

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK  
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2020 – XLVIII. évfolyam

1-2

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

*A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata*

<b>Alapító-főszerkesztő:</b>	Gordosné dr. Szabó Anna
<b>Főszerkesztő:</b>	Virányi Anita
<b>Tervezőszerkesztő:</b>	FORENO Nonprofit Kft
<b>Szerkesztőbizottság:</b>	Benczúr Miklósné Csányi Yvonne Farkasné Gönczi Rita Fehérmé Kovács Zsuzsa Gereben Ferencné Mohai Katalin Stefanik Krisztina Szekeres Ágota Pál Dániel Levente (paldaniel@gmail.com)
<b>Digitális megjelenés:</b>	www.gyogypedszemle.hu
<b>Szerkesztőségi titkár:</b>	Szekeres Szabolcs (gyogypedszemle@gmail.com)
<b>A szerkesztőség elérhetősége:</b>	gyogypedszemle@gmail.com
<b>Megvásárolható:</b>	Krasznár és Társa Könyvkereskedelmi Bt. 1098 Budapest, Dési Huber u. 7.

HUISSN0133-1108

2020. január–június

Felelős kiadó:

GEREBEN FERENCNÉ DR. elnök – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete  
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. (gereben@barczy.elte.hu)

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága  
1089 Budapest, Orczy tér 1.  
Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,  
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu, faxon: 06-1/303-3440  
További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 1400,-Ft

Indexszám: 25359

Megjelenik negyedévenként.

Minden jog fenntartva. A folyóiratban megjelent képeket, ábrákat és szövegeket a kiadó engedélye nélkül tilos közzétenni, reprodukálni, számítástechnikai rendszerben tárolni és továbbadni. A szerkesztőség képeket és kéziratokat nem őriz meg és nem küld vissza.

## NYOMDA:

FORENO Nonprofit Kft. • 9400 Sopron, Fraknói u. 22.  
Felelős vezető: Major Lajos ügyvezető igazgató

# TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK

*Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet*

## **Az FNO szemléleti keretének alkalmazhatósága beszédhanghiba tüneteit mutató gyermekek logopédiai ellátásában**

TAR ÉVA – KULLMANN LAJOS

[tar.eva@barczi.elte.hu](mailto:tar.eva@barczi.elte.hu)

[kullmlaj@caesar.elte.hu](mailto:kullmlaj@caesar.elte.hu)

---

### **ABSZTRAKT**

A közlemény röviden áttekinti a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozásának (FNO) fejlődését, alapelveit és alkalmazásának lehetőségeit, valamint a 'patient reported outcomes' (PRO) fogalmát, azaz a kóros egészségi állapotokkal érintett személyek véleményének figyelembevételét, nemcsak az eredmények értékelésében, hanem már az ellátás tervezése során is. Kisgyermekek esetében a szülői elvárások, illetve értékelés figyelembe vétele ajánlott.

A beszédhanghibák (BHH) fogalmi meghatározása után a tanulmány bemutatja meg-jelenítését a Diagnostic Statistical Manual V. verziójában (DSM-V), valamint a Betegségek Nemzetközi Osztályozása legújabb, (BNO-11) – jelenleg még csak angolul elérhető – változatában. Ezek után a BHH-ban a nemzetközi szakirodalom áttekintése alapján szerepet játszó és az FNO fejezeteiben megtalálható kategóriákkal leírható terápiás szükségleteket veszi sorra. A testi funkciók között 20 második, 15 harmadik és 5 negyedik szintű kategóriát azonosít. A testi struktúrák közül 7 második, 8 harmadik és 4 negyedik szintű kategória kerül kiemelésre. A tevékenység és részvétel dimenzióban 31 második és ugyancsak 31 harmadik szintű kategóriának van jelentősége a BHH-ban. Közülük néhány csak az FNO Gyermek- és Ifjúsági verziójában jelent meg és került be az Egészségügyi Világszervezet honlapjára, angol nyelven elérhető, rendszeresen kiegészített böngészőjébe. A környezeti tényezők között 13 második és 4 harmadik szintű kategória került be a felsorolásba. A személyes tényezők nem képezik részét az osztályozási rendszernek, de közülük is kiemelésre kerül néhány, amelyek megjelennek a szülők elvárásai között.

Az összegzés az alkalmazási lehetőségeket veszi sorba. Ilyenek – a szükségleteik leírásán túl – az egyes BHH alcsoportokba tartozó gyermekek különbségeinek a megragadása, olyan jelenségeké is, amelyekre eddig kevesebb figyelem irányult. Kiemeli, hogy különösen a logopédiai ellátás eredményeinek értékelésében jutott eddig kevés figyelem a testi dimenzió túl, és a kliens szüleinek a preferenciáira is reflektáló eredmények kutatására. A továbblépés lehetősége lenne a bemutatott elvek mentén az óvodáskorú gyermekek funkcióképességének felmérése céljából fejlesztett és validált módszer, a 'Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS)' elnevezésű eszköz hazai adaptálása.

**Kulcsszavak:** Beszédhanghibák, funkcióképesség, szakmai elvárás/értékelés, szülői elvárás/értékelés

---

## **HÁTTÉR ÉS CÉLOK**

### **Elméleti háttér**

*A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)*

A különböző szakemberek és a funkcióképesség zavarával érintett emberek nemzetközi szervezeteinek széleskörű nemzetközi együttműködése nyomán 2001-ben jelent meg az International Classification of

Functioning, Disability and Health (ICF, A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása FNO), amely még a gyermek- és ifjúkor sajátosságait nem vette figyelembe (World Health Organization, 2001). Utóbbi kiegészítésekkel 2007-ben jelent meg az osztályozási rendszer gyermek- és ifjúsági változata (World Health Organization, 2007). 2012-ben a két korábbi változatot egyesítették. Az így kiegészült FNO folyamatosan frissül, az aktuálisan elfogadott változat böngészője angol nyelven elérhető a WHO honlapján<sup>1</sup>.

A magyar nyelvű adaptáció 2004-ben jelent meg könyv formátumban (Egészségügyi Világszervezet, 2004), és a Fogyatékoságtudományi Tanulmányok sorozatban elektronikusan elérhető<sup>2</sup>. Értelemszerűen nem tartalmazza a gyermek- és ifjúkorra jellemző kategóriákat.

Az FNO a fogyatékoság fogalmával kapcsolatban az alábbi alapelveket rögzíti: 1) A fogalmat a megváltozott egészségi állapotú ember és környezete kölcsönhatásaként értelmezi. Ez tehát azt jelenti, hogy két azonos egészségi állapotú személy közül, amennyiben az egyik hátrányos környezetben él, lehet, hogy fogyatékosá válik, míg a másik személy támogató környezetben és kedvező személyes tulajdonságokkal nem. 2) Nincs szoros összefüggésben a diagnózisokkal. Tehát különböző diagnózisok esetében is előfordulnak hasonló funkcióképesség-zavarok, illetve azonos diagnózis mellett viszont különböző zavarok keletkezhetnek. 3) Nem állandó jelenség, azaz élete során bárki, bármikor megtapasztalhatja, mint valamilyen akadályt a tevékenységében, korlátozást a részvételben, átmenetileg is (World Health Organization, 2001).

Az FNO az embert bio-pszicho-szociális lényként értelmezi. Ez azt jelenti, hogy egyrészt biológiai lény, akinek teste van, *testének struktúrái és funkciói*. Másrészt sajátos humán jelenség, jellemző emberi *tevékenységekkel*, aki tanulni, fejlődni képes, még hátrányos helyzetekben is. Harmadszor, az ember társadalmi lény is, aki különböző élethelyzetekben való *részvételének*, különböző társadalmi szerepeinek teljes gazdagságát szeretné megélni. Ezeket tartja a WHO az emberi lét három dimenziójának.

A három dimenzióra egyaránt hatással van a személy egészségi állapota, de nemcsak az, hanem ún. kontextuális (az embereket körülölelő) tényezők is. Ez utóbbiak egyrészt környezeti, beleértve a fizikai és a szociális környezetet is, másrészt személyes tényezők, mint például az életkorunk, neveltetésünk, személyiségjegyeink és megküzdési módszereink. Ezeknek a hatásoknak együttes eredményeként testi funkcióink és struktúráink megtarthatják integritásukat vagy károsodhatnak, megszokott tevékenységünk fennmaradhat vagy akadályozottá válhat, társadalmi részvételünk zavartalanul folyhat vagy korlátozottá válhat. A WHO a zavarmentes állapotot hívja funkcióképességnek, amikor tehát mindhárom dimenziókban szándékaink szerint tudunk működni. Ezzel szemben, ha testi funkcióink vagy struktúráink károsodnak, tevékenységünk akadályozottá válik és/vagy részvételünk korlátozottá, akkor fogyatékosá válunk, amely fogalom tehát a WHO értelmezése szerint az emberi lét három dimenziójában kialakuló problémák, zavarok gyűjtőneve.

Fontos további része a WHO szemléletének, hogy nem egyszerűen arról van szó, hogy egészségi állapotunk, környezeti és személyes tényezőink vannak hatással a három dimenzióra, hanem az azokban bekövetkező változások visszahatnak egészségi állapotunkra, környezeti és személyes tényezőinkre. Tehát kölcsönhatásban vannak egymással. Előfordulhat például, hogy

---

<sup>1</sup> [www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)

<sup>2</sup> <http://mek.oszk.hu/09700/09756/09756.pdf>

valakinek a testi funkciói vagy struktúrái károsodnak, ami nem teszi lehetővé, hogy kövesse az orvosa által javasolt életmódbeli változtatásokat (pl. sportolást, tréninget), és ez a károsodás az egészségi állapotában további kedvezőtlen hatásokat okozhat. Más ember tevékenységének akadályozottsága és/vagy részvételének korlátozottsága családi környezetének (pl. a családon belüli munkamegosztásnak) a megváltozását kényszerítheti ki, ami egyúttal önbizalmának, mint egyik személyes tényezőjének változásához is hozzájárulhat. A kölcsönhatás nem vezet szükségszerűen további negatív következményhez, kedvező hatás is kialakulhat, amit például a poszttraumás növekedés fogalmával jellemezhetünk. A *poszttraumás növekedés* vagy másnéven *nyerésztalálás* egy olyan pozitív pszichológiai változás, amely azután jöhet létre, hogy a személy valamilyen szerencsétlenséget, traumát élt át, és amely egy magasabb fokú működéshez vezet az életében. A fogalom leginkább az egészségpszichológiában és a pozitív pszichológiában használatos. Richard G. Tedeschi és Lawrence G. Calhoun nevéhez fűződik, akik az 1990-es években kezdték el használni azt a University of North Carolinán végzett kutatásaik alapján (Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G., 2004).

A klinikust a három dimenzió közül leginkább a testi funkciók és struktúrák dimenziója érdekli, saját tevékenységei nagyobb része ezekre irányul. Talán még az érintett személy tevékenységére is koncentrálna. Ez megfelel a képzettsége és szakmai munkája által megszerzett kompetenciáinak. A részvételre, illetve a környezeti és személyes kontextuális tényezőkre – nemcsak hazai, hanem nemzetközi tapasztalatok alapján is – kevesebb figyelmet fordít, azok kívül eshetnek érdeklődési körén. Ezzel szemben az érintett személyeknek elsősorban részvételük, azután tevékenységük, valamint személyes fejlődésük és más személyes tényezők, továbbá környezeti tényezők fontosak, és ezekkel kapcsolatban rehabilitációjuk szempontjából fontos információt tudnak szolgáltatni, ami megkérdésük nélkül nem biztosan kerül felismerésre (Alford, Ewen, Webb, McGinnley, Brookes & Remedios, 2015; Madden & Bounty, 2019; Thomas-Stonell, Oddson, Robertson & Rosenbaum, 2009). A megfelelő kommunikáció és együttműködés a klinikus és a kliens között akkor valósul meg, ha érdeklődési területeik egymáshoz közelebb kerülnek, ha mindkét fél nyitott a másik érdeklődési területeire. A rehabilitációs célok kitűzése során – természetesen – elsődlegesen az érintett személy által fontosnak tartott területekre kell koncentrálnunk.

Az FNO és a WHO más osztályozási rendszerei között van egy fontos további különbség. Az osztályozási rendszerek általában nominális skálák, vagyis a jelenségeket magasabb szintű kategóriák alá, illetve csoportokba sorolják. Ezzel szemben az FNO ordinális (dimenzionális) skála, ami azt jelenti, hogy nemcsak a jelenségek magasabb rendű kategóriákba sorolását, hanem azok becsült (hozzávetőleges) mértékének a leírását is lehetővé teszi egy ötfokozatú skálán. Az ún. minősítővel a kategóriakód után, attól ponttal elválasztva, leírja a probléma mértékét: nincs, enyhe, mérsékelt, súlyos vagy teljes. Ezáltal az FNO alkalmassá válik a funkcióképesség szintjének becsült felmérésére, aminek különösen olyan területeken van jelentősége, amelyeken nem rendelkezünk más felmérő eszközzel, módszerrel. A tevékenységek egy része és a részvétel kategóriák nagy része ilyen. Sőt, a környezeti tényezők esetében az is leírható, hogy azok támogatók vagy akadályozók és milyen mértékben, a már említett (generikus) minősítővel. (Amennyiben támogatók, akkor a minősítőt a kategóriakódtól pont helyett „+” jel választja el.) Amennyiben a felmérés más módszerrel történik, annak eredményei FNO kategóriákhoz illeszthetők, így a különböző területek különböző eszközökkel történt felmérése megjeleníthető egy egységes rendszerben, az FNO-ban.

Az illesztés vagy társítás megbízható módszerét kidolgozták (Cieza, Fayed, Bickenbach & Prodingler, 2019).

Végül, az FNO-val kapcsolatban kiemelésre kíváncsok, hogy nyelvezete semleges és általában jól értelmezhető laikus személyek részére is. Ez javíthatja a kommunikációt a funkcióképesség-zavarral élő személyek és a szakemberek között. Miért fontos ez? Azért, mert így alkalmassá válhat az érintett személy megélt problémáinak megismerésére, helyzetének önmaga általi értékelésére. Szükség esetén a kommunikációt tovább javítandó, a kategóriák mentén még inkább közérthető, jobban magyarázott kérdéseket, állításokat alkothatunk, amelyek a már többször emlegetett minősítők használatával lehetővé teszik, hogy problémáik súlyosságát is leírják. E célból a rehabilitációs FNO kategóriakészletek könnyebben megérthető változatát dolgozták ki például Olaszországban (Selb et al., 2017). Fogyatékossgal élő emberek megélt tapasztalatainak felméréséről, önértékelés alkalmazásáról és annak megbízhatóságáról fokozódó gyakorisággal számol be a szakirodalom (Alford et al., 2015; Lénárt, Szabó-Szemenyei, Arday & Kullmann, 2018).

### *Patient-Reported Outcomes (PRO)*

Tanulmányunk bevezető részében az FNO mellett egy másik, a közelmúltban keletkezett fogalomról is szólnunk kell. Ez a 'Patient-Reported Outcomes' (PRO) fogalma, illetve az ennek felmérésére alkalmas módszerek gyűjtőneve, a 'Patient-Reported Outcome Measures' (PROM). Skandináv és angolszász országokban olykor a 'Persons-Reported Outcomes' fogalmat használják, rövidítése szintén PRO.

A fogalom és elnevezése orvostudományi eredetű. Húsz évvel ezelőtt az egészségügyi technológiák értékelésébe kezdtek bevezetni a páciensektől származó információ elemzését (Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones DR, 1998). A páciensek véleménye többek között életminőség-felmérő módszerekkel vizsgálható. A medicinában az életminőségi szempontok megjelenését az Egészségügyi Világszervezet 1946-os 'egészség'-definíciója alapozta meg, amely a biológiai tényezők mellett az egészség pszichoszociális dimenzióira is nagy hangsúlyt helyezett (World Health Organization, 1946). A WHO az életminőség fogalmát a következők szerint határozta meg: „az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, lelki állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.” (WHOQOL Group, 1993, id. Kullmann és Harangozó, 1999, p. 1947).

A PRO a közvetlenül a kliensektől/páciensektől származó információt jelenti saját funkcióképességükkel, egészségi állapotukkal vagy azok kezelésével kapcsolatos érzéseikről, *válaszaiknak a klinikus, vagy bárki más értelmezésétől mentesen*. Beletartozik minden, közvetlenül a kientől származó értékelés a kezelésről vagy az eredményről, akár interjú, önkitaltós kérdőív, napló vagy más adatgyűjtő eszköz a forrása. A fogalomba az egészségi állapot mellett az ellátással kapcsolatos elégedettség, valamint az általános életminőség is beletartozik, ide értve a kezelés mellékhatásainak és az ellátás során tapasztalt, nem várt eseményeknek a jelzését is. Ez a kibővített értelmezés jelent meg Johnston, Patrick, Busse, Schünemann, Agarwal és Guyatt (2013) közleményében. A szélesebb körű kitekintés figyelembe veszi az egészségügyi kutatások

sokféleségét, azt is, hogy a kliensek elégedettsége befolyással lehet a kezelésben való együttműködésre, ami végső soron annak az eredményességére is visszahat.

A fogalom elnevezésében az „outcome” (kimenet) szó nem szerencsés, arra utal, hogy csak az eredmények felmérésére használható eszközökről van szó. Ez koránt sincs így. Az érintett személyektől származó információ fontos az ellátás tervezése és a rehabilitációs célok együttes kitűzése szempontjából is. A közösen állított célok elősegíthetik a rehabilitációban résztvevő emberek tevélyes együttműködését a részükre sok munkával, olykor kellemetlenségekkel is járó folyamatokban. A kliensek életminőségcéljainak megismerése is felhasználható a rehabilitációs célok meghatározásában és jövőjük tervezésében (Tóth, Putz & Kullmann, 2013). Gyerekek, illetve súlyos kommunikációs problémákkal élő személyek esetében a szülő, a legközelebbi hozzátartozó vagy a gondozó segítheti a célok meghatározását.

A megfelelő módszerek kiválasztása alapos megfontolást tesz szükségessé. Először is eldöntendő, hogy mások által fejlesztett módszert használunk-e, vagy saját fejlesztést választunk. Utóbbi pontos célmeghatározást, irodalomkutatást, a fejlesztés módszerének megválasztását és a leendő potenciális résztvevők véleményének a megismerését is feltételezi, majd az elkészült eszköz tartalmi hitelességének és megbízhatóságának felmérését megfelelő elemszámú mintán. Többéves folyamat. A saját eredményeket ilyen esetben nem, illetve nehezen tudjuk másokéval összehasonlítani, és kérdés, hogy a jövőben lesz-e érdeklődő, aki fel szeretné használni saját vizsgálatai céljára. Amennyiben létezik külföldi módszer, de hazai nyelvi adaptációja nincs, az a módszergazda jóváhagyásával és elvárásainak megfelelően szintén hosszabb, esetenként akár több éves adaptációs és hitelesítési időszakot tételez fel. Az előzővel szemben előnye a nemzetközi összevetés lehetősége, és ennek megfelelően valószínűleg könnyebb lesz saját eredményeink publikálása. Legszerencsésebb helyzetben akkor vagyunk, ha hazai nyelvi adaptációt átett módszert tudunk alkalmazni. Érdemes megemlíteni, hogy az FNO-kategóriák, vagy ismert FNO kategória-készletek alkalmazhatók a funkcióképesség és a környezeti tényezők felmérésére, hiszen az FNO magyar változata rendelkezésre áll, fordítása a WHO elvárásainak megfelelően és a WHO által ellenőrzött, jóváhagyottan történt. A fentiek és a különböző változatokhoz szükséges erőforrások alapos megfontolása is szükséges ahhoz, hogy munkánkat valóban végre tudjuk hajtani.

A módszer választása során érdemes még további szempontokat is figyelembe venni. El kell dönteni, hogy állapotspecifikus, vagy generikus felmérést szándékozunk-e végezni. Az állapotspecifikus módszerek előnye, hogy a fő problémára vonatkozóan részletes adatokat tudunk gyűjteni. Ezzel szemben a generikus eszközökkel felismerhetők olyan, nem a vizsgált állapottal kapcsolatos problémák is, amelyekre ezek nélkül esetleg nem derülne fény, ugyanakkor tevélyességünk eredményességét befolyásolhatják. Ezért megfontolásra ajánljuk a specifikus és a generikus módszerek együttes használatát. Jó, ha ismerjük az egyes eszközök fejlesztésének a módszertanát. Így azt is, hogy valóban az érintett populáció bevonásával és nem kizárólag szakemberek véleménye alapján történt-e a fejlesztés. Ez nagyban hozzájárul a vizsgált személyek általi elfogadáshoz. Ismernünk kell a megbízhatóságot, a pontosságot, az érzékenységet a beavatkozás következtében az érintettek részére fontos változások kimutatásában, valamint az értelmezhetőségét is a munkánk iránt érdeklődő olvasók részére.

## *Az FNO szemléletének megjelenése a beszédhanghiba tüneteit mutató gyermekek logopédiai ellátásában*

A beszédhangszintű kommunikációs zavarok logopédiai ellátásának kezdete óta eltelt több mint száz év során számos, a vizsgálatot és a terápiát alapjaiban megváltoztató paradigmaváltás is lezajlott. E változások egy része a logopédián belül, a társtudományok hatására, a beszédről való mind bővebb tudás eredményeképp következett be (lásd a 70-es, majd a 90-es évek törekvéseit, amikortól a döntéshozás fókuszra a kiejtésről a fonológiai tudásra, majd pedig a beszéd mögötti nyelvi-kognitív folyamatokra, illetőleg a motoros szabályozás sajátosságaira helyeződött). A szemléletbeli változások egy további köre 2001 után, a WHO egészségfelfogásának változásával következett be, amikor is a funkcióképesség megítéléséhez a világszervezet megjelentette az FNO-t. E paradigmaváltás eredménye a károsodásalapú modellről egy holisztikusabb megközelítésre áttérés volt, amely a zavart a kliens életére való kihatásával együtt szemléli, egy olyan elméleti keretben, amely mind a zavar létrejöttében, mind a prognózisban figyelembe veszi az egyén és környezete tulajdonságait és preferenciáit. Ahogy McLeod és Bleile (2004) tanulmányukban kifejtik, a logopédus ezt megelőzően is alapvetően két modell – a károsodásalapú, illetve a szociális modell – egyikére támaszkodva hozta meg döntéseit. A mindennapi gyakorlatban ez úgy valósult meg, hogy míg a felnőttek logopédiai megsegítésében gyakran fellelhető volt a szociális modell egy-egy eleme, a gyermekkori kommunikációs zavarok ellátása döntően a károsodásalapú modell szerint zajlott. Az FNO e két megközelítés egységes keretben alkalmazására kínál lehetőséget.

A károsodásalapú modell a kommunikációs nehézséget az egyén problémájaként vizsgálja, és feltételezi, hogy a hiányzó tudás/képesség kialakításával a probléma megszüntethető. A beszéd sajátosságait vizsgálja, és az itt feltárt hiányosságok megszüntetésére jelöli ki a logopédiai terápia célját. A modell a logopédus szakmai tudására alapoz, a szülőknek, pedagógusoknak kevés szerep jut a célmeghatározásban (Duchan, 2001). A szociális modell az egészségügyben is az orvosi modell alternatívájaként jelenik meg (Egészségügyi Világszervezet, 2004). Sajátossága, hogy a funkciózavart, ami a társadalmi beilleszkedés gátja lehet, nem az egyén, hanem az egyén és a társadalom kölcsönhatásának problémájaként írja le. A logopédia terén a károsodásalapú modellhez képest a fő eltérés, hogy a kommunikáció szociális hatását hangsúlyozza és nem magát a kommunikációs nehézséget (Duchan, 2001). Azt vizsgálja, hogy hogyan kommunikál az egyén a különböző kommunikációs helyzetekben, sztenderdizált tesztek vagy normatív adatok helyett például checklist (ellenőrzőlista) használatával. A vizsgálat célja ebben a szemléleti keretben, hogy feltárja, vajon a kliens elég jól kommunikálja-e szükségleteit ahhoz, hogy a mindennapi kommunikációban céljait elérje (ellentétben a károsodásalapú szemlélettel, ahol a vizsgálat célja a képességbeli elmaradás feltárása). Életcél jelölnek meg a terápia céljaként, és azokat a lépéseket, melyek e célok eléréséhez vezetnek. Ebben a szemléleti keretben tehát a terápiás célok kijelölése a kliens életszükségeire válaszként fogalmazódik meg. A logopédus szerepe, hogy elősegítse ezt változást, de a célmeghatározásban jelentős szerep jut a gyermeknek és a környezete jelentős személyeinek.

Az FNO szemléleti keretének alkalmazása a logopédiai vizsgálat és a terápia céljainak kijelölésében, illetve a terápia eredményességének megítélésében angol nyelvterületen a 2000-es évek elejétől egyre növekvő számú cikkben fogalmazódott meg ajánlásként. A tanulmányok sorra veszik e többszintű modellnek a kommunikációs zavarok ellátásában való fontosságát, alkalmazásának területeit, illetve azt, hogy miként módosul a vizsgálandó területek köre, a terápiás célok meghatározása és ezzel összefüggésben a terápia eredményességének megítélése e holisztikus



szemléletmód figyelembe vételével (pl. McLeod, 2004; McLeod & Bleile, 2004; Washington, 2007). A publikált tanulmányok egy köre azokról a konkrét kutatásokról is beszámol, amelyek célja volt, hogy az FNO elméleti keretét alapul véve megalkossanak egy olyan releváns és valid mérőeljárást, amely a logopédiai terápia eredményességét vizsgálja a kommunikációs zavarral küzdő személyek mindennapi életére. Ilyen eljárás az elsősorban a rehabilitáció területén fellelhető, különböző kommunikációs zavarok körében alkalmazható Communicative Participation Item Bank (pl. afázia: Baylor et al., 2017; hallásvesztés: Miller, Baylor, Birch & Yorkston, 2017; Parkinson-kór: McAuliffe, Baylor & Yorkston, 2017), illetve a gyermekkori kommunikációs zavarokra irányuló logopédiai ellátás 'outcome' mérésére szolgáló Focus on the Outcomes of Communication Under Six (FOCUS) módszer (Thomas-Stonell, Oddson, Robertson & Rosenbaum, 2010).

Magyar nyelven nem jelent még meg az FNO-nak a gyermekkori kommunikációs zavarok logopédiai alkalmazhatóságával kapcsolatos írás, ezt a hiányt szeretnénk pótolni tanulmányunkkal. Célunk, hogy bevezesse az olvasót az FNO szemléleti keretébe, és a beszédhanghibák (BHH) szempontjából releváns elemeit röviden bemutassa, nem célunk a kódolási lépések részletes leírása.

## **AZ FNO-KOMPONENSEK ÉS VIZSGÁLATRA JAVASOLT RÉSZTERÜLETEIK BHH-BAN**

A **beszédhanghibák** elnevezés – mint a 'speech sound disorders' terminus (Shriberg, 2010) magyar megfelelője, bővebben I. Tar, 2017 – egy ernyőterminus a beszédhangok produkciójának nehézségeiből adódó, különböző természetű és oki hátterű kommunikációs zavarok jelölésére. A beszédhangok produkciója elmaradhat az életkori elvárásoktól azért, mert különböző veleszületett vagy szerzett orvosi biológiai elváltozások (károsodások) akadályozzák a fonológiai fejlődés egy-egy aspektusának kibontakozását, másrésztük esetében ilyen oki hátteret nem lehet kimutatni. Előbbit organikus eredetű BHH-ként tartja számon a logopédiai szakirodalom, míg az utóbbi az ismeretlen eredetű BHH (Shriberg, 1980), amelyen belül legáltalánosabban három alcsoportot különítenek el a szakmai osztályozási rendszerek (artikulációs zavar, fonológiai zavar, gyermekkori beszédapraxia).

A beszédhang-produkció nehézsége a beszéd érthetőségét különböző mértékben befolyásolja. A BHH azon köre, ami nem valamely súlyosabb organikus károsodás talaján jött létre, azonban a beszédbeli nehézség oly mértékű, hogy az jelentősen kihat a beszéd érthetőségére, korlátozva ezzel a kommunikációt és megnehezítve a különböző társas helyzetekben való részvételt, a nemzetközi klasszifikációs rendszerekben is helyet kapott. A DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) a '*speech sound disorders*' elnevezéssel illeti, az ICD-11 (World Health Organization, 2018) a '*developmental speech sound disorder*' terminust (és az F.80.0 kódot) használja.

A BHH vizsgálatát és terápiáját a csoporton belüli heterogenitáson túl befolyásoló tényező, hogy viszonylag gyakran együtt jár a neurális fejlődés egyéb zavarával, példának okáért fejlődési nyelvi zavarral (pl. Shriberg, Tomblin & McSweeney, 1999), az írott nyelv elsajátításának zavarával (pl. Raitano, Pennington, Tunick, Boada & Shriberg, 2004), a beszéd fluenciázavaraival (Wolk, Edwards & Conture, 1993), valamint a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarral (Lewis et al., 2012).

Az FNO az egészség és az egészséghez kapcsolódó résztartományok művelési meghatározásait adja (FNO-kódok). A továbbiakban bemutatjuk az FNO alkotóelemeit, illetőleg azokat a

részterületeket, kategóriákat, amelyek a BHH szempontjából relevánsak. A téma kifejtése során főként az FNO magyar változatára támaszkodtunk (Egészségügyi Világszervezet, 2004), ennek kiegészítésül pedig a WHO honlapján elérhető angol nyelvű böngészőt használtuk, amely a gyermekváltozatból átvett kódokat is tartalmazza, ezért a BHH szempontjából különösen hasznos a tevékenység és részvétel leírásához.

## A funkcióképesség osztályozása

Az FNO első része két alkotóelemet foglal magában, úgy mint a 1) testi funkciók és struktúrák, valamint a 2) tevékenység és részvétel résztartományait, amelyek mindegyike a funkcióképesség leírásához kínál kategóriákat.

### *1) Testi funkciók és struktúrák*

A BHH testi funkciók és struktúrák szerinti kódolásához elsőként a funkciókat mutatjuk be, majd pedig azokat a struktúrákat, amelyeknek károsodása a funkciózavart magyarázza.

*Testi funkciók.* A testrészek működését leíró komponensek közül elsőként a BHH-ra mint kommunikációs zavarcsoportra specifikus funkciót említjük. A **hangadás és beszéd (b3) résztartományon** belül az **artikulációs funkció (b320)** károsodása a BHH definíciójából levezethető, e funkciózavar megjelenése tekintetében nincs különbség a BHH egyes alcsoportjai közt. Ugyanezen résztartomány további kategóriái/alkategóriái azonban már a BHH alcsoportjai szerint változó funkciókiesések megragadására alkalmasak. Így például a beszéd ritmusa (b3301) a gyermekkori beszédapraxiát jellemző monoton beszéd esetén, a hangminőség funkciója (b3101) pedig az organikus eredetű BHH egyes alcsoportjaiban károsodhat.

A mentális funkciók (b1) résztartománya, illetve annak különböző alkategóriái a BHH egyes alcsoportjaiban károsodhatnak. Organikus eredetű BHH esetén vizsgálandók például az intellektuális (b117) vagy a hallási (b230) funkciók. Az ismeretlen eredetű BHH-nak a DSM-V-ben is megjelenő csoportját (tehát azt, amelynél az érthetőség jelentősen károsodik) a neurális fejlődés zavaraként tartja számon a szakirodalom. Esetében a funkciózavar a nyelvi-kognitív műveleti szinteken, illetőleg a beszédszervi mozgás szabályozásában jelenhet meg. Példaként hozzuk itt a specifikus mentális funkciókat (pl. észlelési, b156, nyelvi mentális b167), a hangmegkülönböztetést (b2301), összetett mozdulatok sorbarendezésének mentális funkcióit (b176), amelyek károsodása a beszédhangok produkciójának különböző típusú elmaradásait eredményezik. Szintén a BHH-on belüli differenciálást segíti az ideg-, csont- és izomrendszeri, valamint a mozgáshoz kapcsolódó funkciók (b7) résztartományán belüli funkciók vizsgálata, legfőképpen az akaratlagos mozgási funkciók kontrolljái (b760). Ez utóbbi funkciónak a beszédhangokat felépítő, valamint az artikulációs szervekkel végzett nem beszéd célú mozgásokban történő felmérése nemcsak a BHH-n belüli alcsoportok szerinti differenciálást segíti (azaz, hogy a beszédapraxia gyanúja fennáll-e), de egyéb nem beszédspecifikus mozgás probléma (pl. oralmotoros apraxia) feltárását is.

A BHH szempontjából releváns testi funkciók még azok is, amelyek a BHH-kal gyakorta együtt járó kommunikációs zavarok, illetőleg a neurális fejlődés egyéb zavarai esetén károsodhatnak. Például a beszédfluencia zavarait jelzően a beszéd gördülékenysége (b3300), az írott nyelv elsajátítási zavara esetén az írás útján történő nyelvi kifejezés (b16711), illetve a figyelemzavaros hiperaktivitás diagnosztikai tüneteként a figyelmi vagy az energia- és indítékfunkciók (pl. a figyelemmegtartás b1400 vagy az ösztönvezérlés b1304).

Az 1. táblázat a BHH-ra legrelevánsabb kódokat tünteti fel, adott esetben azonban más kód is használható. Így például együttműködőképesség (b1261), érzelemszabályozás (b1321) vagy az elhúzódo BHH következményeként alacsony motiváció (b1301) vagy önbizalomhiány (önbizalom b1266). Felmérésük egyebek mellett a logopédiai terápiákat kiegészítő, valamint az alternatív (pl. zenei) terápiák alkalmazása céljából lehet indokolt. Megjegyezzük azonban, hogy az ebben a bekezdésben felsorolt funkciók vizsgálata más szakember kompetenciakörébe tartozó feladat, a logopédus szerepe itt a probléma érzékelése és a megfelelő szakemberhez irányítás lehet. Az adott gyermek esetében vizsgálandók között kiemeljük még a jelnyelv felfogása és a nyelvi kifejezés jelnyelv útján funkciókat (b16702 és b16712); nagyon súlyos fokú BHH esetén ugyanis, amikor a beszédhangok produkciójának képessége a beszéd útján történő gondolat- és érzelmkifejezést gyakorlatilag lehetetlenné teszi, az augmentatív vagy alternatív kommunikációs rendszerek eszközeinek (leginkább a jelnyelvnek) terápiába vonása jelentheti a megsegítés egyetlen módját.

A funkciózavar súlyosságának kódolása ötpontos skálával történik (nincs, enyhe, mérsékelt, súlyos vagy teljes). Az artikuláció károsodásának mértéke például objektíven megragadható a beszédmintából számolt Pontos Mássalhangzók Százaléka mutató alapján (Shriberg & Kwiatkowski, 1982; magyarul: Tar, 2017).

Résztartomány	Kategória
<b>b1 Mentális funkciók</b> általános mentális  specifikus mentális	b117 intellektuális funkciók b130 energia és indíték funkciók b1304 ösztönvezérlés b140 figyelmi funkciók b1400 figyelemmegtartás b144 emlékezésfunkciók b1443 munkamemória b156 észlelési funkciók b1560 hallási b1564 tapintási (szájtér) b167 nyelvi mentális funkciók b16700 beszélt nyelv felfogása b16701 írott nyelv felfogása b16710 nyelvi kifejezés beszéd útján b16711 nyelvi kifejezés írás útján b1642 integratív nyelvi funkciók  b176 összetett mozdulatok sorba rendezésének mentális funkciói
<b>b2 Érzékelési funkciók és fájdalomérzékelés</b> hallási és vesztibuláris  egyéb érzékelési	b230 hallási funkciók b2301 hangmegkülönböztetés b2302 hangforrás lokalizációja b2304 a beszéd megkülönböztetése  b235 vesztibuláris funkciók b260 proprioceptív funkció b 265 tapintási (szájtér)

<b>b3 Hangadás és beszéd</b>	b310 hangadás b 3101 hangminőség b320 artikulációs b330 beszéd gördülékenységét, ritmusát biztosító funkciók b3300 a beszéd gördülékenysége b3301 a beszéd ritmusa b3302 a beszéd gyorsasága b3303 a beszéd dallamossága b340 alternatív hangadási funkciók b3401 különféle hangok létrehozása
<b>b4 Cardiovascularis, a vérképző, az immun és a légzőrendszer</b> a légzőrendszer funkciói	b440 légzési funkciók
<b>b5 Az emésztőrendszer, az anyagcsere és az endokrin rendszer funkciói</b> az emésztőrendszerhez kapcsolódó funkciók	b510 a táplálékfelvétel funkciói b51050 az orális nyelési szakasz
<b>b7 Ideg-, csont- és izomrendszerei, valamint mozgáshoz kapcsolódó funkciók</b> izomfunkciók  mozgási funkciók	b730 izomerő-funkciók  b735 izomtónus-funkciók b760 az akaratlagos mozgási funkciók kontrollja

1. táblázat. BHH esetén vizsgálatra javasolt testi funkciók

*Testi struktúrák.* A test különböző mértékű anatómiai károsodása (illetőleg strukturális épsége) ragadható meg e komponens segítségével. Az organikus eredetű és ismeretlen eredetű BHH e tekintetben jelentősen különbözik, előbbi esetében a résztartományok köre kiterjedtebb. Ismeretlen eredetűnél a genetikai kutatások hozhatnak változást, mivel a genetikai eltérést a testi struktúrák anomáliájához sorolják. A 2. táblázat azokat a résztartományokat (és alkategóriákat) tartalmazza, amelyek a fentebb érintett funkciózavarokat magyarázzák. A testi struktúrák vizsgálata részben logopédiai feladat. A beszédszervek enyhébb strukturális eltéréseinek (pl. rövid nyelvfék, fogsorzáródási anomáliák) feltárása (és az artikuláció funkciózavarával való kapcsolatának vizsgálata) a BHH minimális vizsgálati protokolljának része. A súlyosabb mértékű organikus elváltozások azonosítása azonban már más szakemberek kompetenciakörébe tartozik. Intellektuális képességzavar, különböző genetikai szindrómák, a hallószerv átmeneti (pl. koragyermekkorban gyakorta visszatérő középfülgyulladás következtében fellépő) vagy tartós károsodása, neuromotoros zavarok (pl. cerebrális parézis), illetve az artikulációs szervek súlyosabb károsodásai (pl. részleges vagy teljes nyelveltávolítás, ajak- és szájpadhasadék) következményeként fellépő beszédbeli elmaradás esetén az idegrendszeri, a perifériás beszédszervek épsége vizsgálható. Adott esetben további résztartományok is számításba jöhetnek, például a mozgáshoz kapcsolódó struktúrák (s7), amikor a cerebrálpárézis esetében a mozgászavart az izom rövidülése tartja fenn.

