábla, kirakós játék, puzzle, minta utáni alkotás, építés.

Vigyázni kell a balesetek elkerülésére a diavetítő, az írásvetítő, a számítógép és a világító doboz használatánál. A túl sok fényinger kellemetlen érzetet, fáradtságot okozhat, ezért mindig figyelni kell a gyermek reakcióit.

Figyelembe kell venni a szemészeti megbetegedéseket, pl. Buphthalmus esetében nem szabad a gyermek szemébe világítani.

Epilepsziás megbetegedéseknél ki kell kérni a gyermekneurológus véleményét.

A látásnevelés már fényérzés esetén is a komplex fejlesztés része, de bizonyos esetekben az egységes fejlesztő foglalkozásból kiemelve, külön látásnevelő foglalkozás is lehet.

Irodalom

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A0–18 éves életkorú gyermekek látásfejlődésének követése, a kancsalság és a fénytörési hibák felismeréséről. Szűrővizsgálati irányelvek védőnők és gyermekorvosok számára Hivatalos értesítő, 2009. évi 46. szám, 8993–9005.
URL: <http://www.mave.hu/uploads/file/Latas%20fejlodes.pdf>

Földiné Angyalossy Zsuzsanna, Gadó Márta és Prónay Beáta (2012): *Diagnosztikai kézikönyv „Látássérült (látásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja”* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

URL: http://www.educatio.hu/pub_bin/download/tamop_311/4piller/diagnosztikai_kezikonyv_6fejezet.pdf

Koczor Ágnes (2012): *Szemészeti szűrővizsgálatok csecsemőkorban.*

URL: <http://www.vital.hu/themes/sick/eyegyerekszem1.htm>

Kovács Ilona (2005): A látás lassú fejlődése. *Magyar Tudomány*, **166**. (11.) 1318–1327.

Kovács Krisztina: *Nyújtsd a kezed! Tanácsadó kézikönyv látássérült kisgyermekek szüleinek számára.* Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, Budapest.

Magyar Zsuzsanna (2008): Látásnevelés In: *Játsszunk most együtt – eszközkatalógus – a kiadvány a Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány támogatásával készült*

Mammel Andrea: *A magzat, a csecsemő és a kisgyermekek látásának fejlődése.*

URL: <http://drmammel.extra.hu/latasfejlodes.htm>

Paraszky Sára (2007): *Közelről nézve a gyengénlátó gyermek*, Fer-Color Nyomda, Budapest.

Szandányi Judit (2012): Gyermekkorban jelentkező szembetegségek: látás, rövidlátás, kancsalság.

URL: <http://www.vital.hu/themes/sick/child-suli3.htm>

<http://semmelweis.hu/szemeszet/a-szem-betegsegei/koraszulottek-ideghartya-karosodasa/>

<http://www.lea-test.fi/>

<http://www.northerngrid.org/resource/sen-switcher>

Biztos Kezdet Gyerekház program

Koscsóné Kolkopf Judit

Józsefvárosi Egyesített Bölcsődék, intézményvezető

Az olvasó képet kaphat egy olyan komplex, a korai intervenciót szolgáló program Magyarországon való meghonosodásáról, amelyben a gyermek szülőjével együtt áll a középpontban. Megismerheti a józsefvárosi Biztos Kezdet program és a Biztos Kezdet Gyerekház megvalósulásának előzményeit, állomásait, szakmai sarokpontjait, működését, tapasztalatait. A tanulmány érinti a jelenlegi szabályozást és annak közeljövőben történő változásait, valamint a szolgáltatás országos kiterjesztésének további ütemét. Bemutatja a gyermekek korai fejlesztésével, a családok szociokulturális környezetének támogatásával a gyermekszegénység csökkentésének és a gyermeki esélyek növelésének lehetőségeit.

Kulcsszavak: *biztos kezdet, helyi komplex program, gyermek-család, esély, együttműködés*

Bevezető

*„Úgy tetszik, hogy jó helyen vagyunk itt.”
(nagyszalontai népdal)*

A XX. század utolsó éveiben a fejlett nyugati országok gyermekvédelmi gyakorlata jelentős változáson ment keresztül. A kisgyermekkorai ellátások különféle formái kerültek a figyelem középpontjába (Herczog, 2008). Míg korábban a gyermek veszélyektől való – mindenáron történő (pl. gyermek kiemelése a családból) – megvédése volt a cél, addig a 1980–90-es években a gyermekek érdekében ezt felváltotta a család, mint legkisebb társadalmi egység megerősítésének igénye (Bányai, 2004).

1999-ben Angliában e jogi-szemléletbeli-szakmai paradigmaváltás hatására a gyermekszegénység problémájának megoldására született meg az a válasz, amelyben kidolgozták a bármilyen hátrányban szenvedő gyermekek számára azt a preventív illetve terápiás programot, amelynek célja a korai képességfejlesztés. E program a hátrányos helyzetű térségekben lépcsőzetes kiépítéssel, az egész gyermekvédelmi intézményrendszert érintve a kormány által messzemenően támogatott formában indult. Mára már több mint 3600 helyen működik (Sure Start Programiroda, 2002, 1–5. füzetek) (www.surestart.gov.uk).

A program a Sure Start, azaz a Biztos Kezdet elnevezést kapta.

A Biztos Kezdet Program Magyarországon

Társadalmi előzmények

Magyarországon a 1989-es rendszerváltást követő társadalmi-gazdasági változások egymást erősítve sok családot s rajtuk keresztül sok gyermeket kedvezőtlenül érintettek. Az alacsony iskolai végzettségű szülők esetében különösen megnőtt a kockázat a szegénység és a társadalmi perifériára való sodródás terén. A szakma itthon e helyzet feloldására kereste és találta meg a Sure Start = Biztos Kezdet programot, mint az egyik lehetséges megoldást.

Arra a kérdésre pedig, hogy miért is szükséges Magyarországon a program, a – gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.) által megfogalmazott – gyermeki és szülői jogok érvényesülésének részleges teljesülése a válasz.

Érvek a Biztos Kezdet program mellett

A Gyvt. 6. § (1), (4) bekezdése szerint: „a gyermeknek joga van a testi, értelmi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, egészséges felnevelkedését és jólétét biztosító saját családi környezetében történő nevelkedéshez” „...joga van ahhoz, hogy a fejlődésére ártalmas környezeti és társadalmi hatások, valamint az egészségére káros szerek ellen védelemben részesüljön”.

- A rendszerváltás után felhalmozódott társadalmi hátrányok – a társadalmi törvényszerűség okán – évről évre újratermelődtek és sajnos az eltelt 25 év alatt sem igazán csökkentek.
- A vidéki, kis lélekszámú településeinken és a nagyvárosaink elszegényedett, gyakran elszigetelt városrészeiben a hátrányok halmozottan, egymást felerősítve jelentkeznek. Itt a szegénység okozta problémákat még a gazdasági és földrajzi izoláció is terheli. Ezeken a területeken felnövekvő új generációk kitörése a szegénységi csapdából szinte lehetetlenné vált.
- A kistélepüléseken a gyermekes családokat támogató rendszerek – gyakorta a szakemberhiány és egyéb okok miatt – minimális szinten működnek (Bányai, 2006; Szomor, 2006). A nagyvárosi izoláció által kitermelt diszfunkcionálisan működő, vagy atomizált vagy egyszülős családok gyermekei sem mindig jutnak hozzá a városokban egyébként jól kiépített és az őket megillető szolgáltatásokhoz. Az ilyen esetekben lehetőség sincs arra, hogy felismerhető legyen a fejlődési lemaradás, így pont a rászoruló gyermekek esetében maradnak el a 0–3 éves korban leghatékonyabb és szükséges korai fejlesztések.
- Sajnálatos módon a gyermekeket nevelő családoknál a szegénység, az alacsony iskolázottság, a pszichés/anyagi nélkülözés, a kirekesztettség, az ehhez párosuló egészségkárosodások olyan környezeti és viselkedési mintákat termelnek ki, amelyek nem vagy alig biztosítják megfelelően a felnövő gyermek optimális fejlődésének lehetőségét. E szociokulturális környezetbe született gyermekek sok esetben lemaradnak kortársaiktól szociális és intellektuális szegénységben felnöve jutnak el a kötelező óvodáig, majd az iskoláig.
- A szociális szakma álláspontja szerint azért szükséges a Biztos Kezdet program, mert a fentiekben bemutatott társadalmi hátrányok megszüntetését, az „átörökítés megtörését az első években kell megkezdeni”. (Darvas, 2011, 10.). A program egyik fő feladata a gyermeket váró leendő szülőkkal és a már gyermeket/gyermekeket nevelő szülőkkal való együttműködés e cél elérése érdekében.

„A hátrányos helyzetű és a halmozottan hátrányos helyzetű gyermeknek joga van ahhoz, hogy fokozott segítséget kapjon a fejlődését hátráltató körülmények leküzdéséhez és esélyeinek növeléséhez” (Gyvt. 6. § (2a)).

- A hátrányos helyzetű gyermekek számára az esélyegyenlőség előmozdításának elengedhetetlen feltétele az egyenlő hozzáférés biztosításán túl, olyan támogató lépések, szolgáltatások tervezése, megvalósítása, amelyek csökkentik a meglévő hátrányaikat, javítják a majdani iskolai sikerességüket. Az esélyegyenlőség biztosítása és előmozdítása nem összemosható, egymással nem helyettesíthető, jól elkülöníthető fogalmak, amelyek egyben egymást kiegészítő célokat jelölnek meg. Az esélyegyenlőség biztosítása olyan általában passzív cselekedet, amely valamit kinyit, lehetővé tesz az adott védett csoport számára is. Az esélyegyenlőség előmozdítása aktív cselekedet, amelynek eredménye, hogy

a védett csoport tagjai valóban élni tudnak a számukra nyújtott lehetőségekkel. Esélyegyenlőség érvényesüléséről csak akkor beszélhetünk, ha mindkét cél egyszerre teljesül, az adott védett csoport tényleges résztvevővé válik.

- A gyermekek kiszolgáltatottak, szükségük van a felnőttek védelmére, gondoskodására, szeretetére. Biztonságra van a szükségük a túléléshez, az egészséges fejlődéshez, az örömteli gyermekkorhoz és ahhoz, hogy a társadalom későbbi tevékeny résztvevői lehessenek. Mindehhez a jogot a gyermekek számára az *ENSZ Gyermekjogi Egyezménye* (1989) is deklarálja.
- „A hazai Biztos Kezdet Program esélyegyenlőségi program” is. (Szilvási, 2011. 31–32. o.) Elsődleges célja a „lehető legjobb esély biztosítása a készségek és képességek kibontakoztatásához, a lehető legkorábbi életkorban, azon gyerekek számára, akik a legnagyobb szegénységben élnek.” (1195/2009.(XI.20.) Kormányhatározat a „*Legyen jobb a gyerekeknek!*” Nemzeti Stratégiáról.)

„A gyermeknek joga van ahhoz, hogy segítséget kapjon a saját családjában történő nevelkedéséhez, személyiségének kibontakoztatásához, a fejlődését veszélyeztető helyzet elhárításához, a társadalomba való beilleszkedéséhez, valamint önálló életvitelének megteremtéséhez”(Gyvt. 6. § (2)).