Résztartomány	Kategória
s1 Idegrendszeri struktúrák	s110 agy
s2 A szem, a fül és a hozzá kapcsolódó struktúrák	s250 középfül - s2500 a dobhártya  s260 belső fül
s3 A hangadásban és a beszédben részt vevő beszéd és hangadás szervei	s310 orr - s3100 orr külső része  s320 szájüreg - s3200 fogak - s3202 szájpadlás - (s31020 kemény, s31021 lágy) - s3203 nyelv - s3204 ajkak - (s32040 felső, - s32041 alsó)  s330 garat - s3300 orrgarat  s340 gége - s3400 hangszalagok

2. táblázat. BHH esetén figyelembe veendő testi struktúrák

### *Tevékenység és részvétel*

Az FNO funkcióképességet leíró második alkotóelemén belül az osztályozás a különböző életterületekhez kapcsolódó **tevékenységek**, illetve a társas helyzetekben való **részvétel** kategóriáin keresztül történik. A tevékenység és részvétel vizsgálata és minősítése nemcsak azért fontos, mert a beszédhang produkciójának nehézségei (a BHH altípusától és súlyosságtól függően különböző mértékben) befolyásolhatják az egyén életének különböző aspektusait, hanem mert a kliens (és gyermekek esetén a közvetlen hozzátartozó) szempontjából a károsodás mindennapi életre kihatása hangsúlyosabb, mint maga a károsodás (Thomas-Stonell et al., 2009). Azt pedig a mindennapi tapasztalat, de kutatások is (pl. Pappas, McAllister & Mcleod, 2015) igazolják, hogy annak mértéke, hogy mennyire érzi zavaró tényezőnek a beszédbeli tüneteket az ellátott és környezete, kihatással van a logopédiai intervenció típusára és eredményességére is.

A tevékenység és részvétel alkotóelem BHH szempontjából releváns résztartományait és kategóriáit a 3. táblázat összegzi. Annak eldöntésében, hogy az egyes részterületek a tevékenység vagy a részvétel szempontjából vizsgálándók-e, irányadó, hogy az FNO a tevékenységet a funkcióképesség egyéni vetületeként, a részvételt pedig társadalmi szerepek szempontból vizsgálja.

Mind a képesség, mind a teljesítmény minősítése lehet pozitív és negatív; a probléma mértékének kifejezése ebben az esetben is a 'nincs, enyhe, mérsékelt, súlyos, teljes' minősítőkkel történik.

A BHH szempontjából a legfőbb tevékenység, amelyet a beszédbeli elmaradás érinthet, a **kommunikáció**, a részvétel területei pedig azok a társas helyzetek, amelyekben kommunikáció zajlik. A kommunikáció nehezítetté válik, ha a beszédfunkció károsodása az érthetőséget akadályozza. A beszéd érthetőségét számos beszédbeli és azon kívül álló tényező befolyásolja (pl. Kent, Miolo & Bloedel, 1994). Az előbbieik közé tartozik egyebek közt a beszéd pontossága vagy konzisztenciája, illetve, hogy a hibázás fonológiai kontrasztot érint-e vagy sem (azaz, hogy a hibázás típusa hangcsere vagy torzítás). E sajátosságok vizsgálatával a kommunikáció akadályozottsága (illetve annak mértéke) megjósolható, de a kommunikációs korlát súlyosságának megítéléséhez közvetlenül e célból fejlesztett objektív eljárások is rendelkezésre állnak. Az érthetőséget a beszéd sajátosságain kívül különböző beszéden kívüli tényezők is befolyásolják, mint például az, hogy a hallgató mennyire ismeri a gyermek beszédét. E tényezőknek a kommunikáció hatékonyságát befolyásoló szerepét az érthetőség objektív mérési eljárásai is figyelembe vesszük. Példaként hozzuk a McLeod és munkatársai (McLeod, Harrison & McCormack, 2012) által fejlesztett, szülői kikérdezésen alapuló vizsgálóeljárást, amelynek magyarra fordított változata is elérhető (Érthetőség Kontextusban Skála elnevezéssel). A kérdőív 7 kérdést tartalmaz, amelyek (a környezeti diverzitás jegyében) arra kérdeznak rá, hogy a gyermek beszédét különböző mértékben ismerő (a szűkebb, illetve tágabb környezetében élő) személyek, illetve az idegenek számára mennyire érthető a gyermek beszéde. A válaszok jelölése 5-fokú skálán (1: soha – 5: mindig) történik.

A kommunikáció akadályozottsága a speciális ellátásra jogosultság megítélése szempontjából is fontos. A DSM-V meghatározása szerint ugyanis a beszédbeli probléma abban az esetben sorolható a BHH körébe, ha az elmaradás a beszéd érthetőségét negatívan befolyásolja, mégpedig oly mértékben, hogy az már az eredményes kommunikációt akadályozza, a társas helyzetekben való részvételt korlátozza. Bár, amint azt fentebb tárgyaltuk, az érthetőség mérése több módon is történhet, a hagyományos logopédiai vizsgálatoknak a beszéd e tekintetben történő elemzése nem része, illetve, ha rá is terelődik a figyelem, a logopédus szubjektív benyomása a megítélés alapja.

A súlyosabb esetekben a beszéd érthetősége oly mértékben nehezített, hogy az már az egyén jóllétére is kihat, kapcsolatépítési nehézséget, negatív iskolai attitűdöt eredményezhet, illetve ezek a gyermekek nagyobb mértékben eshetnek áldozatául az iskolai bántalmazásnak is (McAllister, McCormack, McLeod & Harrison, 2011). Ebből következően a beszédbeli elmaradás (a kommunikáció mellett) a személyközi viszonyokhoz és kapcsolatokhoz (d7), a fő életterületekhez (d8), valamint a közösségi, társadalmi és magánélethez (d9) kapcsolódó tevékenységekre, élethelyzetekre is kihatással lehet; még inkább igaz lehet ez akkor, amikor a beszédhanghibához egyéb kommunikációs tünet is társul – például: dadogás, rezonanciazavar.

Számos esetben azonban másként működik ez a dinamika, például, ha a beszédhanghibához hadarás társul, a személynek nincs feltétlen betegségtudata, nem éli meg beszédhibáját oly mértékben, hogy ez pszichés következményekhez vezessen, bár a beszédérthetősége nem megfelelő szintű.

A beszédbeli elmaradás azonban nem minden esetben eredményez nehezen érthető beszédet. Az artikuláció zavara altípusra jellemző beszédtünet a beszédhangok torz ejtése, ami furcsa hangzású ugyan (de mivel a kimondott szóban a várt fonéma realizálódik), a szándékolt üzenet azonosítása nem jelent problémát. Későbbi életkorban azonban a beszédfunkciónak még e

kismértékű károsodásai is kihathatnak az egyén felsőoktatási, szakmaválasztási lehetőségeire (azon szakmákéra, amelyek a beszélőközösség artikulációs normáitól való kismértékű, de észlelhető eltérést már nem tolerálják, pl. logopédus, színész).

A tevékenység és részvétel szintjén elemezhető tényezők egy további csoportjára azok a kutatások hívják fel a figyelmet, amelyek az óvodáskorban fennálló BHH és a későbbi iskolai teljesítmény kapcsolatát kívánták feltárni. E vizsgálatok egyik fő tanulsága, hogy a BHH tüneteit mutató gyermekek egy részének (különösen azoknak, akik a beszéd mellett nyelvi elmaradást is mutatnak) az olvasás, írás és számolás (valamint mindezek tanulása) terén is nehézségei lesznek (lásd pl. Lewis, Freebairn & Taylor, 2000; Nathan, Stackhouse, Goulandris & Snowling, 2004), azaz esetükben a tanulás és ismeretek alkalmazása (d1) résztartományába sorolt funkciók akadályozottságával is számolni lehet.

Végezetül, a tevékenység és részvétel releváns résztartományai közt feltüntettük még a mobilitást (d4) is, ugyanis a mindennapi klinikai tapasztalat, de kutatások (Newmeyer, Grether & Grasha, 2007; Tar, Lénárt, Berencsi, előkészületben) is igazolják, hogy a tárgyakkal kapcsolatos manipuláció, különösen az, amely finom kézmozdulatokat igényel, a gyermekek egy részénél akadályozott.

Résztartomány	Kategória
<b>d1 Tanulás és ismeretek alkalmazása</b> céltudatos érzékelési tapasztalatok  alapszintű tanulás          ismeretek alkalmazása	d115 meghallgatás d120 egyéb akaratlagos érzékelés - d1200 szájtéri érzékelés/oralstereognosis (mouthing) d130 utánzás d132 nyelvelsajátítás - d1320 szavak vagy jelentéssel bíró szimbólumok elsajátítása - d1321 szavak szó szerkezetbe kombinálása - d1322 a szintaxis elsajátítása d133 további nyelv elsajátítása d135 ismétlés d140 olvasástanulás - d1400 szimbólumfelismerés készségeinek elsajátítása - d1401 írott szavak kimondásához szükséges készségek elsajátítása - d1402 írott szavak és szó szerkezetek megértéséhez szüksége készségek elsajátítása  d145 írástanulás d150 számolástanulás d160 figyelem-összpontosítás d166 olvasás d170 írás d172 számolás
<b>d3 Kommunikáció megértés</b>	d310 beszélt üzenetek megértése - d3100 egyszerű beszélt üzenetek megértése - d3101 összetett beszélt üzenetek megértése  d325 írott üzenetek megértése

létrehozás	d330 beszéd <ul style="list-style-type: none"> <li>- d3300 beszédhangok kiejtése</li> <li>- d3301 egyszerű beszélt üzenet produkciója</li> <li>- d3302 összetett beszélt üzenetek produkciója</li> </ul> d331 nem-verbális vokális jelek kifejezése d350 társalgás <ul style="list-style-type: none"> <li>- d3500 társalgás kezdeményezése</li> <li>- d3501 társalgás fenntartása</li> <li>- d3502 társalgás lezárása</li> <li>- d3503 társalgás egy személlyel</li> <li>- d3504 társalgás több személlyel</li> </ul> d355 vita d360 kommunikációs eszközök, technikák használata <ul style="list-style-type: none"> <li>- d3600 távközlési eszközök használata</li> </ul>
<b>d4 Mobilitás</b> tárgyak hordozása, mozgatása és kezelése	d440 finom kézmozdulatok <ul style="list-style-type: none"> <li>- d4400 felszedés</li> <li>- d4401 megfogás</li> <li>- d4402 manipulálás</li> <li>- d4403 elengedés</li> </ul>
<b>d7 Személyközi viszonyok és kapcsolatok</b> általános személyközi interakciók  meghatározott személyközi kapcsolatok	d720 összetett személyközi interakciók <ul style="list-style-type: none"> <li>- d7202 magatartás szabályozása az interakciók során</li> </ul> d730 viszonyulás idegenekhez  d740 hivatalos kapcsolatok <ul style="list-style-type: none"> <li>- d7400 kapcsolat a feljebbvalókkal</li> </ul> d750 nem hivatalos társadalmi kapcsolatok <ul style="list-style-type: none"> <li>- d7500 nem hivatalos kapcsolatok barátokkal</li> </ul> d760 családi kapcsolatok <ul style="list-style-type: none"> <li>- d7601 gyermek–szülő kapcsolat</li> <li>- d7602 testvéri kapcsolat</li> <li>- d7603 tágabb családi kapcsolatok</li> </ul>
<b>d8 Fő életterületek</b> oktatás	d815 iskola előtti oktatás d820 iskolai oktatás d830 felsőoktatás
<b>d9 Közösségi, társadalmi és magánélet</b>	d910 közösségi élet <ul style="list-style-type: none"> <li>- d9102 szertartások, ünnepek</li> </ul> d920 rekreáció és pihenés <ul style="list-style-type: none"> <li>- d9200 játék</li> <li>- d9205 szocializáció</li> </ul>

3. táblázat. A tevékenység és részvétel BHH esetén vizsgálандó résztartományai, kategóriái

*Teljesítmény és képesség.* Az FNO lehetővé teszi, hogy mind a feladat végrehajtását, mind az élethelyzetekben közreműködést a környezeti tényezők megléte vagy kontrollálása/kizárása mellett is vizsgáljuk. Az előbbi, a természetes élethelyzetekben (pl. osztályteremben, óvodai csoportban) mutatott tevékenységet **teljesítmény**ként, az utóbbi, egységesített körülmények (pl. beszédvizsgálat) között zajlót pedig **képesség**ként nevezi meg az osztályozási rendszer. A két besorolás közül az elsőként említett, azaz a teljesítmény a funkcióképesség várható legmagasabb szintje. Az intervenció megtervezése szempontjából mindkét minősítőnek jelentősége van. BHH



esetén a képesség azokat a tudáselemeket jelenti, amelyek a magyar nyelv fonológiáját képezik (fonémaállomány, fonotaktikai szabályok, prozódiai sajátosságok), illetve azt a motoros alapot, amely ennek a tudásnak a beszédben való kivitelezését lehetővé teszi (azaz, ne csak tudja, hogy a *róka* szó első szegmentuma a *r* és nem a *l*, de tudja a pergőhangot kiejteni is). A terápia célja azonban nem csupán az, hogy ezeket a tudáselemeket (képességet) kialakítsa, hanem hogy mindezt a tudását a gyermek a mindennapjaiban használja is (teljesítmény).

A képesség és teljesítmény tovább elemezhető a tevékenységet támogató kontextuális tényezők (segédeszközök, személyi segítség) igénybevétele mentén. E tekintetben négy értékelési szempontot különít el az FNO: 1) teljesítmény az aktuális környezetben, beleértve a támogató kontextuális tényezőket is, 2) képesség támogatás nélkül, 3) képesség támogatással, és 4) teljesítmény az aktuális környezetben támogatás nélkül. BHH esetén a támogatás nélküli képességvizsgálatra példa a spontán beszéd vizsgálata, a segítséggel történő mérésre pedig az utánmondással történő beszédvizsgálat. Szintén a támogatás melletti képesség vizsgálatára példa a dinamikus mérés (Glaspey & Stoel-Gammon, 2007), amely során a logopédus a képességnek (pl. egy fonéma kiejtésének) nem az aktuális, hanem a potenciális fejlődési szintjét méri, vagyis például az adott beszédhangot izoláltan (és nem hangkapcsolatban vagy szavakban) ejteti oly módon, hogy minden lehetséges ejtési sajátosságra felhívja a gyermek figyelmét. A teljesítmény felmérése egy támogatást nélkülöző aktuális környezetben történhet oly módon, hogy megfigyeljük a gyermeknek a különböző kommunikációs partnerekkel folytatott beszélgetését. A megfigyelés szempontja lehet például a beszéd érthetősége, vagy, hogy az egyszavas válaszok és a folyamatos beszéd közt tapasztalható-e pontosságbeli eltérés.

## ***Kontextuális tényezők***

Az FNO második része a környezeti és személyes tényezőket veszi számba, felismerve, hogy a körülmények, amelyek között, vagy amelyekkel felruházva az egyén éli életét, befolyásolják a funkcióképesség vetületeit. E külső és belső tényezők hatása lehet a teljesítményt/képességet támogató vagy hátráltató. Míg a környezeti tényezőket az előző részhez hasonlóan résztartományokra bontva tárgyalja az FNO, a személyes tényezők nem kerülnek részletesebb kifejtésre.

### *Környezeti tényezők*

A környezeti tényezők fizikai, társadalmi és attitűdjellegű kategóriákat tartalmaznak. A BHH szempontjából ezek közül a legnagyobb hatású, minden gyermeket érintő, a **támaszok és kapcsolatok** (e3), **attitűdök** (e4), valamint a **szolgáltatások, rendszerek és szabályozások** (e5) résztartományai és azok kategóriái. A szűk vagy tágabb család (szülő, ill. nagyszülők) elköteleződése, a terápiás folyamatba bevonódása, illetve más területek szakembereinek (pl. mozgás-, zeneterapeuta, pszichológus, audiológus) elérhetősége a terápia sikerének záloga. Az ellátórendszer sajátosságai (ambuláns keretek, BHH tünetei mutató gyermekek számára létrehozott osztály, iskola) és a politikai intézkedések (logopédiai szolgáltatás, mint az alapellátás része, kötelező szűrések) az ellátás színvonaláról gondoskodnak. A 4. *táblázat* e két részterületen belüli ajánlott kategóriákat tünteti fel, a résztartományok köre azonban adott esetben ezúttal is bővíthető. Például a termékek és technológiák részterületével (e1) az auditoros feldolgozási zavar eredetű, illetve a fogsorzáródási, fogállományi eltérésekből adódó BHH esetén (előbbinél a gyermekek számára az

oktatáshoz biztosított – az auditoros feldolgozást segítő – készülék, utóbbinál a fogszabályzó használatának kódolásához). E részterületen belül vizsgálható még a terápiát segítő szoftverek elérhetősége is. Emellett, szintén az auditoros eredetű BHHH-hoz kapcsolódóan, a fizikai környezet egy további vetületét is érdemes figyelembe venni, nevezetesen a természetes környezet és emberi beavatkozással létrehozott változások a környezetben (e2) részterületének egyes kategóriáit/alkategóriáit (például hangerő és hangminőség).

A szülők szerepe a gyermekkori kommunikációs zavarok logopédiai ellátásában kulcsfontosságú. (Különösen igaz ez a korai logopédiai intervenció területein!) Mivel a hagyományos logopédiai gyakorlat csekély figyelmet fordít e tényezőre, három szempontot említünk, amelyek figyelembevétele eredményesebbé teheti a szülő-logopédus együttes munkáját.

Amint azt az előzményekben írtuk, az FNO logopédiai ellátásra adaptálási folyamatában fejlesztésre kerültek a terápia eredményességét e holisztikus modell szerint elemző eljárások. Ezek egyike a Thomas-Stonell és kollégái (2010) által létrehozott FOCUS módszer. A módszeralkotók célja egy olyan eljárás kidolgozása volt, amely képes megragadni az óvodás gyermekek kommunikációjában a terápia hatására bekövetkező, a mindennapi életük szempontjából jelentős kommunikációs változásokat. A tesztfejlesztés egyik legfőbb tanulsága az volt, hogy a logopédus és a szülő által adott válaszok eltértek abban, mi miatt aggódnak leginkább, illetve **milyen elvárásaik vannak a terápiát illetően**. Míg a logopédust jobban nyugtalanították a károsodásból adódó (a testi funkciók körébe sorolható) részterületek, a szülőket a társas helyzetekben való részvétel korlátozottsága és a negatív személyes tényezők aggasztották jobban. E különbségből is adódik, hogy a logopédus a terápiától a testi struktúra és funkció terén várt javulást, és a terápia céljait is ennek eléréséhez igazította, míg a szülő azt remélte, hogy a terápia olyan képességeket alakít ki a gyermekben, melyek az otthoni és más élethelyzetekben való kommunikációs részvételt segítik elő, valamint, hogy az így előállt változás pozitívan befolyásolja majd a gyermek érzelmi életét és viselkedését.

A hagyományos szemlélet szerinti logopédiai ellátásban a szülő a logopédus szemléletétől függően részt vehet a terápiában, az előírt feladatok otthoni kivitelezésében, gyakorlásában tölt be szerepet. Ahogy Bowen és Cupples (2004) fogalmaz, a logopédus az, aki motivált a szülő bevonására, nem a szülő a részvételre. Léteznek azonban olyan **intervenciók stratégiák, melyek jelentőségtelesebb szerepet szánnak a szülőknek**. Ilyen egyebek közt Bowen (1996) szülő és gyermek kollaborációján alapuló fonológiai terápiája, valamint az inkonzisztens fonológiai zavar esetén javasolt magzókincs terápia (Dodd & Bradford, 2000; magyarul: Tar, 2017), amelynél a terápiába bevont szavak készletét a logopédus a gyermekkel és szülővel közösen határozza meg.

A kommunikációs nehézségek gyakran másodlagos pszichés tünetekhez vezetnek. Azzal, hogy **miként reagál a gyermek nehezen érthető beszédére**, a szülőnek (de a szűkebb és tágabb környezet más személyeinek is) döntő szerep jut e tünetek megjelenésének, leépítésének folyamatában. A vizsgálatot megelőző adatgyűjtés során (mint megfigyelés, anamnézis) érdemes sort keríteni a kommunikáció és sajátosságának feltérképezésére, és szükség esetén a terápiába a támogató szülői hozzáállás (azaz a megfelelő kommunikációs stratégiák) kialakítására irányuló célokat is belefoglalni.

Mind a támogató, mind az akadályozó tényezők megítéléséhez további, az egyén szintjén mérlegelendő szempontokat ajánl az FNO. Egy támogató tényező minősítése függ annak elérhetőségétől, tartósságától és minőségétől. Példának okáért, bár a beszédbeli elmaradás javítása

a törvényileg előírt logopédiai alapszolgáltatás része, az ellátáshoz való hozzáférés településenként eltérő lehet. Az akadályozó tényezők úgyszintén további szempontok (gyakoriság, mérték, elkerülhetőség) mentén elemezhetők. A logopédiai terápia célja a hátráltató kontextuális tényezők csökkentése, a támogatók körének bővítése az egyén különböző élethelyzetekben való jobb boldogulása érdekében.

Résztartomány	Kategória
<b>e3 Támaszok és kapcsolatok</b>	e310 szűk család e320 barátok e315 tágabb család e355 egészségügyi szakemberek e360 más szakemberek
<b>e4 Attitűdök</b>	e410 a közvetlen családtagok egyéni attitűdjei e415 a tágabb család tagjainak egyéni attitűdjei e420 barátok egyéni attitűdjei e445 idegenek egyéni attitűdjei e450 az egészségügyi szakszemélyzet egyéni attitűdjei e455 más szakmát képviselők egyéni attitűdjei
<b>e5 Szolgáltatások, rendszerek és szabályozások</b>	e535 kommunikációs szolgáltatások, rendszerek és szabályozások - e5350 kommunikációs szolgáltatások  e585 oktatási és képzési szolgáltatások, rendszerek, szabályozások - e5850 oktatási és képzési szolgáltatások - e5851 oktatási és képzési rendszerek - e5852 oktatási és képzési szabályozások

4. táblázat. Vizsgálatra javasolt környezeti tényezők BHH esetén

### *Személyes tényezők*

A személyes tényezők felmérése során olyan belső sajátosságok figyelembevételét javasolja az FNO, mint nem, életkor, megküzdési módszerek, jellemvonás, általános viselkedési minta, személyiségtípus, múltbéli tapasztalatok, életmód, szokások. Bár e tényezők a fenti alkotóelemek kategóriáitól eltérően kóddal nem rendelkeznek, a funkcióképességet nagy valószínűséggel befolyásolják, ezért az FNO szemléleti keretének fontos összetevői.

A BHH szempontjából releváns személyes tényezők egyrészt azok lehetnek, amelyeket a zavar megjelenésében rizikótényezőként jelöl meg a szakirodalom, ilyenek például a biológiai **nem** (a fiúk körében nagyobb arányban fordul elő BHH, mint a lányokéban, pl. Lewis, Ekelman & Aram, 1989). A belső tényezők egy további csoportját azok alkotják, amelyek a károsodásalapú (azaz a képességkialakításra irányuló) terápiák célkitűzésében szerepet játszanak. Például a fentebb már említett magiszókinés terápiáiban, amelynek alapját egy olyan szóképzlet képezi, amelynek elemei a gyermek számára funkcióval bírnak, tehát olyan szavak, amelyeket a mindennapjai során kommunikációs céllal használ. A szóképzlet összeállítása így egyénre szabva zajlik, ehhez pedig ismerni kell az adott gyermek **életmódját, szokásait**. Bizonyos személyes tulajdonságok egy

terápia sikerét általában is befolyásolhatják. A képesség fókuszú terápiás modellel kapcsolatban például Kwiatkowski és Shriberg (1998) azt írják, hogy beszédbeli elmaradás (azaz a károsodás) alapján meghatározott terápiás cél generalizálódása nem kizárólag a beszédtünetek alapján helyesen megválasztott intervenciók stratégiától függ, hanem olyan egyéni tényezőktől is, mint a **figyelem**, a **motiváció**, valamint a gyermek által a terápiába fektetett **erőfeszítés** mértéke. A terápiás helyzetben való együttműködést (de még a társas helyzetben boldogulást is) alapvetően meghatározza, hogy miként reagál az egyén az őt ért kritikára. Kutatások tanúsága szerint a BHH tüneteit mutató gyermekek jelentős része túl érzékeny, könnyen megsértődik, **nehezen viseli a kritikát** (Shriberg & Kwiatkowski, 1994). Végezetül, a BHH tüneteit mutató gyermekek személyes tulajdonságai között olyanok is előfordulhatnak, amelyek a gyermeket ért (a kommunikációs nehézségből következő) negatív hatások következményei. Az olyan érzéseknek, illetve a viselkedés jellemzőinek a figyelembevétele, mint például a féltékenység, szégyenlősség vagy a frusztráció, illetve a dühkitörések, azért is javasolt, mert a szülők terápiával kapcsolatos elvárásai közt (a kommunikációs helyzetekben való jobb boldogulás mellett) első helyen fogalmazódik meg a remény arra nézve, hogy a gyermek megszabadul majd a **negatív tulajdonságoktól** (Thomas & Stonell, 2009).

Éz utóbbi személyes tulajdonságok felmérhetők akár a vizsgálatot megelőző megfigyelés során is, illetve az anamnézis kérdései közé is beépíthetők olyan kérdések, mint: miként reagál a gyermek arra, ha nem értik meg? Hogyan fogadja a környezet javító célú reakcióját?

## ÖSSZEGZÉS

Tanulmányunk célja az volt, hogy bemutassuk az FNO szemléleti keretét és annak a BHH tüneteit mutató gyermekek terápiás szükségletei feltárására való alkalmazhatóságát. Az áttekintésből látható, hogy ez az átfogó, jól strukturált klasszifikációs rendszer teljeskörűen alkalmazható, hasznos eszköz lehet a BHH-hoz kapcsolódó funkciózavarok, -kiesések megragadására. A testi funkciók és struktúrák részterületei nem csupán a BHH diagnózisához alapvető (minden gyermeket érintő) funkciók felmérését teszik lehetővé, hanem az alcsoportok közti differenciálást is. A BHH-val gyakorta együttjáró idegrendszeri fejlődési zavarok funkciókiesései szintén vizsgálhatók, az ezekre való odafigyelés csökkentheti az iskoláskori tanulmányi nehézségek mértékét, illetve bekövetkezésének lehetőségét. Az eljárás alkalmazásának legfőbb előnye a hagyományos vizsgálatokkal szemben azonban az, hogy a klinikai gyakorlatban célzott területek árnyalt feltérképezése mellett olyan területek felmérésére is alkalmas, amelyekre eddig kevés figyelem irányult.

Annak érdekében, hogy logopédusként éljünk is az FNO szemlélete (holisztikus, többszintű) és eszköztára (kódok) által kínált lehetőséggel, azaz, hogy az adott (BHH tüneteit mutató) egyén (gyermek) esetében a funkcióképességnek egy, a kliens preferenciáit is magában foglaló, átfogó profilját megrajzoljuk, jelenlegi gyakorlatunk részbeni módosítására van szükség. A logopédiai tevékenység három fő területét – a vizsgálatot, a terápiát és az eredményesség-vizsgálatot – tekintve az utóbbi az, amely az FNO többszintű modelljéhez képest a legszűkebb hatókörű. Míg a vizsgálat és a terápia, ideális esetben, a jelenlegi gyakorlat szerint is magába foglal a tevékenység és részvétel,

illetve a kontextuális tényezők részterületei közül néhányat, a terápia hatásának vizsgálata napjainkban kizárólag a károsodás (testi funkciók és struktúrák) mértékében bekövetkező változásra terjed ki.

Az ismertetés során azt is érzékeltetni szeretnénk volna, hogy az FNO kategóriák jelentős része a jelenleg is rendelkezésre álló eszközök, módszerek tudatos alkalmazásával, illetve az adatgyűjtési módszerek tartalmának kiegészítésével, bővítésével felmérhető. A funkcióképességben bekövetkező változás méréséhez, illetve ezzel összefüggésben a terápiás célok kijelöléséhez azonban új eljárás kidolgozására lenne szükség. Ahogy azt tanulmányunk első részében kifejtettük, egy új eljárás bevezetésére több mód is kínálkozik. Ezek egyike a mások által fejlesztett eljárás használata. A gyermekkori kommunikációzavarokra irányuló terápia eredményességének vizsgálatára léteznek eljárások, ilyen például a fentiekben már említett, az óvodáskorú gyermekek kommunikációja változásának mérésére fejlesztett FOCUS módszer. Az óvodás gyermekek, mint életkori célcsoport hasznos a logopédiai ellátás szempontjából, hisz az ellátásba kerülő gyermekek nagy része ebből a korosztályból kerül ki. A több tesztelési szakasz végeredményeképp előállt kérdőív (amely 50 ítemet tartalmaz) a szülők és logopédusok terápiás változásokról szóló beszámolóinak tartalomelemzése eredményeként jött létre. A kérdéskészletet a fejlesztők különböző pszichometriai kritériumnak (pl. megbízhatóságnak, konstrukciós érvényességnek) való megfelelés szempontjából is vizsgálták (Washington, Oddson, Roberston, Rosenbaum & Thomas-Stonell, 2013, Washington et al., 2013). A kutatási beszámolók alapján úgy gondoljuk, hogy ennek a módszernek az adaptálása utáni bevezetése hasznos lehetne a hazai logopédiai gyakorlat számára is.

## Irodalomjegyzék

- Alford, V. M, Ewen, S., Webb, G. R., McGinnley, J., Brookes, A., & Remedios, L. J. (2015). The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 655–666.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Baylor, C., Oelke, M., Bamer, A., Hunsaker, E., Off, C., Wallace, S. E. et al. (2017). Validating the Communicative Participation Item Bank (CPIB) for use with people with aphasia: an analysis of Differential Item Function (DIF). *Aphasiology*, 31(8), 861–878.
- Bowen, C. (1996). *Evaluation of a phonological therapy with treated and untreated groups of young children*. Ph.D. dissertation, Macquarie University.
- Bowen, C., & Cupples, L. (1999). Parents and children together (PACT): a collaborative approach to phonological therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 34(1), 35–55.
- Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., & Prodinger, B. (2019). Refinement of the ICF linking rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, 41(5), 574–583.
- Dodd, B., & Bradford, A. (2000). A comparison of three therapy methods for children with different types of developmental phonological disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(2), 189–209.

- Duchan, J. E. (2001). Impairment and social views of speech-language pathology: clinical practices re-examined. *Advances in Speech-Language Pathology*, 3(1), 37–46.
- Egészségügyi Világszervezet. (2004). *A funkcióképesség, fogvatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)*. Medicina, Budapest.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2(14), 1–74.
- Glaspey, A. M., & Stoel-Gammon, C. (2007). A dynamic approach to phonological assessment. *Advances in Speech Language*, 9(4), 286–294.
- Johnston, B. C., Patrick, D. L., Busse, J. W., Schünemann, H. J., Agarwal, A., & Guyatt, G. H. (2013). Patient-reported outcomes in meta-analyses – Part1: assessing risk of bias and combining outcomes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 109. Letöltve: <http://www.hqlo.com/content/11/1/109>
- Kent, R. D., Miolo, G., & Bloedel, S. (1994). The intelligibility of children's speech: A review of evaluation procedures. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 3(2), 81–95.
- Kullmann L. & Harangozó J. (1999). Az Egészségügyi Világszervezet életminőség-vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orvosi Hetilap*, 140(35), 1947-1952.
- Lewis, B. A., Ekelman, B. L., & Aram, D. M. (1989). A familial study of severe phonological disorders. *Journal of Speech Hearing Research*, 32(4), 713–724.
- Lewis, B. A., Freebairn, L. A., & Taylor, H. G. (2000). Follow-up of children with early expressive phonology disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 433–44.
- Lewis, B. A., Short, E. J., Iyengar, S. K., Taylor, H. G., Freebairn, L., Tag, J. et al. (2012). Speech-Sound Disorders and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms. *Topics in language disorders*, 32(3), 247–263.
- Lénárt Z., Szabó-Szemenyei E., Tóth A. A., & Kullmann L. (2018). Self-reported upper limb functioning of pupils with cerebral palsy by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *International Journal of Rehabilitation Research*, 41(3), 262–266.
- Madden, R. H., & Bundy, A. (2019). The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disability and Rehabilitation*, 41(12), 1450–1462.
- McCormack, J., Harrison, L. J., McLeod, S., & McAllister, L. (2011). A nationally representative study of the association between communication impairment at 4–5 years and children's life activities at 7–9 years. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54(5), 1328–1348.
- McAuliffe, M. J., Baylor, C., & Yorkston, K. (2017). Variables associated with communicative participation in Parkinson's disease and its relationship to measures of health-related quality of life. *International Journal of Speech Language Pathology*, 19(4): 407–417.
- McLeod, S. (2004). Speech pathologists' application of the ICF to children with speech impairment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 6(1), 75–81.
- McLeod, S., & Bleile, K. (2004). The ICF: A proposed framework for setting goals for children with speech impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, 20(3), 199–219.
- McLeod, S., Harrison, L. J., & McCormack, J. (2012). The Intelligibility in Context Scale: Validity and reliability of a subjective rating measure. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55(2), 648–656. Magyarra fordított változatának (Érthetőség Kontextusban Skála ford. Zajdó K., 2012) elérhetősége [https://cdn.csu.edu.au/data/assets/pdf\\_file/0005/399983/ICS-Hungarian.pdf](https://cdn.csu.edu.au/data/assets/pdf_file/0005/399983/ICS-Hungarian.pdf)
- Miller, C. W., Baylor, C. R., Birch, K., & Yorkston, K. M. (2017). Exploring the Relevance of Items in the Communicative Participation Item Bank (CPIB) for Individuals with Hearing Loss. *American Journal of Audiology*, 26(1), 27–37.

- Nathan, L., Stackhouse, J., Goulandris, N., & Snowling, M. J. (2004). Educational consequences of developmental speech disorder. Key Stage 1 National Curriculum assessment results in English and mathematics. *British Journal of Educational Psychology*, 74(2), 173–186.
- Newmeyer, A., Grether, S., & Grasha, C. (2007). Fine motor function and oral-motor skills in preschool-age children with speech sound disorders. *Clinical Pediatrics*, 46(7), 604–611.
- Raitano, N. A., Pennington, B. F., Tunick, R. A., Boada, R., & Shriberg, L. D. (2004). Pre-literacy skills of subgroups of children with speech sound disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 821–835.
- Selb, M., Gimigliano, F., Prodinger, B., Stucki, G., Pestelli, G., Iocco, M. et al. (2017). Toward an International Classification of Functioning Disability and Health clinical data collection tool: The Italian experience of developing simple, intuitive description of the Rehabilitation Set categories. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(2), 290–298.
- Shriberg, L. D. (1980). Developmental phonological disorders. In Hixon, T. J., Shriberg, L. D., & Saxman, J. S. (Eds.), *Introduction to Communicative Disorders*. (pp. 262–309) Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Shriberg, L. D. (2010). Childhood speech sound disorders: From post-behaviorism to the post-genomic era. In Paul, R., & Flipsen, P. (Eds.): *Speech Sound Disorders in Children*. Plural Publishing, San Diego, CA, 1–34.
- Shriberg, L. D., & Kwiatkowski, J. (1982). Phonological disorders III: A procedure for assessing severity of involvement. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 47(3), 256–270.
- Shriberg, L. D., & Kwiatkowski, J. (1994) Developmental phonological disorders I: A clinical profile. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 37(5), 1100–1126.
- Shriberg, L. D., Tomblin, B. J., & McSweeney, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42(6), 1461–1481.
- Tar É. (2017). *Fonológiai fejlődés, variabilitás, beszédhanghibák*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Tar É., Lénárt Z., & Berencsi A. (előkészületben). Tartósan fennmaradó beszédhanghiba tüneteit mutató gyermekek beszédállapotának és rajzoló mozgásának jellemzői.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Roberston, B., & Rosenbaum P. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42(1), 29–42.
- Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B., & Rosenbaum, P. (2010). Development of the FOCUS© (Focus on the Outcomes of Communication Under Six). *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(1), 47–53.
- Tóth K., Putz M., & Kullmann L. (2013). Életminőség célok feltárása gerincvelősérült személyek primer rehabilitációjában. *Ideggyógyászati Szemle*, 66(7-8), 242–250.
- Washington, K. N. (2007). Using the ICF within speech-language pathology: Application to developmental language impairment. *Advances in Speech-Language Pathology*, 9(3), 242–255.
- Washington, K., Oddson, B., Roberston, B., Rosenbaum, P., & Thomas-Stonell, N. (2013). Reliability of the Focus on the outcomes of communication under six (FOCUS©). *Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology*, 15(1), 7–12.

- Washington, K., Thomas-Stonell, N., Oddson, B., McLeod, S., Warr-Leeper, G., Robertson, B. et al. (2013). Construct validity of the FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six) a communicative participation outcome measure for preschool children. *Child Care, Health and Development*, 39(4), 481–489.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153–159.
- Wolk, L., Edwards, M. L., & Conture, E. G. (1993). Coexistence of Stuttering and Disordered Phonology in Young Children. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 36(5), 906–917.
- World Health Organization. (1946) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946*; (Official Records of the World Health Organization, No. 2, 100.) Letöltve: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth version (ICF-CY)*. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. Letöltve: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>



# Adaptív és nem adaptív megbirkózási stratégiák jellemzői látássérült gyermeket nevelő szülők körében

KISS ERIKA

[kiss.erika@barczi.elte.hu](mailto:kiss.erika@barczi.elte.hu)

---

## ABSZTRAKT

Háttér és célok: A tanulmány célja, hogy bemutassa a hazánkban élő, látássérült gyermeket nevelő szülők körében azokat a jellemző reakciókat, folyamatokat, körülményeket, amelyek a szülők megváltozott helyzetükhöz való hatékony alkalmazkodásában (adaptív megbirkózás) szerepet játszanak.

Módszer: Vizsgálatom során 68, látássérült gyermeket nevelő szülővel vettem fel féligstrukturált, egyéni interjút. A mintát a látássérült gyermekek, fiatalok fő jellemzői (látássérülés foka, társuló sérülések) és demográfiai mutatói (SES-státusz, földrajzi elhelyezkedés) szerint alakítottam ki, annak érdekében, hogy elfogadható mértékű reprezentativitást érjek el az érintett szülők körében. 39 anya és 29 apa retrospektív narratívumát dolgoztam fel *narratív kategoriális tartalomelemzéssel* (Ehmann és mtsai, 2014). A reprezentativitás érdekében nem készültek páros interjúk.

Eredmények: Az anyai és apai szövegorpuszok kódolása során kirajzolódtak a leggyakrabban megjelenő választípusok. A válaszok az érzelmi, kognitív és társas dimenziókra bonthatók. Módszertani megfontolásból ezeket a jellemzőket adaptív és nem adaptív kategóriák mentén mutatom be. A feldolgozás során elkülönített anyai és apai válaszok gyakorisági sorrendjéből leírhatók azok a tényezők, amelyek sajátosan az anyák és apák reakcióit, viszonyulásait jellemzik. A jellemzők feltárnak olyan támogató tényezőket, amelyek adalékokkal szolgálnak az ellátó rendszer szolgáltatásainak fejlesztéséhez.

Következtetések: A szülői működésmódok nem oszthatók egyértelműen *adaptív* vagy *nem adaptív* csoportra. Inkább időszakok vannak, amelyek során hol az egyik, hol pedig a másik dimenzió jellemzői szerint működnek. A hazai ellátórendszer működése szempontjából azoknak a jellemzőknek az összegyűjtése releváns, amelyek mentén leírhatóvá válik a helyzettel való hatékony megküzdés kimenetele.