- „Amennyiben eltérés mutatkozik az életkori sajátosságok és az adott egyén fejlődése között, akkor beszélhetünk nem megfelelő vagy megkésett fejlődésről” (Szomor, 2007. 21.). Létfontosságú a minimális fejlődési zavarral vagy a környezeti okok miatt megkésett, megakadt fejlődéssel, esetleges éretlenséggel született gyermekek esetében a korai felismerés, mert így a folyamatok felzárkóztathatóak lehetnek.
- A gyermek fejlődési ütemét meghatározzák a biológiai és környezeti tényezők. Már csecsemő- és kisgyermekkorban jól felismerhetőek a megtorpanások, lemaradások (Scheer, 2007). A gyermekek későbbi életpályájának sikeres alakulása szempontjából kulcsfontosságú a minél korábbi életszakaszukban nyújtott szakszerű támogatás, mert ez alapozhatja meg az iskolai eredményességet.
- A kisgyermek korai fejlődésének támogatása kétirányú kell, hogy legyen. Egyrészt a gyermekre irányuló közvetlen, másrészt a családra irányuló szülői készségeket, ismereteket átadó közvetett fejlesztés, az együttműködés jegyében.
- A Biztos Kezdet program a családok támogatására épül, hiszen szükséges és kiemelkedően fontos társadalmi érdek a korai beavatkozás a jövő felnövekvő generációja érdekében, és az is egyértelműen megfogalmazható, hogy mindez a szülőkkel való foglalkozás nélkül nem megvalósítható. A gyermek számára a megfelelő fejlődési környezetet a korai életszakaszában a „jól működő” család jelenti.

A Gyvt. 12. § (2) bekezdés szerint: *„a gyermek szülője jogosult arra, hogy a gyermeke nevelkedését segítő ellátásokról tájékoztatást, neveléséhez segítséget kapjon”.*

- A Biztos Kezdet Program a hátrányos helyzetű környezetbe telepítve, ott helyben, olyan szolgáltatást biztosít mind a gyermekek, mind a családok számára, amely elősegíti a szociális, érzelmi fejlődésüket, javítja az egészségi állapotukat, fejleszti a nyelvi, kommunikációs, tanulási képességeiket, felkészíti őket az intézményrendszerhez való alkalmazkodásra, erősíti a családot, praktikus életvezetési ismereteket nyújt és képes kialakítani az érintettek közül egy egymást támogató, megtartó közösséget (Szomor, 2006).

A korai iskolaelhagyás

- Magyarországnak az IEA Társasághoz (International Association for the Evaluation of Educational Achievement) való csatlakozása (1968) lehetővé tette az országok oktatási rendszereinek, térben és időben egymástól távoli tanulási teljesítményeknek az összehasonlítását. Csapó Benő A magyar tanulók

tudása nemzetközi összehasonlításban című tanulmányában írja a következőket „Kiderült, hogy a családi-kulturális tényezőknek nagyobb jelentőségük van, mint annak, hogy hány éves korban kezdődik az iskolai olvasásoktatás, és mennyi ideig tart.” (Csapó, 2002)

- Az Európai Unió 2020-ra kitűzött öt stratégiai céljának egyike – amelyet Magyarország is célul tűzött ki –, hogy az évtized végére 10%-nál kevesebb legyen azon 18–24 éves fiatalok aránya, akiknek nincs befejezett középszintű végzettsége, azaz akik szinte teljesen esélytelenül lépnek be a munkaerőpiacra.
- Az Európai Bizottság 2010-ben készült, a korai iskolaelhagyás mérséklését célzó dokumentuma (EUROPEAN COMMISSION 2010.) alapján azok a fiatalok válnak jóval nagyobb eséllyel a rendszer elhagyóivá, akik:
 - „szegény, szociálisan hátrányos helyzetű, alacsony iskolázottságú családi háttérrel rendelkeznek;
 - hátrányos helyzetű kisebbségekhez tartoznak (roma származás);
 - sérülékenyebb csoportokba tartozók, így az állami gondozottak, tinédzser korban szülővé válók, a sajátos nevelési igényű fiatalok;
 - családtagjaikról kell anyagi vagy más értelemben gondoskodniuk;
 - alig kötődnek az iskolához – pl. iskolakerülők, bomlasztó magatartásúak, magántanulóvá váltak;
 - nincsenek iskolai sikereik, évisméltók”.

Az itt felsorolt veszélyeztető tényezők egy része olyan, amely már viszonylag korai életkorban felismerhető, ezért kezelésükre hatékony megoldást jelenthet a mielőbbi preventív és támogató beavatkozások sora.

A Biztos Kezdet Program munkatársai alkalmasak arra, hogy felismerjék a hátrányokat, preventív segítséget adjanak ahhoz, hogy a résztvevő tan-, óvodaköteles korba érő (3–5 éves) gyermekek a veleszületett képességeik optimumát ériék el minden fejlődési területet érintően (mozgás, értelem, érzelem, nyelv és kommunikáció, észlelés), s ezáltal a korai iskolaelhagyást megelőzhessek. A gyermekkor egészét tekintve az is bizonyított, hogy „a korai életkorban történő beruházások hatékony társadalmi befektetésként értelmezhetőek. A közgazdaságtudomány költség-haszon elemzése egyértelműen bizonyították, hogy a kora gyermekkori programok összehasonlíthatatlanul kedvezőbb eredményre vezetnek, fajlagosan olcsóbbak, mint a későbbi életszakaszokat célzó kompenzáló programok” (Darvas, 2011. 9. o.).

A Biztos Kezdet Program adaptálási folyamata

Az előző részben kifejtett tényezők 2003-ban együttesen vezettek arra a kormányzati elhatározásra, hogy a Sure Start programot Magyarországon is bevezessék. Az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztériumban egy munkacsoportot hoztak létre azzal a feladattal, hogy a magyar Biztos Kezdet programot az angol program alapján a magyar sajátosságok figyelembe vételével adaptálják, egy modellkísérletet indítsanak el. Az elkövetkező két év tapasztalata kellett ahhoz, hogy országos szinten terjeszthetővé váljon a kezdeményezés és megalakuljanak az első Biztos Kezdet Klubok, majd hat évvel később a TÁMOP 5.2.2. pályázati konstrukció keretében az első Biztos Kezdet Gyerekházak.

Több éves folyamatként megfogalmazásra kerültek a hazai alapelvek és célok is.

Alapelvek: prevenció, hozzáférés minden érintett számára, nyitott szolgáltatás a helyi igényekre építve, közös szakmai irányelvek, partnerség (szakmaközi és szülőkel való együttműködés), univerzális és célzott szolgáltatás, hátrányos helyzetű kistérségekre és települési szegregátumokra (pl.: VIII. kerület Magdolna-negyed) irányultán.

Célcsoport: 0–5 éves, nagy hátránnyal induló gyermekek.

Célok:

„Elsődleges cél a lehető legjobb esély biztosítása a készségek, képességek kibontakoztatásához a lehető legkorábbi életkorban, azon gyerekek számára, akik a legnagyobb szegénységben élnek.” (Kovács, 2011. 21. o.)

„Hosszú távú célkitűzés egy olyan gyerek- és családbarát szolgáltatási környezet kialakítása országos szinten, amely a szülők partneri bevonása és aktív részvétele mellett koragyermekkorban egyenlő esélyt biztosít a veleszületett képességek kibontakoztatásához, a minél korábbi bölcsődei, óvodai részvételhez, és a sikeres iskolakezdéshez.” (Kovács, 2011. 21. o.)

Rész-stratégiai célok is megfogalmazódtak:

- A gyermekekkel való rendszeres foglalkozás a szülő bevonásával:
 - szociális és érzelmi fejlődés támogatása,
 - képesség kibontakoztatása,
 - szülő-gyerek kapcsolat erősítése,
 - család erősítése, közösség erősítése,
 - egészségkultúra fejlesztése,
 - a korai iskolaelhagyás megelőzése érdekében.
- A gyermek fejlődésének nyomon követése.
- A gyermekek szűrése: fejlődési elmaradások felismerése.
- Azonosított fejlődési zavar felismerését követően a megfelelő szakemberhez irányítás.
- A szülők együttműködésének megnyerése, támogatása saját erőforrásaik mobilizálásával.
- A gyermek hiányzó kompetenciái megszerzésének segítése.
- A program helyi közösségbe való beillesztése.
- Belső és szakmaközi team-megbeszélések.
- Szakmaközi együttműködés (*Biztos Kezdet Gyerekházak hálózatának Szolgáltatási és Szervezeti Modellje*, 2009).

Kronológia

- 2003-ban a Brit Nagykövetség és az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium közös szervezésében Magyarországon bemutatásra kerül az angliai Sure Start program.
- 2004 januárjában, az országban 6 szerkezetileg és szociológiailag is eltérő településen (Ózd, Csurgó, Órtilos, Vásárosnamény és hat társult települése, Budapest VIII. kerület, Mórahalom) elindul a magyar Biztos Kezdet kísérleti modell.
- 2005: további 2 település (Győr, Katymár) kapcsolódik be a kísérletbe. Szakértői műhely alakul, feladata az országos bevezetés kivitelezése.
- 2006-tól további 52 új program indul el, megjelennek a Biztos Kezdet Klubok.
- 2007: MTA kutatócsoport munkájának köszönhetően megszületik a Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program (www.gyerekesely.hu). A munkacsoport aktív közreműködésével létrejön a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia 2007-2032, melyet az Országgyűlés májusban fogad el. (Az Országgyűlés 47/2007. (V.31.) OGY határozata)
- 2008: A Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program és a Nemzeti Stratégia eredményeként az Új Magyarország Fejlesztési Terv (www.nfu.hu) keretében kiírásra kerül a TÁMOP 5.2.1. „Gyermekesély program országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozása és a program kísérése” pályázat.
- 2009: A TÁMOP 5.2.2. projekt (www.nfu.hu) országszerte 36 Biztos Kezdet Gyerekház kialakítására nyújt uniós fedezetet. Köztük szinte az elsők között létrejön a Józsefvárosi Biztos Kezdet Gyerekház is.
- 2009–2013 között összesen országosan 114 Gyerekház nyit kaput.

- 2012: a TÁMOP 5.2.2. uniós projektet befejező 41 Gyerekház finanszírozása már az e célra elkülönített minisztériumi forrásból történik.
- 2013. január 1-jétől a Biztos Kezdet Gyerekházak működési feltételei – mint gyermekjóléti alapellátás – szakmai jogszabályi szintre emelkednek, azaz beillesztésre kerülnek a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvénybe. 2013. március 1-től a 15/1998. NM rendeletbe kerülnek bele a szakmai szabályok.
- 2014. január 1-jétől a Biztos Kezdet Gyerekházak működési finanszírozását már a központi állami költségvetés biztosítja. Első körben 49 Gyerekház kerül befogadásra a finanszírozási körbe a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) által 2013. szeptember 16. napjával meghirdetett meghívásos „a Biztos Kezdet Gyerekházat működtető szolgáltatók általános pályázata” alapján három évre 2016. december 31. napjáig szóló Támogatási Szerződés alapján. A feltételeket a 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet szabályozza és az NRSZH koordinálja. A működési támogatás mintegy 6,2 millió forint/év szolgáltatásonként.
- 2015-ben az állami finanszírozási körbe további 64 Gyerekház kerül befogadásra.

A Józsefvárosi Biztos Kezdet Program

A józsefvárosi program helyi társadalmi környezete

A VIII. kerület–Józsefváros a Főváros egyik központi elhelyezkedésű kicsi (6,85 km²), de a népesség szám tekintetében igen sűrűn lakott kerülete (1km²-ren 11131 lakos). Nevét 1977-ben II. József uralkodó után kapta. Lakónépessége 76.250 fő, ebből a 0–17 éves korú gyermekek száma 9122, a 0–5 évesek száma 3234, a 0–2 évesek száma: 1763 fő.

A 9122 gyermek közül 2675 gyermek (29,3%) olyan szociális körülmények között él, hogy a rendkívüli gyermekvédelmi kedvezményre (RGYK) jogosult. A 0–2 évesek 19 %-a (340 fő) RGYK-s (forrás: *Winszoc adatbázis* 2015.03.18.).

A felnőtt lakosság 21 %-ának sincs középfokú végzettsége. Az aktív lakosok 10 %-a regisztrált munkanélküli.

A kerület közlekedési csomópont, talán ennek hatására a népesség összetétele is igen változatos. Sok a külföldi betelepülő, a lakosok 20%-a nem magyar nemzeti-ségű. A lakosok 4 %-a vallja magát cigánynak. A lakásállomány 34 %-a 40m² alatti. A lakásállomány alacsony minőségét jelzi, hogy a lakások 10%-a 2011-ben nem komfortos (forrás: *KSH 2011. évi népszámlálási adatok*).

A kerület területe 11 szocio-ökonómiai egységre, „negyedre” van osztva. A negyedik társadalmi-gazdasági-építészeti-történelmi-kulturális szempontból és a földrajzi elhelyezkedésüknek megfelelően erősen különböznek egymástól.

Társadalmi és környezeti problémákkal a kerület egyik legjobban terhelt területe a Magdolna-negyed (Scheer, 2009). A területen a hátrányos helyzetű családok koncentrációja magas, a fizikai környezet leromlott, a gazdasági potenciál, a foglalkoztatási helyzet és az iskolázottsági szint tekintetében is itt a legnagyobb a lemaradás. Földrajzilag e negyed szélén Józsefvárosra írt programmal a kerület egyetlen lakótelepének szomszédságában 2009. 09. 15. napján nyitotta meg kapuit a Biztos Kezdet Gyerekház.

A józsefvárosi helyi program holisztikus megközelítésű, mert:

- feltár olyan kérdéseket, mint az egészség, a fejlődés, az étrend, a tisztaság, nyelvi, szociális és kognitív fejlődés, kihangsúlyozva azt, hogy mennyire fontos az anya jólléte a gyermek fejlődése szempontjából;

- igyekeznek fokozni az apák, illetve a partnerek szerepét, mely arra irányul, hogy a lehető legtöbb felelősséget adja a szülők kezébe, építve meglévő erősségeikre, és megadva nekik azt az érzést, hogy irányíthatják a saját életüket és gyermekeik nevelését;
- bátorítja a szülőket, hogy találkozzanak más szülőkkel a szociális támogatottság érzését erősítve és a közösségi életben való részvétel értékeit mutatva;
- a család egészének pszicho-szociális szükségleteit kezeli.

Helyi célok:

- a szociális és érzelmi fejlődés javítása: különösen a szülők és gyermekeik között kialakuló korai kapcsolat támogatása, a családok működésének segítése, az érzelmi és magatartásbeli nehézségekkel küszködő gyermekek korai felismerése és támogatása;
- az egészségi állapot javítása;
- a gyerekek tanulási képességeinek javítása, a korai iskolaelhagyás megelőzése;
- a nyelvi jártasságok javítása;
- a család és a közösségek erősítése;
- a gyermek családon belüli helyzetének erősítése;

A józsefvárosi Biztos Kezdet Gyerekház egy régi bérház földszintjén 120m²-es alapterületen, hétfőtől péntekig 8,30-tól 13 óráig térítésmentesen fogadja a VIII. kerületben élő családokat. Havi és heti tervekkel biztosítja a változatos és aktív programokat. A munkaterv a gyermekek erősségeit, esetleges fejlesztendő területeit és a csoport összetételét veszi figyelembe.

Azt azonban, hogy egy adott délelőttön hány és éppen melyik család látogatja meg a Gyerekházat nem ismert előre. A Gyerekházat önkéntesen saját ritmusukban keresik fel a regisztrált vagy az éppen teljesen új családok. Mindezek miatt a program rugalmas, ami munkatársainktól azonnali reagálási képességet kíván.

Működés, napirend, szolgáltatások (egyedi mutatók, jellemzők, célcsoport, programok, jó gyakorlat)

A heti terv fő vezérvonala, hogy a gyermekek testi és szellemi fejlődésének minden szakasza érintett legyen. A hasonló területeket érintő foglalkozások azonos napokra kerülnek, ezzel is erősítve a gyermekekben a rendszerességet, a szülőknek pedig a kiszámíthatóságot.

A Gyerekház tízórai étkezést biztosít (lásd 1. ábra), amellyel az egészséges táplálkozás ösztönzése és a különféle ízek minél természetesebb formában történő megismertetése a cél. Tudatos törekvés, hogy a kínált étel és ital ne csak az étkezés funkcióját töltsse be, hanem lehetőséget adjon az evőeszköz, pohár, használatának helyes elsajátítására, széleskörű információt nyújtson a szülők számára az alapanyagok és az érzékszervi tulajdonságok megnevezésével. /íz, illat, színek/. Az étrend a szülőkkel együtt kerül tervezésre és elkészítésre, amely befolyásolja az otthoni étkezési szokásokat és ismeretet ad a takarékos, gazdaságos és esztétikai technikák elsajátítására, a különleges kreatív tálalási módok kitalálására. A gyermekekkel végzett terítés, tálalás a közösen végzett tevékenységek körét bővíti. Az együtt készített étel a közös étkezés, nemcsak szocializációs színtér, nemcsak az étkezési kultúra elsajátításának módja, hanem értelmi, érzelmi, és a finommotorika fejlesztésének is kiváló módja.



1. ábra: tízórai étkezés (forrás: saját fotó)

Gyerekekre irányuló szolgáltatások

A Gyerekházba jellemzően a 0–3 éves korú gyermekek járnak, legtöbbjük 2 éves korban a helyi bölcsődébe kerül. A Gyerekház közössége az első olyan szocializációs színtér ahol a gyerekek a kortársakkal találkoznak. A szülők képet kaphatnak gyermekeik erősségeiről, esetleges gyengeségeiről. A bizalomteli befogadó légkör lehetőséget ad arra, hogy kérdéseiket, észrevételeiket megoszthassák a Gyerekház dolgozóival.

Gyakran előfordul, hogy pár hónapos babák egyszerre vannak jelen a két és fél-hároméves gyermekekkel, ezért fontos a korcsoportokra fókuszáló program. Kiemelt az egy év alatti gyermekekre irányuló foglalkozás. Tapasztalat, hogy maguk a szülők nem mindig tudják, hogy „mit lehet kezdeni” a csecsemővel. A „jó természetű” gyermekeket sokszor és sokáig hagyják feküdni kontaktus kezdeményezése nélkül, a „roszszakat” az idő nagy részében ölben tartják, ezért fontos feladat úgy irányítani a baba-mama egymásra hangolódását, kapcsolatát, hogy az a gyermek fejlődését erősítse.

A rendszeresség érdekében minden délelőtt tartalmaz egy 10-20 perces főprogramot:

- Hétfő – az éneklés, mondókázás napja

A játékos éneklés, mondókázás, irányított (lásd 2. ábra). Jelentősége az érzékelés és az érzelmek fejlesztésében van a tapintás, érintés által kiváltott ingerek útján, továbbá fejlődik a gyermekek ritmusérzéke, bővül a szókincse, ezzel is elősegítve az iskolai életben való majdani részvételüket.



2. ábra: Életkép – éneklés, mondókázás (forrás: saját fotó)

- Kedd – a nagymozgásoké (lásd 3. ábra)
A mozgásfejlesztést rendszeresen járó konduktor segíti, a fejlesztést igénylőknél, az ő szakmai ajánlására a Gyerekház dolgozói együtt a szülőkkel gyakoroltathatják a szakember által meghatározott mozgásformákat a lemaradás minél előbbi „ledolgozása” érdekében.



3. ábra: nagymozgásos tevékenység (forrás: saját fotó)

- Szerda – a közös sütés napja, közben éneklés, mondókázás
Egészséges, könnyen elkészíthető és olcsó receptekből készülnek alkotások. Az ételek előkészítése során fejlődik a kézügyesség, szülő-gyermek megéli a közös alkotás örömét (lásd 4. ábra).



4. ábra: közös sütés-főzés (forrás: saját fotó)

- Csütörtök/Péntek délelőtt – finommotorikát fejlesztő tevékenységeknek, a hagyományok ápolásának, népi játékoknak ad teret
A finommotorikát érintő tevékenységek az alkotás öröme túl, élményt és tapasztalatot nyújtanak a különböző textúrájú és színű anyagok felhasználásával. Információt, számtalan kreatív ötletet adnak az újrahasznosítás, környezettudatosság, játék, különböző az otthon együtt végezhető tevékenységek megvalósítására.

Szülőkre irányuló szolgáltatások

A legtöbb szülő számára központi kérdés „Vajon elég jó szülő-e?”.

Fontos a szülői bizonytalanság csökkentése, a szülői kompetenciájukban való megerősítés, a munkatársunk által megfelelő minta nyújtása. Hangsúlyt fektetünk a szülők önbecsülésének fejlesztésére, mentálhigiénéjük javítására. Mindezek rövid és hosszú távon kihatnak az egész családra.

- Szülőcsoportos foglalkozás, mosási, fürdetési lehetőség, számítógép-használat, ügyintézés:
a gyermeki fejlődéssel együtt járó életkori sajátosságokkal, problémákkal, tapasztalatokkal szembesülve a szülők gyakran tehetetlennek érzik magukat. A rendszeres a beszélgető kör ad keretet a szülők aktuális problémáinak, kérdéseinek, nehézségeinek megbeszélésére.

Szakmai együttműködés:

prevenációs céllal a bölcsőde orvosa egészségügyi, a dietetikusa táplálkozástudományi, a szerződéses konduktor mozgásfejlődéssel kapcsolatos témában csoportos és egyéni tanácsadást nyújt. A késedelmes nyelvi fejlődést eseti megbízás alapján logopédus szakember szűri. Több család is a kerületi védőnők jelzése alapján került a Biztos Kezdet Gyerekházba. Itt találkozhatnak újra, ahol tanácsadást tartanak, a szülőket aktuálisan érdeklő kérdésekről interaktív beszélgetéseket folytatnak.

- Tájékoztatók, kiadványok, hírlevelek:

negyedévente az orvosi rendelőkben, védőnőknél, bölcsődékben kihelyezett hírlevél hirdeti az aktuális és a közel jövő programjait, ezekre hívjuk fel a figyelmüket.

- Közösségi rendezvények a helyi lakosság bevonásával, jeles napokhoz kapcsolódó hagyományőrző programok:
a közösségi rendezvények is fontos pillérei a Gyerekház működésének. A mindennapok során figyelmet fordítunk a születésnapok, jeles ünnepek megtartására. Vannak nagyobb szabású rendezvényeink is – Gyermeknap, Csere-Bere nap, Hétvégi Palánta játszóház, Mikulás rendezvény, Farsang – melyek alkalmat adnak arra, hogy a Gyerekházba nem járó, azt még nem ismerő helyi lakosságot is megszólítsuk, elérjük.
- „Jó gyakorlat” és országosan is egyedülálló program a családi nyaralás Magyarkúton.
A Gyerekház megnyitása óta minden évben, kétszer egy hétre táborozni viszi a családokat. Jelentős ennek az intenzív együttlétnek a közösségformáló ereje. A tábor során a gyermekek számára a Gyerekház mindennapi tematikájának megfelelő programok, a szülők számára esti csoportfoglalkozások, előadások kerülnek megtartásra, melyek ideje alatt a gyermekfelügyelet megoldott.



5. ábra: nyári táborozás Magyarkúton (forrás: saját fotó)

A józsefvárosi Biztos Kezdet Gyerekház 5 éves lett

2014. november 25-én ünnepelte a Józsefvárosi Biztos Kezdet Gyerekház az 5 éves születésnapját. A születésnap délelőtti program a Gyerekházban zajlott, közös tortafelvágással és beszélgetéssel az ellátott családok és magas rangú vendégek társaságában. A délutáni program során Kerekasztal beszélgetésre került sor, számos szakember társaságában (25–30 szervezettől, 60 fő szakember) a téma a múlt-jelen-jövő szakmai megközelítése volt.