**Kulcsszavak:** látássérülés, szülőség, stressz, adaptív és nem adaptív megbirkózás, narratív kategoriális tartalomelemzés

---

## HÁTTÉR ÉS CÉLOK

Az eltérő fejlődésmentű gyermeket nevelő családok egy része megtalálja saját személyes erőforrásaiban, közvetlen környezetében és az ellátórendszer nyújtotta szolgáltatásokban azokat a támogató elemeket, amelyek lehetővé teszik, hogy a családok megküzdjenek a gyermekük fogyatékosága okozta megváltozott élethelyzettel. Az érintett szülők más része viszont évtizedeken keresztül keresi azokat a megoldásokat, amelyek átmeneti vagy tartós megnyugvást adhatnak sajátos helyzetük értelmezésében, továbbá gazdasági, szociális és mentális jóllétük javulásában.

## Kutatási előzmények

Az utóbbi évtizedekben nemzetközi és hazai szinten is intenzíven kutatják a fogyatékos gyermeket vagy felnőttet ellátó családok életminőségét és sajátosságait (Pálhegyi, 1988, 1992, 2006; Gallagher és Bristol, 1989; Davis, 1993; Kálmán, 1994; Borbély, Jászberényi és Kedl, 1998; Bass, 2008; Radványi, 2012, Garai és Kovács, 2013; Berszán, 2005, 2015). A kezdeti kutatások nagyobb

hányada elsősorban statisztikai jellegű volt: az anyagi helyzet, az ellátottság, az iskoláztatás, a lakhatási körülmények, a családszerkezet számokban mérhető és összevethető adataival szolgált (Bánfalvy, 1996; Bass, 2004). Később a figyelem a sérültségnek a családi kapcsolatokra, a családtagok társadalmi helyzetére és közérzetére vonatkozó hatásaira irányult (Kálmán, 1994; Berszán, 2005; Radványi, 2007; Retzlaff et al., 2008; Bognár, 2012.) majd a szülők megküzdési képessége (coping mechanizmusa) is fókuszba került (Gupta-Singhal, 2004; Berszán, 2015). Napjaink tudományos kutatásai a betegség/fogyatékoság és a család közötti kölcsönhatások tranzakcionális természetére irányulnak, valamint kísérletet tesznek a *fogyatékoság okozta megnövekedett stressz és a hatékony megküzdés közötti lehetséges mediáló tényezők* (például családi kommunikáció, kötődés) *vizsgálatára* és értelmezésére a családi működés keretében (Danis és Kalmár, 2011; Sieh, Dikkers, Visser-Meily és Meijer, 2012; Ferenczi, 2011; Mándoki, 2018).

## Stressz és megbirkózás (coping) – megküzdési stratégiák

A családok, családtagok életében a sérült gyermektől való gondoskodás és gondolkodás permanens (tartós) stresszként jelenik meg (Hornby, 1992), ami hosszabb vagy rövidebb időre kibillentí a családot az egyensúlyából (Selignam & Darling, 2007). A stressz kifejezést ma a legáltalánosabb értelemben használjuk: az ember és környezete közötti kölcsönhatás folyamatában az újszerű magatartási választ igénylő helyzeteket stresszhelyzetnek nevezhetjük (Kopp és Prékopa, 2011).

A stressz ikerfogalma a megbirkózás (coping) (Kopp és Prékopa, 2011), mivel az, hogy egy nehéz, újszerű élethelyzet milyen reakciókat vált ki, alapvetően az egyén megbirkózási készségeitől függ. A nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel való megbirkózást a *megküzdési képességek*, az ún. *coping* stratégiák mutatják meg (Margitics és Pauwlik, 2006). Az ember-környezet egyensúlyának fenntartását biztosító, a kontrollvesztés valószínűségét csökkentő legfontosabb tényezők Kopp Mária (2011) szerint:

- célravezető (adaptív) megbirkózási, konfliktusmegoldási stratégiák (Folkman és Lazarus, 1980)
- célravezető, adaptív attitűdök, beállítottság
- a társas támogatás, szociális háló

A megbirkózási módokat egyrészt az *adaptív – nem adaptív dimenzió mentén* osztályozhatjuk (Kopp és Prékopa, 2011). A megbirkózási készségeknek három fő formájuk van Danis és Kalmár (2011) szerint: 1) a *problémamegoldó*, 2) az *érzelmi* és 3) a *támogató személyeket kereső* formák. A *megküzdési képességek*, a *coping* stratégiák azt mutatják meg, hogyan tud a személy a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel megbirkózni. A *magatartástudomány integratív magatartás-szabályozás modellje* szerint (Kopp, 2001) az ember-környezet rendszer dinamikusan formálja a személy viselkedését. Az ember-környezet modell szerint a személy egyensúlyi állapot fenntartására törekszik. Pikó (1997) szerint a megküzdés egy olyan folyamat, amely során a személy kognitív és magatartási erőfeszítéseket tesz a stressz forrását jelentő konfliktus megoldására és az egyensúlyi állapot helyreállítására.

## A megküzdésen túli tényezők

A sérüléshez, sérültséghez való rövid és hosszú távú alkalmazkodás alapvetően más és más megküzdési stratégiák alkalmazását teszi szükségessé, valamint a megküzdéssel további személyes és környezeti tényezők is összefüggést mutatnak (Hartshorne et al., 2013). Személyes tényező az egyén úgynevezett 'pszichológiai immunrendszere' (Oláh, 2005). Ezt azon személyiségfaktorok alkotják, amelyek képessé teszik az embert, hogy a stresszhatásokat tartósan elviselje, szembe tudjon nézni a fenyegetésekkel úgy, hogy a személyisége működése, integritása ne sérüljön, hanem inkább gazdagodjon a stressz leküzdése során szerzett tapasztalatok és élményanyag által.

Környezeti tényezőnek tekintjük a társas környezet részéről rendelkezésre álló erőforrásokat. Ez jelenthet anyagi és fizikai segítséget (például szakmai és támogató szolgáltatások a sérült gyermek, illetve családja számára, szakemberek jelenléte), lelki támaszt, illetve meghatározó a családi kohézió és együttműködés, valamint a baráti kapcsolatháló megléte is. Sérült gyermeket nevelő családoknál felértékelődik a házastárs támogató szerepe, amely védő szerepet játszik a stressz feldolgozása során (Bognár, 2010).

## Sérült gyermeket nevelő szülők megküzdése

A fogyatékossgal való megküzdést vizsgáló kutatások egyik része szakaszos modellben gondolkodik, vagyis egy olyan folyamatot feltételez, amely a krízis bekövetkeztétől az elfogadás felé halad. A szakaszos elméletek egyik legismertebb modellje a sérült gyermek születésekor bekövetkező akcidentális krízis feldolgozási szakaszait a gyászfeldolgozási folyamattal azonosítja (Kübler-Ross, 1988; Kálmán, 2004). Kübler-Ross szerint az embernek öt szakaszon (tagadás, harag, alkudozás, depresszió, belenyugvás) kell végigmennie, mielőtt elfogadná a szeretett személy halálát, ez esetben a meg nem született tipikus fejlődésű gyermekét. A fenti elmélettel nem minden szakember ért egyet. A szakaszos elmélet kritikái szerint (Davis, 1993; Livneh & Antonak, 1997) lehetetlen hierarchikusan és időrendben felépített szakaszokban gondolkodni, mert a fogyatékossgal való alkalmazkodás egymástól független és nem sorrendben jelentkező viselkedésmintákból áll. Ennek a megközelítésnek a képviselői szerint a fogyatékossgal való megküzdés nem egyetemes jelenség (Seligman & Darling, 2007), a szakaszok nem jelentkeznek mindenkinél, és nem ugyanolyan sorrendben, mindezeket túl, a végső szakasz, az elfogadás és a belenyugvás nem mindig történik meg, van, aki soha nem jut tovább az egyik szakaszon.

A szakaszos elképzelés mellett ezért megjelentek olyan modellek, melyek a megküzdést inkább egyfajta visszatérő, ciklikusan ismétlődő folyamatként, spirálos formában képelték el (Livneh, 2001). A nehézségekkel való megküzdést ez az elmélet is szakaszokra bontja, de ezek újra és újra visszatérnek az ember életében. A spirálos forma azt rejtja magában, hogy bár visszatérnek a fázisok, mégis minden egyes alkalommal a megküzdésnek már egy magasabb szintjén találkozunk velünk, így haladunk egyre feljebb és feljebb a spirálon.

## Hatékony alkalmazkodás (adaptív megbirkózás): reziliens vagy ellenálló család

A hatékony alkalmazkodás során a családok vagy családtagok leküzdik a nehézségeket, megerősítik képességeiket és megváltoztatják céljaikat (Ylven et al., 2006). A fogyatékosághoz való adaptív viszonyulás dinamikus folyamatként értelmezhető (Gardiner-Iarocci, 2012), amelyben benne lehetnek a sikeres megküzdés momentumai is, de átmeneti időszakok és visszaesések is. Az elfogadásról való döntés, ami a megküzdés döntő momentumja, azt jelenti, hogy a családtagok, szülők felépítenek egy önreprezentációt, amely magába foglalja a diagnózis előtti és utáni énjüket is, illetve a valós helyzetet, amely nem azonos a vágyottal (Barak-Atzaba, 2013).

Egy adott család jólléte, „egészséges” fejlődése sokszereplős interakcióin keresztül alakul időben és térben. Lényegében az, hogy egy (sérült) gyermeket nevelő család működése, életminősége, jólléte *adaptív* (sikeres, ellenálló, reziliens<sup>1</sup>) vagy *nem adaptív* (sikertelen, sérülékeny, *vulnerábilis*<sup>2</sup>) jellegűvé válik, azt a megküzdési stratégiák hátterében meghúzódó hatótényezők összjátéka alakítja ki (Danis és Kalmár, 2011, p. 106.). A védőmechanizmusok és a reziliencia kialakulásában (vagy ki nem alakulásában) jól leírható tényezők játszanak szerepet: ezek az ún. fejlődést támogató, védelmező, protektív tényezők (*védfaktorok*), vagy épp a fejlődést kockázató tényezők (*rizikófaktorok*) (Danis, 2008). A protektív tényezők (pl. stabil lakhely, rugalmas szülői attitűdök, anya magas kognitív képességei, alacsony házastársi distressz stb.) adnak esélyt arra, hogy a rizikó által érintett egyén elkerülje a kedvezőtlen kimenetelt. Vagyis moderátor (módosító) változóként tekinthetünk ezekre a faktorokra. Ray (2002), Woodgate-Secco (2008) vizsgálatai (idézi Bognár, 2010) rámutatnak arra, hogy a szülők képesek feldolgozni és elfogadni sérült gyermekük születésének tényét és integrálni azt saját énképükbe. Mindez általában együtt jár a szülő szerep átértelmezésével, a szülői feladatok átértékelésével is. Az átértelmezés lehetséges iránya lehet, hogy a szülő – a diagnózist követő megrendülés után – kihívásként értelmezi sérült gyermeke nevelését, s új egyéni készségeket fejleszt ki, melyek a folyamatos gondozáshoz és a megváltozott igények kielégítéséhez szükségesek.

## Nem adaptív megbirkózás: sérülékeny család

Abban az esetben, ha a fentebb bemutatott folyamatok elakadnak, késnek, vagy a rizikófaktorokat kevés védőfaktor tudja moderálni, a család sérülékenységeről, *vulnerabilitásáról* beszélhetünk (Danis és Kalmár, 2011). A fogyatékoság ténye sokféleképpen hat a család egészére és a családtagokra külön-külön is, anyák, apák és idősebb testvérek, nagyszülők más-más módon élnek meg az idővel egyre többet és jobban látható különbségeket, eltéréseket a családban cseperedő, eltérő fejlődésű kisgyermeknél és egyre nagyobb gyermeknél. A szakaszos vagy ciklikus feldolgozási folyamatok (Livneh, 2001) során adaptív és nem adaptív időszakok váltják egymást.

---

<sup>1</sup> Reziliencia: rugalmas ellenálló képesség, megküzdési, megbirkózási képesség.

<sup>2</sup> Vulnerabilitás: sérülékenység, sebezhetőség, védtelenség, veszélyeztetettség, de nem csak fizikai, hanem lelki és szociális értelemben is.

Vannak szerzők (Bass, 2008; Kálmán, 1994), akik kutatásaik eredményeképp arra a következtetésre jutnak, hogy a szülők nem, vagy csak részben jutnak el az adaptív megbirkózás jellemzőihez: azaz gyakran a „belenyugvás” vagy a tagadás, elzárkózás képezi mindennapjaik részét. *„Ideális esetben a családtagok, szülők megtanulnak együtt élni a fogyatékossg okozta megváltoztatással, az élet át- és újraszerveződésével úrrá lesznek a problémákon... többnyire azonban nem képesek megbirkózni sem a pszichikai eredetű, sem az objektív körülményekből, a társadalmi feltételekből, lehetőségekből fakadó nehézségekkel.”* (Bass, 2008, p. 121.).

A sérült gyermek családba érkezése átmenetileg vagy tartósan hasonlatos a tartós kontrollvesztés élményéhez, amely során megjelenik a reménytelenség, magárahagyottság érzése, és mindez hosszabban kimutatható élettani változásokkal is jár. (Falus et al., 2010) Egyeseknél könnyen alakul ki a tanult tehetetlenség állapota, vagy a depresszió, míg mások irreálisan magas mércét állítanak saját maguk vagy környezetük elé, ami szorongáshoz vezet. A szorongó személyek egy hányadának egyik alapvető jellemzője, hogy egyszerre jellemzi őket nagyfokú teljesítmény- és perfekcionizmusigény, amelynek nem képesek megfelelni, így aktuális énjüket, énidéáljukkal összevetik, nem érzik kompetensnek, negatívan értékelik saját magukat (Kopp és Prékopa, 2011).

További nem adaptív lehetőség még a drogok, alkohol alkalmazása a kognitív egyensúly helyreállítására, a kompetenciaélmény hamis megélése érdekében. A nem adaptív aktív magatartásválaszok nagyon gyakori, civilizációs ártalomnak nevezhető sorába tartoznak azok a stratégiák is, amelyek az aktivitás kóros fokozásával biztosítják a személy lelki értékelési egyensúlyát. Erről beszélhetünk, amikor egy apa éjt nappallá téve hajszolja saját magát, soha nem jut ideje a pihenésre és családjával való időtöltésre.

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy az *adaptív és nem adaptív dimenzióba* való besorolást módszertani megközelítésnek tartom, amely során leírhatóvá és strukturálhatóvá válhatnak az sérült gyermek elfogadását támogató vagy gátló folyamatok, tényezők. A szülők feldolgozási, megoldási folyamatai során mindkét dimenzióba sorolható stratégiákkal, reakciókkal és viszonyulásokkal élnek, akár azonos életszakaszban is. Egyetértek Seligman (1989) megállapításával, miszerint veszélyes és félrevezető mereven, egyoldalúan értelmezni, megfogalmazni a sérült gyermek születése által okozott krízishelyzet következményeit a család életére. Nem helytálló azt állítani, hogy az érinett családok jobbak (adaptívabbak) vagy rosszabbak (maladaptívabbak) más (tipikus) családoknál.

## Látássérült gyermek a családban

Tanulmányom szempontjából releváns, azaz látássérült gyermeket nevelő szülők helyzetével foglalkozó hazai és nemzetközi közlemények az alábbi témák szerint közelítik meg a témát. A hazai szakanyagok bővelkednek *a vak vagy gyengénlátó gyermekek, tanulók oktatási, nevelési és fejlesztési módszereit, eszközeit bemutató közleményekkel*: Paraszky, 1994, 2007; Kovács, 2000; Csocsán, 2010; Pajor, 2010; Somogyi, 2014; Somorjai, 2014). Számos szakanyag foglalkozik *a látássérült gyermekek, fiatalok komplex állapotmegismerésének* módszertani kérdéseivel (Prónay, 2004; Földiné, Prónay és Gadó, 2012) és *a látássérült gyermekek populációjának összetételével* (Valentin, 2001; Németh, 2005; Mikola, 2008). Újabb nagyobb csoportot képviselnek *a szülősegítő, tanácsadó kiadványok* (Pálhegyi, 1988, 1992; Bágya F.-né és mtsai, 1994, 1997; Kovács, 1995; Vargáné Mező, 1999; Molnár, 2002). Továbbiak az integrált oktatás 2000-es évektől való megerősödése kapcsán *az integrációban lévő látássérült*

gyermekek, tanulók többségi óvodában, iskolában való módszertani megsegítéséről szólnak (Perlusz, 2008; Vargáné Mező, 2010), vagy a látássérült gyermek csoportban elfoglalt helyéről, szociometriai helyzetéről (Somorjai, 2008). A 2000-es évek második felétől megszorodtak a látássérült személyek rehabilitációjáról szóló írások (Prónay és Szabó, 2007; Billédi és Csákvári, 2007; Dávid, Gadó és Csákvári, 2008).

A látássérült személyek családjait tanulmányozó hazai munka Pálhegyi Ferenc nevéhez köthető, aki 1988-as *Mit tegyünk, hogy életük teljesebb legyen? (Útmutató látássérült kisgyermekek szüleinek)* művében átfogó segítséget nyújt látássérült gyermeket nevelő szülők számára. Pálhegyi a látássérült gyermek lelki fejlődése szempontjából közelíti meg a témát, miszerint az egyik legfontosabb veszélytényező a szülői érzelmek megrendülése, elbizonytalanodása. (Pálhegyi, 1992). A helyzetről így ír: „A kikezdett gyökerű fában nem lehet nyugodtan megkapaszkodni: a kétségbeesett szülő, aki tanácsért, biztatásért hol ide, hol oda kapkod, akit esetleg még lelküismeretfurdalás is gyötör, ilyen megtépázott gyökerű fa. Abhoz, hogy a gyermek fejlődése megfelelő legyen, mindenekelőtt neki magának kell „rendbe jönnie”: a gyermeke állapotát reálisan értékelnie és elfogadnia.” (Pálhegyi, 1992, p. 11.).

Az anya-gyermek kapcsolat sérülésének egyik fontos eleme a szemkontaktus felvételének hiánya, amely látássérült csecsemő esetén jelentős mértékben akadályozza az anya-gyermek kapcsolat ösztönhelyzetté alakulását (Pálhegyi, 1992) és a gyermek örömforrásként való értelmezését.

Pálhegyi meglátása szerint a másik fontos veszélytényező látássérült gyermeket nevelő szülők körében a gyermekek gondozása-nevelése során merül fel: a gyermek túlvédéséről van szó. Ez részben a szülők gyermekük nem-látása miatti kompenzációjának egyik eredménye, másrészt a nem-látás miatti gyász mérséklésére szolgál (Pálhegyi 1992). A szerző épp ezért nagy hangsúlyt fektet az (idegen szóval élve) overprotektív folyamatok önreflektív észlelésére, továbbá olyan alapvető gondozási és nevelési elvekre hívja fel az érintett szülők figyelmét, mint a *környezeti állandóság, a napirend betartása, az adaptált* (látássérültként is biztonságosan felfedezhető) *környezet és a valóságos, közvetlen és aktív részvétellel megszerzett tapasztalatok*. Felhívja a figyelmet arra, hogy a túlságos kiszolgálás passzívvá és kiszolgáltatottabbá teszi a látássérült kisgyermeket (Pálhegyi, 1992, p. 23.).

Pálhegyi szülősegítő munkája nem differenciálja a látássérült gyermekeket: többségében vak kisgyermek neveléséről, gondozásáról ír. Nem tér ki külön a gyengénlátó gyermekekre, továbbá nem érinti a látássérülés mellett egyéb fogyatékkal rendelkező, többszörös vagy halmozottan fogyatékos gyermekek helyzetét. Az *Útmutató* alapvetően jó intellektusú, magasan funkcionáló, súlyos fokban látássérült gyermeket nevelő szülők számára nyújt kapaszkodót. A szakszerű, odafigyelő nevelés-gondozás, játék részletes bemutatásán és gyakorlásán keresztül kínál interaktív megküzdést az érintett szülőknek. Nem ejt szót arról a bizonytalan helyzetről, amit az érintett szülők jelentős része megél látássérült gyermeke mellett: nevezetesen a gyengénlátó kisgyermek látásteljesítményének kezdeti bejósolhatatlanságáról, vagy esetlegesen a látásproblémán túl kapcsolódó fogyatékoságok és/vagy betegségek fejlődést befolyásoló bizonytalanságáról.

## A látássérült gyermekek csoportjellemzői

A látássérült gyermekek csoportja nagyon heterogén a látásállapot és a kórok tekintetében is. A sérülés háttérben álló tényezők gyakorisága is időről időre változik. Az 1980-as években a vezető

kórok a koraszülöttség miatt kialakuló ROP volt (Németh, 2005), ami akkoriban sokszor vaksághoz vezetett. Körülbelül a 2000-es évektől kezdődően azonban az a tendencia látszódik, hogy a látássérülés valamilyen agysérülés következtében alakul ki, és a legtöbbször csatlakozik hozzá más sérülés is. Továbbra is magas a koraszülött gyermekek aránya, de közülük már a korábbihoz képest kevesebben lesznek vakok, egyre inkább a gyengénlátó személyek csoportjába sorolódnak látásteljesítményük alapján (Pajor, 2017). Ennek hátterében az orvosi technológia fejlődése áll. Az egyre korszerűbb inkubátorok használata és az orvosi kezelések teszik lehetővé olyan gyermekek életben tartását, akiknek a korábbi évtizedekben nem sok esélyük volt. Ebből adódik, hogy a nyugati társadalmakban az esetek 60-70%-ában a látássérülés mellett egyéb fogyatékoság jelenlétével is számolni kell (Dale&Sonksen, 2002). A *NORDSYN Study Group* (Riise et al., 1992) megállapítása szerint a látássérült gyermekek kétharmadánál társuló fogyatékoság is fennáll, valamint a látássérült gyermekek 45%-ánál a sérülés hátterében agysérülés áll fenn, aminek leggyakoribb kóroka a kérgi vakság és a szekunder látóidegsorvadás.

Így tekintve a látássérülésre, látható, hogy legtöbbször a család működésképe, az elfogadási folyamatra nem pusztán a látássérülés ténye hat, hanem mindazon csatlakozó sérülések, amelyek rendszeres vagy folyamatos orvosi ellátást igényelnek. Látássérült gyermek születésekor a szülőknek a hagyományos kapcsolatteremtési és nevelési mintáikat mindenképp át kell alakítaniuk. A látássérült gyermekkel tekintet útján nehezebben, vagy egyáltalán nem tudnak kapcsolatot kialakítani, az arcjáték helyett más módon kell kifejezni az érzelmeiket. Emellett nehezíti az elfogadást, hogy a látássérült, főleg a súlyosabb látássérüléssel élő gyermek, ahogy növekszik, viselkedése, megnyilvánulásai eltérést mutathatnak a kortársaitól a mozgás és tájékozódás, esetleg a kapcsolatteremtés és kommunikáció terén.

## **Kutatási kérdések és hipotézisek**

Kutatásom egyik célja a látássérült gyermeket nevelő szülők hazai helyzetének és a szülők saját helyzetükkel kapcsolatos értékelésének több szempontú bemutatása. Feltételezésem szerint, ahogyan bármely eltérő fejlődésmentű gyermek elfogadását, családba való integrálását is sok tényező együttese befolyásolja, és a szülők mindezen hatások fényében értékelik az adott helyzetet pozitívnak, negatívnak, illetve könnyűnek, vagy nehéznek, ugyanúgy lehet ez látássérült gyermek nevelése esetén is. A kutatás elsődleges célja tehát az volt, hogy a fentiekben ismertetett értelmezési keret szerint leírja a látássérült gyermeket nevelő szülők körében azonosítható reakciókat, folyamatokat, és ezek kimenetelét tekintve csoportosítsa az adaptív és non-adaptív alkalmazkodás tetten érhető formáit és ezek hatótényezőit ebben a speciális szülői csoportban.

*A kutatást irányító kérdések:*

1. Milyen jellemzők mentén írhatók le a látássérült gyermekek szülei?
2. Milyen adaptív és nem adaptív megbirkózási stratégiákat használnak a látássérült gyermeket nevelő szülők?
3. Kimutatható-e minőségi és mennyiségi különbség az anyai és apai válaszok között?
4. Mennyire jelenik meg a társas támogatás, szociális háló a célravezető (adaptív) megbirkózási folyamatok során?

Hipotéziseimet a szakirodalomban talált adatok és a kutatás kérdései mentén fogalmaztam meg:

1. *hipotézis*: A látássérült gyermeket nevelő családok/szülők alkalmazkodásának eredményessége olyan többtényezős folyamat, amelyben *társadalmi* (SES), *társas* (külső támogatás, családon belüli erőforrások) és *személyes jellemzők* (intellektus, sérülés foka) játszanak szerepet.

2. *hipotézis*: A látássérült gyermeket nevelő anyák és apák válaszai között minőségi és mennyiségi különbségek vannak a megjelenő reakciók és megbirkózási stratégiák tekintetében.

3. *hipotézis*: Az adaptív dimenzióban megjelenő válaszok támpontokat szolgáltatnak az ellátórendszer hatékony szülői alkalmazkodást támogató tényezőinek felismerésében.

## MÓDSZER

A vizsgálatokhoz szükséges kérdések összeállítása hosszabb folyamatot vett igénybe. Családi működésről, sérült gyermeket nevelő családok életéről szóló hazai és külföldi szakirodalomban való tájékozódással kezdődött. Az interjú kérdései az alapvető demográfiai adatokon túl a gyermek sajátosságaira, és a születés, diagnózisközlés emlékeire vonatkoznak, továbbá igyekeztem az érintett szülővel „időszalagszerűen” (retrospektív módon) felidéztetni azokat az eseményeket, történéseket, amelyek eszébe jutnak a gyermek születésétől az interjú felvételének pillanatáig. Az interjú kérdéseinek összeállítása családterápiás konzulens bevonásával történt, és kialakításukban az alábbi szempontok játszottak szerepet:

- Szerettünk volna hosszmetzeti (időbeli változásokról) és keresztmetzeti képet is nyerni a sérült gyermeket nevelő családok életéről.
- Fontosnak tartottuk, hogy megismerjük, milyen új szerepekkel, szülőség-felfogásokkal találkozhatunk sérült gyermeket (fiatal) nevelő szülők esetében.
- A sérült gyermeket nevelő családok életében előforduló kritikus élethelyzeteket, eseményeket, nehéz periódusokat, ezek időbeli alakulását, valamint a szülők ezen eseményekkel kapcsolatos szubjektív megélését szerettük volna megismerni. Ennek mérésére egy – családterápiás, terápiás gyakorlatban használt technikát – úgynevezett „Time Line”-t készítettünk, ahol az X tengelyen az idő, az Y tengelyen pedig a szülő pozitív, vagy negatív érzelmi szerepeltek.
- A felvétel pillanatáig tartó életszakasszal kapcsolatos érzelmek megismerésén túl a szülő jövővel kapcsolatos elképzeléseit, gondolatait, érzéseit szerettük volna megismerni.

A fenti szempontok alapján kidolgozott interjú 4 kérdéskört érintett:

- Diagnózis ideje és közlésének módja
- Társas támasz keresésnek módjai
- A szülő szubjektív megélése sérült gyermekére vonatkozó események kapcsán
- Szülő gondolatai, érzelmei a gyermek jövőjével kapcsolatban.

## Eljárás

Az interjúk felvételét 2015 nyarán kezdtem el és 2018 nyarán zártam le. Többségüket jegyzetelés utáni gépelt szöveggént rögzítettem, hangfelvételt mindössze 7 esetben készíthettem. Az interjú kérdéseire adott válaszok elemzéséhez a *Webnarrat* szövegelemző szoftvert használtam. A kódolás megkezdése



előtt az interjúk kérdéseire adott válaszokból létrehoztam egy anyai és egy apai szövegtörzset, majd ezeket Rich Text formátumban feltöltöttem az Webnarrcat rendszerébe. A szövegeket a Narrcat rendszer automatikusan lekódolja és szövegtörzsként visszajelzést küld *NarrCat* pszichotematikus moduljainak előfordulási gyakoriságáról (Ehmann és mtsai., 2014).

A narratívumok elemzési szempontjai az *Értékelés* és *Érzelem* modulokon keresztül jelennek meg, amelyeken belül külön pontszámokat kapnak a szülői kijelentések a *pozitív és negatív valencia*, *társas referencia E/1 és T/1*; *pszichológiai perspektíva*; *kogníció és metanarratív marker* kódok alapján (Ehmann és mtsai., 2014). A kapott pontszámok alapján váltak beazonosíthatóvá a leggyakrabban előforduló szülői reakciók, érzelmi és kognitív viszonyulások, társas támaszkeresési tényezők, amelyeket további egyéni, kézi kódolás útján gyűjtöttem össze. A kódolást egyedül végeztem. Minden egyes modulon belül megjelent a pozitív és negatív válaszcsoporthoz megkülönböztetése, amelyeket *adaptív és nem adaptív válaszcsoporthoz* neveztem el.

## A minta

Vizsgálatom során olyan szülőket kerestem meg, akik legalább 5 éves és maximum 16 éves látássérült gyermeket nevelnek. A mintába való bekerülés kritériuma volt még, hogy az adott szülő gyermeke rendelkezzen ismert szemészeti diagnózissal (*medikális besorolás*) és gyógypedagógiai értelemben is látássérültnek (*érzékszervi SNI*) minősüljön (*gyógypedagógiai besorolás*). Interjúalanyaim a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Látásvizsgáló Gyógypedagógiai Központjának<sup>3</sup> kliensköréből kerültek ki, akikkel a kutatást megelőzően kerültem kapcsolatba a *Korai Ambuláns* részlegen vagy a pedagógiai diagnosztikai vizsgálatok folyamán, mint gyógypedagógus. Az önkéntesség és az anonimitás maximális figyelembevételével elektronikus levélben vagy telefonon kerestem meg szülőket, tájékoztattam őket a vizsgálat fókuszáról és kereteiről, majd így kértem a részvételüket a vizsgálatban. Többségében azokat a szülőket tudtam bevonni, akikkel 2003 és 2012 között személyesen találkoztam a Látásvizsgáló Gyógypedagógiai Központban végzett gyógypedagógiai munkám során.

## A résztvevők bemutatása

A résztvevők kiválasztása során arra törekedtem, hogy a látássérült gyermekek és fiatalok populációjának legfőbb jellemzői mentén vonjak be interjúalanyokat annak érdekében, hogy elfogadható mértékű reprezentativitást érjek el az érintett szülők körében (ún. illesztett mintavétel). Ennek jegyében igyekeztem eltérő látássérültségi fokú, állapotú, életkorú gyermekek szüleit elérni, akik különböző lakhellyel, iskolázottsággal, gazdasági helyzettel és családi állapottal rendelkeznek. A reprezentativitás érdekében nem készültek páros interjúk. A legfiatalabb szülő 26 éves, a legidősebb 49 éves. (Az anyák esetében az életkori szórás értéke: 6,57, apáknál: 6,35).

## A mintában szereplő szülők és gyermekek meghatározó jellemzői

A vizsgálat során 39 anyával és 29 apával sikerült interjút készítenem. A szülők többsége (20) eredeti házasságában neveli látássérült gyermekét (34,5%), hasonlóan magas az élettársi kapcsolatban élő szülők aránya is (31%). Az élettársi kapcsolatban élő szülők között 13 szülő a

---

<sup>3</sup> Hivatalos név: FPSZ Látásvizsgáló, Gyógypedagógiai Tanácsadó, Korai Fejlesztő, Oktató és Gondozó Tagintézménye

gyermek vérszerinti apjával/anyjával neveli a látássérült gyermekét. Kilenc szülő válása után újraházasodott. Egyedül neveli gyermekét 9 anya és 2 apa, ebből 3 anya a gyermek születése óta van egyedül. Az alábbiakban táblázatban összegzem a teljes minta fontosabb demográfiai mutatóit, külön feltüntetve az anyák és apák jellemzőit (lásd 1. táblázat).

	<b>ANYA (n=39)</b>	<b>APA (n=29)</b>
<b>Kapcsolati státusz</b>	- Egyedülálló: 9 (23,1 %) - Élettársi kapcsolatban: 7 (17,9 %) - Új házasságban: 5 (12,8 %) - Házasságban: 18 (46,2 %)	- Egyedülálló: 2 (6,9 %) - Élettársi kapcsolatban: 11 (37,9 %) - Új házasságban: 4 (13,8 %) - Házasságban: 12 (41,4 %)
<b>Legmagasabb iskolai végzettség</b>	Összesen: 39 fő (100%) - 8 általános: 5 (12,8 %) - Szakmunkás: 8 (20,5 %) - Szakköz., gimn.: 12 (30,8 %) - Felsőfok: 14 (35,9 %)	Összesen: 29 fő (100%) - 8 általános: 3 (10,3 %) - Szakmunkás: 6 (20,7 %) - Szakköz., gimn.: 13 (44,8 %) - Felsőfok: 7 (24,1 %)
<b>Jövedelmi státusz<sup>4</sup></b>	Összesen: 39 fő (100%) - Alacsony: 6 (15,4 %) - Kielégítő: 17 (43,6 %) - Közepes: 12 (30,8 %) - Magas: 4 (10,2 %)	Összesen: 29 fő (100%) - Alacsony: 3 (10,3 %) - Kielégítő: 16 (55,2 %) - Közepes: 8 (27,6 %) - Magas: 2 (6,9 %)
<b>Lakbely szerinti megoszlás</b>	Összesen: 39 fő (100%) - Budapest: 12 (30,8 %) - Nyugat-Mo.: 9 (23,1 %) - Kelet-Mo.: 11 (28,2 %) - Közép- Mo.: 7 (17,9 %)	Összesen: 29 fő (100%) - Budapest: 8 (27,7%) - Nyugat-Mo.: 7 (24,1%) - Kelet-Mo.: 7 (24,1%) - Közép- Mo.: 7 (24,1%)
<b>Településszerkezet szerinti megoszlás</b>	Összesen: 39 fő (100%) - Főváros: 12 (30,8 %) - Megyeszékhely: 10 (25,6 %) - Kisváros: 8 (20,5 %) - Falu: 9 (23,1 %)	Összesen: 29 fő (100%) - Főváros: 8 (27,6%) - Megyeszékhely: 6 (20,7 %) - Kisváros: 9 (31,0 %) - Falu: 6 (20,7 %)

1. táblázat. Demográfiai mutatók gyakorisági megoszlása a mintában.

A mintába bekerülő szülők gyermekeinek nemi aránya: 31 leány (45,5%) és 37 fiú (54,5%). A megkérdezett szülők 43 esetben gyengénlátó gyermeket, 25 esetben pedig vak gyermeket nevelnek (lásd 1. ábra). A vak gyermekek között 6 olyan gyermek van, akinek az érzékszervi fogyatékoságán kívül nincs más fogyatékosága, 19 gyermek pedig rendelkezik más, az érzékszervi fogyatékoságon kívüli fogyatékosággal vagy krónikus betegséggel. A gyengénlátó gyermekek körében 19 többszörösen sérült, 24 gyermeknek pedig nincs a gyengénlátáson kívül fogyatékosága (lásd 2. táblázat). Ezek az arányok követik a látássérülés súlyossági fokának nagymintás adatait (Népszámlálás, 2011; Kiss, 2018).

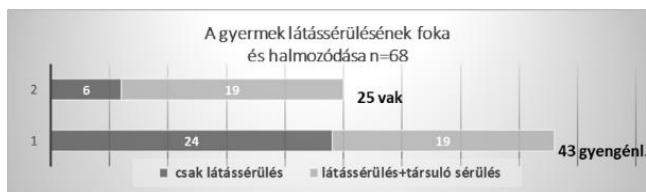
<sup>4</sup> A szülők jövedelmi státuszát az alábbi kategóriák szerint határoztuk meg, önbevallás alapján:

01 - alacsony jövedelmi státusz (hónap végére szinte mindig elfogy a pénz és nincsenek megtakarítások)

02 - kielégítő jövedelmi státusz (be tudják osztani a jövedelmet, de félre tenni nem tud)

03 - közepes jövedelmi státusz (amire szükség van, arra van keret, keisebb megtakarítással is rendelkeznek)

04 - magas jövedelmi státusz (anyagi biztonság és megtakarítás)



1. ábra. Látássérültségi fok és társuló fogyatékoságok aránya.

GYERMEK	1. leggyakoribb válasz	2. leggyakoribb válasz	További válaszok
<b>Látássérüléshez társuló fogyatékoság típusa</b>	Értelmi fogyatékoság (enyhe és mérsékelt) (27%)	Halmazottan fogyatékos (18%)	Mozgássérülés (13%) Autizmus spektrum zavar (9,5%) Beszéd-fogyatékos (9%) Hallássérülés (7,5%) Viselkedés, magatartás zavar (16%)
<b>Látássérüléshez társuló krónikus betegség típusa</b>	Mozgásszerv-rendszeri betegség ( <i>izomtónus-rendellenesség, gerincferdülés, CP</i> ) (22%)	Bőrbetegség ( <i>ekcéma, sömör</i> ) (19%)	Krónikus légúti ( <i>aszma, kórhpp</i> ) (14%) Táplálékallergia ( <i>tej, liszt, glutén</i> ) (14%) Szívbetegség (9%) Epilepszia (8%) Egyéb ( <i>cukorbetegség, emésztő és kiválasztó rendszer, pszichiai kórképek</i> ) (14%)
<b>Látássérült gyermek életkora</b>	5-10 éves (40%)	11-14 éves (38%)	15-16 éves (22%)
<b>Diagnózis (látássérülés) időpontja</b>	A gyermek 1,5 éves kora körül (38%)	A gyermek fél éves koráig (31,5%) (veleszületett 20%)	A gyermek 2 és 6 éves kora között (30,5%)
<b>Korai fejlesztésben való részvétel</b>	Rendszeresen (63%)	Havonta (tanácsadás) (22%)	Nem (8%) Alkalmanként (7%)
<b>SZÜLŐ</b>			
<b>Szülő kapcsolata más sérült gyermeket nevelő szülővel</b>	Rendszertelenül, de tart fenn kapcsolatot (54%)	Rendszeres (28%)	Ismer más szülőket, de nem tart fenn kapcsolatot (11%) Egyáltalán nem tart fenn; (7%)
<b>Szülő kapcsolata támogató szervezettel</b>	Nem keresi a lehetőséget (51%)	Rendszeresen és aktívan részt vesz (23%)	A szülő nem, de a gyermek tagja szervezetnek (19%) A szülő is tag és néha részt vesz (7%)

2. táblázat. A látássérült gyermekek adatainak gyakorisági mutatói.

A 2. ábrán a vizsgálatba bevont szülők gyermekeinek leggyakrabban előforduló szemészeti vagy neurológiai diagnózisait gyűjtöttem össze. Egy-egy gyermeknél előfordulhat többfajta diagnózis is, ezért a kórokok elemszámai nem követik a minta elemszámát. A kismintás vizsgálat is igazolja, hogy a látássérült állapotok hátterében magasabb arányban fordulnak elő agyi eredetű és idegrendszeri hátterű kórképek. A mintában szereplő *agyi eredetű látássérülés* alá az alábbi neurológiai

rendellenességeket soroltuk: *corpus callosum dysgenesis/agenesia, laesio cerebri progressiva, hydrocephalus és epilepszia*, C. Roman-Lantzy (2007) nyomán.



2. ábra. A mintában előforduló szemészeti kórokok elemszáma.