6. ábra: születésnap délelőtti rendezvény (forrás: saját fotó)

2009–2014. évre vonatkozó adatok

2009. szeptember és 2014. október között a kerületi lakosok összesen 10 498 alkalommal vették igénybe a józsefvárosi Gyerekház szolgáltatásait. A Józsefvárosi Biztos Kezdet Gyerekház Dokumentációs Rendszerében regisztrált gyermekek száma: 372 fő, ebből rendszeresen járó gyermek 231 fő. A gyermekekről Biztos Kezdet megfigyelő lap lett kitöltve, amely a személyes, társas és érzelmi fejlődés, a kommunikáció, nyelvi fejlődés, problémamegoldás, gondolkodás és számolás, a világról alkotott kép, a testi és a kreatív fejlődés állomásait rögzíti 14 szakaszra bontva 6 havonta. Minden esetben kitöltésre kerül a szülők nevelési ismeretei című kérdőív is (forrás: saját adatbázis).

A kérdőív és a gyermek megfigyelő lapok alapján kerültek kinyerésre a családok szociális helyzetét bemutató alábbi adatok.

A megkérdezettek:

- 26 %-a 40 m² alatti alapterületű lakásban lakik,
- 23%-a egyszobás lakásban él,
- 29%-ának volt olyan élménye, hogy nem volt elegendő pénze ennivalóra, 5%-nak ez az élmény gyakori,
- 41 %-a nyilatkozott úgy, hogy a túlélés érdekében a rezsikiadásokat halmozza fel,
- a megkérdezettek 24%-ának a fűtésszámla kifizetése okozott nagy nehézséget, sokan közülük csak egy helyiséget fűtöttek (forrás: saját adatbázis).

Jövőbeni változások

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvény 8. § (2) bekezdése alapján 2015. szeptember 1. napjától a gyermek abban az évben, amelynek augusztus 31. napjáig a harmadik életévét betölti, a nevelési év kezdő napjától legalább napi négy órában óvodai foglalkozáson vesz részt. A Biztos Kezdet Gyerekházaknak reagálniuk kell, a jelenlegi 0–5 évről 0–3 évre, azaz alacsonyabb életkorú gyermekek ellátására kell a figyelmet fordítaniuk, fő feladat a bölcsődére, óvodára való felkészítés lesz.

Az NRSZH 2015. február 25. napján Szécsényben megtartott tájékoztatója szerint a közeljövőben jelentősen módosul a szakmai szabályozás is, a tervek szerint:

- az ellátott gyermekek 50%-a RGYK-ra jogosító határozattal kell, hogy rendelkezzen, jelenleg nincs konkrét szabály a mértékre
- az ellátottak számára a nyitva tartás napi 4 órától 5 órára emelkedik
- az ellátottak heti jelenlétét 2–3 alkalomról 5 alkalomra kell növelni
- a havi egy közösségi rendezvény helyett havi kettő megtartása lesz előírás (Kánnai, 2015).

Zárógondolatok

Szakpolitikai jövőkép

Az Emberi Erőforrások Minisztériumának Szociális ügyekért és Társadalmi Felzárkózásért felelős államtitkára és a kormánybiztos 2015. január 22-én a Monori Gyerekházban tartott sajtótájékoztatót. Az államtitkár hangsúlyozta: a felzárkózási stratégia egyik alapeleme, hogy a gyerekek már életük első napjaiban olyan segítséget, támogatást kapjanak, „ami megakadályozza a hátrányos helyzet öröklődő ördögi körének kialakulását” (Czibere, 2015. 01. 22.). A kormánybiztos kiemelte: „a kormány a korábban is hatékonyabb és célzottabb segítséget kíván adni a családoknak és az őket segítő szakembereknek. A cél, hogy a rászoruló gyerekek minél korábban megkapják azokat a javakat és szolgáltatásokat, amelyeket nélkülöznek” (Kovács, 2015. 01. 22.) A kormány célja, hogy a hálózatot, mint a felzárkóztatás politika egyik fontos elemét megerősítse. A működési támogatás rendszerébe további gyerekházak kapcsolódnak be.

Összegzés

A Biztos Kezdet program bevezetése során azért kapott olyan különös hangsúlyt, mert mindenképpen a helyi igényeknek megfelelő és arra épülő szolgáltatásként kellett indulnia. Így nagyon változatos szervezeti keretek között nyíltak meg az első Klubok. A kezdetekkor szinte kivétel nélkül egy már meglévő bázis intézményre és annak meglévő erőforrásaira támaszkodtak és a helyi szükségletek megfogalmazásában erősen kötődtek a korábbi szolgáltatási struktúrához (Dió, 2006). Mivel a program kiállta a próbát, sőt kivívta és megtalálta saját helyét a meglévő gyermekjóléti alapszolgáltatási rendszerben, ezért törvényszerű és szükségszerű lett, hogy önállósodjon. „Kiskamasszá” válásának ténye megmutatkozik abban, hogy az önkormányzatok érdekelttek lettek, a házak többnyire a saját arculatukra formált önálló épületekben kaptak helyet. Az állami finanszírozás és a megteremtett jogszabályi környezet lehetővé teszi a felsőfokú képzettségű főállású gyerekház vezető foglalkoztatását, és a folyamatos képzést, és esetleg új gyerekházak létrejöttét.

A helyi sajátosságok érvényesítésének következményeként Magyarországon mind a 114 Gyerekház programja más és más lett, és ez különösen fontos szerepet és egyben felelősséget is ró a megvalósító szakemberekre (Nagyné, 2006).

Elérhetőség

név: Józsefvárosi Egyesített Bölcsődék Biztos Kezdet Gyerekház

cím: 1083 Budapest, Szigetvári utca 1. szám

telefon: 06-1/210-9188; 06-1/303-1767

email: jeb@bolcsode-bp08.hu; budapest.jozsefvaros@biztoskezdet.eu

gyerekház vezető: Vargáné Pozderka Terézia

Irodalom

- Bányai Emőke (2004): *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások*. PhD-dolgozat, Budapest
- Bányai Emőke (2006): *A biztos Kezdet modellkísérleti program tapasztalatai, kiterjesztésének lehetőségei*,
URL: http://www.gyerekesely.hu/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=152:banyai_bk_modell_tapasztalat&id=20:gyerekekkel-kapcsolatos-hazai-szakmai-anyagok&Itemid=73 (letöltve: 2015. 02. 10.)
- Czibere Károly (2015. január 22.): Duplájára nő a Biztos Kezdet Gyerekházak támogatása. *A Szociális ügyekért és a Társadalmi Felzárkóztatásért felelős államtitkárság sajtótájékoztatója Monor*, 2015. január 22.
URL: <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/szocialis-ugyekert-es-tarsadalmi-felzarkozasert-felelos-allamtitkarsag/hirek/elo-kozvetites-kormanszovivosajtotajekoztato-czibere-karollyal>, (letöltve: 2015. 03. 14.)
- Csapó Benő (2002): A tudásszint mérés nemzetközi és hazai eredményei. In: Csapó Benő (2002): *Az iskolai tudás*. Digitális Tankönyvtár, Osiris.
URL: <http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tkt/iskolai-tudas-eloszo/ch05s02.html> (letöltve: 2015. 03. 14.)
- Darvas Ágnes (2011): Esélyek és lehetőségek In: Labáth Ferencné (szerk.) *Hátrányos helyzetű 3–7 éves korú gyermekek integrált óvodai nevelése. A Biztos Kezdet Óvodai Program háttér tanulmányai 1. kötet*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, 9–10.
- Dió Zoltán (2006): A modellkísérleti programok monitorozásának tapasztalatai. In: Nagyné Varga Ilona (szerk.): *Biztos Kezdet füzetek 1.* Jász-Nagykun-Szolnok megye Esély Szociális Közalapítványa Regionális Szellemi Forrásközpont, Budapest.
- ENSZ Egyezmény a gyermek jogairól* (1989)
- EUROPEAN COMMISSION (2010): *Communication from the commission EUROPE 2020 a strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, Brussels.
URL: <http://www.mszo.hu/index.php?oldal=alap.php&fid=155&id=372>
- Herczog Mária (2008): Akoraig gyermekkorifejlődés elősegítése. In: Fazekas Károly, Köllő János és Varga Júlia (szerk.) *Zöldkönyv a magyar közoktatás megújításáért*, Kiadó ECOSTAT, Budapest.
URL: <http://dok.biztoskezdet.info/index.php?mod=1&id=6>
- Kánnai Magdolna (2015): *Biztos Kezdet Gyerekházak jogi és szakmai keretei*. EMMI Gyermekesély Főosztály Információs napok,
URL: http://nrszh.kormany.hu/download/3/f8/00000/infonap_bkg_001.pdf, (letöltve: 2015. 04. 22.)
- Kovács Erika (2011): „Legyen jobb a gyerekeknek!” Biztos Kezdet Programok alapelvei. In: Labáth Ferencné (szerk.) *Hátrányos helyzetű 3–7 éves korú gyermekek integrált óvodai nevelése. A Biztos Kezdet Óvodai Program háttér tanulmányai 1. kötet*. Kiadó Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Kovács Zoltán (2015. január 22.): Duplájára nő a Biztos Kezdet Gyerekházak támogatása. *A Szociális ügyekért és a Társadalmi Felzárkóztatásért felelős államtitkárság sajtótájékoztatója Monor*, 2015. január 22.,
URL: <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/szocialis-ugyekert-es-tarsadalmi-felzarkozasert-felelos-allamtitkarsag/hirek/elo-kozvetites-kormanszovivosajtotajekoztato-czibere-karollyal> (letöltve: 2015. 03. 14.)
- KSH 2011. évi népszámlálási adatok*
- Nagyné Varga Ilona (2006, szerk.): A helyi program tervezésének előkészítésének folyamata. *Biztos Kezdet füzetek 1.* Jász-Nagykun-Szolnok megye Esély Szociális Közalapítványa Regionális Szellemi Forrásközpont, Budapest.
- Scheer Ferencné (2007): A csecsemőkben és kisgyermekekben rejlő képességek kibontakozásának segítése a Biztos Kezdet program klubjaiban. In: Nagyné Varga Ilona és Fábiánné Kocsis Lenke (szerk.) *Biztos Kezdet Füzetek 2.* Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest.
- Scheer Ferencné (2009): Biztos Kezdet Budapesten Józsefvárosban. In: Fábiánné Kocsis Lenke és Nagyné Varga Ilona (szerk.) *Biztos Kezdet Füzetek 3. Jó gyakorlatok a Biztos Kezdet programokban* Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest.

Sure Start Programiroda (2002.) 1–5 füzetek

Szilvási Léna (2011): Nézőpontok, Elméletek, Gyakorlatok – A magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In: Balázs István (szerk.) *A génektől a társadalomig: a koragyerekkori fejlődés színterei Biztos Kezdet Kötetek 1.* Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 28–75.

Szomor Éva (2006): Információk a modellkísérleti programokról. In: Nagyné Varga Ilona (szerk.) *Biztos Kezdet füzetek 1.* Jász-Nagykun-Szolnok megye Esély Szociális Közalapítványa Regionális Szellemi Forrásközpont, Budapest.

Szomor Éva (2007): Fejlődés és fejlesztés. A gyermek fejlődésének törvényszerűségei. In: Fábiánné Kocsis Lenke és Nagyné Varga Ilona (szerk.) *Biztos Kezdet füzetek 2.* Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest.

Úgy tetszik, hogy jó helyen vagyunk itt, népdal: Nagyszalonta, Kodály Zoltán gyűjtése, URL: <http://www.magyarnota.com/nepdalok.html>

Winszoc adatbázis (2015.03.18. napi adat) Józsefvárosi Polgármesteri Hivatal, Humánszolgáltatási Ügyosztály Családtámogatási Iroda

HIVATKOZOTT JOGSZABÁLYOK ÉS KORMÁNYHATÁROZATOK

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény

A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvény 2015. szeptember 1. napjától hatályos változata

A személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet

A támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet

1195/2009. (XI. 20.) Kormányhatározat a „Legyen jobb a gyerekeknek!” Nemzeti Stratégiáról, 9. o. 2007-2032. szóló 47/2007. (V.31.) OGY határozat végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról (2007–2010.) szóló 1092/2007. (XI. 29.) Kormányhatározat módosításáról.