## EREDMÉNYEK

Az anyai és apai szövegek szövegeinek kódolása során kirajzolódottak a leggyakrabban megjelenő választípusok. A válaszok között érzelmi, kognitív és társas jellemzők is vannak. Módszertani megfontolásból ezeket a jellemzőket adaptív és non-adaptív dimenziók mentén mutatom be. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a szülők feldolgozási, megoldási folyamataik során mindkét dimenzióba sorolható stratégiákkal, reakciókkal és viszonyulásokkal élnek, akár azonos időszakokban is. A retrospektív narratívumok során jól látható volt, hogy mind az anyák, mind pedig az apák keverten mutatják az adaptív és nem adaptív megbirkózás jellemzőit. Kezdetben (a fogyatékossgal való szembesülés utáni időszakban) erősen keverednek az adaptív és non-adaptív megbirkózás jellemzői. Vizsgálatom szempontjából azoknak a jellemzőknek az összegyűjtése releváns, amelyek mentén leírhatóvá válik a helyzettel való megküzdés kimenetele. Az adaptív és nem adaptív dimenziók válaszai közül azok jelennek meg, amelyek előfordulási gyakorisága a NarrCat rendszer elemzésében elérte a 30%-os gyakoriságot. A narratív kategóriális tartalomelemzés módszere ezt a gyakorisági értéket javasolja induló értéknek (Ehmann et al., 2014). A további találatokat a jellemzők gyakorisági sorrendje szerint rangsoroltam (lásd 3. táblázat).

ELŐFORDULÁS GYAKORISÁGA %	Non-adaptív megbirkózás tényezői	
	ANYAI VÁLASZOK	APAI VÁLASZOK
1. leggyakoribb válasz (81-100%)	bizonytalanság, kiszámíthatatlanság félelem a jövőtől	kirekesztettség káosz
2. leggyakoribb válasz (71-80 %)	túlzott elvárások (család, szakemberek) információ-hiány	kudarcc, jövőtlenség szégyen titkolódzás
3. leggyakoribb válasz (61-70%)	nem érti gyermeke jelzéseit a gyermekét 'idegennek' érzi	terméketlenség alkalmatlanság
4. leggyakoribb válasz (51-60%)	izoláció, bezárkózás, magány depresszió, tehetetlenség	abnormalitás, túlhajszoltság
5. leggyakoribb válasz (41-50%)	„bűn” érzése pénzhiány	pénzhiány 'bűn-bak keresés'
6. leggyakoribb válasz (30-40 %)	kistelepülési közeg: betegségtudat erősítése”	alkohol párkapcsolaton kívüli kapcsolatok keresése
További válaszok (30% alatt)	címkezés, kategorizálás, 'másság' alváshiány napirend hiánya 'stigma'	'másság' kapcsolódási el- lehetetlenedése (társ, gyermek) elhatárolódás

3. táblázat. A non-adaptív megbirkózás jellemző tényezői anyai és apai válaszok szerint.

A non-adaptív dimenzió anyai és apai válaszaiban vannak átfedések, de más-más hangsúllyal, gyakorisággal jelentek meg. Az itt kapott válaszok nagyon sok hasonlóságot mutatnak azokkal a korábbi közleményekkel, amelyek fogyatékos gyermeket nevelő szülőkkel foglalkoztak (Pálhegyi, 1992; Kálmán 1994; Borbély, 1998; Bognár, 2010).

Az apák a korábbi családi és baráti kapcsolataik meglazulást vagy felbomlását említették meg nagyon magas gyakorisággal. Egyrésztük szégyent él meg sérült gyermeke miatt, és nem akar minduntalan magyarázkodni, ezért inkább kerüli a társaságot. Idézem a 15. számú interjúalanyt: „*kezdetben az okokat kerestem, majd pedig a pénzt, arra, hogy a következményeket megszüntessem, vagy legalábbis enyhítsem... közben megromlott a házasságunk, már nem beszéltem az anyámmal, és inkább új munkát vállaltam, csak hogy ne kelljen beszélni a gyerekemről. Nem akartam senkivel sokat beszélgetni, inkább a neten lógtam: itt „éltem”.*”

Az apák közül többen nevezték „abnormálisnak” azt a helyzetet, hogy az óvodás életkor előtt álló gyermekkel „többet kell foglalkozni, mint egy kisiskolással”, azaz a rendszeres vizsgálatok és fejlesztések, főleg, ha kistelepülésről kell nagyvárosba menni, az apák számára nagyon megterhelőek (autó, benzinköltség, hiányzás a munkahelyről). Egy másik apa (23. sz. interjúalany) az abnormalitást az alábbiak szerint fejtegette:

*„...volt egy haveri köröm, nagyjából egyidősek voltunk, egy faluban nőttünk föl, egymás tanúi az esküvőnkön, korábban nyaralások, bulik, miegymás... a 'Nagy 6os'. Készültünk a tejfakasztóra, gyűjtöttük a jóféle pálinkákat, ahogy szokás mifelénk. Aztán megszületett: én vittem be a szülésre a feleségem, ott is voltam, emlékszem, hogy közben ment az sms-ezés, hogy „Készüljete! Nemsoká ibatunk!”...aztán a szülés után mondták, hogy valami nagyon nincs rendben. Rohammentővel szállították Pestre, aztán műtötték, azt sem tudtuk, hogy életben marad-e. A feleségem sírt, én meg azt se tudtam, hogy mi van. Másnap mondták, hogy stabil, de agyi fejlődési rendellenessége van: nagy eséllyel nem fog látni, mozogni... na, ezt hogy mondjam meg a haveroknak? ehhez hogy lehet gratulálni? erre hogy lehet tejfakasztó buli szervezni?... Lemondtam mindent. Három napig csak úton voltam, vezettem, néha*

*megálltam és aludtam az autóban, meg naponta bementem az asszonyhoz. Senkivel nem tudtam beszélni, nem lehetett örülni semminek. [...].. semmi nem úgy ment, ahogy azt elgondoltam vagy láttam a haverjaimnál. Én nem fürdtem a gyereket, mert folyton aludt és furcsán mozgott.”*

Az apai válaszok közül kiemelném még a *kudarcs és terméketlenség érzését*, amely a leggyakoribb oka volt a kapcsolatok megszakadásának. Az anyai válaszok között nagyobb gyakorisággal jött elő a gyermekhez való kapcsolódás nehézsége, aztán a megnövekedett fizikai, mentális és lelki terhek (anyai, feleség és egyéb női feladatok elvárásai, és az ennek való meg nem felelés). A kisteleplüsi közeg reakcióival folyamatosan ráerősít a betegségtudat érzésére, mivel a sérült gyermeket rendszeresen beteg gyermekként nevezik meg az ismerősök, és a gyógyulást várják, mindeközben az anya gyakran elkezd elfogadni gyermeke megváltozott állapotát. Így mesél erről az egyik anya (8. sz. interjúalany):

*„...5 éves lehetett P., már óvodába járt, végre beszokott, volt kedve odamenni és fejlődött, behyben fejlesztették is. Mi már megszoktuk, hogy mindenhez közel megy, kézbe veszi, szagolgatja. a szájába való bevételről épp kezdett leszokni. Elhíttam a boltba, ott leült az egyik polc elé és nézgette a csokikat. Erre odajön az egyik régi osztálytársam, és azt mondja, hogy „nem lenne jobb valami intézetbe leadni egy ilyen beteg gyereket?” Mert neki nehezé nézni minket, és látni, ahogy megyünk bele tönkre. Aznap este megmondtam a férjemnek, hogy én egy napnál tovább sem maradok ebbe a faluba. Minden béten valami 'nagyokos' előáll valami jobbnál-jobb tanáccsal és ötlettel, nem tudnak a maguk dolgával foglalkozni, csak a mienkkel. Hol a Látót emlegetik, hol a csodakenőcsöt, hol meg a csodadoktort, de mindig bajuk volt a gyerekemmel, mindig őt akarták megjavítani... de azt nem látták, hogy mennyit fejlődött, mer' csak a szerencsétlen vak gyereket emlegették, pedig P. nem is vak, csak gyengélátó.”*

Az adaptív dimenzióban megjelenő válaszok közül jelentős túlsúllyal jelent meg a kommunikációs nyitás és nyíltság más érintett szülők, családtagok, barátok felé, továbbá a társba való megkapaszkodás. Mindkét csoportban fontos volt az új, egészséges gyermek születése, vagy egészséges testvér jelenléte, amely az anyákban és az apákban a termékenység érzését erősíti (lásd 4. táblázat)

	Adaptív megbirkózás tényezői	
ELŐFORDULÁS GYAKORISÁGA %	ANYAI VÁLASZOK	APAI VÁLASZOK
1. leggyakoribb válasz (81-100%)	családtagok, barátok, szomszédok (fizikai és lelki) támogatása, elfogadása; támogató párkapcsolat	megerősített „Támasz” szerep rugalmasság, problémamegoldás
2. leggyakoribb válasz (71-80%)	kislépésekben gondolkodás; kommunikációs lehetőség keresése megosztás és meghallgatás lehetősége információ fejlődésről, fejlesztésről segítségkérés	kihívás anyagi háttér biztosítása részvállalás a háztartásban (a társ tehermentesítése)
3. leggyakoribb válasz (61-70%)	szakemberekben/intézményekben való bizalom feladatok beosztása 'én-idő' hit a megoldásban	a testvér ellátása megfelelő szakember segítség-kérés szembenézés (perspektívák)
4. leggyakoribb válasz (51-60%)	városi élettér egészséges testvér anyagi biztonság	új, egészséges gyermek; humor, játék saját stratégiák a sérült gyermek ellátásában
5. leggyakoribb válasz (41-50%)	különleges szülőség-érzése a hagyományos keretek elengedése	

6. leggyakoribb válasz (30-40 %)	kreativitás, játékoság	kikapcsolódási lehetőség
További válaszok (30% alatt)	bizalom, hála, hit válasz a nagy' Miért-re'	egyedi életút-érzés jelenben maradás

4. táblázat. Az adaptív megbirkózás jellemző tényezői anyai és apai válaszok szerint.

Másik fontos válaszcsoport a *különleges szülőség vagy 'egyedi életút-érzés'*, amely a szülőségről alkotott elképzelések kognitív átkeretezéséhez vezet. Pozitív adaptációt mutató szülők nem feltétlenül maradtak házasságban/kapcsolatban, sőt gyakori volt a válaszadók között, hogy az egyik fél adaptív, a másik pedig maladaptív sémákkal működött, és ez okozta a kapcsolat megszakadását. A másokba (családtagok, barátok, ellátórendszer), a gyermekbe és a saját erőbe, képességekbe vetett bizalom azoknál jelent meg, akiknél a saját jóllét is megjelent fontos szempontként. A kis lépésekben való gondolkodás, az egyéni és egyedi megoldási stratégiák megélése és megerősítése szintén sokat jelentettek az érintett szülők számára. Azon szülők körében, ahol a vérszerinti anyák és apák házasságban/párkapcsolatban maradtak, gyakrabban jelent meg a hála és bizalom, továbbá valami olyan felettes erőben való hit, amely hasonló választ adott mindkét szülő számára a 'nagy Miért-re', azaz sikerült közös értelmezési keretben látni látássérült gyermekük családi jelenlétét.

## Megvitatás

Kutatási hipotéziseim közül az első kettőt igazolni tudták a *NarrCat* szövegelemző rendszer találatai alapján rangsorolt választípusok. A non-adaptív és adaptív kategóriákban megjelenített anyai és apai válaszokban eltérő gyakorisággal fordulnak elő a kontrollvesztés valószínűségét csökkentő legfontosabb tényezők: *azaz a társas támogatás és a megbirkózási stratégiák problémaközpontú és érzelmeközpontú megbirkózás jellemzői* (Kopp M. és Prékopa A., 2011). Továbbá a megküzdést támogató SES- tényezők szerepe is megjelenik a válaszok között.

Az apák hatékony megküzdés során leggyakrabban *problémamegoldó stratégiákat* alkalmaznak, és *mobilitizálják pszichés immunrendszerüket*, hogy megerősített „Támasz” szerepben és rugalmasan tudjanak reagálni a helyzet adta kihívásokra. Az adaptív megküzdési dimenzióban a leggyakoribb válaszok az anyák részéről inkább a *társas támaszkeresés* jellemzőiből kerülnek ki, ezt követik a *problémaközpontú és érzelmeközpontú megküzdési formák stratégiái* (Lazarus és Folkman 1986, idézi Margitics és Pauwlik, 2006). Az adaptív megbirkózás folyamán megjelent a gyermek körüli teendők hatékony szervezése, amely a hosszútávú alkalmazkodás egyik kulcsa. Továbbá a hatékony megküzdés eseteiben nagyobb gyakorisággal jelennek meg a szülői szerepátértelmezések („különleges szülőség”, „egyedi életút-érzés”, „a kevesebb gyakran több”) (Bognár, 2010; Garai & Bolla 2013; Berszán, 2015).

A non-adaptív dimenzióban mind az anyák, mind az apák válaszai között leggyakrabban érzelmi töltetű reakciók (*bizonytalanság, káosz, kérekesztettség, jövőtől való félelem*), folyamatok jelennek meg, azaz az érzelmek szabályozása zajlik, elsősorban az énvédelem, a szorongás csökkentése a cél, ez énvédő vagy elhárító mechanizmusokon keresztül történik (Margitics & Pauwlik, 2006). Továbbá megmutatkoznak a Kopp és Prékopa (2011) vizsgálatában leírt, nagyfokú teljesítményre irányuló szándékok, amelynek az

érintett szülők nem tudnak megfelelni, ezért negatívan értékelik magukat. Anyáknál gyakrabban jelentkezik a depresszió és tehetetlenség, apáknál pedig a túlhajszoltság és alkohol.

Az adaptív dimenzióban megjelenő válaszok között igen nagy gyakorisággal jelennek meg társas támogatási jellemzők (*külső személyes és szakmai támogatás, családon belüli erőforrások*), különösen az érintett édesanyák körében, amely megerősíti azt a hipotézisemet, miszerint az érintett szülők megbirkózási folyamataik során számítanak az ellátórendszer (egészségügy, köznevelés, szociális szolgáltatások) differenciált, odafigyelő és problémaérzékeny támogatására.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálati minta ugyan törekszik reprezentatív lenni a teljes populációra vonatkozóan, azonban létszáma miatt az összefüggések és az eredmények nem általánosíthatók a látássérült gyermekek nevelő szülők teljes populációjára. Ehelyett a vizsgálat következtetéseinek kiterjeszhetőségét és átvihetőségét hangsúlyoznám más sérülésspecifikus szülői csoportokra. A szülői válaszok alapján láthatóvá váltak azok a rizikófaktorok, amelyek jellemzőek a hazai helyzetben, továbbá feltárnak olyan támogató tényezőket vagy megoldásmódokat, amelyek üzenetjelleggel bírnak az ellátó rendszer irányába.

Fontos konklúzió, hogy a támogató (védő) és rizikófaktorok, azaz az adaptív és nem adaptív viszonyulás hatótényezői nem választhatók szét két, teljesen különálló és ellentétes csoportra. Ami egyes helyzetekben nehezítő tényező, az a másikban segítség lehet (*pl. a környezet reakciója, információ, beárkózás/összefogás*).

Másik fontos megállapításom, hogy a szülői működésmódok sem oszthatók egyértelműen *adaptív* vagy *nem adaptív* csoportra. Inkább időszakok vannak, amelyek során hol az egyik, hol pedig a másik dimenzió jellemzői szerint működnek. Meglátásom szerint a viszonyulást befolyásoló személyes, helyzeti és társadalmi tényezők ismerete lehet a kulcs az ellátórendszerek hatékonyabbá tételéhez. Az ellátó rendszer (köznevelés, egészségügy, szociális szféra) szempontjából kihívásnak tekintem, hogy az adaptív megbirkózás irányába ható tényezőkre kerüljön a fókusz, hogy az érintett szülők minél korábban érkezzenek meg az adaptív megbirkózás fázisába, és minél hosszabban tudjanak ebben az értelmezési keretben maradni.

## Irodalomjegyzék

- Barak-Levy, Y., & Atzaba-Poria, N. (2013). Paternal versus maternal coping styles with child diagnosis of developmental delay. *Research in developmental disabilities*, 34.(6), 2040–2046. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.026>
- Bass L. (szerk.). (2004). *Jelentés a súlyosan-balmozottan fogyatékos embereket nevelő családok életkörülményeiről*. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- Bass L. (szerk.). (2008). „Amit tudunk és amit nem...” az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon. Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- Bágya F.-né és mtsai (1994). „*Kéz a kézben*” Útmutató a családban élő, valamint bölcsődebe, óvodába integrált látássérült kisgyermek szülei és nevelői számára. Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, Budapest.



- Bágya F.-né, Fogarassy E., Molnár B.né, Ujváry I.né, és Zelenka Zs. (1997). „Együtt könnyebb” Útmutató a fejlődésükben elmaradt vagy halmozottan látássérült gyermekek szülei és nevelői számára. Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, Budapest.
- Bánfalvy Cs. (1996). *A felnőtt értelmi fogyatékosok életminősége*. ÉFOÉSZ, Budapest.
- Becvar D. S. (2013). Facilitating Family Resilience in Practice. In Becvar D. S., (ed.) *Handbook of Family Resilience*. (pp. 51-65). Springer Science, New York.
- Berszán, L. (2005). A fogyatékos gyermeket nevelő családok megküzdési esélyei Romániában. *Esély*, 18.(1), 47–60.
- Berszán, L. (2015). Megküzdés és reziliencia? Amikor a kevesebb több. *Erdélyi Társadalom*, 12.(1), 5–15.
- Billédi K. és Csákvári J. (szerk) (2007). *Látássérült személyek elemi rehabilitációjára VI.: Rehabilitáció és pszichológia, készségfejlesztés* (kézirat) ELTE Bárczi Gusztáv GyFK, Budapest.
- Bognár V. (2010). A szülőség átértelmezése a diagnózist követő időszakban. In Bognár V. (szerk.) *Láthatatlanok*. (pp.109–161), Scolar Kiadó, Budapest.
- Bognár V. (2012). *A szülőség átértelmezése. Autizmussal élő személyek támogatása a családban*. Doktori disszertáció. Budapest, ELTE, TÁTK.
- Borbély S., Jászberényi M. és Kedl M. (1998). *Szülők könyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Borbély, S. (2007). A fogyatékos ember családja. In Csobay M.-né (szerk.) *A Fecske Szolgálat Kézikönyve. Fogyatékos embereket nevelő családok otthonaiban nyújtott időszaki kísérés és ellátás*. (pp. 54–82). Kézenfogva Alapítvány, Budapest.
- Borbély S. (2012). *Szülők és Mi*. Budapesti Korai Fejlesztő Központ, Budapest.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press, Cambridge.
- Buchanan, A. (2014). Risk and Protective Factors in Child Development and the Development of Resilience. *Open Journal of Social Sciences*, 2.(4), 5–17.
- Cramer, P. (2000). Defense Mechanism in Psychology Today. Further Processes for Adaptation. *American Psychologist*, 55.(6), 637–646.
- Danis I. és Kalmár M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis I., Farkas M., Herczog M. és Szilvási L. (szerk.). *A génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei*. (pp. 76-121). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Falus A., Marton I., Borbény E., Tahy Á., Karádi P., Aradi J. és mtsai. (2010). A 2009. évi orvosi Nobel-díj és egy meglepő üzenet: az életmód befolyásolja a telomeráz-aktivitást. *Orvosi Hetilap*, 151.(24), 965–970.
- Ferenczi Sz. (2011). A szülő és a gyermek adottságai: temperamentum, személyiség – az egymásra hangolódás lehetőségei. In Danis I., Farkas M., Herczog M. és Szilvási L. (szerk.). *A génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei*. (pp. 282–319). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Kopp M., Prékopa A., és Skrabski Á. (1978). A dysthymiás és hystériás neurozsis, valamint a pszichopathiás magatartás Eysenck–Gray féle elméletének játékelméleti modellje. *Ideggógyászati Szemle*, (31), 154–165.
- Csocsán E. (2010). *A látássérült gyermekek matematika-tanulása, tanításának módszertana*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Dale, N. & Sonksen, M. P. (2002). Developmental outcome, including setback, in young children with severe visual impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 44.(9), 613–22.
- Davis, H. (1993). *Parents of children with chronic illness or disability. Communication and Counselling*. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore.
- Dávid A., Gadó M. és Csákvári J. (2008). Látássérült emberek elemi és foglalkozási rehabilitációjára. Útmutató látássérült emberek rehabilitációjával foglalkozó szakemberek számára. FSZK, Budapest.
- Ehmann B. és mtsai (2014). Narratív kategoriális tartalomelemzés: a NARRCAT. In X. Magyar Számítógépes Nyelvészeti Konferencia, (pp. 136–147), Szegedi Tudományegyetem, Szeged. [URL: http://real.mtak.hu/20127/7/jav\\_MSZNY2014\\_press\\_b5.pdf](http://real.mtak.hu/20127/7/jav_MSZNY2014_press_b5.pdf) (Letöltés ideje: 2020. 07. 15.)

- Földiné Angyalossy Zs., Gadó M. és Prónay B. (2012). *Diagnosztikai kézikönyv „Látássérült (látásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja”* Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in Middle Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21.(3), 219–239.
- Gallagher, J., I. & Bristol, M. (1989). Families of young handicapped children. In Wang, M.C., Reynolds, M.C., Walberg, H.J. (Eds). *Handbook of Special Education*. (pp. 295–317). Pergamon Press.
- Garai D. és Bolla V. (2013). Fogyatékos személyek és családtagjaik pszichológiai és mentálhigiénés támogatása a gyakorlatban In (szerk.) Kiss E. és Sz Makó H. *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. (pp. 280–293). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, Pécs.
- Garai D. és Kovács L. (2014). Másképpen működnek-e a fogyatékos gyermekeket nevelő családok? A családi működés sajátosságai sérült gyermekek családjában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 69.(1), 235–262.
- Gardiner, E., & Iarocci, G. (2012). Unhappy (and happy) in their own way: a developmental psychopathology perspective on quality of life for families living with developmental disability with and without autism. *Research in developmental disabilities*, 33.(6), 2177–2192. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.014>
- Gerard, J. M., & Buehler, C. (2004). Cumulative environmental risk and youth maladjustment: the role of youth attributes. *Child development*, 75(6), 1832–1849. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00820.x>
- Gupta, A. & Singhal, N. (2004). Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15.(1), 22–35.
- Hartshorne, T.S., Schafer, A., Stratton, K.K. & Nacarato, F. (2013). Family resilience relative to children with severe disabilities. In Becvar D.S., (Ed). *Handbook of Family Resilience*. (pp. 361–383). Springer Science, New York.
- Hornby, G. (1992). Konzultáció sérült személyek családtagjai számára. In Robertson, S. E. & Brown, R. I. (eds.). *Rehabilitation Counselling*. Chapman and Hill, London, Kézirat fordítás. ELTE BGGYFK, Budapest.
- Hyvärinen, L. (2013). Die Wege der visuellen Informationen und das Profil der Visuellen Funktionsfähigkeit. *Frühförderung interdisziplinär*, 0(3), 139-149. doi: <http://dx.doi.org/10.2378/fi2013.art08d>
- Kálmán, Zs. (1994). *Bánatkő. Sérült gyermek a családban*. Bliss Alapítvány – Keraban Könyvkiadó, Budapest.
- Kiss, E. (2018). Látássérült gyermeket nevelő szülők erőforrásainak szociológiai és mentálhigiénés megközelítése. In Gereben, F-né és mtsai. (szerk.) *Gyógypedagógia dialógusban: Fogyatékossgal élő gyermekek, fiatalok és felnőttek egyéni megsegítésének lehetőségei* (pp. 183–191), ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, Budapest.
- Kopp M. (2001). Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In Buda B, Kopp M. és Nagy E. (szerk.) *Magatartástudományok*. (pp.23–46). Medicina, Budapest.
- Kopp M. és Prékopa A. (2011). Ember-környezeti játékelméleti modell. *Magyar Tudomány*, 172.(6), 665–677.
- Kopp M., Ádám Sz., Balog P., Purebl Gy., Stauder A., Salavecz Gy. et al. (2010). Measures of Stress in Epidemiological Research. *Journal of Psychosomatic Research*, 69.(2), 211–225.
- Kovács, K. (1995). *Nyújtsd a kezéd! Tanácsadó kézikönyv látássérült kisgyermekek szüleinek*. Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság, Budapest.
- Kovács, K. (2000). Látássérült gyermekek az óvodában és az iskolában. In Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. (pp. 463–481). ELTE BGGYFK, Budapest.
- Kübler-Ross, E. (1988). *A halál és a hozzá vezető út*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Lazarus, R. S. (1977). Cognitive and Coping Processes in Emotion. In Monat, A. & Lazarus, R. S. (Eds). *Stress and Coping*. Columbia University Press, New York.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward Better Research on Stress and Coping. *American Psychologist*, 55.(6), 665–673.
- Livneh, H. & Antonak, R. F. (1997). Psychosocial Adaptation To Chronic Illness and Disability. An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland.

- Livneh, H. (2001). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44.(3), 151–160. <https://doi.org/10.1177/003435520104400305>
- Margitics F. és Pauwlik Zs. (2006). Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia*, 106.(1), 43–62.
- Mándoki N. (2018). A fogyatékossgal élő gyermek nevelése: anya-gyermek interakciók, anyai nevelési viselkedés és szubjektíven megélt megterheltség eltérő fejlődésmentes esetén. *Gyermeknevelés*, 6.(3), 1–18.
- Mikola Gy. (2008). Látássérülés előfordulása a 2000-2007 között született halmozottan sérült gyermekek körében; a kóroki tényezők szerepe. (Szakdolgozat). ELTE BGGYFK, Budapest.
- Molnár B.-né (szerk.) (2002). *Játéktár látássérült kisgyermekeknek*. Látásvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ, Budapest.
- Moos, R. H. (1988). *Coping Responses Inventory Manual*. Stanford University, Palo Alto.
- Németh J. (2005). Vaksági okok Magyarországon 1996 és 2000 között. *Szemészet*, 142.(3), 23–29.
- Népszámlálás, 2011 (2014). *Fogyatékossgal élők*. 11. fejezet. KSH, Budapest. URL: [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz\\_11\\_2011.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepsz2011/nepsz_11_2011.pdf) (Letöltve: 2020.07.15.)
- O'Connor, T. G., & Rutter, M. (1996). Risk mechanisms in development: Some conceptual and methodological considerations. *Developmental Psychology*, 32.(4), 787–795. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.787>
- Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Trefort Kiadó, Budapest.
- Pajor E. (2010). *A Braille-írás és olvasás*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Pajor E. (2017). *Látássérülés – Sérült látás?* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Paraszky S. (2007). *Közéletről nézve a gyengénlátó gyermek*. Gyengénlátók Ált. Iskolája és EGYMI, Budapest.
- Paster, A., Brandwein, D. & Walsh, J. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30.(6), 1337–1342. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/08914222/30>
- Pálhegyi F. (szerk.) (1992). *Mit tegyünk, hogy életük teljesebb legyen? Útmutató látássérült kisgyermekek szüleinek*. MVGYOSZ, Budapest.
- Pálhegyi F. (2006). A sérült anya-gyermek kapcsolat. In Pálhegyi F. (szerk.). *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái*. (pp. 66–79). Nemzet Tankönyvkiadó, Budapest.
- Perlusz A. (2008). Látássérültek iskoláztatása és társadalmi integrációja. In Bánfalvy Cs. (szerk.). *Az integrációs cunami. Tanulmányok a fogyatékos emberek iskolai és társadalmi integrációjáról*. (pp. 113–131). ELTE Bárczi Gusztáv GYFK – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (1997). Coping – társas kapcsolatok – társas coping. *Pszichológia*, 17. 391–399.
- Prónay B. (2004). Vak gyermekek verbális intelligenciájának vizsgálata. Tapasztalatok a MAWGYI-R teszttel. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 59.(1), 57–75.
- Prónay B. és Szabó A. (szerk.) (2007). *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 3.: Látássérülés, funkcionális látás és adaptív kommunikáció*. Főiskolai tankönyv. ELTE Bárczi Gusztáv GYFK, Budapest.
- Radványi K. (2007). *Kriszis kialakulásának hatótényezői fogyatékos gyermeket nevelő családok esetén*. Záródolgozat. ELTE PPK, Tanácsadók Pszichológiája Intézeti Központ, Tanácsadó Szakpszichológus Képzés.
- Radványi K. (2012). *Legbelső Kör: Eltérő fejlődésű vagy kórikusan beteg gyermek a családban*. Eötvös Kiadó, Budapest.
- Seligman, M. & Darling, R. B. (2007). *Ordinary Families, Special Children. A system approach to Childhood Disability*. 3rd Edition. The Guilford Press, New York-London.
- Selye, J. (1976). *Stress in Health and Disease*. Betterworth, Boston.
- Somogyi V. (szerk.) (2014). *Vak gyermekek az óvodában*. Vakok Óvodája, Ált. Iskolája, EGYMI, Budapest.
- Somorjai Á. (2008). Integráltan és szeparáltan tanuló vak fiatalok. In Bánfalvy Cs. (szerk.). *Az integrációs cunami. Tanulmányok a fogyatékos emberek iskolai és társadalmi integrációjáról*. (pp. 77–113). ELTE Bárczi Gusztáv GYFK – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

- Somorjai Á. (szerk.) (2014). *Vak gyermek az iskolában I.-II.* Vakok Óvodája, Ált. Iskolája, EGYMI, Budapest.
- Retzlaff, R., Hornig, S., Müller, B., Reuner, G. & Pietz, J. (2006). Kohärenz und Resilienz bei Familien von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55.(3), 36–52.
- Riise, R. et al. (1992). NORDSYN (Nordic study group of ophthalmologists) Visual impairment in Nordic children. *Acta ophthalmologica* 70.(5), 605–9.
- Roman-Lantzy, C. (2007). *Cortical Visual Impairment. An Approach to Assessment and Intervention*. AFB Press, New York.
- Seligman, M. & Darling, R. B. (2007). *Ordinary Families, Special Children. A Systems Approach to Childhood Disability*. Third Edition. London, The Guilford Press, New York.
- Sieh, D. S., Dikkers, A. L. C., Visser-Meily, J. M. A., & Meijer, A. M. (2012). Stress in Adolescents with a Chronically Ill Parent: Inspiration from Rolland's Family-systems-Illness Model. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24.(2), 591–606.
- Topolánszkyiné Zsindely K. (2010). Pszichodinamikai sajátosságok eltérően fejlődő gyermekek családjában. In Hámori E. (szerk.). *Kutatás és terápia metszéspontjai – Várandósságtól a felnőttkorig*. (pp. 60–65). Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Piliscsaba.
- Valentín Zs. (2001). *A látássérült gyermekek szülei hely szerinti megoszlása, az egyes kórformák gyakorisága Magyarországon (1980–1997)*. Szakdolgozat. ELTE BGGYFK, Budapest.
- Vargáné M. L. (2011). A látássérült tanulók középiskolai együttnevelésének kérdései 2010-ben Magyarországon – helyzetelemzés. In Papp G. (szerk.). *Középisikolás fokon? – Sajátos nevelési igényű fiatalok együttnevelése a középisikolában*. (pp. 49–61). ELTE Eötvös Kiadó – ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Vargáné M. L. (1999). *Szülők nehéz helyzetben – nevelési tanácsok*. Gyengénlátók Általános Iskolája és EGYMI, Budapest.
- Ylven, R., Björck-Åkesson, E. & Granlund, M. (2006). Literature review of positive functioning in families with children with a disability. *Journal of Policy and Practice in Individual Disabilities*, 47.(3), 253–270.

<sup>1</sup>PTE KPVK Illyés Gyula Pedagógusképző Intézet

<sup>2</sup>PTE BTK Pszichológia Intézet

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, I. sz. Szülészeti- és Nőgyógyászati Klinika

<sup>4</sup>Vakok Óvodája, Általános Iskolája, Szakiskolája, Készségfejlesztő Iskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye, Kollégium és Gyermekotthona

## A munkamemória és a numerikus képesség összefüggése koraszülött gyermekek vizsgálatában

GYÖRKŐ ENIKŐ<sup>1</sup> – LÁBADI BEATRIX<sup>2</sup> – BEKE ANNA<sup>3</sup> – SZESZÁK SZILVIA<sup>4</sup>

[gyorkoc@gmail.com](mailto:gyorkoc@gmail.com)

[labadibea@gmail.com](mailto:labadibea@gmail.com)

[panni@noi1.sote.hu](mailto:panni@noi1.sote.hu)

[szeszak@vakisk.hu](mailto:szeszak@vakisk.hu)

---

### ABSZTRAKT

Háttér és célok: A megelőző fejlődés-neuropszichológiai eredmények egyértelművé tették, hogy összefüggés mutatható ki a munkamemória és a területspecifikus ismeretek között. A kapcsolat a specifikus ismeretek hozzáférését, tárolását és az előhívás kapacitásnövekedését befolyásolja. Ennek egyik leginkább kutatott területe a numerikus ismeretek és az emlékezeti funkciók interakciója. A fejlődéslélektani vizsgálatok, amelyek átvivnek az iskoláskoron hangsúlyosan kiállnak amellett, hogy kölcsönös viszony igazolható az emlékezet, a tanulás és a numerikus tudás között. Kutatásunk célja, hogy feltárja a számérzék és a téri-vizuális munkamemória atipikus fejlődésének jellegzetes vonásait koraszülött gyermekek csoportjában, illetve összefüggést keressen a gesztációs változók, a numerikus képességek és a téri-vizuális munkamemória fejlődése között.

Módszer: A kutatásunkba neurológiai tünetektől mentes, 1700 g alatt és 26-30 gesztációs hétre született, 5 éves koraszülött gyermekeket válogattunk, illetett mintával. Vizsgáltuk a gyermekek számérzékének működését, a téri-munkamemória teljesítményét és bevontuk az intelligenciakomponenst, kontroll változóként.

Eredmények: Tapasztalataink szerint a koraszülöttség szelektív hatást gyakorol a számérzék fejlődésére, amely érinti a mennyiségek összehasonlításának képességét, megnehezíti a kisebb/nagyobb numerikus nagyságok egybevetését. További a kutatási tapasztalataink arra utalnak, hogy az idő előtt született gyermekek és a kontroll csoportba válogatott óvodáskorú munkamemória teljesítménye között jelentős különbség nem igazolható.

Következtetések: Mivel az ötéves koraszülöttek számottevően nem mutatnak deficites működést a számérzék fejlődésben, a munkamemóriában pedig megközelítő teljesítményt nyújtanak az időre született gyermekek teljesítményéhez képest, úgy tűnik, hogy az atipikus biológiai érés csupán részleges érintettséggel jár együtt a numerikus képességek területén.

**Kulcsszavak:** számérzék, mennyiség összehasonlítás, számtani távolság, téri-vizuális munkamemória, koraszülöttség

---

### HÁTTÉR ÉS CÉLOK

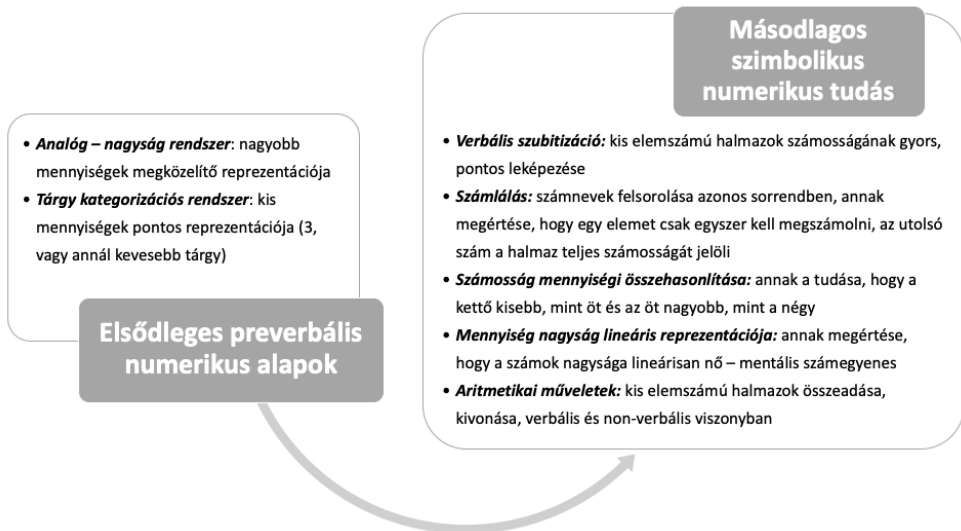
#### A számérzék fejlődése

A számlálás, a számok sorozatának és a mennyiségek közötti összefüggések megértése kulcskérdés a matematikai teljesítményben. A numerikus teljesítményhez szükséges tudás többek között egy velünk született képességen, a *számérzéken* alapul. A számérzék egy előre huzalozott tulajdonsága az emberi agynak, sok mindenre alkalmas „kognitív svájci bicskaként” funkcionál.

Neuropszichológiai megközelítés szerint egy speciális mentális modul, amely egy primitív számfeldolgozó egységként működik. Elősegíti a numerikus viszonyok intuitív felfogását, a számosság megértését, felelős a mennyiségek számontartásáért, a numerikus műveletek alkalmazásáért, és a mentálisan reprezentált mennyiségek szabályok szerinti átalakításáért (Dehaene, 2011).

A számérzék tipikus fejlődési útvonala már a korai élet évektől nyomon követhető. A korábbi, konstruktivista felfogás (Piaget, 1970) a szenzomotoros interakciókból származó tapasztalatok és a logikai készségek fejlődésén alapuló, elvonatkoztatott mentális reprezentációra helyezte a hangsúlyt. Mára köztudott tény, hogy a preverbális fejlődés szakaszában is mérhető numerikus tudással rendelkeznek a csecsemők (Wynn, 1992). Az utóbbi években számos habituációs paradigma (Lipton & Spelke, 2003; Xu & Spelke, 2000) irányult a fiatal gyermekek számtani tudására, és egyértelművé vált, hogy a korai évek numerikus érzékenysége befolyással bír a későbbi óvodás- és kisiskoláskor matematikai teljesítményére (Siegler, 2009).

A számérzék korai fejlődését a beszéd megjelenése előtt az *elsődleges preverbális numerikus alapok*, míg a beszéd megjelenése után a *másodlagos szimbolikus numerikus tudás* támogatja (1. sz. ábra). A két folyamat számtani modulba ágyazottan, játékos utánzással alakítja a tapasztalatokat implicit tudássá (Dehaene, 2011). Jelentős szerepe lesz ebben a szakaszban a környezeti ingerek hatásának. A numerikus ingereknek való kitettség, a numerikus információk iránti egyéni érdeklődés és a számokkal kapcsolatos tevékenységek gyakorlása hozzájárulnak a képesség fejlődéséhez.



1. ábra Numerikus képességek korai fejlődése (saját szerkesztés Jordan & Levine (2009) alapján)

A másodlagos numerikus képességek előrelépésében jelentős kognitív húzóerő a nyelvi kompetenciák fejlődése. A helyes *számlálási algoritmussal* az óvodáskor végére, és az iskolai matematikaoktatás kezdetére alkalmassá válnak a gyermekek a halmazok pontos számosságának meghatározására (Jármí, 2012). Négyéves kortól képesek megválaszolni, hogy melyik halmaz tartalmaz több vagy kevesebb elemet, illetve iskolába lépés előtt felismerik a mennyiségi viszonyokat, és sikeresen megoldják a *mennyiségi diszkriminációs* helyzeteket (Griffin, 2004).

Hatévesen megértik, hogy a halmazok számossága művelettel megváltoztatható (hozzáadás, elvétel), és belátják, hogy a két halmaz akkor válik egyenlővé, ha minden egyes elemük egymással pontosan megfeleltethető (Butterworth, 1999). Lényeges fejlődés lesz annak megértése is, hogy a számok egymást követve mindig eggyel növekednek a mentális számegegyenesen:  $N, N + 1, (N + 1) + 1 \dots$  (Le Corre & Carry, 2007; Jordan, Glutting, Ramineni & Watkins, 2010). Ezzel együtt megértik a szomszédos mennyiségi viszonyokat (az öt nagyobb, mint a négy, de kisebb, mint a hat). Az *aritmetikai műveletek* helyes használata kritikus eleme a numerikus képességek fejlődésének. Többségük felismeri, hogy számlálás útján kivonjon, vagy összeadjon, és ezt a tudást egyre gyakrabban spontán módon is alkalmazzák (Dehaene, 2011).

A számérzék fejlődésében a veleszületett és a környezeti változók (Tosto et al., 2014), illetve az életkori mérföldkövek (Soltész, Szűcs és Szűcs, 2010) egyaránt szerepet játszanak, és jól magyarázzák az egyéni és a fejlődési szakaszok különbségének alakulását. A fent bemutatott fejlődési útvonalból arra következtethetünk, hogy a számérzék egyik kitüntetett életkori övezete az óvodáskor időszaka. Ebben az életkori időszakokban (főként 4 és 5 éveseknél) mért produktivitás megbízható előrejelzője a későbbi teljesítmény-mintázatoknak (Jordan, et al, 2010; Gersten, Jordan & Flojo, 2005). Iskolás és felnőttkorú személyek nyomon követésében egyértelmű igazolást nyert, hogy a számérzék támogatja a sikeres iskolai teljesítményt (Halberda, Ly, Wilmer, Naiman & Gemine, 2012), azonban atipikus fejlődése egy olyan vonás, amely egyértelmű korrelációt mutat a gyenge matematikai teljesítménnyel (Kroesbergen, Van Luit, Van Lieshout, Van Loosbroek & Van de Rijt, 2009; Passolunghi & Lanfranchi, 2012).

## A munkamemória és a számérzék kapcsolata

A munkamemória felelős a beérkező információk egyidejű feldolgozásáért és tárolásáért. Kapacitása szerint alkalmas legalább 4-5 elem emlékezetben tartására, illetve rugalmassága révén a tárgyak téri képviselőitől függően nagyobb halmazok számosságának megítélésére, megőrzésére. Jellemző, hogy az elemek egyesével, vagy kisebb csoportban elrendezve, illetőleg halmazszerűen fordulnak elő, feloldhatja a munkamemória szigorú korlátait és segítheti a felidézést (Feigenson, 2011).

A közelmúlt fejlődépszichológiai és neuropszichológiai kutatásai célkeresztbe állították a specifikus ismeretek tárolásának, hozzáférhetőségének és az előhívás kapacitásnövekedésének életkori változással összefüggő tipikus és atipikus tényezőit. Egyértelműen igazolást nyert, hogy a munkamemória-modell három különböző, de funkcionálisan összefüggő tényezője a korai gyermekkortól a serdülőkorig (Vuontela, et.al., 2003; Gathercole, Pickering, Ambridge & Wearing, 2004) a prefrontális kéreg érésevel jelentős fejlődésen megy keresztül (Fuster, 2002; Kwon, Reiss & Menon, 2002; Bunge & Wright, 2007).

Fokozott tudományos érdeklődés jelent meg a rövidtávú emlékezetnek a tanulásban játszott központi szerepével kapcsolatban is (Alloway, 2009; Alloway, Gathercole, Kirkwood & Elliott, 2009). Mára egyértelművé vált, hogy a matematikai gondolkodáson belül is kritikus szerepe van a munkamemóriának. A kutatások hangsúlyosan kiállnak amellett, hogy kölcsönös viszony igazolható az emlékezet, a tanulás és a numerikus tudás között (Passolunghi & Lanfranchi, 2012) és ez a korreláció már a kora gyermekkortól kezdődően (Dumontheil & Klinberg, 2011) az

iskoláskoron keresztül fennáll (Bull, Espy & Wiebe, 2008; Kroesbergen, Van Luit & Aunio, 2012). Általánosságban igazolták a munkamemóriának az olvasásra és a matematikai képességekre gyakorolt hatását (Bayliss, Jarrod, Gunn & Baddeley, 2003), és a mélyebb elemzésekkel jelentős összefüggést találtak a fonológiai hurok, a téri vizuális vázlattömb és a numerikus teljesítmény között (Logie, Gilhooly & Wynn, 1994; DeStefano & Le Fevre, 2004). A kapcsolat kölcsönösségét a fejlesztő hatások is igazolták. Óvodáskorúak számára összeállított fejlesztő programban 4-5 hetes munkamemória és numerikus feladatok tréningjével közvetlen hatást értek el a számolási képességek javításában, illetve transzferhatást találtak a munkamemória tréning és számolási képességek fejlődését tekintve (Kroesbergen, Van't Noordende & Kolkman, 2012; Passolunghi & Costa, 2014).

Különös figyelmet kapott ezzel egyidejűleg az atipikus teljesítményt mutató gyermekek csoportja. Cornoldi és munkatársa (2003) külön kísérleti helyzetben vizsgálta a téri-vizuális munkamemória és a kognitív profil sajátos kapcsolatát tipikusan fejlődő gyermekek és alacsony téri-vizuális intelligenciájú gyermekek esetében. Az utóbbi csoportnál igazolni tudták, hogy a gyenge téri-vizuális képesség és a gyenge matematikai kompetencia mögött szelektív téri-vizuális munkamemória-deficit igazolható. Más vizsgálati eredmények igazolni tudták, hogy az alacsony matematikai teljesítmények kapcsolatba hozhatók egyes periférikus rendszerekkel, mint a vizuális ábrák észlelésének képessége (Reuhkala, 2001; Keeler & Swanson, 2001), a kognitív folyamatok sebessége (Geary, Hoard, et al., 2007), a téri-vizuális figyelem, amelyek leginkább a visszakeresési hiányosságokban, és/vagy a procedurális műveletek gyengeségében mutatkoznak meg (Geary & Hoard, 2001). A tapasztalatok, amelyek a munkamemória és a számérzék gyenge teljesítményének korrelációján alapulnak, a numerikus tényezők közül a számosság nagyságának megítélését, a feldolgozási/bemutatói sebességet, az életkort/tapasztalatokat, és a nyelvi tényezőket találtak érintett változóknak (Raghubar, Barnes & Hecht, 2010).

Habár a gyermekek körében végzett kutatások eltérő vizsgálati módszerekkel (statikus mátrixok vs. dinamikus mátrixok pl. Corsi-kocka) elemzik a munkamemória és a numerikus teljesítmény kapcsolatát, nem vitatható, hogy az eredmények jól diszkriminálnak a tipikus és atipikus fejlődés között.

## **Koraszülött gyermekek atipikus fejlődése**

Mára a medikális ellátás korszerű eszközeivel az idő előtt született gyermekek életben maradásának esélyei növekedtek, és ezzel együtt a későbbi fejlődés kockázati tényezői részben csökkentek (Zeitlin, Szamotulska, et al., 2013). A körülmektől terhesgondozás ellenére azonban a koraszülés aránya emelkedik (Blencowe, Counsels, et al., 2013), és a gondos perinatális ellátás ellenére a koraszülött gyermekek egyes területek fejlődésében, mint például a kognitív teljesítmény, elmaradást mutathatnak (Mangin, Horwood & Woodward, 2017; Spittle, Orton & Anderson, 2015). A komplex fejlődésneurológiai rizikómutatók ismerete egyértelműen jelzi, hogy az enyhe és a közepes fejlődésneurológiai zavarok széles skálája befolyásolhatja a pszichomotoros és kognitív fejlődést (Hámori, 2013). Az eltérő neurológiai deficitek prediktív faktora a területspecifikus elmaradásoknak (Karmiloff-Smith, 1998; Luu, Ment et al., 2009), ezért a koraszülött gyermekek fejlődépszichológiai kutatásaiban különös gonddal kezelik a neurológiai tünetmentesség kérdéskörét is.

Az összehasonlító vizsgálatok, amelyek elfogadják a koraszülött gyermekek kognitív sebezhetőségének hipotézisét, többek között egyértelműen igazolni tudták a numerikus képességek



érintettségét is (Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, Duivenvoorden, Goudoever & Oosterlaan, 2013). Egy reprezentatív felmérés alapján a koraszülött gyermekek szignifikánsan alacsonyabb teljesítményt értek el a számolásban, az aritmetikai műveletekben és a geometriai feladatokban az időre született gyermekekhez képest (Nepomnyaschy, Hegyi, Ostfeld & Reichman, 2012). Az atipikus numerikus fejlődésük már ötéves kortól igazolható, és a koraszülött gyermekek mintájának mintegy 20%-át érinti. A kutatások egyértelműen arra utalnak, hogy a háttérben szelektív deficit áll fenn, amely egyértelműen összefüggésbe hozható a kognitív gyengeségeken belül a vizuális-téri percepció terület érintettségével (Kiechl-Kohlendorfer, Ralser, et al., 2013) és a vizuális-téri figyelemmel (Tinelli, Anobile, et al., 2015).

A koraszülött gyermekek nagyobb valószínűséggel mutatnak deficites működést már a korai évektől a memória területén is, mint az időre született gyermekek (Rose, Feldman, Jankowski, Van Rossem, 2005; Nosarti, Froudust-Walsh, 2016). A fiatal koraszülött gyermekek explicit memóriájának vizsgálata alapján már 19 hónapos korban alacsony teljesítményt igazoltak 15 perces késleltetésnél (de Haan, Bauer, Georgieff & Nelson, 2000). A többszörös ingerbemutatósi emlékezeti paradigmában az igen kis súlyú koraszülött gyermekek kevesebb téri elhelyezést tudtak visszaidézni, mint a kontroll csoport tagjai az első bemutatás után 3 éves korban. Ennek egyik lehetséges magyarázata a hippocampus érintettsége. Fejlődés-neuropszichológiai tény a hippocampális területnek a perinatális hónapoktól kezdődően 2 éves korig tartó gyors, intenzív növekedése és fejlődése (Insausti, Cebada & Marcos, 2010). A nagyobb csecsemőkori hippocampális térfogat később jobb verbális emlékezeti funkciókkal hozható összefüggésbe (Thompson, Adamson et al., 2013). Azonban a kis súlyú koraszülött gyermekek esetében a terület szelektív sérülését a hypoxémiás-ischemiás állapotok (Schmidt-Kastner & Freund, 1991), illetve az ellátási károsodások egyaránt okozhatják. A perinatális gondozásban a bronchopulmonary dysplasia megelőzésére használt Dexamethasone (corticosteroid) neurotoxin hatása a hippocampusra (Sapolsky, Uno, Rebert & Finch 1990), ami szerepet játszhat a terület sérülésében (Murphy, Rueter, Trojanowski, & Lee, 2001). A károsodások következtében fellépő volumen deficitproblémák, egyértelműen korrelálnak az alacsony születési súllyal és az intenzív osztályon eltöltött napok számával (Aanes, Bjuland, Skranes & Lohaugen, 2015).

A biológiai érettséget befolyásoló tényezők közül még jelentős szerepet játszik a későbbi kognitív fejlődésben a magzat fejlődési kora (gesztációs hét) és a születési súlya. Egyértelmű összefüggés igazolható az extrém alacsony súly (<1000 g), és/vagy a megrövidült gesztációs hét (<34 hét) és az emlékezet szelektív deficitje között. Úgy tűnik, hogy a perinatális tényezőket szignifikáns rizikófaktorként kezelhetjük a téri tanulás fejlődési késésében, illetve károsodásában (Baron, Erickson, et al., 2010).

A későbbi életkorok munkamemóriájának javulása azonban némi spekulációra adott alapot (Anderson & Doyle, 2004). Egyes tapasztalatok szerint már serdülőkorban elhanyagolható, vagy nincs is különbség a koraszülött és a kontroll csoport között (Rushe, Rifkin, et al., 2001; Saavalainen, Luoma, et al., 2007), ami a kutatók szerint egyértelmű felzárkózásra utal (Curtis, Lindeke & Georgieff, 2002). Baron és munkatársai (2010) azonban nem tudtak azonos tanulási pályát igazolni az atipikus és a tipikus fejlődésű gyerekek között. Ezt a mintázatot figyelték meg kisiskolás és kamaszkorban verbális tanulási helyzetben is (Taylor & Klein, 2000; Taylor & Minich, 2004). Egy, a közelmúltban megjelent átfogó tanulmány (Omizzolo, Scratch, et al., 2014) kohorszvizsgálatában 7 éves gyermekek vizuális és verbális munkamemóriájának, illetve tanulási

képességének vizsgálatát célozta meg. Összhangban a korábbi eredményekkel, a koraszülött gyermekek teljesítménye jelentős elmaradást mutatott minden memóriaterületen. Az atipikus csoportnál 2,1-3,5-szer nagyobb valószínűséggel fordult elő memóriazavar.

Áttekintve az eredményeket, a koraszülötteknél bizonyíthatóan jelen van az emlékezet és a tanulási képesség deficitjének prevalenciája. Habár utalást találunk arra, hogy a lemaradás kamaszkorra csökken, mégis egyes szerzők szükségesnek tartják a terület későbbi nyomon követését. Úgy tapasztalták, hogy a memóriaprobléma nem specifikus jelenség. A fejlődés során a deficit az általános, károsodott kognitív teljesítményhez kapcsolódva igazolhatóan megzavarja a tanulási folyamatokat (Narberhaus, Segarra, et al.,2007).

## A kutatás célja

Tudomásunk szerint az idő előtt született gyermek matematikai képességeinek és munkamemória-teljesítményének megismerésével foglalkozó általános szintű kutatások száma folyamatosan növekszik, azonban kevés ismeret áll rendelkezésre a készségprofilok variabilitásáról, a kognitív és matematikai készségek erősségeiről és gyengeségeiről. Ezen túlmenően a legtöbb tanulmány csak a formális iskolai oktatás ideje alatt vizsgálta az idő előtt született gyermekek matematikai képességeit (Hannula-Sormunen & Nanu, 2017), és kevesebb figyelem irányult az iskoláskort megelőző életkorok memóriateljesítményére (McCann, Bayliss, Anderson & Cambell, 2017).

Tanulmányunk célja a megelőző kutatások eredményeinek tükrében arra irányul, hogy összehasonlítsa az időre és a korábban született óvodáskorú gyermekek számérzékfejlődését, továbbá a numerikus teljesítményben jelentős szerepet játszó téri-vizuális munkamemória-kapacitás fejlődési sajátosságait óvodáskorú koraszülöttek és időre született gyermekek körében. A számérzék vizsgálatában a Jordan és munkatársai (2012) által kidolgozott Number Sense Screener (NSS) eljárást alkalmaztuk, míg a téri munkamemória tesztelésére a Location Learning Test (LLT) használatával kívántuk összehasonlítani a két csoport teljesítményét.

## Vizsgálati kérdések

*Eltér-e a koraszülött gyermekek számérzékfejlődése 5 éves korban a tipikusan fejlődő csoportétól, s ha igen, a számérzék mely területén?*

A számérzék fejlődésében tipikusan fejlődő, ötéves gyermekek már képesek a számlásra legalább 10-es számkörben, illetve alkalmasak kisebb mennyiségek összehasonlítására és kis elemszámú halmazokkal történő aritmetikai műveletek elvégzésére (Jordan & Levine, 2009). A közelmúlt kutatásai szerint biztosan igazolható, hogy a fiatal, iskoláskorú koraszülött gyermekek körében magas a matematikai teljesítményzavar kockázata. Az eredmények alapján az atipikus fejlődés már a hatéves korosztály esetében egyértelműen jelen van és igazolható a számérzék több területén, különösen a mennyiségek becslésében (Libertus, Forsman, Adén & Hellgren, 2017). Amennyiben az atipikus fejlődés meghatározott jellemző a numerikus képességekben, akkor kérdés, hogy

hatéves kor előtt igazolható-e a vizsgálatunkba bevont fiatal koraszülött korosztályban az eltérő képességmintázat a számérzék egyes területein belül.

*Eltér-e a koraszülött gyermekek téri munkamemória teljesítménye a tipikusan fejlődő csoporttól, s ha igen, akkor milyen mértékben?*

A kutatások szerint a koraszülöttek csoportjában számottevő eltérés igazolható a kognitív funkciók közül a figyelemben, a memória működésében, és ezen belül a téri munkamemória helyzetekben (Arthursson, et al, 2017). Ezek a területek összefüggésbe hozhatók a koraszülött gyermekek csoportján belül is a matematikai képességek óvodáskori fejlődésével és az iskoláskori teljesítménnyel (Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, Duivenvoorden, van Goudoever & Oosterlaan, 2013; Adrian, Haist & Akshoomoff, 2019). Az eredmények szerint a koraszülött gyermekek szignifikánsan gyengébb numerikus teljesítményt mutatnak alacsony munkamemória-teljesítmény és az atipikus téri-vizuális képesség esetében (Simms, Gilmore, Cragg, Clayton, Marlow & Johnson, 2013). Amennyiben elfogadjuk a koraszülött gyermekek munkamemóriájának eltérő fejlődési mintázatát, várható, hogy az ötéves, atipikus fejlődésű gyermekek csoportja alacsonyabb teljesítményt mutat a téri-vizuális munkamemória területén a kontroll csoporthoz képest.

*Amennyiben eltérés igazolható a számérzék fejlődésben a fiatal koraszülött gyermekek csoportjában, abban az esetben melyik biológiai rizikófaktor hozható összefüggésbe a számérzék atipikus fejlődésével?*

Általános egyetértés van abban, hogy a rizikófaktorok hatással vannak a neurális fejlődésre, így jelentősen befolyásolva a neurokognitív fejlődést (Stoll, et al., 2010). Továbbá közismert tény, hogy a biológiai faktorok prediktív tényezők a végrehajtó funkciók közül a kognitív rugalmasságban, a munkamemóriában (Stalnacke, Lundequist, Böhm, Forsberg & Smelder, 2019), illetve a numerikus képességekben (Twilhaar, Kieviet, Aarnoudse-Moens, van Elburg & Oosterlaan, 2017). Egyes tanulmányok azonban eltérő véleményen vannak a tekintetben, hogy a gesztációs időt, vagy a születési súlyt vegyék figyelembe a kognitív képességeket befolyásoló biológiai rizikófaktorok közül. Amennyiben elfogadjuk a rizikófaktorok negatív hatását, úgy a vizsgált mintánkban a számérzék különböző területeivel és a munkamemória teljesítményével együttjárást igazolhatunk a korai gesztációs héttel és/vagy az alacsony születési súllyal.

## **MÓDSZER**




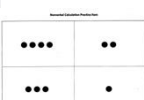
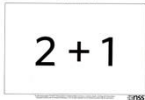
### **Mérőeszközök**

#### ***Intellektuális képesség vizsgálata***

Az intelligenciakomponenst kontrollváltozóként a *Színes Raven Progresszív Mátrixok* teszt alkalmazásával mértük. A perceptív, nemverbális teszt induktív feladatai az általános intelligencia (g-faktor) két összetevőjét, az edukatív és a reprodukív képességet méri (Raven, 2000). A teszt megoldása komplex logikai műveletet kíván a mintázat szabályosságának felismerésével, a sorrendezési elvek megértésével, az egységek mérlegelésével, a célok és részcélok hierarchiájának kezelésével, amely a matematikai problémák megoldásának egyik sarkalatos pontja (Carpenter, Just & Shell, 1990). Az intellektus vizsgálatát a szűrőeljárás alkalmazása előtt végeztük el.

## Számérzékvizsgálat a Number Sense Screener (NSS) alkalmazásával

A NSS a következő területeken méri a numerikus képességek fejlettségét (1. sz. táblázat): *számlálás*, a *számismeret*, a *mennyiségek összehasonlítása*, a *nemverbális számolás*, a *szöveges feladatok* (szövegkörnyezetbe ágyazott numerikus helyzetek: összeadás, kivonás) és a *számkombináció* (numerikus tényezőkkel végzett összeadás, kivonás), így alkalmas arra, hogy átfogó képet nyújtson a gyermekek számérzékről (Jordan, Glutting & Dyson, 2012).

	A. próba Számolási képesség	B. próba Számismeret	C. próba Mennyiség összehasonlítás	D. Próba Nemverbális számolás	E. próba Szöveges feladatok	F. próba Számkom- bináció
FELADATOK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Elemek megszámlálása megérintéssel</li> <li>2) Megszámolt elemek szám utólagos megnevezése</li> <li>3) Számolás:</li> <li>4) Számsor produkciója, legalább 10-ig, legfeljebb 20-ig</li> </ol>	<p>Megmutatott számképek megnevezése: egyjegyű, kétjegyű, háromjegyű számkörben (2, 4, 9, 13, 37, 82, 124)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melyik szám követi a megnevezett mennyiséget egygyel, illetve kettővel</li> <li>2) Nagyobb mennyiség</li> <li>3) megnevezése</li> <li>4) Kisebb mennyiség megnevezése</li> <li>5) Nagyság lineáris reprezentáció</li> </ol>	<p>Nem-szimbolikus mennyiségekkel végzett számtani műveletek nem verbális helyzetben, takarással (2 + 1; 3 + 2; 4 + 3; 3 - 1)</p>	<p>Fizikai tárgyak nélkül végzett számtani műveletek szituációba ágyazottan (2 + 1; 4 + 3, 3 + 2; 6 - 4; 5 - 2).</p> <p>Számolási stratégiák használata megengedett Pl. ujjak, pontok, számejegyes stb.</p>	<p>Leírt számjegyekkel számtani műveletek végrehajtása, melyet a vizsgálatvezető megnevez. (2 + 1; 3 + 2; 4 + 3; 2 + 4; 7 - 3; 5 - 2)</p> <p>Számolási stratégiák használata megengedett Pl. ujjak, pontok, számejegyes stb.</p>
PÉLDÁK						

1. táblázat Number Sense Screener szubtesztjei

## Téri munkamemória vizsgálat

A téri munkamemória vizsgálatához a Bucks, Willison & Byrne (2000) által kidolgozott Location Learning Test eljárást alkalmaztuk. A teszt eredetileg felnőtt mintára standardizált. Az elsődleges elgondolás szerint idős és demenciában szenvedőknél mérte a téri-vizuális tanulás mértékét. A teszt nem igényel finom motoros vezérlést, verbális válaszokat vagy összetett utasításokat (Bucks, Willison & Byrne, 1997).

A vizsgálat eredményéből tanulási index és félrehelyezési mutató számítható. A vizsgálatunk során a mutatók mellett a helyes felhelyezést, a felismerést és a felidézés nyers pontszámait is használtuk.

## Eljárás

A téri-vizuális memória vizsgálatában a teszt „A verzióját” alkalmaztuk. A 10 darab közismert tárgyképet random módon egy 5x5-ös mátrixban rögzített pozícióban látták a kísérletben résztvevő gyermekek. Rövid fixációs idő (30 - 40 mp) után a gyermekek előtt fekvő képekkel rögzített táblát egy üres, kép nélküli mátrixszal takartuk el. Ezt követően átadtuk a gyermekek számára az eltakart képek másolatait kártyákon, majd arra kértük őket, hogy emlékeik szerint minden kártyaképet helyezzenek be az üres hálóba a korábban látott pozíciójuk szerint. Összesen öt alkalommal mutattuk be ugyanazt az elrendezést, így öt alkalommal kellett a gyermeknek a képeket az üres mátrixba elhelyezni (*tanulási index, félrehelyezési mutató*). Ezután 15 perces nem-vizuális feladattal eltöltött késleltetett idővel felismerési teszt következett. A gyermekeknek az eredeti képekhez képest még 10 új képet (B verzió képei) adtunk. Így a 20 képből kiválogatva (*késleltetett felismerési helyzet*) az eredeti 10 képet a helyük felidézésével (*késleltetett felidézés*) kellett ismét az eredeti pozíciójukba visszahelyezni.

## Minta

A vizsgálatban résztvevő koraszülött gyermekek csoportjába a Semmelweis Egyetem Baross utcai I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Koraszülött Utógondozójában vizsgált, neurológiai tünetektől mentes gyermekeket válogattunk. A koraszülött gyermekek kiválasztási szempontjai nagyon szigorúak, ezért a csoport alacsony elemszámú mintává vált. Az illesztett mintába a PTE IGY Gyakorlóiskola, Művészeti Iskola és Gyakorló Óvoda gyermekei közül választottunk gyermekeket páros illesztéssel (2. sz. táblázat).

	N	Fiú/lány	Gesztációs idő/hét	Születési súly/g	Átlag életkor
<b>Koraszülött gyermekek csoportja</b>	24	11/13	28,75 SD = 1,87083	1108,3333 SD = 312,36359	5,1958 SD = ,21158
<b>Kontroll csoport</b>	24	11/13	39,38 SD = 1,53219	3484,5238 SD = 329,90872	5,0208 SD = ,24491

2. táblázat A vizsgálatban résztvevő koraszülött és az illesztett, időre született 5 éves óvodás korú gyermekek adatai

## EREDMÉNYEK

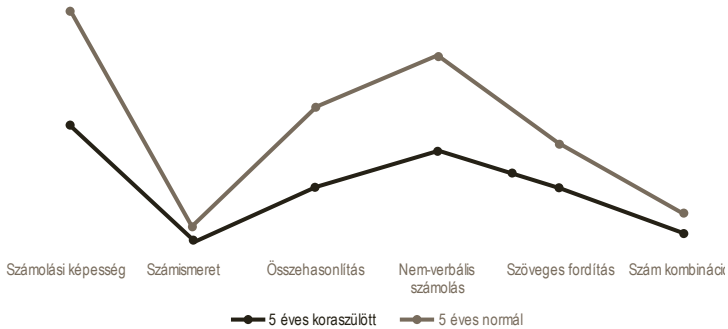
A Raven intelligenciatesztben nyújtott teljesítmény az elért pontértékek alapján a koraszülött gyermekek csoportja ( $W_{(24)} = ,977, p = ,839$ ) és az illesztett kontrollcsoport ( $W_{(24)} = ,926, p = ,078$ ) normál eloszlásúnak mutatkozott (3. táblázat).

	Raven pontszám	SD	Min.	Max
<b>Koraszülöttek</b>	15,75	4,0351	8	25
<b>Kontroll csoport</b>	15,71	3,5322	10	21

3. táblázat A koraszülött és kontroll csoport pontértékei a Színes Raven Progresszív Mátrixot tesztben nyújtott teljesítmény alapján

## Számérzék vizsgálata

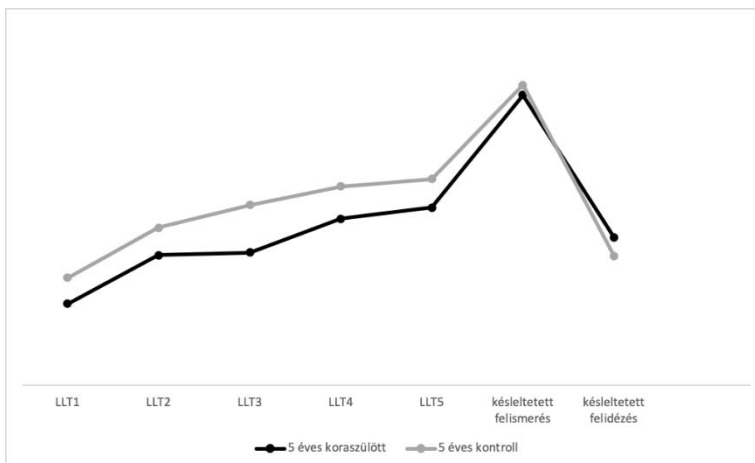
Az NSS szűrőeljárásban mért eredmények elemzése alapján (2. ábra) a koraszülött és az időre született gyermekek egybevetett szubtesztértékei között szignifikáns teljesítménykülönbség kizárólag a *Mennyiségek összehasonlítása* próbában (*C próba*) ( $t = -2,032$ ;  $p < ,048$ ) mutatkozott.



2. ábra Koraszülött és az illesztett időre született 5 éves gyermekek teljesítménye az NSS szubtesztjeiben. (A próba: számolási képesség, B próba: számismeret, C próba: mennyiség összehasonlítás, D próba: nem-verbális számolás, E próba: szöveges feladatok, F próba: számkombináció)

## Téri-vizuális munkamemória vizsgálata

Elemzésünkben Bucks és Willison (1997) alapján az öt alpróba megfelelő elhelyezéseinek sikerességét vizsgáltuk tanulási helyzetenként. A két csoport teljesítménye az öt próba során kismértékben szétvált, és mindkét esetben egyenletes teljesítménynövekedés figyelhető meg (3. ábra). Azonban a koraszülött gyermekek és az illesztett kontroll csoport nem mutatott szignifikáns különbséget a megfelelő felhelyezések számában, a tanulási folyamat öt helyzetében, a késleltetett felismerésben, illetve a késleltetett felidézésben.



3. ábra Koraszülött és kontroll csoport teljesítménye a Location Learning Test esetében. (felbelyezési mutatók az öt ismétlés során: LLT1, LLT2, LLT3, LLT4, LLT5, késleltetett felismerés, késleltetett felidézés)

A vizsgálat során a késleltetett felismerésben az illesztett kontroll csoport elérte a plafonövezet, míg a koraszülött csoport a plafonövezet közelébe jutott (4. táblázat).

	LLT1	LLT 2	LLT 3	LLT 4	LLT 5	Késlelt. felismerés	Késlelt. felidőzés
Kontroll csoport	3,583 SD = 2,717	5,250 SD = 2,489	6,000 SD = 2,978	6,625 SD = 2,871	6,875 SD = 3,026	<b>10,00</b> <b>SD =</b> <b>,0000</b>	<b>4,291</b> <b>SD =</b> <b>3,838</b>
Koraszülött csoport	2,703 SD = 1,573	4,33 SD = 1,984	4,416 SD = 2,701	5,541 SD = 2,501	5,916 SD = 2,932	<b>9,666</b> <b>SD =</b> <b>2,099</b>	<b>4,916</b> <b>SD =</b> <b>3,437</b>

4. táblázat Location Learning Test átlag és szórás értékei a koraszülött és a kontroll csoportoknál az öt felhelyezési próbában, a késleltetett felismerésben és a késleltetett felidőzésben

Végül a koraszülött gyermekek csoportja eredményeinek elemzése során megvizsgáltuk a rizikófaktorok közül a megrövidült gesztációs hét és az alacsony születési súly hatását a numerikus és munkamemória-teljesítményre vonatkozóan. Egy helyzetben találtunk gyenge korrelációs kapcsolatot. Együttjárás ( $r = ,394$ ,  $p < 0,05$ ) a gesztációs hét és a mennyiség felismerésében igazolható.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Egyetértünk azzal, hogy a számérzék egy területspecifikus képesség (Karmiloff-Smith, 2006) és a fejlődése során a numerikus tapasztalatokkal explicit tudássá alakul. Alapvető feltevésünk szerint a kissúlyú koraszülött gyermekek a számérzék és a vele összefüggésben álló téri-vizuális munkamemória-kapacitás területén sajátos fejlődési utat járnak be. Habár az eredményeink azt mutatják, hogy az ötéves koraszülöttek nem mutatnak számottevően eltérő működést a vizsgált területeken, azonban úgy tűnik, hogy az atipikus biológiai érés mégis részleges érintettséggel jár együtt, és a kutatási tapasztalataink szerint elsősorban a mennyiségi reprezentáció megítélését érinti.

Egyes vizsgálati adatok szerint a mennyiségek összehasonlításának képessége érzékeny mutatója a számérzék atipikus fejlődésének. A tipikusan fejlődő négyéves gyermekek igazolhatóan képesek a látott halmazokat a több-kevesebb dimenziója mentén összehasonlítani, és potensek a mennyiségi fogalmak helyes használatában (Griffin, 2004). Tény, hogy a számosság összehasonlításának képessége a legerősebb prediktív faktora az iskolai matematikai sikerességnek, és megalapozza az összetett numerikus készségeket (Clark & Shinn, 2004). Egyes kutatások szerint azonban az igen kis súllyal született 6-8 éves korú gyermekeknél szelektív hiányosság igazolható a *szimbolikus távolsághatás* mentális reprezentációjának területén, illetve az arab számok és pontthalmazok mennyiségének összevetésében, lassuló reakcióidő mellett (Guarini, Sansavini, et al., 2006). Később megerősítették, hogy a különbség az általános feldolgozási sebesség deficitjével hozható összefüggésbe, és a felzárkózás nyolcéves kortól igazolható (Guarini, Sansavini, et al., 2014). Más vizsgálatok az extrém korán született gyermekeknél (<26 gesztációs hét) bizonyították az iskolai évek alatt is elhúzódó mennyiségi reprezentációs nehézségeket (Simms, Gilmore, et al.,

2013). Ezek az adatok egybeesnek az első osztályos, matematikai tanulási nehézséggel küzdő gyermek teljesítményére vonatkozó eredményekkel (De Smedt & Gilmore, 2011).

A saját kutatási eredményeink hasonlóságot mutatnak a nemzetközi eredményekkel, miszerint a mennyiségek megítélése és összehasonlítása a koraszülött gyermekek esetében atipikus fejlődési utat jár be. Felmerül tehát annak a lehetősége, hogy a koraszülöttség egy szelektív hatású deficitet hoz létre, amelyik az alapvető képességekben (számlálás) nem, azonban az absztrakciót kívánó feladatokban (mennyiségi diszkrimináció) egyértelműen megnyilvánul. Mindebből úgy tűnik, hogy a számérzéken belül a számosság mennyiségi összehasonlítása egy érzékeny reprezentáció (Guarini, Sansavini, et al., 2014), így a feltárt szelektív elmaradások lényeges markerei lehetnek a koraszülöttek numerikus fejlődésének.

Karmiloff-Smith (1994) szerint a fejlődés a területspecifikus és területáltalános átalakulások kölcsönhatásának eredője. Az atipikus fejlődés esetében kulskérdés, hogy egyes tényezők milyen kölcsönhatásban állnak egymással. Tény, hogy a numerikus reprezentáció közvetlen kapcsolatban áll területáltalános kognitív képességgel, többek között a munkamemóriával (Karmiloff-Smith 2006). Egyes kutatások szerint a koraszülött gyermekek szignifikánsan gyengébb teljesítményt nyújtanak a szelektív és tartós figyelemi feladatokban (Mulder, Pitchford, Hagger & Marlow, 2009), továbbá a munkamemória területén, a verbális munkamemória (Hasler & Akshoomoff, 2019), illetve a téri-vizuális emlékezet teljesítményében (Aanes, Bjulandb, et al., 2019), annak ellenére, hogy a koraszülött gyermekek hasonló stratégiát használnak a téri-munkamemória helyzetekben, mint a tipikusan fejlődő társaik (Luciana, Lindeke, et al., 1999).

Bár a kutatások többsége azt igazolja, hogy a koraszülött gyermekek érzékenyek a kognitív funkciók sebezhetőségére, az általunk mért eredmények szerint azonban a téri-vizuális munkamemória területén csekély különbség van a két vizsgált minta között, amely szignifikánsan nem igazolható. A fejlődési pálya vizsgálata kapcsán hasonló eredményről számolt be egy friss kutatás (Suikkaken, et al., 2020). A vizsgálatba koraszülöttként világra jött (34. hét előtt, 34-36 hét között) és időre született felnőttkorú kontroll csoportot vontak be. Noha a koraszülöttség veszélyt jelent a fejlődő idegrendszerre, mégis a kognitív teljesítményben a felnőttkorú koraszülöttek hasonló teljesítményt mutattak a korábban tipikusan fejlődő nagykorúakhoz képest. Következéseik szerint feltételezhető, hogy egyrészt a támogatói környezetben lehetőségük van a megközelítő felzárkózásra, másrészt a kedvezőtlen hatások ellenére nem feltétlenül maradnak fenn az atipikus fejlődéses jegyek.

Ennek ellenére nem zárhatjuk ki az elemzési szempontjaink közül az általánosan elfogadott „alvó hatást”, vagy a „mozgó rizikó” paradigmát sem (Jens & Gordon, 1991). A koraszülöttek esetében számolnunk kell azzal a ténnyel, hogy egyes fejlődési elmaradások feltehetően korábban rögzültek, de csak a későbbi fejlődés során válhatnak nyilvánvalóvá. A kutatási eredmények szerint a fejlődési akadályok ugyan eltűnhetnek, de a változó körülmények hatására ismét megjelenhetnek. Ez a folyamat akár többször is megismétlődhet a fejlődés során (Kalmár és Boronkai, 2006).

További magyarázó tényező, hogy a nemzetközi kutatások eredményei sem egységesek a kognitív vulnérabilitást illetően. Egyes vizsgálati eredmények a memória működéséhez szükséges kognitív rugalmasság (Taylor, Minich, Bangert, Filpek & Hack, 2004) és gátló funkciók (Nosarti, Allin, Frangou, Rifkin & Murray, 2005) érintettségét igazolták, míg mások nem találtak az említett területeken hiányosságot (Curtis, Lindeke & Georgieff, 2002; Espy, Stalets, McDiarmid, Senn, Cwik & Hamby, 2002; Elgen, Lundervold & Sommerfelt, 2004).



Mindent egybevetve, az általunk demonstrált eredmények a „fejlődésben felzárkózó tendenciát” támogató kutatásokhoz illeszthető, amelyek a kedvező hatásokat, különösen a korai ellátás korszerűsödését (Twilhaar, Wade, de Kieviet, van Goudoever, van Elburg & Osterlaan, 2018), a preventív/interventív tevékenységeket emelik ki (Charpak, et al., 2005; Grunewaldt, Lohaugen, Austeng, Brubakk & Skranes, 2013; Lee, Pei, Andrew, Kerns & Rasmussen, 2016), illetve a „kiegészítő ingerpótlás” (Dieter & Emory, 1995) és a reziliencia (Bugental, Beaulieu & Schwartz, 2008) jelentőségét hangsúlyozzák a pozitív fejlődési kimenetel szempontjából.

Számos tanulmány igazolta, hogy egyes perinatális tényezők jelentős mértékben megnövelik a kognitív képességek atipikus fejlődés kockázatát. Egyes vizsgálati eredmények erősen korreláltak az újszülöttkori kockázati tényezőkkel, mint az idő előtti születés és/vagy alacsony születési súly (Kull & Coley, 2015).

Jelen kutatásunkban az összegyűjtött adatok alapján a rövid gesztációs hét és az alacsony születési súly hatásának vizsgálatára volt lehetőségünk. Vizsgálati eredményeink alapján egy érintett numerikus képesség (mennyiség felismerés) és a gesztációs idő között igazolható együttjárás. A feltárt gyenge korrelációs kapcsolat ellenére úgy gondoljuk, hogy csatlakozni kívánunk azokhoz a tanulmányokhoz, amelyek az idő előtti születésből származó vulnerabilitást hangsúlyozzák. Egyes kutatási eredmények bebizonyították, hogy a rövid gesztációs idő előreljelője a munkamemória-funkciók, a kognitív rugalmasság és a végrehajtó funkciók nehézségeinek (Duvall, Erickson, MacLean & Lowe, 2015).