HIVATKOZOTT HONLAPOK

www.surestart.gov.uk

www.biztoskezdet.hu

www.gyerekesely.hu

www.nrszh.hu

www.nfu.hu

www.tankonyvtar.hu

www.kormany.hu

www.magyarnota.com

www.mszo.hu

A BIZTOS KEZDET FELHASZNÁLT DOKUMENTUMAI

Biztos Kezdet Gyerekházak hálózatának Szolgáltatási és Szervezeti Modellje, 2009

Pályázati útmutató a korai beavatkozást középpontba helyező Biztos Kezdet Programok országos terjesztéséhez, TÁMOP 5.2.2.

Józsefvárosi Biztos Kezdet Gyerekház Dokumentációs Rendszere

A tanulmány forrását képező saját készítésű fotókon bemutatott személyek nyilatkozatban járultak hozzá a róluk készült képek e tanulmányban történő megjelenéséhez.

Intenzív családmegtartó szolgáltatás – a koragyermekkori intervenció egy lehetséges változata

Bányai Emőke

Károli Gáspár Református Egyetem, Tanítóképző Főiskolai Kar

Absztrakt: Az intenzív családmegtartó szolgáltatások konkrét, gyakorlati és terápiás hatású szociálismunka-beavatkozások együttesét jelentik, melyet általában egy magasan képzett szociális munkás nyújt rendszerint időhatáros formában, általában 3–6 hónapig. Céljuk a szülők megerősítése annak érdekében, hogy gyerekeiket sikeresen tudják nevelni. A szolgáltatásokat az egyedi család szükségleteihez igazodva olyan krízishelyzetbe került családoknak nyújtják, ahonnan a gyermek(ek)et egyébként ki kellene emelni súlyos veszélyeztetettségük miatt. Az intenzív családmegtartó szolgáltatások nemcsak kisgyermekes családokra irányulnak, de amennyiben 0–5 éves korú gyerek van a családban, a koragyermekkori intervenció egyik lehetséges formáját jelentik.

Kulcsszavak: szociális munka, intenzív családmegtartó szolgáltatás, gyermekjólét, gyermekvédelem, koragyermekkori intervenció

Előzmények

Az 1980-as évektől kezdve a legtöbb fejlett ország gyermekvédelmi gyakorlatában alapvető paradigmaváltás zajlott le¹. Korábban a beavatkozások legfontosabb célja az volt, hogy a gyermeket megvédjék a veszélyeztető környezet káros hatásaitól, akár azon az áron is, hogy az eredeti milióból kiemelték, intézménybe, vagy más, jobban működő családba helyezték; elszakítva ezzel attól a családtól, ahova született. A társadalom számára elfogadhatóbb feltételek közé való menekítés azonban számos nem kívánatos következménnyel járt, mind a gyerekek, mind a családok számára. A gyerekek nélkül maradt családok tovább bomlottak, a családtagokat összekötő kapcsolatok lazultak, egyre kevesebb lett az esélye, hogy valaha újra együtt tudjanak élni.

Ezzel egy időben a gyermekvédelemben dolgozó szakemberek számára is nyilvánvalóvá vált az általuk működtetett rendszer legtöbb diszfunkciója. Egyre világosabb lett, hogy a problémás gyerekek kiemelése és szakemberek által történő nevelése helyett a vér szerinti szülők gyermeknevelési képességeinek fejlesztése, illetve a családok életkörülményeinek a családdal együtt történő javítása eredményezheti hosszabb távon azt, hogy ezek a családok is képesek legyenek saját gyerekeiket a társadalom számára elfogadható módon és körülmények között nevelni.

Mindezen feltételek tették lehetővé, hogy a nyolcvanas évektől a gyermekvédelem (*child protection*) korábbi gyakorlatát felváltsa a családmegtartás (*family preservation*) filozófiája és praxisa. A családmegtartó szolgáltatások, és szélesebb értelemben a családok otthonában nyújtott szolgáltatások felé történő elmozdulás alapvető változást jelentett a gyermekjólét területén; „a gyermek megmentése helyett a családnak nyújtott szolgáltatások kerültek a figyelem középpontjába, az egyéni perspektívát felváltotta az ökológiai szemléletmód, mely a környezetet egyszerre tekinti a gyerek és a család problémái forrásának, de ezek megoldási lehetőségének is” (*Encyclopedia of Social Work*, 1990. 575. o.).

¹ A fejezet az *Intenzív családtámogató és családmegtartó szolgáltatások* c. PhD-dolgozat (2006) részlete

A magyarországi gyermekvédelem más történelmi előzményekkel, más társadalmi kontextusban, de szintén nagy átalakuláson ment át az utóbbi évtizedekben. Az átalakulási folyamat legfontosabb jelzője az 1997-es gyermekvédelmi törvény² megjelenése, melynek elsődleges alapelve a családok megerősítése. Fontos gazdasági, politikai, társadalmi változások folyamatában keletkezett, és átalakította a gyermekvédelem szinte teljes intézményrendszerét.

Kinek szólnak az intenzív családtámogató szolgáltatások?

Több mint fél évszázados megfigyelés, hogy egy adott településen a szociális és egyéb segítő szolgáltatások jelentős részét ugyanaz a néhány család veszi igénybe. Több generációjukkal foglalkoztak már a jóléti szolgálatok munkatársai, több-kevesebb sikerrel. *Salvador Minuchin és munkatársai* (1967. 219–220. o.) szerint ezek a családok a következőkkel jellemezhetők:

- A folytonosság és a kiszámíthatóság hiánya, mely megnehezíti, hogy a növekvő gyerek a saját világához képest definiálhassa saját magát.
- A személyközi kapcsolatok is hasonlóan szeszélyes és kiszámíthatatlan módon működnek.

„Ezekben a nagy családokban a gyerekekről való gondoskodás több különböző személy feladata. Anyák, nagynénik, nagymamák, valamint idősebb testvérek gondoskodnak a kicsikről. Néha sokféle stimulációt zúdítanak rájuk, máskor hosszú időre egyedül hagyják, és a gyerek ott mászkál az üres lakásban. Megvannak a biztonság elemei ebben a több személyes gondoskodásban, de veszély leselkedik a gyerekre azokban az időszakokban, mikor senki nem figyel rá.”

Minuchin és munkatársai egy későbbi könyvükben (*P. Minuchin, J. Colapinto és S. Minuchin*, 1998, magyarul 2002) felhívják figyelmünket arra, hogy a jóléti rendszer által ellátott családokban

„... a döntések kívülről jönnek, és a gyerekek azt tanulják meg, hogy a családban élő felnőtteknek nincs elég erejük. Ez az instabilitás részben a szegénység, a drogok, az erőszak környezetében kialakult életmód, másrészt viszont a társadalmi beavatkozás mellékterméke. A gyerekeket kiemelték, más családtagok börtönben vagy kórházban vannak, és a nekik szóló szolgáltatások szétaprózottak. Nem az a lényeg, hogy ezekre a beavatkozásokra néha szükség van, hanem hogy mindig szétzilálják a család struktúráját. A beavatkozások nem veszik figyelembe a pozitív érzelmi szálakat és fontos lehetőségeket, melyeket így szintén szétrombolhatnak.” (Minuchin és munkatársai, 2002. 29–30. o.)

A családmegtartó szolgáltatások jellemzői

Az *Encyclopedia of Social Work* (1990. 975. o.) szerint a családmegtartó szolgáltatások a következő öt alapvető célra irányulnak:

- Lehetővé tenni, hogy a gyerekek biztonságosan az otthonukban maradhassanak
- Fenntartani és erősíteni a családi kötelekeket
- Legyőzni a krízishelyzetet, mely miatt a gyereket ki kellene emelni
- Javítani a családtagok megküzdő (*coping*) készségeit és kompetenciáit
- Segíteni a családot a formális és informális források igénybevételeiben

A család otthonában nyújtott segítség különféle előnyökkel jár mind a segítő, mind a segítséget igénybe vevő fél számára. A segítő például sokkal jobban megértheti a

² Az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

család működését a lakásukra vetett egyetlen pillantással, mint az irodájában folytatott hosszú beszélgetések során. A család a segítséget is abban a környezetben kapja, ahol a problémák megjelennek, így közvetlenül lehet kapcsolódni szokásaikhoz, rutinjaikhoz. A segítő így a konkrét helyzetre nézve adhat tanácsot, illetve dolgozhat ki a családdal együtt alternatív megoldásokat. Ez azért rendkívül jelentős, mert az alacsonyabb intellektussal rendelkező, absztrakcióra kevésbé képes családok is profitálni tudnak belőle. A családok otthonában nyújtott szolgáltatásokkal azok a családok is elérhetők, akik rendkívül súlyos problémákkal küszködnek, de sok esetben arra sem képesek, hogy külső segítséget keressenek, vagy a megadott időpontokban rendszeresen megjelenjenek egy intézményben.

A korai életszakasz jelentőségének felértékelődése

Az utóbbi két évtizedben a fejlett országokban, és hazánkban is, egyre nagyobb figyelem övezi a kora gyerekkort, az iskoláskort megelőző éveket³. A korai életszakaszban otthon nevelkedett gyerekek közül igen sokan – többnyire a szegénységben élő, iskolázatlan családok gyermekei – nem lesznek iskolaérettek tanköteles korukra, hátrányaikat nem tudják behozni az iskolai években, sőt ezek tovább fokozódnak. Így egyre sürgetőbb feladat, hogy a társadalom tegyen valamit azért, hogy ezeknek a gyerekeknek sokkal inkább serkentő, alternatív környezetet biztosítson úgy, hogy közben a családi kötelek is megmaradjanak. A koragyerekkori beavatkozások akkor a leghatásosabbak, ha a családot is megerősítik, ezért a programok egyik célja a szülők támogatása annak érdekében, hogy jobb szülők legyenek, sikeresebben tudják támogatni gyerekeik fejlődését.

A korai beavatkozások jelentőségére az 1970-es évektől az agyutatások is felhívták a figyelmet. Az eredmények azt mutatták, hogy az élet első hónapjaiban, éveiben alakulnak ki, szilárdulnak meg az agyban azok a struktúrák, melyek a későbbi fejlődést meghatározzák. A kora gyerekkort nem lehet többé olyan életszakasznak tekinteni, amikor a gyerek elsősorban csak gondozást igényel. Ezzel egybecseng a közgazdászok figyelmeztetése: a korai életkorban történő beruházások haszna későbbi életkorban megtérül, ha viszont a legkisebb életkorban rossz irányt vesz valami, azt már csak nagy erőfeszítésekkel, magas költségekkel lehet helyrehozni a későbbiekben.

Koragyermekkori intervenciónak a szociális és gyermekvédelmi területen azokat prevenciószolgáltatásokat tekintik, melyek 0–5 (6) éves korú, sérülékeny családoknak szólnak, céljuk a gyermek minél kedvezőbb fejlődésének támogatása, a család kompetenciáinak megerősítése, valamint a gyermek és a család társadalmi befogadásának (inklúziójának) elősegítése. Eltér a korai fejlesztéstől abban, hogy a (gyógy)pedagógiai módszerekkel nem csak a gyermekre koncentrálnak, hanem a gyermek és családja, valamint a család és környezete között zajló interakciókat, a sérülékenységet rejtő helyzeteket és rizikótényezőket veszi elsősorban figyelembe, ahol különböző szakterületek képviselői (pl.: szociális munkás, pszichológus, gyógypedagógus, szakorvos, kisgyermekgondozó stb.) dolgoznak együtt a családdal a gyermek optimális fejlődése érdekében. „A koragyermekkori intervenció egy gyűjtőfogalom, amely magában foglalja nemcsak a gyermek konkrét megsegítését, hanem a veszélyeztetett gyermek családjának, a szűkebb-tágabb környezetének támogatását is, egyfajta komplex tanácsadást és beavatkozást.” (Csapó és munkatársai, 2015. 34. o.)