Azonban úgy gondoljuk, hogy a szelektív deficitcetek nemcsak a prenatális faktorok függvényei. Egyetértve más kutatók véleményével (pl. Beauchamp, Thompson, et al., 2008), célszerűnek tartjuk újabb változók, mint a perinatális tényezők (ellátási traumák) és a postnatális fejlődési faktorok (korai fejlesztés és neurológiai utógondozás elérhetősége) vizsgálatba emelését. Ezen felül különös figyelmet kell szánni a korai regulációs folyamatok, a proximális (szülői érzelmi-hangulati állapot, interaktív stratégiák) és a disztális környezeti faktorok (szocioökonómiai státusz) kölcsönhatásának, melyeknek jelentős szerepük van a kognitív fejlődés folyamataiban (Hámori, 2013). Ez a tény abból a megfontolásból is fontos, hogy a tágabb szociális környezet jelentős befolyással bír a fejlődési mintázat adaptív, illetve maladaptív kimenetelére (Péley, 2010).

## Irodalomjegyzék

- Aanes, S., Bjuland, K. J., Skranes, J., & Løhaugen, G. C. (2015). Memory function and hippocampal volumes in preterm born very-low-birth-weight (VLBW) young adults. *NeuroImage*, *105*, 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.10.023>
- Aanes, S., Bjuland, K. J., Sripatha, K., Sølshes, A. E., Grunewaldt, K. H., Håberg, A., Løhaugen, G. C., & Skranes, J. (2019). Reduced hippocampal subfield volumes and memory function in school-aged children born preterm with very low birthweight (VLBW). *NeuroImage. Clinical*, *23*, 101857. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101857>
- Aarnoudse-Moens, C. S., Weisglas-Kuperus, N., Duivenvoorden, H. J., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2013). Executive function and IQ predict mathematical and attention problems in very preterm children. *PloS one*, *8*(2), e55994. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055994>

- Adrian, J. A., Haist, F. & Akshoomoff, N. (2019). Mathematics skills and executive functions following preterm birth: A longitudinal study of 5- to 7-year old children. *PsyArXiv Preprints*. <https://psyarxiv.com/j42at/> Letöltve: 2020. június 26.
- Alloway, T. P. (2009). Working memory, but not IQ, predicts subsequent learning in children with learning difficulties. *European Journal of Psychological Assessment, 25*(2), 92–98.
- Alloway, T. P., Gathercole, S. E., Kirkwood, H. & Elliott, J. (2009). The cognitive and behavioral characteristics of children with low working memory. *Child Development, 80*(2), 606–621.
- Anderson, P. J. & Doyle, L. W. (2004). Victorian Infant Collaborative Study Group. Executive functioning in school-aged children who were born very preterm or with extremely low birth weight in the 1990s. *Pediatrics, 114*, 50–57.
- Arthursson, P. S. H., Thompson, D. K., Spencer-Smith, M. Chen, J., Silk, T., Doyle, L. W. & Anderson, P. J. (2017). Atypical neuronal activation during a spatial working memory task in 13-year old very preterm children. *Human Brain Mapping, 38*, 6172–6184.
- Baron, I. S., Erickson, K., Ahronovich, M. D., Litman, F. R. & Brandt, J. (2010). Spatial Location Memory Discriminates Children Born at Extremely Low Birth Weight and Late-Preterm at Age Three. *Neuropsychology, 24*(6). 787–794.
- Bayliss, D. M., Jarrold, C., Gunn, D. M. & Baddeley, A. D. (2003). The complexities of complex span: Explaining individual differences in working memory in children and adults. *Journal of Experimental Psychology: General, 132*, 71–92.
- Beauchamp, M. H., Thompson, D. K., Howard, K., Doyle, L. W., Egan, G. F., Inder, T. E. & Anderson, P. J. (2008). Preterm infant hippocampal volumes correlate with later working memory deficits. *Brain, 131*, 2986–2994.
- Blencowe, H., Counsels, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A. B., Kinney, M. & Lawn, J. (2013). Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health, 10*, (2), 2–14.
- Bucks, R. S., Willison, J. R. & Byrne, L. M. T. (1997). Development and validation of the Location Learning Test (LLT): A test of visuo-spatial learning designed for use with older adults and in dementia. *Clinical Neuropsychologist, 11*, (3), 273–286.
- Bucks, R. S., Willison, J. R. & Byrne, L. M. T. (2000). *Location Learning Test: Manual*. Bury, St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.
- Bugental, D. B., Beaulieu, D. & Schwartz, A. (2008). Hormonal sensitivity of preterm versus full-term infants to the effects of maternal depression. *Infant Behaviour and Development, 31*(1), 56–61.
- Bull, R., Espy, K. A. & Wiebe, A. A. (2008). Short-term memory, working memory, and executive functioning in preschoolers: Longitudinal predictors of mathematical achievement at age 7 years. *Developmental Neuropsychology, 33*, 205–228.
- Butterworth, B. (1999). *The Mathematical Brain*. Macmillan, London.
- Carpenter, T. P., Just, M. A. & Shell, P. (1990). What one intelligence test measures: A theoretical account of the processing in the Raven Matrices Test. *Psychological Review, 97*, 404–431.
- Charpak, N., Ruiz, G., Zupan, J., Cattaneo, J., Figueroa, Z., Tessier, R., Cristo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane & M. Worku, B. (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica, 94*(5), 514–522.

- Clarke, B. & Shinn, M. R. (2004). A preliminary investigation into the identification and development of early mathematics curriculum-based measurement. *School Psychology Review*, *33*, 234–248.
- Cornoldi, C. & Vecchi, T. (2003). Visuo-spatial Working Memory and Individual Differences. London: Psychology Press, <https://doi.org/10.4324/9780203641583>
- Curtis, W. J., Lindeke, L. L., Georgieff, M. K., & Nelson, C. A. (2002). Neurobehavioural functioning in neonatal intensive care unit graduates in late childhood and early adolescence. *Brain: a journal of neurology*, *125*(Pt.7), 1646–1659. <https://doi.org/10.1093/brain/awf159>
- Dehaene, S. (2011). *The number sense: How the mind creates mathematics*. Oxford University Press, New York.
- De Smedt, B. & Gilmore, C. K. (2011). Defective number module or impaired access? Numerical magnitude processing in first graders with mathematical difficulties. *Journal Experimental Child Psychology*, *108*(2), 278–92.
- DeStefano, D. & LeFevre, J. (2004). The role of working memory in mental arithmetic. *The European Journal of Cognitive Psychology*, *16*(3), 353–386.
- Dieter, J. N. & Emory, E. K. (1995). Supplemental stimulation of preterm infants: A treatment model. *Journal of Pediatric Psychology*, *22*(3), 281–293.
- Dumontheil, I. & Klinberg, T. (2011). Brain Activity during a Visuospatial Working Memory Task Predicts Arithmetical Performance 2 Years Later. *Cerebral Cortex*, *22*(5), 1078–1085.
- Duvall, S. W., Erickson, S. J., MacLean, P. & Lowe, J. R. (2015). Perinatal medical variables predict Executive Function within a sample of preschoolers born very low birth weight. *Journal of Child Neurology*, *30*(6), 735–740.
- Elgen, I., Lundervold, A. J. & Sommerfelt, K. (2004). Aspects of inattention in low birth weight children. *Pediatric Neurology*, *30*(2), 92–98.
- Espy, K. A., Stalets, M. M., McDiarmid, M. M., Senn, T. E., Cwik, M. F. & Hamby, A. (2002). Executive functions in preschool children born preterm: application of cognitive neuroscience paradigms. *Child Neuropsychology*, *8*(2), 83–92.
- Feigenson, L. (2011). Objects, Sets, and Ensembles. In Dehaene, S. Brannon, E. M. (eds.) *Space, Time and Number in the Brain* (p. 13–22). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-385948-8.00002-5>
- Fuster, J. M. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal Neurocytol.* *31*(3-5), 373–85.
- Gathercole, S. E., Pickering, S. J., Ambridge, B. & Wearing, H. (2004). The Structure of Working Memory From 4 to 15 Years of Age. *Developmental Psychology*, *40*(2), 177–190.
- Geary, D.C. & Hoard, M. K. (2001). Numerical and arithmetical deficits in learning-disabled children: Relation to dyscalculia and dyslexia. *Aphasiology*, *15*, 635–647.
- Geary, D. C., Hoard, M. K. Byrd-Craven, J., Nugent, L. & Numtee Ch. (2007). Cognitive mechanisms underlying achievement deficits in children with mathematical learning disability. *Child Development*, *78*(4), 1343–1359.
- Gersten, R., Jordan, N. C. & Flojo, J. R. (2005). Early identification and interventions for students with mathematics difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, *38*(4), 293–304.
- Gevers, W. & Lammertyn, J. (2005). The hunt for SNARC. *Psychology Science*, *47*, 10–21.
- Griffin, S. (2004). Building number sense with number worlds: A mathematics program for young children. *Early Childhood Research Quarterly*, *19*(1), 173–180.

- Guarini, A., Sansavini A., Giovannelli, G., Alessandroni, R., Faldella, G., Ansari, D. & Karmiloff-Smith, A. (2006). Basic numerical processes in preterms. *World Journal Pediatrics*, 2(2),102–108.
- Guarini, A., Sansavini, A., Fabbri, M., Alessandroni R., Faldella G. & Karmiloff-Smith, A. (2014). Basic numerical processes in very preterm children: A critical transition from preschool to school age. *Early Human Development*, 90, 103–111.
- Grunewaldt, K. H., Løhaugen, G. C. C., Austeng, D., Brubakk, A. M., & Skranes, J. (2013). Working Memory training improves cognitive function in VLBW preschoolers. *Pediatrics*, 131(3), 747–754.
- de Haan, M., Bauer, P. J., Georgieff, M. K. & Nelson, C. A. (2000). Explicit memory in low-risk infants aged 19 months born between 27 and 42 weeks of gestation. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 304–312.
- Hannula-Sormunen, M. M., Nanu, C. E., Laakkone, E., Munc, P., Kiur, N. & Lehtonen, L. (2017). Early Mathematical Skill Profiles of Prematurely Born and Full Term Born Children. *Learning and Individual Differences*, 55, 108–119.
- Halberda, J., Ly, R., Wilmer, J. B., Naiman, D. Q. & Gemine, L. (2012). Number sense across the lifespan as revealed by a massive Internet-based sample. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(28), 11116–11120.
- Hasler, H. M. & Akshoomoff, N. (2019). Mathematics Ability and Related Skills in Preschoolers Born Very Preterm. *Child neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 25(2), 1–29.
- Hámori E. (2013). Rizikófaktorok, adaptáció és reziliencia a korai fejlődésben – a koraszülöttség a fejlődési pszichopatológia modelljében. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 68(1), 7–22.
- Insausti R., Cebada, S. & Marcos, S. P. (2010). *Postnatal development of the human hippocampal formation*. Springer, Berlin.
- Jármí É. (2012). Számolási képességek fejlődése óvodás- és kisiskolás korban. *Pszichológia*, 34(4), 317–339
- Jens, K., G. & Gordon, B., N. (1991). Understanding risk: Implications for tracking high-risk infants and making early service delivery decisions. *International Journal of Disability Development and Education*, 38(3), 211–224.
- Jordan, N., C, Glutting, J., Ramineni, C. & Watkins, M., W. (2010). Validating a Number Sense Screener tool for use in kindergarten and first grade: prediction of mathematics proficiency in third grade. *School Psychology Review*, 39(2), 181–195.
- Jordan, N., C, Glutting, J. & Dyson, N. (2012). *Number Sense Screener. User's guide*, K-1. Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore.
- Kalmár M. & Boronkai J. (2006). Meddig „koraszülött” a koraszülött gyerek? *Magyar pszichológia Társaság Nagygyűlés* 2006.
- Karmiloff-Smith, A. (1994). Precipice beyond modularity: A developmental perspective on cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences*, 17, 693–745.
- Karmiloff-Smith, A. (1998). Development itself is the key to understanding developmental disorders. *Trends in Cognitive Science*, 2, 389–398.
- Karmiloff-Smith, A. (2006). The tortuous route from genes to behavior: A neuroconstructivist approach. *Cognitive Affective and Behavioral Neuroscience*, 6(1), 9–17.

- Keeler, M. L. & Swanson, H. L. (2001). Does strategy knowledge influence working memory in children with mathematical disabilities? *Journal of Learning Disabilities, 34*, 418–434.
- Kiechl-Kohlendorfer, U., Ralser, E., Pupp Peglow, U., Pehboeck-Walser, N. & Fussenegger, B. (2013). Early risk predictors for impaired numerical skills in 5-year-old children born before 32 weeks of gestation. *Acta Paediatrica, 102*, 66–71.
- Kroesbergen, E., Van Luit, J., Van Lieshout, E., Van Loosbroek, E. & Van De Rijt, B. (2009). Individual differences in early numeracy: The role of executive functions and subitizing. *Journal of Psychoeducational Assessment, 27*, 226–236.
- Kroesbergen, E. H., Van Luit, J. E. H. & Aunio, P. (2012). Mathematical and cognitive predictors of the development of mathematics. *British Journal of Educational Psychology, 82*(1), 24–27.
- Kroesbergen, E. H., van't Noordende, J. E. & Kolman, M. E. (2012). Training working memory in kindergarten children: Effects on working memory and early numeracy. *Child Neuropsychology, 20*(1), 23–37.
- Kull, M. A. & Coley, R. L. (2015). Early physical health conditions and school readiness skills in a prospective birth cohort of U.S. Children. *Social Science & Medicine, 142*, 145–153.
- Kwon, H., Reiss, A. L. & Menon, V. (2002). Neural basis of protracted developmental changes in visuo-spatial working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of America, 99*(20), 13336–41.
- Le Corre, M. & Carey, S. (2007). One, two, three, four, nothing more: An investigation of the conceptual sources of the verbal counting principles. *Cognition, 105*, 395–438.
- Lee, C. S., Pei, J., Andrew, G., A Kerns, K. & Rasmussen, C. (2016). Effects of Working Memory training on children born preterm. *Applied Neuropsychology: Child, 1*–16.
- Lipton, J. S. & Spelke, E. S. (2003). Origins of Number Sense large-number discrimination in human Infants. *Psychological Science, 14*(5), 396–401.
- Libertus, M. E., Forsman, L., Adén, U. & Hellgren, K. (2017). Acuity and mathematical abilities in 6.5-year-old children born extremely preterm. *Frontiers in Psychology, 11*(7), 1-12.
- Logie, R. H., Gilhooly, K. J. & Wynn, V. (1994). Counting on working memory in arithmetic problem solving. *Memory and Cognition, 22*, 395–410.
- Luciana, M., Lindeke, L., Georgieff, M., Mills, M. & Nelson, Dh. A. (1999). Neurobehavioral evidence for working memory deficits in school-aged children with histories of prematurity. *Developmental Medicine and Child Neurology, 41*(521), 533–521.
- Luu, T. M., Ment, L. R., Schneider, K. C, Katz, K. H., Allan, W. C. & Vohr, B. R. (2009). Lasting effects of preterm birth and neonatal brain hemorrhage at 12 years of age. *Pediatrics, 123*(3), 1037–1044.
- McCann, M., Bayliss D. M., Anderson M., Cambell C., French, N., McMichael, J., Reid, C. & Bucks, R. S. (2017). The relationship between sleep problems and working memory in children born very preterm. *Child Neuropsychology, 24*(1), 124–144.
- Mangin, K. S., Horwood, L. J. & Woodward, L. J. (2017). Cognitive Development Trajectories of Very Preterm and Typically Developing Children. *Child Development, 88*(1), 282–298.
- Mulder, H., Pitchford, N. J., Hagger, M. & Marlow, N. (2009). Development of Executive Function and Attention in Preterm Children: A Systematic Review. *Developmental Neuropsychology, 34*(4), 393–421.

- Murphy, D. D., Rueter, S. M., Trojanowski, J. Q. & Lee, V. M. (2001). Synucleins Are Developmentally Expressed, and  $\alpha$ -Synuclein Regulates the Size of the Presynaptic Vesicular Pool in Primary Hippocampal Neurons. *The Journal of Neuroscience*, 20(9), 3214–3220.
- Narberhaus, A., Segarra, D., Gimenez, M., Junque, C., Pueyo, R. & Botet, F. (2007). Memory performance in a sample of very low birth weight adolescents. *Developmental Neuropsychology*, 31, 129–35.
- Nepomnyaschy, L., Hegyi, T., Ostfeld, M. & Reichman, N. E. (2012). Developmental Outcomes of Late-Preterm Infants at 2 and 4 Years. *Maternal and Child Health Journal*, 16(8), 1612–16.
- Nosarti, C., Allin, M. P., Frangou, S., Rifkin, L. & Murray, R. M. (2005). Hyperactivity in adolescents born very preterm is associated with decreased caudate volume. *Biological Psychiatry*, 57(6), 661–666.
- Nosarti C., Froudist-Wals, S. (2016). Alterations in development of hippocampal and cortical memory mechanisms following very preterm birth. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 58(4), 35–45.
- Omizzolo, C., Scratch, S. E., Stargatt, R., Kidokoro, H., Thompson, D. K., Lee, K. J., Cheong, J., Neil, J., Inder, T. E., Doyle, L. W. & Anderson, P. J. (2014). Neonatal brain abnormalities and memory and learning outcomes at 7 years in children born very preterm. *Memory*, 22(6), 605–615.
- Piaget, J. (1970). *Válogatott tanulmányok*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Passolunghi, M. & Lanfranchi, S. (2012). Domain specific and domain general pre- cursors of mathematical achievement: A longitudinal study from kindergarten to first grade. *British Journal of Educational Psychology*, 82, 42–63.
- Passolunghi, M. & Costa, H. M. (2014). Working memory and early numeracy training in preschool children. *Child Neuropsychology*, 22, 81–98.
- Péley B. (2010). Fejlődés és evolúció: Evolúciós szemlélet a fejlődésben, apszichopatológiában és a pszichoterápiában. magyar. *Pszichológiai Szemle*, 65(1). 65–83.
- Raghubar K. P., Barnes, M. A. & Hecht, S. A. (2010). Working memory and mathematics: A review of developmental, individual difference, and cognitive approaches. *Learning and Individual Differences*, 20, 110–122.
- Raven, J. (2000). The Raven's Progressive Matrices: Change and Stability over Culture and Time. *Cognitive Psychology*, 41, 1–48.
- Reuhkala M. (2001). Mathematical skills in ninth-graders: Relationship with visuo-spatial abilities and working memory. *Educational Psychology*, 21, 387–399.
- Rose, S. A., Feldman, J. F., Jankowski, J. J. & Van Rossem, R. (2005). Pathways from prematurity and infant abilities to later cognition. *Child Development*, 76(6), 1172–1184.
- Rushe, T. M., Rifkin, L., Stewart, A. L., Townsend, J. P., Roth, S. C., Wyatt, J. S. & Murray, R. M. (2001). Neuropsychological outcome at adolescence of very preterm birth and its relation to brain structure. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2(43), 226–233.
- Saavalainen, P., Luoma, L., Bowler, D., Määttä, S., Kiviniemi, V., Laukkanen, E. & Herrgard, E. (2007). Spatial span in very prematurely born adolescents. *Developmental Neuropsychology*, 32, 769–785.
- Sapolsky, R., Uno, H., Rebert, C. & Finch, C. (1990). Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. *Journal Neuroscience*, 10, 2897–2902.
- Schmidt-Kastner, R. & Freund, T. F. (1991). Selective vulnerability of the hippocampus in brain ischemia. *Neuroscience*, 40, 599–636.

- Siegler, R. S. (2009). Improving the numerical understanding of children from low-income families. *Child Development Perspectives*, 3, 118–124.
- Simms, V., Gilmore, C., Cragg, L., Marlow, N., Wolke, D. & Johnson, S. (2013). Mathematics difficulties in extremely preterm children: evidence of a specific deficit in basic mathematics processing. *Pediatrics Research*, 73(2), 236–44.
- Soltész, F., Szűcs, D. & Szűcs, L. (2010). Relationships between magnitude representation, counting and memory in 4-to 7-year-old children: A developmental study. *Behavioral and Brain Functions*, 6(13), 1–14.
- Spittle, A., Orton, J. & Anderson, P. J. (2015). Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.
- Staltnacke, J., Lundequist, A., Böhm, B., Forssberg, H. & Smelder, A. (2019). A longitudinal model of executive function development from birth through adolescence in children born very or extremely preterm. *Child Neuropsychology*, 25(3), 318–335.
- Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Shankaran, S., Laptook, A. R., Walsh, M. C. & Kennedy, K. A. (2010). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*, 126(3), 443–456.
- Suikkanen, J., Miettola, S., Heinonen, K., Väärasmäki, M., Tikanmäki, M., Sipilä, M., Matinoli, H. M., Järvelin, M. R., Räikkönen, K., Hovi, P., & Kajantie, E. (2020). Reaction times, learning, and executive functioning in adults born preterm. *Pediatric research*, 10.1038/s41390-020-0851-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0851-4>
- Taylor, H. G., Klein, N., Minich, N. M. & Hack, M. (2000). Verbal memory deficits in children with less than 750 g birth weight. *Child Neuropsychology*, 6, 49–63.
- Taylor, H. G., Minich, N., Bangert, B., Filpek, P. A. & Hack, M. (2004). Long-term neuropsychological outcomes of very low birth weight: associations with early risks for periventricular brain insults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 987–1004.
- Tinelli, F., Anobile, G., Gori, M., Aagten-Murphy, D., Bartoli, M., Burr, D. C., Cioni, G. & Morrone, M. C. (2015). Time, number and attention in very low birth weight children. *Neuropsychologia*, 73, 60–69.
- Thompson, D. K., Adamson, C., Roberts, G., Faggian, N., Wood, S. J., Warfield, S. K., Doyle, L. W., Anderson, P. J., Egan, G. F. & Inder, T. E. (2013). Hippocampal shape variations at term equivalent age in very preterm infants compared with term controls: perinatal predictors and functional significance at age 7. *NeuroImage*, 70, 278–287. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.12.053>
- Tosto, M. G., Petrill, S. A., Halberda, J., Trzaskowski, M., Tikhomirova, T. N., Bogdanova, O. Y., Ly, R., Wilmer, J. B., Naiman, D. Q., Germine, L., Plomin, R., & Kovas, Y. (2014). Why do we differ in number sense? Evidence from a genetically sensitive investigation. *Intelligence*, 43, 35–46. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2013.12.007>
- Twilhaar, E. S., de Kieviet, J. F., Aarnoudse-Moens, C. S., van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J. (2018). Academic performance of children born preterm: a meta-analysis and meta-regression. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 103(4), F322–F330. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-312916>
- Twilhaar, E. S., Wade, R. M., de Kieviet, J. F., van Goudoever, J. B., van Elburg, R. M., & Oosterlaan, J. (2018). Cognitive Outcomes of Children Born Extremely or Very Preterm Since the 1990s and Associated Risk Factors: A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 361–367. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5323>

- Vuontela, V., Steenari, M. R., Carlson, S., Koivisto, J., Fjällberg, M. & Aronen, E. T. (2003). Audiospatial and visuospatial working memory in 6-13 year old school children. *Learning & memory (Cold Spring Harbor, N.Y.)*, 10(1), 74–81. <https://doi.org/10.1101/lm.53503>
- Wynn K. (1992). Addition and subtraction by human infants. *Nature*, 358(6389), 749–750. <https://doi.org/10.1038/358749a0>
- Xu, F. & Spelke, E. S. (2000). Large number discrimination in 6-month-old infants. *Cognition*, 74(1), B1–B11. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(99\)00066-9](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(99)00066-9)
- Zeitlin, J., Szamotulska, K., Drewniak, N., Mohangoo, A. D., Chalmers, J., Sakkeus, L., Irgens, L., Gatt, M., Gissler, M., Blondel, B. & Euro-Peristat Preterm Study Group (2013). Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 120(11), 1356–1365. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12281>



## **A családi működés és a szorongás összefüggései a tanulási motivációval tanulási zavarral küzdő tanulók körében**

ARANYOS GYÖRGY<sup>1</sup> – BANK ÉVA<sup>2</sup>

[gyorgyiaranyos@gmail.com](mailto:gyorgyiaranyos@gmail.com)

[bank.eva@barczi.elte.hu](mailto:bank.eva@barczi.elte.hu)

---

### **ABSZTRAKT**

Háttér és célok: Hazai és nemzetközi szinten egyre több empirikus vizsgálat fókuszál a tanulást befolyásoló affektív tényezők feltárására, ugyanakkor a tanulási zavarral küzdő tanulók affektív jellemzőire vonatkozó hazai vizsgálatokban nem bővelkedünk. Az eddigi empirikus eredmények főként a tipikusan fejlődő tanulóira összpontosítanak. Kutatási témánk a tanulási zavarral kapcsolatos új ismeretek azonosítása szempontjából fontos. Pilot vizsgálatunkban elsősorban azt kívántuk felmérni, hogy van-e különbség a tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók tanulási motivációja, iskolai szorongása és családi működése között. Továbbá összefüggést kerestünk a tanulási motiváció és az iskolai szorongás; valamint a tanulási motiváció és a családi működés között.

Módszer: 17 tanulási zavarral küzdő és 20 tipikusan fejlődő tanuló tanulási motivációjának és iskolai szorongásának kérdőíves felmérését végeztük el, amely során a Kozéki-Entwistle-féle tanulási motivációt vizsgáló kérdőívet, illetve Sipos, Sipos és Spielberger vizsgaszorongás mérését célzó, magyarra adaptált kérdőívet használtuk. A családi működést Mányai családtipológiai kérdőívnek segítségével mértük fel, amelyet a vizsgálatban résztvevő tanulók egyik szülőjével töltöttünk ki.

Eredmények: A tanulási motiváció, az iskolai szorongás és a családi működés mért értékei nem különböznek a két minta között. Ugyanakkor a tanulási zavarral küzdő tanulók tanulási motivációja szignifikánsan összefügg az iskolai szorongással és a családi működéssel is. A tipikusan fejlődő tanulók esetében csak a tanulási motiváció és az iskolai szorongás között mutatkozott szignifikáns együttjárás.

Következtetések: Kismintás pilot vizsgálatunk eredményei alapot kínálhatnak további, nagyobb mintán elvégzett kutatásokhoz. Az elemszám növelésével árnyaltabb képet kaphatunk arról, hogyan befolyásolja a szorongás és a családi működés a tanulási motivációt. Noha az eredmények azt mutatják, hogy a vizsgált tényezőket tekintve nincs különbség a tanulási zavarral küzdő és a tipikusan fejlődő tanulók között, a motiváció alakulását eltérően befolyásolja a családi működés.

**Kulcsszavak:** tanulási zavar, tanulási motiváció, iskolai szorongás, családi működés

---

### **HÁTTÉR ÉS CÉLOK**

A tanulással kapcsolatos affektív dimenzió vizsgálatának megkezdése nem is olyan régre, körülbelül az utóbbi két évtizedre tehető. Ennek oka egyrészt az, hogy egészen az 1990-es évekig a kognitív terület vizsgálata vált hangsúlyossá (Bickhard 2003; Csapó, 2008; Wentzel & Wiegfield, 2009 id. Fejes, 2014). A tanulást befolyásoló affektív szféráról napjainkban már egyre többet tudunk a különféle tényezők feltárását célzó empirikus kutatási eredményekből. Nemcsak az érzelmek, de az attitűdök, az érdeklődés, a tanulási motiváció és a társas viselkedés bizonyos elemei is az affektív terület részét képezik (Józsa & Fejes, 2012). A tanulásra ható affektív tényezők közül a tanulási motiváció vizsgálata indult a leginkább növekedésnek, így ma már egyre több eredménnyel rendelkezünk a témát illetően, amely eredményekből levezethető következtetések osztálytermi

gyakorlatba való átültetése jelenleg még mindig nehézséget jelent (Fejes, 2014). Azonban az empirikus eredmények többsége tipikusan fejlődő tanulókra vonatkozik, a tanulási zavarral küzdő tanulók motivációs sajátosságairól, az azt befolyásoló háttértényezőkről keveset tudunk. Kismintás pilot vizsgálatunk középpontjában a tanulási zavarral küzdő tanulók tanulási motivációjának azonosítása áll. A másik fő kutatási szempontunk a tanulási motivációt befolyásoló háttértényezők vizsgálata, amelyek közül a családi működés jellemzőinek és a tanulók iskolai tanuláshoz kapcsolódó szorongásának tanulási motivációval való összefüggéseit kívánjuk felmérni. E három tényező együttes vizsgálata nem ismeretes hazai viszonylatban, így a kis minta ellenére eredményeink új információval szolgálhatnak a tanulási zavarral küzdő tanulók affektív jellemzőire vonatkozóan, mely alapot adhat további nagyobb mintán végzett empirikus kutatásokhoz.

## A tanulási motiváció értelmezése

Az iskolában elért eredmények, sikerek tekintetében nemcsak a tanulók kognitív képessége meghatározó, hanem más tényezők is jelentős szerepet játszanak. E meghatározás értelmében nagy jelentősége van a motivációnak (Nagy, 1998). A tanulók iskolai teljesítménye, képességfejlődése és motivációja szoros és kölcsönös kapcsolatban áll, pozitív vagy negatív hatást gyakorolhatnak egymásra (Józsa, 2005).

Hazai tanulmányokban (Józsa, 2000; Józsa & Fejes, 2010) megjelenik a motiválás és a *tanulási motiváció* közötti különbség fontosságának hangsúlyozása. A tanulási motiváció kutatásában az elsődleges cél annak a kiderítése, hogy hogyan lehet segíteni az optimális tanulási motívumrendszer kiépülését és fejlődését. A stabil, belső tanulási motívumok kialakítási módja is fontos kérdés, amely által a tanulás vágya belső késztetéssé válik. A tanulók motiválása bizonyos tevékenységek és feladatok elvégzése során lényeges, valamint érdeklődésük felkeltése is hozzájárul a tanóra sikerességéhez, de ezek a nevelésben és a személyiségfejlesztésben csupán másodlagos célként jelennek meg.

Jelenleg nem ismert a tanulási motiváció széles körben elfogadott definíciója, ugyanakkor Fejes (2015) meghatározása szerint a tanulási motiváció olyan összetett motívum, amely vizsgálata által arra kapunk választ, hogy az egyén miért tanul. Egy tanuló tanulási motivációjának feltérképezése során információt szerzünk a saját képességeinek megítéléséről, a tantárgyakhoz fűződő viszonyáról, a rövidebb és hosszabb távú tanulási céljairól. Minderre számos tényező gyakorol befolyást, így például az átélt sikerek és kudarcok, a családi és az iskolai társas környezet, de még a kulturális közeg is. Réthy (2001) megfogalmazása szerint „tanulási motiváción a tanulási tevékenységre készítő belső feszültséget értjük, amely energetizálja, aktivizálja, irányítja, integrálja a tanulást” (p. 156.). Úgy gondolta, hogy a tanulási motiváció alakulásáért a különféle belső dinamikus hajtóerők és a külső tényezők összekapcsolódása felelős. Ezt másképpen úgy értelmezhetjük, hogy „a tanuló-környezet kognitív, affektív, effektív interakciós önszabályozó rendszerén nyugszik” (p. 156.).

Nagy (1998) értelmezése szerint a tanulás motiváltsága és eredményessége függ az indirekt és a direkt tanulásra jellemző motívumrendszer fejlettségének együttes hatásától. A tanulási motívumok közé sorolja az elsajátítási motívumot, a tanulási sikervágyat és kudarcfélelmet, a tanulási

elismerésvágyat, a kötődést, a tanulási igény szintet, a tanulási ambíciót, a tanulás gyakorlati értékét, a továbbtanulási szándékot és az önfejlesztés igényét is.

A nemzetközi szakirodalomban is inkább csak általános meghatározásokat lehet olvasni, amelyek központi mondanivalója az, hogy a tanulási motiváció egy olyan folyamat, amely a tanulóval összefüggő viselkedés elindításában, fenntartásában és irányításában játszik szerepet (Skinner, Kindermann, Connel & Wellborn, 2009; Roseman, 2008 id. Fejes, 2015).

## **A családi működés és a tanulási motiváció összefüggései**

Kovács és Kékes (2016) hangsúlyozza, hogy az egyén fejlődésének szempontjából a legfontosabb közeg a *család*, amelyben a családtagok hatást gyakorolnak egymásra, kölcsönösen befolyásolják egymás érzéseit, gondolkodását és viselkedését. A gyermek családban betöltött helye nagyon fontos, ezért egészséges fejlődéséhez szükség van a családi rendszer rugalmas átalakulási képességére. De nemcsak a gyermek gyakorol hatást a családjára, a család egésze is befolyással van az egyénre. A csalárendszer felépítésének formálódása szempontjából szerepet játszik a tágabb környezet is, pontosabban a család kétirányú kapcsolatban áll környezetével, de védelmet is nyújt tagjai számára a környezetből érkező ingerek ellen (Dombi, 2013; Novák, 2009).

Kevés empirikus tapasztalat áll rendelkezésünkre arról, hogy a családi környezet milyen mechanizmusokon keresztül fejt ki hatását. Hazai viszonylatban a családi háttér és a tanulási motiváció összefüggéseit feltáró vizsgálatok száma kevés (Fejes & Józsa, 2005; Józsa & Fejes, 2012). Azonban az már ismert, hogy a motiváció, a motívumok működése elválaszthatatlan attól a társas környezettől, amelyben maga a tanulás is zajlik. Józsa és Fejes (2010) ezt a társas környezetet szociális kontextusnak nevezik. A kontextus az oktatáskutatásban elterjedt fogalom, vált a kilencvenes évek második felétől.

A családi háttér tanulási motivációra gyakorolt hatását Józsa (2000) a szülők iskolai végzettségével kapcsolatban vizsgálta. A vizsgálat céljai közé tartozott a tanulási motiváció életkori változásának és az iskola befolyásoló szerepének feltárása is. A tanulási motiváció felmérését és a változók közötti összefüggés megállapítását hetedik és tizenegyedikes tanulók mintáján valósította meg. A vizsgálat alapján nem mutatható ki összefüggés a tanulók tanulási motivációja és a szülők iskolai végzettsége között.

Pomerantz, Grolnick és Price (2005) áttekintést adnak arról, hogy a szülők miként befolyásolják gyermekük tanulási motivációjának alakulását. A szülői hatásokat három csoportba sorolták: nevelési gyakorlat, gyermekkel kapcsolatos gondolkodás és nézetvilág, szülő-gyermek kapcsolat jellege. Elméletükben a következő, tanulási motivációt befolyásoló gyermeki szükségleteket határozzák meg: kompetenciaszükséglet (hozzaértés-szükséglet), autonómia és kötődés. De a szülőktől elvárt elsődleges szükséglet szerintük a célszerűség igényének kielégítése. Arra a következtetésre jutottak, hogy a tanulási motiváció fejlődését nagyban befolyásolja az, hogy milyen mértékű ezeknek a szükségleteknek a kielégítése a szülők részéről.

Ebből következően a szülői nevelési gyakorlatnak fontos szerepe van a tanulási motiváció alakulásában. Amikor a szülő a gyermekével közösen vesz részt az óvodával vagy iskolával kapcsolatos tevékenységekben (mesélés, közös olvasás, közös rajzolás, számolás stb.), akkor az mindenképpen a gyermek készségeinek és képességeinek fejlődését vonja maga után. Ekkor a gyermek átéli az elsajátítási

öröm érzését, kielégíti a hozzáértés-szükségletét, a közös játék által erősödik az anya-gyermek kötődés és a gyermek a célszerűséget is megtapasztalja (Józsa & Fejes, 2010).

A legnagyobb jelentősége tehát annak van, hogy a gyermeket körülvevő környezetben belül leginkább a szülők milyen mintát közvetítenek a gyermek felé, mekkora mértékben tulajdonítanak jelentőséget a tanulásnak és mennyire segítik gyermeküket a fejlődésben és a motiváltság növekedésében (Józsa, 2007).

## **A szorongás értelmezése, tanulásra és tanulási motivációra gyakorolt hatása**

Csóti (2006) szerint a gyermek életében megjelenő *szorongás*nak két hatása lehetséges. Egyik esetben a szorongás segíthet a jobb teljesítmény elérésében, valamint a fizikai versengésben is. Hiszen szorongás esetén a „harcolj vagy menekülj” mechanizmus lép működésbe, amely lehetővé teszi, hogy a gyermek átéljen válsághelyzeteket, veszélyes körülményeket, vagyis ez a mechanizmus a cselekvésre való felkészítésen keresztül védelmet is nyújt. A másik esetben viszont, ha a válsághelyzet fizikai úton nem oldódik meg, a gyermek saját érzelmi súlyosbíthatják a szorongásos helyzetet, amellyel egy öngerjesztő kör indul el. Tehát a gyermek aggodalmának a hatására a szorongás erősödik, amely a félelmek mélyüléséhez vezethet. A legsúlyosabb esetben mindez pánikrohamot okozhat, amely során a gyermek teljesen elveszítheti a kontrollt.

A szorongást jelző tünetek közé soroljuk például a következőket: szájszárazság, hasfájás, rosszullet, gyakori székelési, vizeleti inger, szapora légzés, szapora szívverés, émelygés, izomfeszülés, verejtékezés (Csóti, 2006). A gyermekek a szorongás ellen úgy is védekezhetnek, hogy viselkedésükben regresszió (pl. szobatiszta gyermeknél enurézis jelentkezik) jelenik meg, de különféle kényszeres szokások is kialakulhatnak (Gádosor, 2009).

Csóti (2006) részletes áttekintést ad az *iskolafóbiáról*, amelyet nem igazi fóbiaként értelmez. Ehhez egyéb zavarok is társulhatnak, mint a szociális fóbia, az agorafóbia vagy a szeparációs szorongás. Az iskolafóbia kifejezés olyan gyermekek esetében használható, akik szorongás miatt nem akarnak iskolába menni, el akarják kerülni az iskolai környezetet. Nem keverhető össze az iskolakerüléssel, mert az iskolakerülő gyerekek az iskolától való távol maradás során nem élnek át szorongást. Az iskolafóbiára utaló tünetek között megjelenhet a sírás, rosszullet, fejfájás, kapkodó légzés, hasmenés, gyakori vizeleti inger, émelygés és hányás, álmatlanság, hasfájás, verejtékezés, remegés, szapora szívverés. További tünetként jelentkezhet például, hogy a gyermek fél a figyelem középpontjába kerülni (pl. felelés, hangos olvasás, csapatjátékokban való szereplés során stb.), félnek a kinevetéstől, vagy az iskolába vezető úton élnek át nagyfokú stresszhatást. Az iskolafóbia magával vonja az önbizalom hiányát, így a gyermek úgy érezheti, hogy az iskolában nincs biztonságban. A pedagógusnak ezért nagy szerepe van a felismerésben és a megfelelő kezelésben. Fontos, hogy a gyermek sikerélményeket éljen át, és még a legapróbb sikerért is megdicsérjük, amely által segíthetjük önbizalmának növekedését.

A teljesítményt követelő helyzetekben átélt szorongás esetén a személyek gyakran már nem hisznek abban, hogy helyzetük megváltozhat, így szorongásukat lassanként a tanulási szituációkra is kivetítik. Ebben az esetben maga a tanulás vagy a tanulás valamely eszköze lehet a rosszkedv tárgya, amely a tanulási folyamatot akadályozza (Metzig & Schuster, 2003). A tanulási kudarcfélelem, mint

tanulási motívum során is érvényesül a kettős hatás, miszerint egyrészt pozitív hatást gyakorolhat a tanulásra, de kedvezőtlen esetben szorongásos kudarcfélelem is kialakulhat. A tanulással kapcsolatos szorongás hatással van a tanulás eredményességének csökkenésére és a szorongás klinikai problémává alakulását is magával vonhatja. Ezért szükséges a szorongás időben történő észrevétele és a tanulók tanulási kudarcainak minimalizálása (Nagy, 1998).