³ A Koragyermekkori programok c. tanulmány részlete, In: *Szülői szabadságok és koragyermekkori programok* (2012).

Az intenzív családmegtartó szolgáltatások jelentős szemléleti rokonságot mutatnak a fenti értelemben vett koragyerekkori intervencióval, bár a kiindulópont nem feltétlenül a 0–5 (6) éves korú gyerek problémája, hanem a család egészéé, de a beavatkozás hatással van a kicsi helyzetére, állapotára is.

Az intenzív családmegtartó szolgáltatások magyarországi tapasztalatai

Az intenzív családmegtartó szolgáltatások első kísérleti bevezetésére Magyarországon először 2009-10-ben, a RÉV8 Rt. MNP II. Szociális és városrehabilitációs programjában került sor⁴. A projekt ekkor a kerület egyetlen részére, az ún. Magdolna-negyedre korlátozódott, mivel a szociális helyzetet jelző mutatók a kerületben itt a legrosszabbak: itt a legmagasabb a munkanélküliség, a legalacsonyabb a lakók iskolázottsága (a háztartásfők 40 %-ának végzettsége nem haladja meg a 8 általánost, közülük vannak, akik egyáltalán nem jártak iskolába), a házak és lakások állapota is itt a legrosszabb, és sok család egy lefelé tartó lakásmobilitás során került a negyedbe.

A program tapasztalatai nyomán a Józsefvárosi Önkormányzat Képviselőtestülete 2011 áprilisában döntött arról, hogy az intenzív családmegtartó szolgáltatást önként vállalt feladatként tartós kötelezettségvállalással működteti az akkori Családegítő Központ (jelenleg Józsefvárosi Szociális Szolgáltató és Gyermejjóléti Központ) keretében, az MNP II pályázatban meghatározott fenntartási kötelezettségként, egész Józsefvárosra kiterjesztve. A program 2013 márciusától ismét projekt-keretben is folytatódik, a Magdolna Negyed Program III. részeként.

Az intenzív családmegtartó szolgáltatás rövid, időhatáros szociálmunka-szolgáltatás, ami maximum három hónapig tart. Elsősorban krízisben lévő gyermekes családoknak szól, a gyermek kiemelésének alternatívájaként szolgál; vagy éppen a korábban kiemelt és hazakerülő gyerek érdekében erősíti meg a családot. A szociális munkás akár minden nap találkozik a családdal, alkalmanként több órát tölt otthonukban, közvetlen környezetükben, mobiltelefonon munkaidőn túl is elérhető számukra. Egy szakember egy időszakban 2 családdal dolgozik. A szolgáltatást általában a Gyermejjóléti Központ munkatársai ajánlják fel a családnak, de a beavatkozásra csak akkor kerül sor, ha a család ebbe előzetesen beleegyezik. A család részéről az „önkéntesség” nyilvánvalóan korlátozott: néha a szülők szívesen veszik a felajánlott segítséget, más esetben viszont inkább fenntartással vagy némi ellenállással fogadják, annak érdekében, hogy gyerekeik otthon maradhassanak, és a szociális munkásnak jelentős erőfeszítéseket kell tennie a család bizalmának megszerzéséért és az együttműködés kialakításáért. Az intenzív családmegtartó szolgáltatásokra többnyire olyan esetben kerül sor, ahol a családot hosszabb ideje ismerik a Gyermejjóléti Központ munkatársai, esetleg régóta dilemmát okoz, hogy a személyes kötődést jelentő, de rendkívül szegényes körülmények nyújtanak-e jobb esélyt a gyerekeknek, vagy olyan elviselhetetlen a helyzet a vérszerinti családban, hogy külső elhelyezést kell kezdeményezni – ha indokolt és lehetséges, a kapcsolatok megőrzésével.

Kisgyermekes családok – esetbemutatók

Sok esetben a nyugati minták alapján meghonosított eljárások hazai környezetben módosulnak az eltérő társadalmi és szolgáltatási környezet hatására. Magyarországon a gyermejjóléti szolgálatoknál dolgozó szociális munkások magas esetszáma nagyon

⁴ Az *Intenzív családmegtartó szolgáltatások. Budapest – Józsefváros* c. tanulmány részlete

ritkán teszi lehetővé, hogy egy-egy esettel átmenetileg intenzívebben, esetleg napi több órát, hetente több napot is foglalkozzanak; akkor sem, ha a család nehézségeit nagy valószínűséggel így lehetne enyhíteni. Évekkel ezelőtti elakadások továbbblendítéséhez, generációkon keresztül ismétlődő rossz problémamegoldási kísérletek módosításához pedig általában sokkal több idő és intenzívebb, mélyebb kapcsolat kell. Így az intenzív családmegtartó szolgáltatásra sokszor úgy kaptunk felkérést, hogy el kellene intézni ezt vagy azt, el kellene jutnia egy családtagnak valamilyen intézménybe, orvosi kezelésre, de ezt a család valami miatt képtelen megoldani.

A következő esetek bemutatása munkatársaim, *Beliczay Eszter*, *Bereczné Horváth Edit* és *Csernákné Szabó Mária* eseteiről alapján készült. Az esetek bemutatása során felhasznált nevek a személyiségi jogok védelme érdekében fiktívek, ugyanakkor a főbb demográfiai jellemzők megegyeznek az eredeti esetben szereplő családtagokéval.

A család a Magdolna-negyedben él egy 28 nm-es, galériás lakásban; a család összetétele és működése meglehetősen rendhagyó. Az édesanya, Tünde 30 éves, törekeny testalkatú, enyhe értelmi fogyatékos asszony, beszéde születési sérülés következtében nehezen érthető. Három kislánya van, akik 5, 6 és 9 évesek. A három gyermek apja a férje, Zoltán, aki együtt él a családdal, gondoskodik a kislányokról. Tündének négy évvel ezelőtt szerelmi kapcsolata alakult ki a szomszéd lakásban élő Péterrel, aki átköltözött hozzájuk. A kapcsolatukból származó első gyermek elvetélt, a második gyermek érkezése hamarosan várható volt az intenzív családgondozás kezdetén. Ekkorra már Tünde és Péter kapcsolata is fellazult, de mindkét férfi részt vett a család fenntartásában, a gyerekek ellátásában. Mindhárom felnőtt állami nevelt volt, a két férfi éjszakánként együtt járt „lomizni”, majd a gazdagabb kerületek kukáiból összeszedett tárgyakat reggel a konyhában szortírozták és a használhatókat megpróbálták eladni a közeli piacon. Lakásuk ennek megfelelően elhanyagolt, a csótányok gyakorlatilag kiirthatatlanok, nagyobb összegű díjhátralékuk gyűlt fel.

Az iskola illetve az óvoda jelezte a Gyermekjóléti Központ felé, hogy a kislányok elhanyagoltak, beszédfejlődésük késik, gyakran nincs megfelelő felszerelésük. A védőnő számára kérdéses volt, hogy ebbe a környezetbe hazaengedhető-e a kórházból a hamarosan születendő kisgyermek. Az intenzív családmegtartó szolgáltatás első szakaszára ebben a helyzetben került sor.

A családgondozó mindhárom felnőtt szándékait, törekvéseit feltérképezte. Mivel mindhárman részt kívántak venni a család életében, a gyerekek nevelésében, együttes feladat volt a környezet felkészítése az újszülött fogadására. Ez lomtalanítást, nagytakarítást, tisztasági festést jelentett, kiságyat, légzésfigyelőt kellett beszerezni. A gyermek koraszülötten jött a világra, hosszabb ideig kellett kórházban tartózkodnia. Ez alatt meg kellett oldani a kislányok gondozását, óvodába kísérését is, ami máskor általában az anya feladata volt. A két férfinak néha nehézséget okozott a feladatok összehangolása – ebben az intenzív családgondozó aktív szerepet vállalt. Az anya naponta járt be szoptatni a kicsit, a családnak volt ideje előkészíteni az újszülött fogadását. A család lakásán tartott esetkonferencia nyomán végül a védőnő engedélyezte a kicsi hazahozatalát, így a kisfiú az inkubátort elhagyva nem csecsemőotthonba, hanem saját családjába kerülhetett haza. Az intenzív családgondozás első szakasza ekkor lezárult, de a Gyermekjóléti Központ családgondozója tovább foglalkozott a családdal.

Két év múlva ismét a gyermekintézmények jelezték a gyermekek elhanyagoltságát, ekkor kezdődött az intenzív családgondozás újabb szakasza. A családban ekkor már ott élt Péter új barátnője is; Zoltán a kislányokról gondoskodott, Péter a kisfiáról, Gabiról, a gyerekek anyja pedig próbálta megosztani figyelmét a négy gyerek között. A szülők és a gyerekek erősen kötődtek egymáshoz. Tünde ellátta a gyerekeket élelemmel, Gabi tisztába tette, egyéb anyai feladatok ellátására azonban nem igazán volt képes. Gabi két éves korában szavakat még nem tudott kiejteni, játékokkal nem tudott megfelelően bánni. Érdeklődése azonban jól felkelthető volt, ha az intenzív

családgondozó kolléga foglalkozott vele, érdeklődő és figyelmes volt, a játékok használatát hamar utánozni kezdte. A családtagok véleménye megoszlott Gabi bölcsődei beiratásával kapcsolatban, a családgondozóval való jó kapcsolat azonban lehetővé tette, hogy együtt végigvigyék a beiratás, beszoktatás nehéz időszakát. Gabi számára a bölcsődében mintha kitágult volna a világ, édesanyja számára először nyílt meg a lehetőség arra, hogy otthonán kívül konyhai kiegészítő munkát vállalhasson.

Az intenzív családgondozó napi több órát töltött az otthonukban. Minden felnőtt életéből hiányoztak a koragyermekkorai szülői gondoskodás mintái, így sokszor a családgondozó kollégának kellett megmutatnia, hogy a gyerekeknek mire van szükségük a felnőttől: simogatásra, ölelésre, kedvességre, szeretetre – ezeket az érzéseket nagyon nehezen tudták kifejezni. A kislányokkal gyakran meséltek, báboztak – ebbe egyre inkább Tünde is bekapcsolódott.

Péter apasági nyilatkozatot tett, rendezve ezzel Gabi családi jogállását. Tünde szerette volna, ha dolgozhat, hogy több pénzből tudjon gazdálkodni, mert férje nem adta haza a keresetét, azonban az élelmiszereket, a napi létfenntartáshoz szükséges feltételeket megteremtette. Pénzt azért nem adott haza János, mert még mindig nem tudta feldolgozni Tünde féltreépését, elmondása szerint még nagyon fájt neki. A pénz visszatartásával akarta büntetni feleségét.

Az intenzív családgondozó segítségével adósságkezelési szolgáltatás kezdődött, így tartozásuk a felére csökkent, részletfizetési megállapodás megkötésével tudták fizetni a hátralékot, a villanyt nem kapcsolták ki a lakásban. Nagyon nehezen, de néha sikerült rávenni őket, hogy takarítsák ki az otthonukat.

A gyerekeket két év múlva, ismét egy iskolai jelzés nyomán kiemelték a családból, de a személyiségfejlődésük számára döntő első éveket otthon tölthették, feltehetően sokkal kevesebb hospitalizációs ártalmat szenvedtek el, mint ha csecsemőotthonban kezdik az életüket. Erős kötődés alakult ki vér szerinti szüleikhez, akik ma is látogatják a gyerekeket a nevelőszülőknél.

A szolgáltatásban részt vevő családok jellemzői

Természetesen minden család rendelkezik egyedi vonásokkal, a programba kerülő családok élethelyzetében, a családok szerkezetében, megküzdési mechanizmusaiban azonban számos hasonló jellegzetességet figyelhetünk meg. Sokszor dolgozunk egy-szülős családokkal, vagy – néha szokatlan összetételű – mozaikcsaládokkal, ahol a szülők nem csak a vér szerinti gyerekeiket nevelik, több élettársi pár és gyerekeik élnek együtt, rendkívül kis alapterületen. Szinte minden szülő alacsony iskolai végzettséggel rendelkezik, az anyák első gyerekeiket általában fiatalkorukban szülték. Ritkán fordul elő, hogy a családból valaki legális, folyamatos munkával rendelkezne (be nem jelentett munka viszont sok családban előfordul). A családok rendszeres bevételeit rendszerint a szociális jövedelmek jelentik; mindenütt jelen van az eladósodottság valamilyen formája (díjhátralék, lakáshitel, magánkölcsönök stb.) A családtagok folyamatosan és aktuálisan is nagyfokú stresszt élnek át, ennek minden következményével együtt. A szülőknél és a gyerekeknél egyaránt gyakran tapasztalunk alacsony önbecsülést, kommunikációs zavarokat, néha agressziót, beszűkültséget, esetenként diagnosztizált, gyógyszeresen és/vagy rendszeresen kórházban kezelt pszichiátriai betegséget.

A szülők többsége állami gondozásban nőtt fel, vagy hosszú időszakot töltött a vérszerinti családján kívül, ahol sokszoros hiányokat élt át, nem tehetett szert megfelelő gyermeknevelési, illetve a mindennapi élet megszervezésével kapcsolatos tapasztalatokra; gyakoriak a kötődési nehézségek. A nagyobb gyerekek sokszor szülői szerepet töltenek be saját fejlődési szükségleteik feláldozása árán, belecsúsznak egy-egy hosszan távol lévő felnőtt családtag szerepébe. A gyenge szülői kontroll, a kiszámíthatatlan irányítás miatt a kortárscsoport hatása felerősödik, főleg serdülőkorban.

A szülők többségének nincs szakképzettsége, néhányan az általános iskolát sem fejezték be, gyengén tudnak írni, olvasni, többen valamilyen fogyatékossgal élnek. Az iskolával, oktatási intézményekkel való viszonyban gyakran fordulnak elő konfliktusok a szülők rossz iskolai tapasztalatai, szegényes kommunikációs készségei, a gyerekek gyakori betegsége, igazolt vagy igazolatlan hiányzásai miatt. Az iskolában sok gyerek hasonló – ha nem is ennyire rossz – helyzetből jön, a hátrányok gyakran felerősítik egymást, a kompenzálásukra fordítható források sokszor nem elégségesek. A gyakran előforduló rossz egészségi állapot összefügg a lakás állapotával, a szegényes táplálkozással, az összezártságban gyorsan terjedő fertőzésekkel. A mentális betegségek, az anyai depresszió, a szenvedélybetegségek előfordulása nem választható el az életkörülményektől, a folyamatos stressztől.

Az általunk ellátott családok általában rossz minőségű, olykor bontásra ítélt, vagy felújíthatatlan házakban, vizes, dohos, kis alapterületű (25–30 nm-es) lakásokban élnek, több esetben nincs fürdőszoba, vagy ha van is, használhatatlan. A falak sokszor javíthatatlanul rosszak, a csótányok minden erőfeszítés ellenére gyakorlatilag kiirtathatatlanok. Néha több családrész él együtt ilyen lakásban, az újszülöttek kivételével senkinek nincs külön ágya, nincs a lakáson belül privát tere senkinek. A tanítási szünetekben, mikor a gyerekek otthon vannak, a mindennapi élet a lakások zsúfoltsága miatt részben az utcán, folyosón, udvaron zajlik, ami gyakori összeütközéshez vezet a kicsit jobb helyzetű családokkal. Minden családban van közüzemi díjhátralék, néhány család szabálytalanul vételez áramot.

A családok többsége csak szociális jövedelmekkel rendelkezik, állandó szegénységben él, a felnőttek energiájának döntő többségét felemészti az aznap túlélése. Néhány esetben a tágabb család besegít a válságos időszakokban, ez azonban olykor kiszolgáltatottá, hosszú távon is függővé teszi az ilyen kötelékekből kiszakadni nem tudó felnőtt családtagokat. A szülők egy része fél-legális vagy illegális munkával egészíti ki jövedelmét. Egy családban az apa korábban már hosszú időt töltött börtönben és szabadulása évtizedek múlva várható.

Ezekben a családokban általában nincsenek játékok, könyvek, privát terek, íróasztalok/tanulósarkok, minden mindenki szeme láttára történik, se a felnőtteknek, se a gyerekeknek nincs elkülönülési lehetősége. Egyedül a színes tévé, vagy az internet jelenti a „luxus” fogyasztási cikkeket, amit akkor is megszereznek, ha ennivalóra se futja – úgy tűnik, ezek a tárgyak jelentik a társadalomhoz kapcsolódás utolsó láncszemét.

A családok nagy részét hosszú ideje jól ismerik a Gyermekjóléti Központ munkatársai, a gyerekek közül többen voltak a program ideje alatt, vagy már korábban is védelembe véve. Több esetben a család már hosszú évek óta ingadozott azon a határon, ahol a gyerekek kiemelése bármikor szükségessé válhatott volna, vagy ez már meg is történt korábban. Más esetben egy előre nem bejósolható krízis borította fel a család amúgy is gyenge egyensúlyát, a gyerekeket ki kellett volna emelni az intenzív támogatás lehetősége nélkül.

A Gyermekjóléti Központhoz jelzés érkezett az óvodából, hogy egy egyedülálló édesanya 3 gyermekét neveli. A középső gyermek kócos, piszkos és az anya már a második időpontra se vitte el a gyereket a nevelési tanácsadóba iskolaérettségi vizsgálatra. A Gyermekjóléti Központ családgondozója felajánlotta az édesanyának az intenzív családmegtartó szolgáltatást, amit az édesanya el is fogadott. Az intenzív családgondozás során kiderült, hogy az édesanya 2,5 éve költözött albérletbe, melyet szépen fenntartott, 6 és 7 éves lányait megfelelően ellátta. Harmadik gyermeke születése óta nem azonban tudott dolgozni, a gyermekekre járó gyes és családi pótlék nem fedezte kiadásait. A kevés jövedelem miatt a család létfenntartási problémákkal küzdött,

rezielmaradást halmozott fel. Az intenzív családgondozóval végiggondolták az albérleten kívüli lehetőségeket, az elmaradás kifizetéséhez adható támogatások lehetőségeit, majd segélykérelmekhez nyomtatványokat töltöttek ki. A kérelem kitöltésénél az édesanya nem akarta beírni, hogy már a szüleitől külön, albérletben él. Sok munkába került, hogy valódi helyzetét a hatóságok felé is felvállalja. A gyermektartásdíj megelőlegezéséhez a szükséges iratokat az édesanya leadta a végrehajtónak. Az édesanya nem akar már visszaköltözni az apjához, anyaotthonba se szeretne menni, így a legkisebb gyermekének apjával elkezdtek azon gondolkodni, hogy szocpolt felvéve vásárolnának egy saját házat vidéken, ez azonban irreális elképzelésnek tűnt.

A legkisebb gyereket először a Biztos Kezdet Gyermekházba, majd a bölcsődébe is sikerült beíratni. Így már mindhárom gyermek járt köznevelési illetve gondozási intézménybe, az édesanya elkezdett állást keresni. Mivel a legkisebb gyerek nap közben bölcsődében volt, így az édesanya mindkét lányát el tudta vinni a Nevelési Tanácsadóba, a nagyobbikat ezen kívül gyógytestnevelésre is hordta. Sajnos a három gyermek közül valamelyik mindig beteg lett, a tervezett munkafolyamatot felülírta az egészségügyi probléma megoldása. A kislányok nagyon közvetlenek, kommunikatívok voltak, lehetett rájuk építeni. Igazi csajszi programokat lehetett velük szervezni, a fésülködéstől az öltözködésig, tanulástól a takarításig. Az anya eleinte annak örült, hogy egy másik felnőtt emberrel tudott beszélgetni, tanácsot kérni, majd élvezte, hogy tud a fél éves fiára figyelni és a lányok nem idegesítették mindenféle kérdésekkel. Ahogy az idő telt, a feladatok visszaszálltak az anyára, csak már egy strukturáltabb formában, időbeosztás alapján értük el, hogy egyik gyermek se legyen figyelmen kívül hagyva, mindenkire jusson egy kis idő, odafigyelés. Kettős naptárvezetéssel elértük, hogy ne felejtse el az időpontokat, így eljutottak a szükséges kivizsgálásokra. A lakásban közösen elkezdtünk rendet rakni, takarítani. Megbeszéltük, hogy ki mire képes, mit tud felelősségteljesen ellátni. Alternatív tisztítószeret varázsoltunk elő a konyhából (ecet, szódabikarbóna, citromlé), mert nem volt pénz bolti vegyszerekre. Adományokat szereztünk alapítványoktól, így enyhítettük az azonnali pénzhiányt. A három hónap együttműködés után a család összeszedettebben, koordináltabban működött együtt. Az óvónők jelezték, hogy tisztább és nem kócos már a kislány, érződik az együttműködésünk hatása. Sajnos a mélyen gyökerező problémák nem kerültek időben a felszínre, keveset tudtunk vele foglalkozni, de talán ha az anya tényleg elköltözik a szülőktől messzebbre és nem csak a szomszéd lakásba, valós leválás történik és kénytelen lesz maga megoldani a problémákat, valamint közvetve a gyerekeknél beérik a közös munka gyümölcse. Továbbra is probléma maradt a családnál, hogy az anya és az édesapja, valamint a nevelőanya között ambivalens a kapcsolat, a papa előttem is kiabált az anyával, önbecsülését gyermekei előtt porig alázva, ezért az anya nem szívesen fordul hozzá segítségért, inkább a két kiskorú gyermekét bízza meg koruknak nem megfelelő feladatokkal. Az anya abból indul ki, hogy tőle is elvárták az átmeneti otthonban, majd a nevelőanya otthon, hogy rendet tegyen maga körül, mikor annyi idős volt, mint most a lányok. Valószínűleg őt sem tanította meg senki, hogy hogyan csináljon rendet, csak az elvárásokat támasztották vele szemben, most ő is így próbálja tanítani, nevelni lányait. Ezáltal mindig kudarcra volt ítélve a közös munka, mert pár fontos lépés kimaradt a tevékenységből, a tervezés, feladatmegosztás, a tanítás. Ezt próbáltam a családnál megtanítani, berögzíteni, melyet, ha megtanulnak, átültethető más tevékenységbe is, és az már az ő sikerük lesz.

A szolgáltatás tartalma és intézményi kontextusa

A szolgáltatás minden esetben a család helyzetéhez, elakadásaihoz, a családtagok erőforrásaihoz és gyengeségeihez igazodik; kiterjed mind a külső környezettel kapcsolatos, mind az egyéni, illetve a kapcsolati nehézségekre. Mivel e szolgáltatástípus esetében nincsenek előttünk korábbi hazai minták, különféle beavatkozási módszerekkel próbálkozhatunk. Gyakran kerülünk kapcsolatba olyan családokkal, ahol a szülő képességeiben, vagy

lehetőségeiben korlátozott, esetleg fogyatékossgal élő, egyedülálló anya túlterheltsége, gyermekkorában elszenvedett hiányai, kapcsolati nehézségei miatt átmenetileg szinte családtag-helyzetbe engedi be munkatársunkat, és így korrekatív élményként élheti át a szülői gondoskodás, a megosztott felnőtt felelősség jelenlétét a családban. A családhoz való átmeneti csatlakozás sokféle együttműködést tesz lehetővé.

Sokszor a család évek óta húzódó elintézetlen ügyeinek (munkakeresőként történő regisztráció, díjhátralék-rendeziés elindítási, lakbér-hátralék rendezése stb.) intézésében nyújt segítséget munkatársunk. A családtagok egyrészt nem igazodnak el az intézmények útvesztőiben, másrészt ha meg is találják a megfelelő helyet, összeszedik a megfelelő iratokat, munkatársunk jelenléte, támogatása nélkül nincs elegendő türelmük, kitartásuk a különféle ügyek elintéziése során szükséges hosszú sorban álláshoz, a számukra átláthatatlan folyamatok végigkövetéséhez. Olykor egy bírósági tárgyalás kimenetelében is szerepet játszik, ha egy szülő a szociális munkás támogatását maga mellett érezve a legjobb formáját hozza a tárgyalóteremben. Fejlett országokban ún. home-maker szolgáltatások segítik azokat a szülőket, akiknek gyerekkorukban nem volt alkalmuk elsajátítani a háztartás vezetéséhez szükséges tudásokat. Mivel nálunk ez a szolgáltatás még nem létezik, a szociális munkás azt vállalhatja fel, hogy megtanítja ezek elvégzésére a családtagokat. Erre persze csak akkor kerülhet sor, amikor már teherbíró kapcsolat alakult ki közöttük, amikor már szóba lehet hozni, hogy ki kéne takarítani, esetleg érdemes lenne átrendezni a lakást...

A negyedik közös gyermekét váró házaspárt a Gyermekjóléti Központ delegálta az intenzív családmegtartó szolgáltatásba. A család azokban a hetekben költözhetett be a Józsefvárosi Szociális Szolgáltató és Gyermekjóléti Központ egyik krízislakásába. Lakhatási körülményeket tekintve meglehetősen hányattatott időszakon volt túl a család. Korábbi biztosnak tűnő albérletüket a férfi betegsége, illetve ehhez kapcsolódó munkanélkülisége következtében elvesztették, így vidékre kényszerültek, majd Budapesten egy családok átmeneti otthonában húzódtak meg. Innen került a család intézményünk krízislakásába, mely lehetőséget teremtett számukra, hogy a maximum egy éves időtartam alatt a kötelező előtakarékosság révén, legalább annyi egzisztenciát megteremthessenek, hogy a későbbiekben egy számukra megfelelő albérlet kaucióját állni tudják.

A Gyermekjóléti Központ felkérése egyrészt a család lakhatási problémájának megoldására irányult: a család támogatását kérték abban, hogy a krízislakásban tartózkodás minimális feltételeinek eleget tudjanak tenni, illetve a család hosszú távú lakhatásának rendezése érdekében kértek segítséget a lehetőségek felkutatásában.

A megkeresés másrészt a gyermekek közoktatási intézményekbe történő beintegrálásának elősegítésére irányult, mivel ebből korábban problémák adódtak. A házaspár egy 7 éves kislányt, illetve egy 5 és egy 2 éves fiúgyermeket nevelt. Az apának többnyire takarítói állásokban sikerült elhelyezkednie, melyeket gyakran 14–16 órás, illetve esti és éjszakai műszakok jellemeznek. Ebből a hektikus otthon tartózkodásból kifolyólag a gyermekek nevelése többnyire az édesanyára hárult.

Az első találkozások alkalmával kiderült, hogy az édesanyának az első házasságából született már három gyermeke, akik az édesapánál lettek elhelyezve. Az anya egyáltalán nem tartotta velük a kapcsolatot, nagyon ritkán egy közös ismerősön keresztül érkeztek információk a gyermekekről. Elejtett mondatokból arra lehetett következtetni, hogy jelenlegi párja miatt hagyta ott első három gyermekét. Mesélte, hogy sirt a gyermekei után, de a párja választás elé állította, hogy vele marad-e vagy visszamegy a gyermekeihez. Mindenesetre erről nem sokat mesélt az édesanya.

Feltételezhető azonban, hogy ezzel összefüggésben van az, hogy jelenlegi párkapcsolatából származó gyermekeihez rendkívüli mértékben ragaszkodik, nehezen engedi el őket. Ez játszhatott közre abban is, hogy 7 éves lánya későn ment óvodába, illetve sokat kimaradt. A nagyobb kisfiú lassan betöltötte az 5. életévét és még nem járt óvodába.

A közös munka során egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az anya azzal, hogy túlzottan magához köti a gyermekeket, sok területen hátráltatja őket a fejlődésben. Ez számos dologban megmutatkozott. Például az 5 éves kisfiú még cumisüvegből ivott és nem volt szobatiszta, illetve 2 éves öccse elcsendesítésének egyetlen módja – bárhol tartózkodott épp a család – a szoptatás volt. Pár alkalom után szembetűnővé vált, hogy az anya nem az életkoruknak megfelelően bánik a gyermekekkel. A természetes leválás elősegítésének hiányát a gyermekek is megérezték. A szülők erősen tiltakoztak az ellen, hogy gyermekeik köznevelési intézményekbe járjanak. Így azonban a korosztályukhoz képest fejlődési lemaradások mutatkoztak meg a gyermekeken, beszédük, kommunikációjuk, mozgásfejlődésük stb. tekintetében, anélkül, hogy ennek organikus oka lett volna.

Együttműködésünk során az anyát igyekeztem abban megerősíteni, hogy gyermekeinek szükségük van a köznevelési intézményekre, illetve arra, hogy időben beszoktassa őket. Gyermekei fejlődését segíti a kortárs csoport, illetve az óvoda igénybevétele megkönnyíti az iskolakezdet. Továbbá az újszülött negyedik gyermek mellett nem lesz annyi ideje, ereje, hogy a nagyobbakat napi 24 órában az életkoruknak megfelelően kezelje, számukra programokat, feladatokat biztosítson. A beszélgetések alkalmával az édesanya azzal hárította a nagyobb fiú óvodai beíratását, hogy a sok költözés megviselte a gyermeket, nem szeretné újabb változásoknak kitenni, amúgy is nehezen alkalmazkodik. A helyzet előre mozdítása érdekében megpróbáltuk mérlegre tenni az óvodával kapcsolatban az érveket, illetve ellenérveket. Végül a kisfiú óvodai beíratása megtörtént, de az anya azt beszélte meg az óvodavezetővel, hogy tavasz helyett inkább szeptembertől viszi majd a kisfiút, annak reményében, hogy addigra szobatiszta lesz.

A családdal folytatott munka során gyakran kísértem az édesanyát a két fiúval vizsgálatokra, illetve ügyeket intézni. Problémának láttam, hogy az anya egyáltalán nem tudja kezelni a 2, illetve 5 éves gyermek magatartási problémáit. A gyermekek minden alkalommal a környezet számára rendkívül zavaróan viselkedtek. Rendelőmben több alkalommal kijöttek orvosok rájuk szólni, hogy zavarják a rendelést. A helyzet azonban ezt követően sem változott, az anya képtelen volt fegyelmezni őket. A két kisfiú semmiben nem hallgatott rá, az anya egyre agresszívabban szólt rájuk, majd rángatta őket, de a gyermekek mind felülkerekedtek rajta. Félelmetes volt számomra belegondolni abba, hogy pár év múlva, illetve majd kamaszkorban milyen erőviszonyok fognak uralkodni ebben a családban. A következetesség teljesen hiányzott az édesanyából. Próbáltam erről beszélgetni vele, de jelentősen megnehezítette a helyzetet, hogy az anya nem észlelt problémát, nehézséget a fiúk nevelésével kapcsolatban, annak ellenére, hogy egy kívülálló számára égbe kiáltó volt a helyzet. Először azon kellett dolgozni, hogy az anya elfogadja a környezet jelzéseit, hiszen amíg ő nem éli meg problémásnak, nem szenved a helyzetben, addig nehéz bármilyen változást elérni.

Eredmények és kihívások

Mivel a családokat sokféle hatás éri egyszerre, ritkán egyértelmű, hogy mi az, ami a beavatkozás hatására történik, és mi az, ami ettől független tényezőknek tulajdonítható. Az eredmény sokszor elmaradt eseményekben fogalmazható meg (a szolgáltatás ideje alatt nem alakul ki olyan helyzet, amiért a gyermekek ismételt kiemelése szükségessé válna), vagy olyan lehetőségekben, melyek más családnál evidenciának számítanának (beíratták és beszoktatták a legkisebb gyereket a bölcsődébe, megtörtént a gyerek családi jogállásának rendezése stb.). Olykor az is eredménynek számít, ha az életveszélyes krízisből kilábaló szülő az intenzív segítségnyújtás időszakában nem kerül ismét pszichiátriai osztályra. Máskor a szülők a korábbtól eltérő módon kezdenek foglalkozni gyerekeikkel, illetve elkezdődik a saját élettörténetükkel való szembenézés, ennek átdolgozása is.

Néha gyorsan sikerült elkezdni a közös munkát a családdal, máskor sokat kell dolgozni azért, hogy valamilyen megállapodáshoz el tudjunk jutni. A családok határai olykor rendkívül lazák, átengedőek, a segítő könnyen belép, máskor kezdetben ambivalensek, látszólag beengednek, de egy ponton bezárulnak, és nem engednek tovább. Különösen nehéz helyzet ez akkor, ha a segítő azt látja, hogy mindeközben a gyerekek életében fontos esélyek nem valósulnak meg. Ebben az esetben a küldő szervezetnek jelezzük a közös munka elakadását, és esetkonferencia keretében tisztázzuk a további teendőket.

Az intenzív családmegtartó szolgáltatás esetében a szakmai határok másként működnek, mint a hagyományos munkavégzés esetén. Ha naponta több órát tölt együtt a segítő és a család, általában a család otthonában, közös tevékenységekkel, akkor ez sokkal közvetlenebb viszonyt tesz lehetővé a családtagok és a segítő között, ugyanakkor itt sokkal nagyobb az esélye a túl erős bevonódásnak. Ezért is szükséges, hogy a családdal végzett munka folyamatos szupervízió mellett történjen. Ez egyrészt eset-fókuszú szupervíziót jelent, amire hetente kétszer, a szakmai vezető közreműködésével kerül sor (amit folyamatos telefonos elérhetés egészít ki), másrészt havonta egyszer, az egész szolgáltatást, szervezeti viszonyaival együtt fókuszba helyező, külső szupervízor által vezetett üléseket.

Az intenzív családtámogatáshoz sok szakember összehangolt együttműködése szükséges: a Családsegítő és a Gyermekjóléti Központ munkatársain kívül pedagógusok, civil szervezetek munkatársai is részt vettek egy-egy esetben. Az érzelmi leválás akkor sem történik meg egyik napról a másikra, ha megfelelően elő van készítve és a család számára az első pillanattól kezdve világos, hogy a szolgáltatás három hónap múlva véget ér. Azoknál a családoknál, akiknek intenzív támogató beavatkozásra van szükségük, nem csak a szolgáltatások koordinálására, hanem valódi integrálásukra van szükség.

Irodalom:

- Bányai Emőke (2012): Intenzív családmegtartó szolgáltatások. Budapest – Józsefváros. In: Darvas Ágnes és Ferge Zsuzsa (szerk.) *Civil jelentés a gyerekesélyekről, 2011*. Gyerekesély Közhasznú Egyesület, URL: http://www.gyere.net/downloads/Civil_jelentes_2011.pdf, (letöltve: 2015. április 17.)
- Bányai Emőke és Darvas Ágnes (2012): *Szülői szabadságok és koragyermekkorai programok*. ELTE TáTK, Budapest. URL: http://tatk.elte.hu/file/SZULOI_SZABADSAGOK_1.pdf, (letöltve: 2015. április 17.)
- Csapó Gábor, Cs. Ferenczi Szilvia, Csákvári Judit és Regényi Enikő Mária (2015): *Szülőki-sérés sérülékeny kisgyermekes családoknál képzés*. Hallgatói tananyag, kézirat.
- Encyclopedia of Social Work* (1990). NASW Press, Washington.
- Minuchin, P., Colapinto, J. és Minuchin, S. (2002): *Krízisről krízisre*. Animula, Budapest.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. L. és Schumer, F. (1967): *Families of the Slums*. Basic Book, London, New York.