## A tanulási zavar fogalma

A tanulási korlátok, mint gyűjtőfogalom körébe soroljuk a tanulási elmaradást vagy gyengeséget, a tanulási zavart és a tanulási akadályozottságot (Mesterházi, 2006 id. Mesterházi & Szekeres, 2019). Surján (2019) tanulmányában a tanulási zavart úgy értelmezi, mint komplex, multikauzális, multifaktoriális, neurokognitív fejlődési zavart. A tanulási zavar évek során folyamatosan változó fogalmára a következő, jelenleg relevánsnak tűnő meghatározás adható: „...a tanulási zavar (tág értelmezésben) olyan multikauzális etiológiájú jelenségek gyűjtőfogalma, amelyek a képességrendszer egyéni belüli nagyfokú különbségeit jelölik egy adott életkorban, a normalitás övezetében tartó értelmi szint mellett.” (Mesterházi & Szekeres, 2019, p. 74.) Beszélhetünk átmeneti, időszakosan vagy maradandóan fennálló képességzavarokról is, amelyek kialakulása a pszichikus funkciók eltérő fejlődésére vezethetők vissza. A tünetek a későbbi fejlődés (óvodáskor, iskoláskor) során jelentkeznek „...a beszélt és írott nyelv-használat, a mozgás és az ábrázolási képesség, a viselkedésszabályozás, illetve az iskolai tanulási teljesítmény területén, (szűkített értelmezés alapján) specifikus olvasás-, írás-, helyesírás-, számolás- és nyelvi zavarok formájában.” (Mesterházi & Szekeres, 2019, p. 74.)

A tanulási zavar kapcsán nem hanyagolható el a *specifikus tanulási zavar* kifejezés értelmezése sem. A kifejezés első, pedagógiai-pszichológiai szempontú definíciója különválasztja a tanulási zavart az értelmi és érzékszervi fogyatékoságtól, az érzelmi zavartól, valamint a depriváció következtében megjelenő tanulási nehézségtől is (Kirk és Bateman, 1962 id. Mesterházi & Szekeres, 2019). A kifejezés a jelenleg érvényben lévő DSM-5 (APA, 2013) diagnosztikai klasszifikációs rendszerben is megtalálható, amely szerint a specifikus tanulási zavar esetén nehézségek jelentkeznek a tanulásban és az iskolai készségek használata során, amelyek leginkább az olvasás, az írás, a helyesírás és a számolás területein okoznak problémákat. Fennállása nemcsak az iskolai teljesítményre, de a mindennapi tevékenységekre is jelentős hatást gyakorol.

A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO-10) a tanulási zavarok alkategóriái közé a következőket sorolja: F81.0 meghatározott olvasási zavar (dyslexia), F81.1 az írás zavara (dysgraphia), F81.2 az aritmetikai készségek zavara (dyscalculia), F81.3 az iskolai készségek kevert zavara, F81.8 egyéb fejlődési zavara az iskolai készségeknek, valamint F81.9 iskolai készségek nem meghatározott fejlődési zavara. A DSM-5 (APA, 2013) a tanulási zavar besorolását pedig három fő kategóriába rendezi: az olvasási készséget érintő specifikus tanulási zavar, a matematikai készséget érintő specifikus tanulási zavar, valamint az íráskészséget érintő specifikus tanulási zavar. Jelen tanulmányunknak nem célja a felsorolt tanulási zavarok részletezése, ezeknek a definíciója és meghatározása a jelzett szakirodalmakban megtalálható.

## A tanulási zavarral küzdő gyermekek tanulási motivációja, családi működése és szorongása

Bank (2017) tanulmányában felhívja a figyelmet arra, hogy a tanulási zavarral küzdő gyermekek tanulási motivációját elemző vizsgálatok leginkább csak nemzetközi szinten fordulnak elő. Számos tanulmányban megjelenik a tanulási zavarral küzdő gyermekek iskolai teljesítményére ható tanulási motiváció jelentősége, de az erre irányuló kutatásból származó empirikus adatmennyiség kevés (Zisimopoulos & Galanaki, 2009). Meltzer és munkatársai (2004) a tanulási zavarral küzdő tanulók énképével összefüggésben vizsgálták az erőfeszítéseiket, a teljesítményüket, a motivációjukat és az ehhez kapcsolódó tanári megítéléseket. Eredményük szerint a pozitív énkép pozitív összefüggésben áll a legtöbb vizsgált változóval, valamint negatív énkép esetén alacsonyabb motiváció, erőfeszítés és teljesítmény jellemző. Sideridis, Morgan, Botsas, Padelidu és Fuchs (2006) azt vizsgálták, hogy a motiváció, a metakogníció és a pszichés eredetű kórképek területén jelentkező problémák lehetnek-e előjelezői a tanulási zavarnak. Összehasonlítást végeztek a tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő kortársak körében, és eltérést találtak a motiváció és a célorientáció terén.

Falik (1995) meghatározása szerint a család befolyást gyakorol a tanulási zavarral küzdő gyermekekre, de a gyermek tanulási zavara is hatással van a családi rendszerre. Pontosabban a tanulási zavar, mint triadikus tapasztalat jelenik meg, ugyanis a tanulási zavar fennállásakor az interakciók az atipikusan fejlődő gyermek, a család és a külső környezet között zajlanak. A család részéről elengedhetetlen lenne a tanulási zavar elfogadása és megértése, a hatékony közelítési módok alkalmazása. Ellenkező esetben erősödhet a családi működés merevsége, diszfunkcionalitása, amely következtében ezek a családok eljutnak az inadekvát, rugalmatlan reakciók használatának szintjére. A tanulási zavar ilyenkor megjelenhet egyfajta stresszorként, amelyre a család az alkalmazkodás vagy az ellenállás módjaival reagálhat. Tehát a tanulási zavarra adott visszajelzésként középpontba kerül a családi kommunikáció, a szülői válaszok és reakciók. Margalit és Almougy (1991) vizsgálatukban tanulási zavarral küzdő, emocionális zavarral küzdő és tipikusan fejlődő tanulók szüleinek (anyák és apák) bevonásával mérték fel a családok adaptibilitását és kohézióját. A tanulási zavarral és az érzelmi zavarral küzdő gyerekek szüleinek válaszai alapján a családok adaptibilitása kaotikus, míg a tipikusan fejlődő tanulók szülei nagyobb arányban mutattak strukturált és rugalmas adaptibilitást. A kohézió tekintetében pedig a tanulási zavarral és az emocionális zavarral küzdő gyerekek apáinak és anyáinak válaszai szignifikánsan eltértek a tipikusan fejlődő gyerekek szüleinek válaszaitól. Tehát a tanulási zavarral küzdő gyerekek családjának interakciói szignifikánsan eltérnek a tipikusan fejlődő gyermekek családjainak interakcióitól, és az emocionális zavarral diagnosztizált gyerekek családjainak interakciós mintáival hasonlóságot mutatnak.

A tanulási zavarral küzdő tanulók szorongásával kapcsolatban alig néhány kutatási eredménnyel rendelkezünk. Egy tanári véleményeket elemző kutatás (Cullinan, Epstein & Lloyd, 1981 id. Harmatiné, 2014) eredményeiből kiderült, hogy a tanulási zavarral küzdő tanulók a tanórákon nagyobb szorongást mutatnak, önbizalmuk alacsony szintű, és a tevékenységekben való részvételt is kerülik. A következő viselkedésbeli megnyilvánulásokat írták le: könnyen zavarba jön, túlérzékeny, szorongó, feszült, szégyenlős, titkolózó, társas helyzetekben visszahúzódó, frusztrált, kisebbségi érzést él át, vagy krónikus szomorúság és depresszió jellemzi. Gyarmathy (2007) értelmezése alapján, diszlexia esetén könnyebben alakulhatnak ki társuló pszichés zavarok, mint a

tipikusan fejlődő populációban. Ennek talaja lehet a kora gyermekkorban átélt kudarc és frusztráció, az iskolai években megtapasztalt meg nem felelés és később a teljesítményproblémák átélése, amelyek negatív hatással lehetnek az érintett személyek önértékelésére. Ennek következtében gyakran szorongás, sértettség és/vagy agresszió alakulhat ki. A diszlexiás személyek különbözőképpen próbálják meg leküzdeni szorongásukat: passzív viszonyulással, agresszív megküzdéssel (lenéz vagy kritizál másokat, az általa átélt érzéseket okozza másoknak), manipulációval (nem mutatja ki az érzéseit, elkerüli a nyílt kommunikációt, hamis helyzeteket teremt, sértődékeny, gyanakvó) vagy asszertív viszonyulással (megoldja sajátos helyzetét és a nehézségeket, elfogadja önmagát és másokat, ismeri erősségeit és gyengeségeit is).

## **Kutatási célok**

Pilot vizsgálatunk célja a tanulási zavarral küzdő tanulók tanulási motivációjának feltárása, a kapott eredmények összehasonlítása a tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók mintája között. További célunk a családi működés és a szorongás eredményeinek összehasonlítása a két vizsgált minta között. A vizsgált háttértényezők és a tanulási motiváció összefüggésének azonosítása céljából korrelációt kerestünk a tanulási motiváció és a családi működés, illetve a tanulási motiváció és az iskolai tanuláshoz kapcsolódó szorongás között mindkét mintában.

A bemutatott célok alapján a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. A tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók tanulási motivációja között szignifikáns különbség van.
2. A szülők által meghatározott családi működésre vonatkozó családkép összefüggést mutat a tanulók tanulási motivációjával.
3. A tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók családi működése között különbség van.
4. A tanulási zavarral küzdő tanulók az iskolai tanulás során szorongóbbak, mint a tipikusan fejlődő tanulók.
5. A tanulók iskolai tanulás alkalmával megjelenő szorongása és tanulási motivációja összefügg egymással.

## **MÓDSZER**

Vizsgálatunkban összesen 37 fő hetedik és nyolcadik osztályos tanuló vett részt, akik közül 17 fő tanulási zavarral küzdő és 20 fő tipikusan fejlődő tanuló. Tehát kutatásunkat kis mintán végeztük el, és a résztvevő tanulókat három Tolna megyei oktatási intézményből választottuk ki. A tanulási zavarral küzdő tanulók részmintájában a nemek megoszlása szerint 10 fiú és 7 lány szerepel, valamint a tanulók átlagéletkora 14 év. A felmérést megelőzően a tanulási zavarral küzdő tanulók kiválasztása a BNO-kód alapján történt, amelyet dokumentumelemzéssel tettünk meg. A tipikusan fejlődő tanulók részmintájába a nemek megoszlása szerint 9 fiú és 11 lány tartozik, és a tanulók átlagéletkora 13,7 év. Továbbá a kutatás során felhasznált egyik kérdőív által a tanulók egyik szülője is bevonásra került, akiknek a létszáma összesen 37 fő volt, illeszkedve a tanulói létszámhoz.

A vizsgálati hipotézisek bizonyítására három standardizált, önkitöltős kérdőívet használtunk. A tanulók megkérdezésére irányuló kérdőívek a következők: Kozéki-Entwistle-féle (1986) tanulási motivációt vizsgáló kérdőív; illetve Sipos, Sipos és Spielberg (1988) vizsgaszorongás mérését célzó TAI-H (Test Anxiety Inventory) rövidítésű, magyarra adaptált kérdőíve. A tanulási motivációt mérő kérdőív összesen hatvan állítást tartalmaz, amelyek három dimenzióba (követő, érdeklődő, teljesítő) és dimenzióként három-három motívumcsoportba rendezhetők. A dimenziók a tanulók motivációs típusaihoz illeszkednek. A dimenziókhoz illeszkedve összesen kilenc motívumcsoport különböztethető meg: melegség, identifikáció, affiliáció, independencia, kompetencia, érdeklődés, lelkiismeret, rendszükséglet és felelősség. Egy kiegészítő skála, a presszióérzés, amely azonban nem motiváló hatású. A kérdőív állításai egy ötfokú Likert-skála mentén értékelhetők. A szorongás meghatározására szolgáló vizsgaszorongási kérdőív három skálát határoz meg: *összesített érték* (TAI/T), *aggodalom* (TAI/W) és *emocionális izgalom* (TAI/E). A kérdőív 20 állítást/tételt tartalmaz, amelyek értékelése négyfokú Likert-skála mentén valósult meg.

A szülői kérdőíves felmérés célja a családi hatalom, adaptivitás és kohézió megállapítása volt, amelyre Mátyai (1990) családtypológiai kérdőívét használtuk. A kérdőív alkalmas a kitöltő személy családjának családi működésével kapcsolatos elégedettségének a felmérésére. A kérdőív összesen 30 tételt tartalmaz, amelyek ötfokú Likert-skála segítségével értékelhetők.

## EREDMÉNYEK

### A tanulási motiváció, a családi működés és a szorongás vizsgált részminták közötti különbségei

A tanulási motiváció vizsgálatából kiderült, hogy a tipikusan fejlődő tanulók és a tanulási zavarral küzdő tanulók tanulási motívuma között csupán egy motívum esetén és a tanulási motiváció dimenziói között egyáltalán nem érzékelhető különbség. A két minta tanulási motivációja közötti különbségeket az 1. táblázatban jelöltük, amely eredmények alapján megállapítható, hogy nincs szignifikáns különbség a két minta tanulási motivációja között. Ugyanakkor a melegség motívumában észlelt különbség megmutatja, hogy a tanulási zavarral küzdő tanulókat kevésbé motiválja a gondoskodás és érzelmi melegség szükséglete, mint tipikusan fejlődő társaikat. De erre a megállapításra nem tekinthetünk úgy, mintha ez lenne a legkevésbé motiváló számukra, hiszen az összes vizsgált motívum közül a melegség motívumában érték el a legnagyobb átlagértéket.

Tanulási motívum	Tipikusan fejlődő tanulók Átlag (szórás)	Tanulási zavarral küzdő tanulók Átlag (szórás)	F (p)	t (p)
Melegség	27,05 (1,93)	24,12 (4,86)	11,63 (0,002)	2,34 (0,03)
Identifikáció	19,35 (4,76)	18,59 (4,46)	0,19 (0,67)	0,50 (0,62)
Affiliáció	22,00 (3,23)	22,06 (2,97)	0,10 (0,75)	-0,06 (0,96)
Independencia	21,20 (2,97)	20,29 (3,93)	1,58 (0,22)	0,80 (0,43)



Kompetencia	19,75 (4,30)	19,12 (4,70)	0,01 (0,92)	0,43 (0,67)
Érdeklődés	20,55 (4,91)	18,06 (4,71)	0,08 (0,80)	1,57 (0,13)
Lelkiismeret	24,55 (3,25)	22,71 (3,55)	0,02 (0,89)	1,65 (0,11)
Rendszükséglet	22,60 (3,80)	21,00 (4,94)	0,39 (0,54)	1,11 (0,27)
Felelősség	24,40 (5,00)	23,12 (3,20)	2,07 (0,16)	0,91 (0,37)
Presszióérzés	15,95 (4,60)	17,94 (5,43)	0,99 (0,33)	-1,21 (0,24)
Dimenziók	Tipikusan fejlődő tanulók	Tanulási zavarral élő tanulók	F (p)	t (p)
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)		
Követő	68,40 (6,39)	64,76 (9,84)	2,51 (0,12)	1,35 (0,19)
Érdeklődő	61,50 (9,58)	57,47 (9,14)	0,04 (0,84)	1,30 (0,20)
Teljesítő	71,55 (10,62)	66,82 (9,82)	0,41 (0,53)	1,40 (0,17)

5. táblázat. A tanulási motívumok és dimenziók minták közötti különbségei

A 2. táblázat megmutatja a két minta családi működése közötti különbségeket. A szülői válaszok alapján a családi működést meghatározó családkép skálái közül egyik érték sem mutatott szignifikáns különbséget sem a tipikusan fejlődő tanulók körében, sem pedig a tanulási zavarral küzdő tanulóknál. A tipikusan fejlődő tanulók mintájában a családi hatalom, a kohézió és az adaptivitás átlagai mind magasabb értékeket mutattak a tanulási zavarral küzdő tanulók mintájában jelölt értékekkel szemben. Ezek az eltérések azonban statisztikailag nem jelentősek. Továbbá a szülői válaszokból kapott, skálánként összesített nyerspontok segítségével meghatározható volt a tanulók családjára jellemző családtípus is. Jelen vizsgálatunkban a családtípus értékelésére csak felületesen térünk ki, inkább csak a besorolással foglalkozunk. Ennek oka az, hogy majdnem minden esetben egységes családtípust tudtunk megállapítani, így lehetetlenné válik a családtípusok mentén végzett különbségek meghatározása. A tipikusan fejlődő tanulók családjára minden esetben az „M” családtípus jellemző. A tanulási zavarral küzdő tanulók közül két tanuló esetében a „K” családtípus, a többi tanuló családjára pedig szintén az „M” családtípus jellemző. A családtípusok szerint a tipikusan fejlődő tanulók és a legtöbb tanulási zavarral küzdő tanuló családjára túlzott engedékenység, határozatlan irányítás és vezetés, erős kohézió, illetve folyamatosan változó szerep- és feladatmegosztás jellemző. A két, tanulási zavarral küzdő tanuló családját pedig kiegyensúlyozottabb hatalmi szerep; nem túl szoros, de megfelelő kohézió és megfelelő alkalmazkodóképesség jellemzi.

Skálák	Tipikusan fejlődő tanulók	Tanulási zavarral küzdő tanulók	F (p)	t (p)
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)		
Családi hatalom	35,25 (4,72)	34,53 (4,05)	0,05 (0,82)	0,49 (0,63)
Kohézió	23,75 (6,00)	22,29 (4,31)	3,08 (0,09)	0,83 (0,41)
Adaptivitás	40,35 (4,83)	38,59 (5,29)	0,48 (0,49)	1,06 (0,30)

6. táblázat. A családkép skáláinak minták közötti különbségei

A tipikusan fejlődő tanulók és a tanulási zavarral küzdő tanulók mintáiban kapott értékeket elemezve elmondható, hogy egyetlen szorongási skálán sem jelent meg szignifikáns különbség. Ezt a megállapításunkat a 3. táblázatban látható értékek támasztják alá. Az összesített érték (TAI összpontszám) és az emocionális izgalom átlaga a tipikusan fejlődő tanulóknál magasabb. Az aggodalom skáláján megállapított átlag a tanulási zavarral küzdő tanulóknál magasabb. Azonban az átlagokból megállapított eltérések csak minimálisak a vizsgált minták között, így ezek statisztikailag nem számottevők. Tehát az iskolai tanulás alkalmával megjelenő szorongás majdnem ugyanolyan mértékben jelenik meg a két mintában.

Skálák	Tipikusan fejlődő tanulók	Tanulási zavarral küzdő tanulók	F (p)	t (p)
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)		
TAI összpontszám	49,10 (12,32)	48,82 (13,86)	0,11 (0,75)	0,06 (0,95)
Aggodalom	18,25 (5,47)	18,94 (5,66)	0,07 (0,79)	- 0,38 (0,71)
Emocionális izgalom	21,10 (5,68)	20,47 (6,39)	0,49 (0,49)	0,32 (0,75)

7. táblázat. A szorongási skálák minták közötti különbségei

## A tanulási motiváció és a családi működés összefüggései

A tipikusan fejlődő tanulók körében a tanulási motívumok és a családi változók között egy esetben sincs szignifikáns összefüggés. Ahogy azt a 4. táblázat is mutatja, a tanulási zavarral küzdő tanulók esetében a tanulási motívumok közül az affiliáció a kohézióval áll szignifikáns, negatív összefüggésben. Tehát a lazább kohézióval működő családok gyerekei számára fontosabb a kortársakhoz való tartozás igénye. Az independencia és a családi hatalom közötti szignifikáns kapcsolat megmutatja, hogy a kiegyensúlyozott hatalmi felépítés pozitívan befolyásolja a tanuló saját útjának követés iránti szükségletét. A kompetencia az adaptivitással szignifikánsan és negatívan függ össze. Ez a negatív összefüggés azt mutatja meg, hogy alacsonyabb alkalmazkodó képességgel rendelkező családok gyerekei magasabb tudásszerzési szükséglettel rendelkeznek. Az érdeklődés és a kohézió közötti korreláció szignifikáns és negatív, amely összefüggés szerint a lazább kohéziójú családok gyerekei érdeklődőbbek és ennek megfelelően magasabb a kellemes közös aktivitás iránti szükségletük. A többi változó közötti összefüggés bizonyítására szolgáló korrelációs együttható értékei nem voltak statisztikailag jelentősek.

Minta	Tanulási motívumok	Családi változók		
		Családi hatalom r (p)	Kohézió r (p)	Adaptivitas r (p)
Tanulási zavarral küzdő tanulók	Melegség	0,40 (0,11)	-0,38 (0,13)	0,42 (0,09)
	Identifikáció	0,25 (0,34)	-0,37 (0,14)	-0,10 (0,69)
	Affiliáció	0,34 (0,19)	-0,54* (0,03)	0,28 (0,27)
	Independencia	0,51* (0,04)	-0,15 (0,58)	0,30 (0,25)
	Kompetencia	-0,08 (0,77)	-0,09 (0,74)	-0,56* (0,02)
	Érdeklődés	-0,41 (0,11)	-0,57* (0,02)	-0,20 (0,45)

Minta	Tanulási motívumok	Családi változók		
		Családi hatalom r (p)	Kohézió r (p)	Adaptivitás r (p)
	Lelküismeret	0,20 (0,44)	0,10 (0,69)	-0,21 (0,43)
	Rendszükséglet	0,29 (0,26)	0,04 (0,87)	0,08 (0,76)
	Felelősség	0,12 (0,66)	-0,03 (0,99)	-0,12 (0,66)
	Presszióérzés	-0,28 (0,28)	0,26 (0,32)	0,03 (0,91)

\* A korreláció szignifikáns  $p=0,05$  szinten; \*\*A korreláció szignifikáns  $p=0,01$  szinten

8. táblázat. A tanulási motívumok és a családi változók összefüggései a tanulási zavarral küzdő tanulók mintájában

A tipikusan fejlődő tanulók mintájában a tanulási motiváció dimenziói és az egyes családi változók között egyetlen esetben sincs szignifikáns kapcsolat. A tanulási zavarral küzdő tanulók mintájában egyedül a követő dimenzió és a kohézió között állapítható meg szignifikáns és negatív összefüggés ( $r = -0,52$ ,  $p = 0,03$ ). Ez azt jelenti, hogy a lazább kohéziójú családok gyerekei inkább a követő motivációs típusba sorolhatók. Tehát ezeknek a tanulóknak fontosabb az érzelmi melegség, a társakhoz való tartozás és a tanárokkal való elfogadó kapcsolat kialakulása.

## A tanulási motiváció és a szorongás összefüggései

A tanulási motívumok és a szorongási skálák közötti összefüggésekre vonatkozó adatok az 5. táblázatban láthatók. Ez alapján elmondható, hogy a tipikusan fejlődő tanulók esetén az identifikáció az aggodalommal szignifikáns és negatív kapcsolatban áll. Tehát a tanulás során kevesebb aggodalmat átélő tanulók számára fontosabb a tanárok részéről történő elfogadás szükséglete. Az independencia negatívan és szignifikánsan korrelál az összesített értékkel és az emocionális izgalommal. Az independencia és az emocionális izgalom közötti erős korreláció azt jelöli, hogy a tanulással kapcsolatos kevesebb emocionális izgalom átélése erős összefüggésben áll a saját út követésének szükségletével. A rendszükséglet és az aggodalom közötti összefüggés negatív, vagyis a tanulással kapcsolatos kevesebb aggodalom esetén magasabb értékkövetési igény jelenik meg. A felelősség és az aggodalom közötti negatív korreláció azt mutatja meg, hogy az iskolai tanulással összefüggő kevesebb aggodalom esetén magasabb szintű önintegráció jellemző, illetve a magatartás és morális személyiség szükséglete fokozottabban jelenik meg. A presszióérzés mindhárom szorongási skálával szignifikáns kapcsolatban áll, amelyek közül az összesített értékkel és az aggodalommal való kapcsolatot erős korreláció jellemzi. Tehát a tanulás során jelentkező magasabb aggodalmat és emocionális izgalmat átélő tanulók presszióérzése magasabb. Ezek a tanulók legtöbbször úgy érzik, hogy a tanárok megértés nélkül és irreálisnak sokat követelnek tőlük.

A tanulási zavarral küzdő tanulók körében az identifikáció és az összesített érték közötti negatív korreláció jellemző. Ebből arra következtethetünk, hogy kevesebb szorongási érték esetén magasabb a tanárok részéről történő elfogadás szükséglete. Az independencia az összesített értékkel és az emocionális izgalommal egyaránt negatívan korrelál. A tanulás folyamatában átélt kevesebb emocionális izgalom miatt a tanulási zavarral küzdő tanulók körében a saját út követésének a szükséglete magasabb mértékű lehet. A kompetencia negatív összefüggést mutat az összesített értékkel és az aggodalommal. Ez azt jelenti, hogy az a tanulási zavarral küzdő tanuló,

aki a tanulás során kevesebb aggodalmat él át, magasabb tudásszerzés iránti szükséglettel rendelkezik.

A presszióérzés mindegyik szorongási skálával szignifikánsan összefügg, vagyis magasabb aggodalom és emocionális izgalom esetén a presszióérzés is magasabb.

Minta	Tanulási motívumok	Szorongási skálák		
		TAI összpontszám r (p)	Aggodalom r (p)	Emocionális izgalom r (p)
Tipikusan fejlődő tanulók	Melegség	-0,36 (0,12)	-0,25 (0,30)	-0,34 (0,15)
	Identifikáció	-0,18 (0,44)	-0,55* (0,01)	-0,03 (0,92)
	Affiliáció	-0,22 (0,36)	-0,18 (0,44)	-0,14 (0,55)
	Independencia	-0,63**(0,003)	-0,38 (0,10)	-0,72**(0,00)
	Kompetencia	-0,27 (0,26)	-0,30 (0,21)	-0,23 (0,32)
	Érdeklődés	-0,18 (0,45)	-0,16 (0,50)	-0,26 (0,28)
	Lelküismeret	0,17 (0,48)	-0,06 (0,82)	0,18 (0,45)
	Rendszükséglet	-0,18 (0,45)	-0,48* (0,03)	-0,06 (0,80)
	Felelősség	-0,30 (0,20)	-0,54* (0,01)	-0,18 (0,45)
	Presszióérzés	0,64**(0,002)	0,73**(0,00)	0,49* (0,03)
Tanulási zavarral küzdő tanulók	Melegség	-0,06 (0,81)	-0,10 (0,70)	-0,03 (0,91)
	Identifikáció	-0,49* (0,05)	-0,44 (0,08)	-0,44 (0,08)
	Affiliáció	-0,44 (0,08)	-0,35 (0,17)	-0,42 (0,09)
	Independencia	-0,49* (0,05)	-0,37 (0,15)	-0,48* (0,05)
	Kompetencia	-0,54* (0,03)	-0,52* (0,03)	-0,46 (0,07)
	Érdeklődés	-0,15 (0,57)	-0,25 (0,33)	-0,09 (0,74)
	Lelküismeret	-0,15 (0,58)	-0,08 (0,77)	-0,20 (0,43)
	Rendszükséglet	-0,33 (0,19)	-0,41 (0,10)	-0,33 (0,19)
	Felelősség	-0,19 (0,47)	-0,15 (0,57)	-0,25 (0,33)
	Presszióérzés	0,54* (0,03)	0,48* (0,05)	0,49* (0,05)

\* A korreláció szignifikáns  $p=0,05$  szinten; \*\*A korreláció szignifikáns  $p=0,01$  szinten

9. táblázat. A tanulási motívumok és a szorongási skálákon mért értékek összefüggései

A tanulási motiváció dimenziói és a szorongási skálák közötti összefüggés a tipikusan fejlődő tanulók mintájában két esetben volt azonosítható. A követő dimenzió az aggodalommal mutat szignifikáns, negatív korrelációt ( $r= -0,58$ ,  $p=0,01$ ). Ez a kapcsolat úgy magyarázható, hogy a tanulás során átélt kevesebb aggodalommal rendelkező tanulók tanulási motivációját inkább az érzelmi melegség, a tanárokkal való elfogadó kapcsolat és a kortársakhoz való tartozás igénye jellemzi. Az érdeklődő dimenzió és az emocionális izgalom közötti kapcsolat negatív ( $r= -0,46$ ,  $p=0,04$ ), tehát alacsonyabb emocionális izgalom esetén a tanulók tanulási motivációjára inkább a saját út követésének, a tudásszerzésnek és a kellemes közös aktivitásnak a szükséglete jellemző.

A tanulási zavarral küzdő tanulók esetén az érdeklődő dimenzió szignifikáns, negatív összefüggésben áll az összesített értékkel ( $r= -0,57$ ,  $p=0,02$ ), az aggodalommal ( $r= -0,56$ ,  $p=0,02$ ) és az emocionális izgalommal ( $r= -0,49$ ,  $p=0,05$ ). Tehát a tanulóhoz kapcsolódó kevesebb

aggodalom és alacsonyabb emocionális izgalom következtében a tanulók tanulási motivációjában inkább a saját út követésének szükséglete, a tudásszerzés szükséglete és a kellemes közös aktivitás szükséglete válik jellemzővé.

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

A kis mintán végzett kutatásunk a 7. és 8. osztályos tanulási zavarral küzdő tanulók tanulási motivációjának megállapítására és a családi működés, illetve a szorongás, mint háttértényező befolyásoló szerepének meghatározására irányult. A tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók mintája között összehasonlításokat végeztünk a tanulási motivációra, a családi működésre és az iskolai tanuláshoz kapcsolódó szorongásra vonatkozóan. A három változó felmérésére kizárólag standardizált kérdőíveket alkalmaztunk: Kozéki és Entwistle (1986) iskolai motivációt mérő kérdőívét, Mányai (1990) családtipológiai kérdőívét, illetve Sipos, Sipos és Spielberger (1988) vizsgaszorongás kérdőívének magyar változatát (TAI-H). További fontos célkitűzésünk volt a tanulási motiváció és a szülői válaszokból megállapított családi működés, valamint a tanulási motiváció és a szorongás közötti összefüggések megállapítása. Az összehasonlításokat és az összefüggéseket minden esetben statisztikai elemzés elvégzésével tettük meg, ahol a szignifikáns adatok értékelésére törekedtünk.

Az eredmények megmutatták, hogy az iskolai tanulás során a tanulási zavarral küzdő tanulók számára kevésbé motiváló a tanárok gondoskodása és érzelmi közelsége a tipikusan fejlődő kortársakhoz képest, noha mindkét csoport esetén a domináns motívumok között szerepel. A további motívumokat illetően a tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók tanulási motivációja nem különbözik egymástól jelentős mértékben. A tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók családja a hatalmi szerepek, az összetartó erő és az alkalmazkodó képesség jellemzőinek szempontjából szinte megegyezik. Ugyanezt a megegyezést találtuk a tanuláshoz kapcsolódó szorongás esetében is. A szorongás tekintetében a tanulási zavarral küzdő tanulók az iskolában nem élnek át nagyobb szorongást, mint tipikusan fejlődő társaik. A szorongás jelentősen ugyan nem tér el a két mintában, de előző kutatások eredményeihez (Mányai, 1990; Szabó & Lőrinczi, 1998; Gömöri, 2006) hasonlítva, a jelen adatok magasabb szorongási értékeket mutatnak mindkét mintában.

A szülők által meghatározott családi működés nem befolyásolja jelentősen a tipikusan fejlődő tanulók tanulási motivációjának alakulását. Érdekes azonban, hogy a családi működés a tanulási zavarral küzdő tanulók tanulási motivációjával összefüggést mutat. Ugyanis a kevésbé összetartó családok gyerekei számára fontosabbak a kortársakkal való kapcsolatok és a közösen végzett aktív tevékenységekben (közös tanulás, közös szabadidős tevékenység) való részvétel igénye. A lazább kohéziójú családok gyerekei azonban nem csak a kortárskapcsolatokat, de a tanárokkal való jó és megbízható kapcsolatokat is szükségesnek tartják. A változékony alkalmazkodóképességgel rendelkező családok gyerekeire inkább a tudásszerzés, az intenzívebb tanulás jellemző. A hatalmi szerepek megoszlása szerint a kiegyensúlyozott családok gyerekei motiváltabbak a saját elképzeléseik követésében.

A családtípusok tekintetében a tipikusan fejlődő tanulók családjai minden esetben a túlzottan engedékeny, erős kohéziójú, illetve változékony szerep- és feladatmegosztással rendelkező családok

típusába tartoznak. A tanulási zavarral küzdő tanulók családjaira is többségében ez a típus jellemző, de minimális számban (2 fő esetében) a megfelelő családi működés típusa is megjelenik.

Eredményeink szerint tehát a tanulási zavarral küzdő tanulók családi működése összefügg a tanulási motivációjuk alakulásával, de a tipikusan fejlődő tanulók esetében a család befolyása nem jellemző. Ennek releváns oki magyarázatához további vizsgálatokra lenne szükség. Azonban feltételezésünk szerint a tanulási zavarral küzdő tanulók az iskolában többször találkozhatnak a társak és a tanárok részéről érkező elutasítással, kudarcokkal. Így számukra inkább a családjuk jelentheti a menedéket, még akkor is, ha a családi működés esetleg nem megfelelő.

A tanulókkal kapcsolatos szorongás jelentősen befolyásolja a tanulási motiváció alakulását mind a tipikusan fejlődő tanulók, mind a tanulási zavarral küzdő tanulók körében. A tipikusan fejlődő tanulók számára, akik kevésbé aggódnak a tanulás során, fontosabb a tanári gondoskodás, az értékek követése és a felelősség. Abban az esetben, ha ezek a tanulók a tanulás alkalmával nagyon aggódnak valami miatt és érzelmileg is nagyobb izgalom jellemző rájuk, akkor erősödik az az érzésük, hogy a tanárok irreálisan sokat követelnek tőlük. Az érzelmileg kevesebb izgalmat átélő tanulóknál pedig hangsúlyosabban jelenik meg a saját elképzelések követésének igénye. Továbbá a kevésbé aggódó tanulóknál inkább a kortársi és a tanári kapcsolatok követése jellemző, míg a kevesebb emocionális izgalmat átélő tanulóknál saját érdeklődésük követése, a versengés és a kreativitás jelenik meg. A kevésbé szorongó, tanulási zavarral küzdő tanulókra inkább a tanári gondoskodás szükséglete, illetve a tudásszerzés igénye jellemző. Úgy, mint a tipikus mintában, az érzelmileg kevesebb izgalmat átélő, tanulási zavarral küzdő tanulóknál is erősebben jelenik meg a saját elképzelések követésének igénye. A többször aggódó és izguló tanulók több alkalommal élhetik át azt az érzést, hogy a tanárok túl sokat követelnek tőlük. Ugyanakkor a kevésbé aggódó és szorongó tanulóknál a saját érdeklődés követése, a versengés és a kreativitás fontos igényként jelenik meg. Az összefüggések számából az is látszik, hogy a tipikusan fejlődő tanulók mintájában a szorongás több motívum esetében mutatott összefüggést az atipikus mintával szemben.

## **ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS**

Összegezve tehát megállapítjuk, hogy az első, a harmadik és a negyedik hipotéziseink, vagyis a tanulási motiváció, a családkép és az iskolai tanulás alkalmával megjelenő szorongás minták közötti különbségeire vonatkozó hipotézisek egyértelműen nem nyertek igazolást. Ez azt jelenti, hogy a tanulási zavar megléte ezeknek a változóknak az alakulását nem befolyásolja szignifikánsan. A második hipotézisünk részben nyert igazolást, mert a tanulási motiváció és a családi működés közötti összefüggés csak a tanulási zavarral küzdő tanulók mintáján volt szignifikáns. A tanulási motiváció és az iskolai szorongás összefüggésének vizsgálata során mindkét mintában sikerült a szignifikáns kapcsolat bizonyítása, így ötödik hipotézisünk igazolást nyert.

Mivel a családi működés és a szorongás tanulási motivációval való összefüggésének vizsgálata igazolást nyert, ezért hasznos lenne további kutatásokat végezni a témában. Különösen azért, mert kutatásunkat kis mintán végeztük el, amely így általánosításra nem ad lehetőséget, ugyanakkor megfelelő alapot ad egy nagyobb mintán végzett kutatásnak. Józsa (2000) véleménye szerint érdemesebb komplex pedagógiai, szociológiai kutatásokat végezni. Gömöri (2006) szerint pedig a szorongás vizsgálatával kapcsolatban a legbiztosabb eredmények akkor születnének, ha a tanulókat

néhány évfolyamon keresztül évente is megvizsgálánk előre kiválasztott mérőeszközzel/mérőeszközökkel. Ezek mellett fontos szempont, hogy a vizsgálatunkban is használt családtípológiai kérdőív (Mányai, 1990) változatos alkalmazása további felmérési lehetőségeket biztosít. Ugyanis a mérőeszköz a tanulókkal is kitölthető, amely alkalmas az észlelt és az ideális családkép megállapítására is.

Kis (2016) szerint nagy jelentősége van az atipikusan fejlődő tanulók és családjuk segítségének is. A megsegítés során figyelembe kell venni, hogy minden családnak megvan a saját egyedisége, és hogy a családon belül nemcsak egy személyt, de lehetőleg az egész családot kell segíteni, támogatni, információkkal ellátni. Fontos szerepe van a segítségnyújtásban a pedagógusnak és más szakembereknek is, akiknek fontos feladata a szülővel való megfelelő partnerkapcsolat kialakítása és fenntartása.

## Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 referenciaműve a DSM-5 diagnosztikai kritériumaiból*. Oriold és Társai, Budapest.
- Bank É. (2017). Motiváció és megküzdés tipikusan fejlődő és tanulási korlátokkal küzdő gyermekek körében. *Új kép: pedagógusok és szülők folyóirata*, 19.(1-4), 7–17.
- BNO-10 (2006). Betegségek Nemzetközi Osztályozása: gyakori kódok betűrendes mutatója. Animula Kiadó, Budapest.
- Csóti M. (2006). *Gyermekkori szorongás, iskolafóbia, pánikrohamok*. Pro Die Kiadó, Budapest.
- Dombi A. (2013). Pedagógiai professzió, szociálpedagógiai kompetenciák. In Dombi A. és Dombi M. (szerk.). *Fejezetek a szociálpedagógia köréből*. (pp. 65–78). Universitas Szeged Kiadó, Szeged.
- Falik, L. H. (1995). Family patterns of reaction to child with a learning disability: A mediational perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 28.(6), 335–341.
- Fejes J. B. és Józsa K. (2005). A tanulási motiváció jellegzetességei hátrányos helyzetű tanulók körében. *Magyar pedagógia*, 105.(2), 185–205.
- Fejes J. B. (2014). A kontextus szerepe a tanulási motiváció kutatásában – az elmélet és a gyakorlat távolságának egy megközelítése. *Magyar pedagógia*, 114.(2), 115–129.
- Fejes J. B. (2015). *Célok és motiváció*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Gádos J. (2009). A gyermekpszichiátria körébe tartozó zavarok. In Füredi J., Németh A. és Tariska P. (szerk.). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. (pp. 424–432). Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Gömöry K. (2006). Tehetséges tanulók intelligenciájának, tanulási stratégiájának, motivációjának és szorongásának fejlődése „normál”, illetve „válogatott osztályokban”. *Magyar Pedagógia*, 106.(3), 213–229.
- Gyarmathy É. (2007). *Diszlexia – a specifikus tanítási zavar*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.
- Harmatiné Olajos T. (2014). *Kit zavar a tanulási zavar? A tanulási zavarok társas és érzelmi oldala*. Pedellus Tankönyvkiadó, Debrecen.
- Józsa K. (2000). Az iskola és a család hatása a tanulási motivációra. *Iskolakultúra*, 10.(8), 69–82.
- Józsa K. (2005). A képességek és motívumok kölcsönös fejlesztésének lehetősége. In Kelemen E. és Falus I. (szerk.). *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*. (pp. 283–302). Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- Józsa K. (2007). *Az elsajátítási motiváció*. Műszaki Kiadó, Budapest.
- Józsa K. és Fejes J. B. (2010). A szociális környezet szerepe a tanulási motiváció alakulásában: a család, az iskola és a kultúra hatása. In Zsolnai A. és Kasik L. (szerk.). *A szociális kompetencia fejlesztésének elméleti és gyakorlati alapjai*. (pp. 134–162). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

- Józsa K. és Fejes J. B. (2012). A tanulás affektív tényezői. In Csapó B. (szerk.). *Mérlegen a magyar iskola*. (pp. 367–406). Nemzeti Tankönyvkiadó Zrt., Budapest.
- Kis N. (2016). Eltérően fejlődő gyermek a családban. *Gyermeknevelés*, 4.(3), 1–15.
- Kovács N. és Kékes Szabó M. (2016). Családkép és családideál napjainkban, avagy kisiskolások és pubertáskorú fiatalok vélekedései a családról. *Iskolakultúra*, 26.(7-8), 25–46.
- Kozéki B. és Entwistle, N. J. (1986). Tanulási motivációk és orientációk vizsgálata magyar és skót iskoláskorúak körében. *Pszichológia*, 6.(2), 271–292.
- Margalit, M. & Almougy, K. (1991). Classroom behavior and family climate in students with learning disabilities and hyperactive behavior. *Journal of Learning Disabilities*, 24.(7), 406–412.
- Mányai J. (1990). A családi működés diszfunkcióinak szerepe a 11-14 éves korúak veszélyeztetettségének kialakulásában. In Münnich I. és Szakács F. (szerk.). *Bűnöző fiatalok*. (pp. 109–138). Tankönyvkiadó, Budapest.
- Mesterházi Zs. és Szekeres Á. (szerk.). (2019). *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Meltzer, L., Reddy, R., Pollica, L. S., Roditi, B., Sayer, J. & Theokas, C. (2004). Positive and negative self-perceptions: Is there a cyclical relationship between teachers' and students' perceptions of effort, strategy use, and academic performance? *Learning Disabilities Research & Practice*, 19.(1), 33–44.
- Metzig, W. és Shuster, M. (2003). *Tanuljunk meg tanulni! A tanulási stratégiák hatékony alkalmazásának módszerei*. Medicina, Budapest.
- Nagy J. (1998). A kognitív motívumok rendszere és fejlesztése II. *Iskolakultúra*, 8.(12), 59–76.
- Novák É. (2009). *A családról mindenkinek*. JATEpress, Szeged.
- Pomerantz, E. M., Grolnick, W. S. & Price, C. E. (2005). The role of parents in how children approach achievement: A dynamic process perspective. In Elliot, A. & Dweck, C. (szerk.). *Handbook of motivation and competence*. (pp. 259–278). Guilford, New York.
- Réthy E.-né (2001). A tanulási motiváció elemzése. In Csapó B. és Vidákovich T. (szerk.). *Neveléstudomány az ezredfordulón. Tanulmányok Nagy József tiszteletére*. (pp. 153–161). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Sideridis, G. D., Morgan, P. L., Botsas, G., Padelidu, S. & Fuchs, D. (2006). Predicting LD on the basis of motivation, metacognition, and psychopathology: An ROC analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 39.(3), 215–229.
- Sipos K., Sipos M. és Spielberger, C. D. (1988). A Test Anxiety Inventory általános iskolások vizsgálatára kidolgozott magyar változata. In Mérei F. és Szakács F. (szerk.). *Pszichodiagnosztikai Vademecum I/2*. (pp. 136–148). Tankönyvkiadó, Budapest.
- Surján N. (2019). A tanulási zavar fogalmának története. *Gyógypedagógiai Szemle*, 47.(1), 33–49.
- Szabó É. és Lőrinczi J. (1998). Az iskola légkörének lehetséges pszichológiai mutatói. *Magyar Pedagógia*, 98.(3), 211–229.
- Zisimopoulos, D. A., & Galanaki, E. P. (2009). Academic intrinsic motivation and perceived academic competence in Greek elementary students with and without learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 24.(1), 33–43.



# Az integráció és az inklúzió elmélete és gyakorlata külföldön és hazánkban

KRAUSZ ANITA

[krauszanita@jgypk.szte.hu](mailto:krauszanita@jgypk.szte.hu)

---

## **ABSZTRAKT**

Háttér és célok: Az 1900-as évek második felétől világszerte egyre nagyobb hangsúly helyeződött a társadalmi integráció megvalósulására, szorgalmazva a hátrányos megkülönböztetés és a kirekesztés megszűnését (UNESCO,1994). Tanulmányunk középpontjába a sajátos nevelési igényű gyermekeket helyeztük, megvizsgálva, hogy milyen formában kapnak helyet a köznevelésben. Abból a gondolatból kiindulva, hogy ha már korai életkorban (óvodában, iskolában) együtt vannak a tipikusan fejlődő társaikkal, a társadalmi integráció már korai szakaszban kezdetét veszi (Fischer, 2009). Irvine (2012) szerint a gyermekek komplexebb személyiségfejlődése érdekében szerencsés, ha a mássággal minél hamarabb találkoznak. Az integrált oktatás elterjedése világszerte Nirje (1969) normalizációs elvének hatására kezdődött, azonban egészen eltérő módokban valósult meg. Mivel az integráció és inklúzió jelentése a mai napig nem egységes sem hazánkban, sem nemzetközi szinten (Saloviita & Schaffus, 2005; Papp, 2012), ezért tanulmányunk célja feltérképezni a nemzetközi és hazai integrált, illetve inkluzív oktatás helyzetét.

Módszer: Összehasonlító elemzésünkhöz Magyarországon kívül Finnország, Nagy-Britannia és Olaszország gyakorlatát választottuk, melyhez a szakirodalmon kívül az országok oktatáspolitikáját is megvizsgáltuk. Elemzésünk kitér az országok sajátos nevelési igény (SNI) fogalmának definícióra, hogy átfogóbb képet kapjunk gyakorlatukról. Munkánk során a szakirodalmi elemzés mellett a European Agency, illetve az országok statisztikai hivatalai által közreadott adatokat hasonlítottuk össze. A választott országok törvényi háttére egytől egyig az együttnevelést szorgalmazza, melyre a közoktatás és a felsőoktatás is igyekszik reflektálni.

Eredmények: Tanulmányunk összegzi a nemzetközi és hazai gyakorlatot, fontosságát a statisztikák alapján a sajátos nevelési igényű gyermekek évről évre egyre növekvő száma is jelzi. Az oktatás-nevelés minden fókán kardinális kérdést jelent tanításuk és fejlesztésük, ily módon napjainkban már valamennyi, oktatással foglalkozó szakember feladata a velük való munka.

Következtetések: Tanulmányunkban kirajzolódnak ugyan definícióbeli különbségek, mivel az SNI-kategóriák és megfogalmazásai, illetve a sajátos nevelési igényű gyermekkel való bánásmód országonként eltérő lehet, de mindezek ellenére az együttnevelés szükségességére hívják fel a figyelmet. Az együttnevelés nem csak a tanulókra gyakorol hatást, hanem közvetlen környezetükre is, ezáltal formálja attitűdjüket (Staub, 2005), hozzájárulhat a társadalmi integráció megvalósulásához. A jól működő befogadó oktatás új utakat nyithat, elősegítheti az inkluzív nevelés kialakulását, melyben minden tanuló egyenlő, a tanítás mindenki számára együtt, egy helyen történik, illetve a fejlesztésben mindenki részesül, akinek szüksége van rá.

**Kulcsszavak:** sajátos nevelési igény, integrált oktatás, inkluzív oktatás

---

## **HÁTTÉR ÉS CÉLOK**

Több mint egy milliárdan élnek a világon fizikai, intellektuális, vagy érzékszervi sérüléssel, melyből a gyermekek (0-18 éves) száma meghaladja a 93 milliót (WHO, 2011). Egyes elemzések szerint számuk elérheti akár a 150 milliót is (UNICEF, 2013). Az utóbbi évtizedekben világszerte egyetértés van abban, hogy minden gyermeknek joga van oktatásban részesülni, beleértve a fogyatékossgal élő gyermekeket is (UNESCO, 1989; ENSZ, 2008). Oktatásuk nemzetközileg már több évszázados múltra tekint vissza, melynek specifikus pedagógiája az évtizedek során

folyamatosan változott, igazodva a társadalmi igényekhez. Ezáltal szükségessé vált a gyógyító nevelés tudományának kialakulása, melynek fejlődése is folyamatosan idomult a társadalom elvárásaihoz.

A pedagógiában azonban a normalizációs elv hozta meg a kívánt változást, melynek gondolatát először Bank-Mikkelsen (1969) ültette a dán törvényekbe (Mental Retardation Act, 1959), majd őt a svéd Nirje (1969) követte. Nirje munkája azonban csak 1971-ben jelent meg az ENSZ ajánlásában (Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons, 1971). A nyolc fő pontban megfogalmazott normalizációs elve, az „értelmi fogyatékosok jogainak” védelmét hivatott biztosítani. Hazánkban Lányiné publikálta először 1976-ban (Hatos, 2007). A normalizálás célja a fogyatékossgal élő személyek életminőségének közelítése a tipikusan fejlődő társakéhoz. Ennek okán az integráció lett a normalizációs törekvések egyik eszköze, célja pedig a társadalmi integráció elősegítése. Nirje (1969) normalizációs elvének hatására szerte a világban indultak integratív pedagógiai törekvések, melyek hatással voltak az országok gyakorlatára és oktatáspolitikájára.

A fogyatékossgal élő és sajátos nevelési igényű gyermekek oktatása történhet szegregáltan, azaz speciális oktató-nevelő intézményi ellátásban, de megvalósulhat integrált és inkluzív keretek között is. Ezen tanulókat taníthatják többségi pedagógusok és gyógypedagógusok egyaránt. Az integrált és inkluzív iskola a nemzetközi és a hazai szakirodalom alapján nem csak a sajátos nevelési igényű tanulókra, de a tipikusan fejlődő tanulókra is komoly hatást gyakorol, mely kognitív és érzelmi területen egyaránt megfigyelhető (Csányi, 1995; Bless, 1995; Szegál, 2007; Gonçalves & Lemos, 2014).

## **Integráció**

Az integráció értelmezéséhez szükséges a speciális oktatás fogalmának magyarázatával kezdeni: jelentése az oktatásban értelmi és/vagy fizikai képességek alapján elkülönített tanulók tanítása, mely mindenképpen a homogén csoportok létrehozására törekszik (Réthyné & Vámos, 2006). Míg korábban azt feltételezték, hogy a többségi intézményekben nem lehet a sajátos nevelési igényű gyermekeket együtt nevelni a tipikusan fejlődő gyermekekkel, ma már ez a szemlélet megváltozott (Nakken & Pijl, 2002). Éppen ezért az integrációt a „sokféleség pedagógiája” névvel is illetik (Krawitz, 1995). Sokan úgy vélik, hogy a speciális oktatás az emberi jogok teljes megtagadását jelenti. Thomson (1990) azonban vitatkozik ezzel a szemlélettel, véleménye szerint csak azért, mert egy személynek emberi jogában áll bizonyos lehetőségekkel élni, nem jelenti azt, hogy az erkölcsileg is helyes döntés a számára. Ezáltal kimondja, hogy habár a jogok lehetővé teszik a befogadó oktatást, mégsem biztos, hogy minden gyermek számára az a legmegfelelőbb módja a tanulásnak (Thomson, 1990).

Az integráció elterjedését számos nemzetközi törekvés is szorgalmazta, úgy, mint például a Salamancai Nyilatkozat (UNESCO, 1994), hatásuk azonban országonként eltérően alakult. Mivel a gyakorlatban a mai napig sokan sokféleképpen használják a fogalmát, Hornby (2011) arra hívja fel a figyelmünket, hogy a társadalmi integrációt feltétlenül külön kell választanunk az oktatásban használt integrációtól. Mindezt azzal indokolja, hogy előfordulhat, hogy míg az emberek többsége egyetért az oktatásban történő fogadás elveivel, addig sokuknak fenntartása lehet a teljes befogadás

tekintve. Ezzel ellentétben Fischer (2009) és Irvine (2012) azt vallják, hogy az oktatásban bekövetkezett integráció elősegíti a társadalmi integrációt megvalósulását.

Formájáról azonban nagyon keveset tudunk. Tehát arról, hogy milyen gyakorisággal valósul meg lokális, szociális, funkcionális, fordított vagy spontán integráció, csekély számú adattal rendelkezünk. Réthy (2013) szerint Magyarországon az integrációnak számos formája megmutatkozik, a spontán integrációtól a teljes integrációig, azonban a formájára vonatkozó leírásokat nem, vagy csak elvétve találunk az intézményi dokumentumokban. Az iskolák dokumentumai viszont bármikor változhatnak, arra vonatkozóan nem létezik jogszabály, ezért az intézmények bármikor dönthetnek arról, hogy fogadnak sajátos nevelési igényű tanulót, vagy sem (Vida, 2017). Az elmúlt évek statisztikai adataiból arra következtethetünk, hogy az együttnevelés a törvénykezés támogatásával növekvő tendenciát mutat, növekszik az integráltan tanuló gyermekek száma (KSH, 2019). Azonban érdekes, hogy az integrációra a legnyitottabb oktatási formának az óvoda és a felsőoktatás bizonyul.

## Inklúzió

Az inklúzió a fenti fogadó szemléleten alapul, de ahogy Koster és mtsai (2009) is rámutatnak, különbözik tőle. Világszerte alkalmazott oktatási forma (Lindsay, 2018), mely biztosítja, hogy minden egyes tanuló a közösséghez tartozzon, tehát befogadó szemléletű, melynek legfőbb gondolata az „iskola mindenkinek” (Schools for All) iskolareform (UNESCO, 1994). Fogalomhasználata és kialakulása országoként eltérő lehet. Számos országban szülői törekvés eredményeként alakult ki, melynek egyik legfontosabb oka a gyermekek szocializációjának elősegítése volt (Scheepstra, Nakken, & Pijl 1999). Hegarty (1991) szerint az inkluzív iskola az a hely, ahol az oktatás a diákok igényeihez igazodik. Mindemellett kétségtelenül fontos mérföldkővet jelent az oktatás területén, amely lehetőséget ad, hogy a gyermekek megkülönböztető címkézés nélkül közösen tanulhassanak. A pedagógusok ebben az esetben az egyéni kibontakozást és fejlesztést képviselik. Egy olyan személyiségorientált nevelési formáról van tehát szó, amely nem a deficitre koncentrál (Réthy, 2013), ezen kívül az oktatásban betöltött szerepe vitathatatlanul jelentős, mivel a szocializációtól egészen a továbbtanulásig hatással van a gyermekek jövőjére. Komplexebb segítségadást von maga után, abban különbözve az integrációtól, hogy a tanulókat nem különíti el teljesítményüktől függően (Cairns & McClatchey, 2013). Hornby (2015) véleménye szerint, az inkluzív oktatás is mindenféleképpen multidimenzionális megközelítést igényel csakúgy, mint az integráció. Konceptiója magában foglalja az emberi jogok kérdését, a társadalmi sokszínűséget, a méltányosságot valamint a fogyatékosság és az oktatás kérdéskörét (Kozleski és mtsai, 2011; Loreman és mtsai, 2011; Mitchell, 2005; Slee, 2011; Smith, 2010; Topping, 2012). Kauffman, Anastasiou és Maag (2017) az inklúziót a legkevésbé korlátozó intézményi elhelyezésként írják le, ahol minden tanuló, beleértve a fogyatékossággal élő vagy sajátos nevelési igényű gyermeket, a lakóhelyéhez legközelebb eső oktatási-nevelési intézményben kap helyet.

Az inklúzió jogszabályi hátterét illetően elmondható, hogy az inklúzió és az integráció társfogalom, ezért az inkluzív oktatás törvényi szabályozása az integrációval kapcsolatos törvényeken alapszik.

Az eddigi kutatások objektív és szubjektív tényezői egyértelműen a befogadó környezet fontosságát hangsúlyozzák. A befogadó oktatáshoz Koster és mtsai (2009) a következő négy szociális dimenziót fogalmazták meg: (1) interakció a sajátos nevelési igényű gyermekek és a tipikusan fejlődő gyermekek között, (2) az osztálytársak elfogadó hozzáállása, (3) szociális kapcsolatok/barátságok kialakulása, (4) a sajátos nevelési igényű tanulók úgy érzik, elfogadják őket társaik (Koster, Nakken, Pijl és Van Houten-van den Bosch, 2009). Tehát a társak elfogadó attitűdje kulcsfontosságú az inkluzív oktatás működésében. Ezt számos eredmény is alátámasztja, úgy, mint Gonçalves & Lemos (2014), Gliga & Popa (2010) vagy Hussu & Strle (2010) vizsgálata, akik mind az attitűdöt célozták meg az együtt nevelt diákok és a környezetük szemszögéből. Krischler és mtsai (2018) kutatása viszont a pedagógusok attitűdjét vizsgálta, a kutatásban részt vevő felnőtt minta ambivalens nézetekkel bírt ugyan a sajátos nevelési igénnyel kapcsolatban, de elfogadóbbnak bizonyultak a tanulást érintő problémákkal szemben (tanulási nehézség vagy zavar), mint a viselkedést érintő problémák esetén (Krischler, Pit-ten Cate & Krolak-Schwerdt, 2018). Krischler és mtsai (2019) további kutatása rávilágít arra, hogy a pedagógusképzésben résztvevők és a már gyakorló pedagógusok pozitív attitűddel rendelkeznek ugyan az inkluzív oktatással kapcsolatban, de válaszaik nagymértékben az egyes definíciók differenciált kategorizálásával voltak összefüggésben. Eredményeik alapján elmondható, hogy az inkluzív pedagógia mélyebb megértését tanúsító pedagógusok attitűdje pozitívabb volt, válaszaik alapján felkészültségükről adtak számot (Krischler, Powell & Pit-ten Cate, 2019).

A hasznosságot tekintve a szakemberek között nincs egyöntetű vélemény a speciális oktatás, az integráció és az inklúzió létjogosultságát tekintve. Az általános iskolák pedagógusait vizsgáló kutatások arról adnak számot, hogy a pedagógusok egy része nem érzi magát képesnek az inkluzív munkára (Croll & Moses, 1998; Scruggs & Mastropicri, 1996). Az újabb kutatások az információ és a képzések hiányával, a szakemberek közötti team-munka szükségességével és a tárgyi feltételek hiányával magyarázzák a pedagógusok inklúzióhoz kapcsolódó attitűdjét (Monsen és mtsai, 2014; Monsen & Frederickson, 2004).

A gyakorlatban az inklúzióra való törekvés világszerte jelentős előrelépést jelent, melynek eléréséhez az integráció gyakorlati megvalósulása és az inklúzió elveihez való azonosulás szükséges. Lindsay (2018) szerint nélkülözhetetlen mind az iskolák szintjén, mind a hatóságok szintjén a befogadó szemlélet megvalósulása. Azonban már maga a sajátos nevelési igény megállapításának kérdése is örök dilemmát okoz az érintettek körében, melyet Norwich (2010) a „különbségek dilemmájának” nevez, mivel ha a gyermek rendelkezik a sajátos nevelési igény valamelyik kategóriájára vonatkozó diagnózissal, nagy eséllyel fenyegeti majd a megbélyegzés miatt. Abban az esetben pedig, ha nem kap a gyermek diagnózist, vélhetően nem részesül a képességeihez mérten a lehető legjobb fejlesztésben. Bár a megbélyegzés valószínűsége a diagnózis nélkül is fennállhat, mivel az sajátos nevelési igényű gyermekek viselkedése sokszor eltér a megszokottól, ami a pedagógusok és az osztálytársak ellenszenvét is kivívhatja. Tehát az inklúzió megvalósításához az inkluzív eszmék elfogadása és gyakorlása szükséges.

Tanulmányunk célja áttekinteni az együttnevelés (integráció és inklúzió) fogalmait, illetve megvalósulását, mely az egyes európai országokban különféle módokat követ (Lindsay, 2018). Továbbá céljaink között szerepel felmérni a jó gyakorlatokat, melyek emelhetik az oktatás minőségét. Végetetül kutatásunk célja mindemellett, az együttnevelés kialakulásában és működésében fellelhető különbségek lehetséges okainak feltárása.

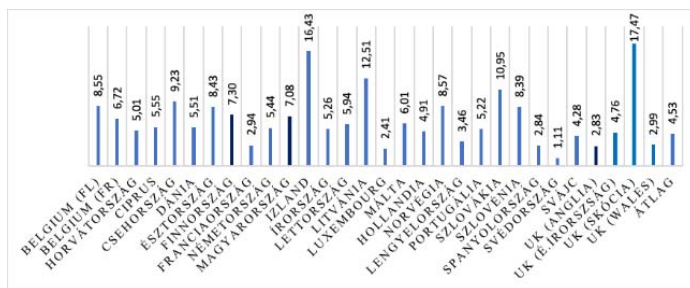
## MÓDSZER

Vizsgálatunkban négy ország, Magyarország, Finnország, Nagy-Britannia és Olaszország adatait vettük górcső alá. A szakirodalmi feltáró munkán kívül az országok oktatáspolitikáját és gyakorlatát is megvizsgáltuk. Elemzésünk kitér az országok sajátos nevelési igény gogalmának értelmezésével kapcsolatos definícióira, hogy átfogóbb képet kapjunk az ott folyó munkáról. Emellett bemutatjuk a törvényi háttérrel és a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatásban betöltött helyét, illetve a friss számadatokat is, melyeket a European Agency for Development in Special Needs and Inclusive Education, illetve az országok statisztikai hivatalai adtak közre.

## EREDMÉNYEK

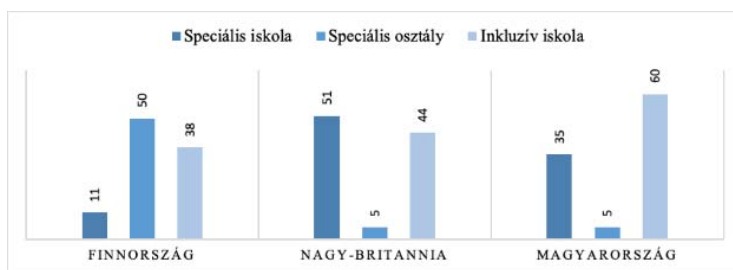
Tanulmányunkban tehát a következőkben négy országot emeltünk ki, melyek a sajátos nevelési igényű tanulók iskolai eloszlását tekintve más és más irányzatot követnek. Nyugat-Európából Nagy-Britanniát, az északi országok közül Finnországot, a mediterrán területről Olaszországot, illetve Magyarországot, mint közép-európai országot választottuk. Összehasonlításunkhoz a szakirodalom tanulmányozása mellett a European Agency for Special Needs and Inclusive Education (továbbiakban: Ügynökség) által közreadott adatokat is megvizsgáltuk.

Az Ügynökség 2017-es tájékoztatója a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatását vette górcső alá. Beszámolójuk kitér az oktatási formákra, az együttnevelés és az elkülönítés formáira és ezek megvalósulásának gyakoriságára. A 23 országot felölelő kimutatása kitér az országokban a hivatalos szakértői véleménnyel rendelkező sajátos nevelési igényű tanulók arányára is, melyet az 1. ábrán mutatunk be. Az ábrán kiugró adatokat mutat ugyan Skócia és Izland, elemzésünkhez azonban ezen országok eredményeit nem használtuk. A későbbiekben viszont mindenképpen érdekes lehet Nagy-Britannia országainak összehasonlítása is, mivel Skócia más szemléletű iskolarendszere is okozhatja a kiugró eredményt.



1. ábra. Hivatalos szakértői véleménnyel rendelkező Sajátos nevelési igényű tanulók aránya az iskolás populáción belül (%) (European Agency, Country Information, 2017).

Listájukon vannak azonban hiányosságok, például az országok jelenlétét tekintve, Olaszországról a 2017-es tájékoztató még nem rendelkezett adatokkal. Az olasz adatok azonban az integráció és inklúzió megvalósításával kapcsolatban érdekesek, mivel már nagyon korán, 1977-ben törvénybe foglalták többek között az egy osztályban tanuló fogyatékossgal élő gyermekek lehetséges létszámát, illetve felszámolták az állami bentlakásos és speciális intézményeket (1977/517 törvény). De Olaszországhoz hasonlóan az angol oktatási rendszer is arra törekszik, hogy minél több tanuló tanulhasson többségi iskolában, hangsúlyozva a szociális, beilleszkedési szempontokat is.



2. ábra. Sajátos nevelési igényű tanulók elhelyezkedése a három európai ország iskoláiban az Ügynökség adatai szerint (European Agency 2017).

A 2. ábra az Ügynökség kimutatása alapján készült, a sajátos nevelési igényű tanulók intézményes elhelyezését mutatja, az olasz adatok hiányában csak a másik három országot tüntettük fel. Ahogy fent említettük, a sajátos nevelési igényű tanulók iskolai elhelyezése országonként eltérő lehet, kihatással van rá az ország gazdasági és politikai helyzete is. Eredményeik alapján elmondható, hogy míg a finn sajátos nevelési igényű tanulók csak csekély számban tanulnak speciális intézményekben, a többség integráltan vagy inkluzív formában vesz részt az oktatásban, addig a brit sajátos nevelési igényű gyermekek közel fele tanul speciális intézményben. A hazai, diagnózissal rendelkező gyermekek pedig az Ügynökség adatai szerint a legnagyobb számban inkluzív formában tanulnak (Country Information, 2018). A gyakorlatot ismerve azonban kérdéseket vetnek fel ezek az eredmények, melyre a választ az Ügynökség kutatómódszertani kiadványa adja. Kimutatásukban inkluzív ellátásnak minősül, ha a tanuló az iskolaidő 80%-át többségi társaival együtt tölti, amely a hazai fogalomhasználatban gyakorlatilag az integrált oktatásban való részvételt is jelenti. A kimutatás továbbá definiálja az integrált oktatást is, amelyben külön osztályban, de egy intézményben tanulnak a sajátos nevelési igényű gyermekek. Ez alapján elmondható, hogy az önbevalláson alapuló eredmények nem minden esetben fedik a gyakorlatot, illetve a jelentésben felhívják a figyelmet arra is, hogy nem minden ország tudta pontosan meghatározni a sajátos nevelési igényű tanulóik ellátását (Methodology Report, 2018). Tanulmányunkban ezért az Ügynökség adatai mellett az országok statisztikáit is megvizsgáltuk.

Mivel az országok oktatáspolitikája nagyban hozzájárul a sajátos nevelési igényű gyerekek intézményes ellátásához, ezért az 1. táblázatban összegyűjtöttük a kiválasztott négy ország integrációval kapcsolatos főbb törvényeit és intézkedéseit. Az Európai Bizottság 2013-as beszámolója is kiemeli, hogy az Európai Unióban erős a politikai konszenzus a befogadó oktatás fontosságát illetően (European Commission, 2013). Az inklúziós stratégiák azonban országonként eltérhetnek, Olaszországban például már viszonylag korán felszámolták az intézményesített

speciális oktatási formát, különnevelésre napjainkban csak csekély számban kerül sor (European Agency, Country Information, 2018). Finnország oktatására az integráció jellemző, de megtalálhatóak az inkluzív iskolák is, illetve azokat a diagnózissal rendelkező tanulókat oktatják külön, akiknek szükségük van a speciális megsegítésre. Nagy-Britanniában mindhárom oktatási forma megtalálható, és mindhárom jól kiépített rendszerrel és eszközparkkal rendelkezik. Hazánkban az eszközpark nem, de a segítő rendszerek jól kiépültek az évek során és jól működnek, a személyi feltételt tekintve pedig utazó gyógypedagógusi hálózat áll a sajátos nevelési igényű gyermekek segítségére. Tehát a négy ország gyakorlata változatos mintát követ, habár az alapelvük (az inklúzióra törekvés) azonos, a törvényi háttér mégis más-más időpontban jelent meg (1. táblázat). A törvények szövegeit tanulmányozva, az inklúzióra utaló intézkedések megjelenése Olaszországban már a 90-es években megfigyelhető volt, míg a hazai törvények esetében nem találtunk ráutaló elveket.

	<b>Finnország</b>	<b>Nagy-Britannia</b>	<b>Olaszország</b>	<b>Magyarország</b>
<b>Integrációt segítő szabályozások</b>	1983. évi Törvény 1995. évi Iskolareform 1998. évi Szakképzési törvény 2003. évi Nemzeti Alaptanterv 2011. évi Alapoktatási törvény	1978. Warnock-jelentés 1981. évi Oktatási Törvény 1993. évi Oktatási Törvény 2006. évi Gyermekgondozási törvény	1971. évi 118 Törvény 1977. évi 517 Törvény	1985. évi I. sz. Oktatási törvény 1993. évi LXXIX. Törvény a közoktatásról 2003. évi CXXV. Törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról 2011. évi CXC. Törvény 32/2012 (X.8) EMMI rendelet 2014. évi CV. Törvény a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. Törvény módosítása 2015. évi LXV. Törvény a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. Törvény módosításáról
<b>Inklúziót segítő szabályozások</b>	2014. évi Nemzeti Alaptanterv	2010. évi Esélyegyenlőségi törvény 2011. évi Oktatási osztály nyilatkozata 2014. évi Gyermekek és családok jogáért törvény	1992/104 Törvény 2000/328 Törvény 2015/107 Törvény	

1. táblázat. Integratív törekvések áttekintése a négy ország esetében.

A következőkben az országok gyakorlatát és törekvéseit mutatjuk be, hogy még árnyaltabb képet adjunk a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásáról.

*Finnországban* sajátos nevelési igényű tanuló az a gyermek, akinek tanulása a következő okokból akadályozott: fogyatékoság, betegség, megkésett fejlődés, érzelmi zavar vagy egyéb meg nem határozott ok. Ezen tanulóknak joguk van a speciális igényű vagy (a sérüléstől függően) többségi oktatáshoz, a hallgatói jóléti szolgáltatásokhoz és oktatási tanácsadáshoz (European Agency for Development in Special Needs Education, 2013). Az országban az integráló törekvések már viszonylag hamar elkezdődtek, a speciális oktatás az 1980-as évek végén közeledni kezdett a többségi oktatáshoz (Kivinen, 1988) és integráló iskolák jöttek létre. Azonban a sajátos nevelési igényű tanulók továbbra is tanulhatnak speciális intézményekben, vagy többségi társaikkal együtt, integráltan vagy inkluzívan (Réthy, 2013). A sajátos nevelési igényű gyermekek oktatásának meghatározása az évtizedek során több változáson ment keresztül, kezdve az érzékszervi fogyatékos gyermekek szelekcijával, a fogyatékossgal élő személyek rehabilitációján át, a normalizációs elvre való törekvésen túl eljutottak az inklúzió elvének megvalósításáig. Ennek eredményeképpen az ország nagy hangsúlyt fektet a sajátos nevelési igényű tanulók és a tanulókat fogadó intézmények segítésére (anyagi és személyi feltételek biztosítására). Ez is igazolhatja azt, hogy Finnországban közel 40%-ban inkluzívan tanulnak a sajátos nevelési igényű gyermekek (2. ábra). Az inklúzió feltételeinek megteremtése magától értetődő abban az esetben, ha a tanuló fejlődése a tipikusan fejlődő társakkal együtt lehetséges. Azonban Naukkarinen (2008) kutatásában az általános iskolai tanárképzés hiányosságaira hívja fel a figyelmet. Szerinte további erőfeszítések szükségesek az inkluzív oktatás tartalmának fejlődése érdekében, úgy, mint, a folyamatos pedagógus továbbképzés, a fogalomhasználat egységesítése, illetve a szociális modellhez való igazítása (Saloviita & Schaffus, 2005). Tehát az iskolai gyakorlat ne az orvosi szóhasználatot kövesse, a munka középpontjában a tanulói sokfélelég álljon (Naukkarinen, 2008). A támogatott diákok köre viszonylag nagy a 2018-as adatok alapján, az általános iskolai tanulók mintegy 18,8%-a részesült valamilyen támogatásban, legyen az intenzív vagy különleges támogatás (Statistics Finland, 2019).

Az országban már az 1998-as szakképzési törvény óta törekednek arra, hogy a speciális igényű oktatás és képzés integrálódjon a többségi pedagógiába, például ha a diáknak nehézségei adódnak a tanulással, akkor személyreszabott egyéni fejlesztési tervet készítenek számára (European Agency for Development in Special Needs Education, 2013). A statisztikák 2010-2012-ig arról adtak számot, hogy nagy arányban az olvasási és írási nehézségekkel küzdő gyermekeket nevelik együtt a finn iskolák (Takala & Ahl, 2014). Az általános iskolás korú sajátos nevelési igényű gyermekek kétféleképpen részesülhetnek speciális oktatásban, az egyik lehetőség, hogy a gyermek az iskolaidő teljes egészét a speciális intézményben tölti, a másik pedig, hogy csak a nap valamely szakában van jelen a speciális intézményben. Ez utóbbi csoportba tartozó sajátos nevelési igényű gyermekek többségi osztályban tanulnak, de vannak olyan tantárgyak, amelyeket külön szakember segítségével tudnak csak elsajátítani. Számuk 2009-ben elérte az akkori finn alapfokú képzésben résztvevők 23%-át (Uusitalo-Malmivaara és mtsai, 2011).

Az azonban elmondható, hogy jellemzően a legtöbb diák állami iskolába jár, az egyes korcsoportok kevesebb, mint 2%-a tanul csak magániskolákban (Finnish National Agency of Education, 2013). Fontos mérföldkőnek tekinthető a 2014-ben közreadott nemzeti tantervük, melyben már célként szerepel a szülők bevonása az oktatás folyamataiba, ezeket az új irányelveket



2016 szeptemberétől már beépítették az iskolák a helyi tanterveikbe. Ilyen például az aktív tanulók beillesztése a mindennapok oktatásába, az integrált oktatás gyakorlatába, illetve a fenntartható oktatás megvalósítása (European Agency, Country Information, 2018). Az Ügynökség friss adatai alapján a legnagyobb arányban speciális osztályokban tanulnak a finn sajátos nevelési igényű gyermekek, ezek a külön osztályok azonban a többségi intézményekben kapnak helyet, tehát integráló közösségben részesülnek oktatásban. A speciális oktatásban részesülő csoport azonban viszonylag kevés sajátos nevelési igényű gyermeket foglal magában. Habár törekednek arra, hogy minden térségben helyet kapjon speciális intézmény, ahol a halmozottan sérült tanulókat oktatják, számuk viszonylag elenyésző, csupán a finn sajátos nevelési igényű tanulók 3,7%-a volt speciális intézmény tanulója Réthy (2013) összefoglalója alapján. Számuk a 2016/2017-es összefoglaló alapján is csekélynek mondható, azonban az ország zömével halmozottan sérült tanulói számára jó lehetőséget kínál, mivel több városban működik jól felszerelt speciális iskola, amelyekben a gyermekek együtt tanulhatnak hasonló fogyatékkal élő társaikkal. Az iskolaválasztásról elmondható, hogy az inklúziós elvek alapján működik, azonban a szülőnek jogában áll intézményt választani. Takala, Pirttimaa és Törmänen (2009) alapján elmondható, hogy az úgynevezett rész munkaidős speciális oktatás is helyet kap a finn rendszerben, amely nem más, mint fejlesztések és plusz foglalkozások a speciális iskolában. Ebben az esetben a tanuló nem kap diagnózist, csupán biztosítják számára a megfelelő fejlesztést és a megfelelő szakembert. A finn oktatás kétségkívül évtizedek óta sikeres, ezt a PISA mérések eredményei is alátámasztják. Azonban sikerességének titka többek között ebben a megoldásban is rejlik, mivel a tanulóknak nem kell iskolát váltaniuk, csupán csak heti néhány alkalommal fejlesztésre járniuk. Mindebből arra következtethetünk, hogy az integráció helyett az inklúzió szellemisége érvényesül, az Ügynökség adatai azonban mégsem erről számolnak be, Takala és mtsai (2009) szerint a finn oktatás elsődleges célját az inklúzió jelenti. Ennek megfelelően a pedagógusképzésben is helyet kapnak a gyógypedagógiai alapismeretek, sőt a gyógypedagógusképzés korosztályszerűen történik. Mindemellett a gyógypedagógusképzés középpontjában nem a fogyatékos ténye áll, sokkal inkább a célokra, és a tanárok számára szükséges tudás, illetve készségek széles körű biztosítására fókuszálnak (European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

*Nagy-Britanniában* sajátos nevelési igényű tanuló az a gyermek, fiatal, akinek valamilyen módon gondot okoz a tanulás, teljesítménye alulmarad a korosztályától elvárttól, illetve akadályozottsága kihat az élet más területeire is, a gyermek látássérült, hallássérült, mozgáskorlátozott, értelmi fogyatékos, beszéd-fogyatékos (Special educational needs and disability code of practice, 2015). Angliában külön megkülönböztető jelzést kapnak azok a tanulók, akiknek egészségügyi ellátásra is szükségük van, esetükben az „Education, Health and Care” (EHC) jelölést használják (Special educational needs in England, 2018). Napjainkban az angol sajátos nevelési igényű gyermekek közel fele tanul speciális iskolákban, a mintegy 1037 államilag működtetett speciális intézmény ad helyet a tanulóknak. A leggyakoribbak az autizmus spektrum zavarral élő tanulók és az értelmileg akadályozott tanulók (középsúlyos, és súlyos fokban sérült) számára létrejött intézmények (Special Educational Needs in England, 2017). Érdekes, hogy a Finnországra jellemző speciális osztály csak csekély számban fordul elő az angol rendszerben. Az iskolaválasztásban a szülők dönthetnek, abban az esetben, ha a szülő az integrált nevelés mellett dönt, a lakóhelyéhez legközelebbi iskolába kerül a gyermek (Réthy, 2013). Nagy-Britannia oktatásában a Warnock-jelentés hozta a jelentős változást, mely a speciális oktatás első átfogó áttekintése volt 1978-ban, és alapja mind a fogalmi, mind a formálódási folyamatnak (Lindsay, 2018). A jelentés többek között kimondja, hogy

valamennyi speciális nevelési szükségletű gyermeket integrálni kell a közösségi élet és az oktatás területén. Warnock bízott abban, hogy csökken majd a sajátos nevelési igényű gyermekek megbélyegzése, azonban Cigman (2010) szerint a Warnock-jelentés hatására a megkülönböztető címkék megváltoztak ugyan, de a címkézés tovább folytatódott. A „valódi” integráció kezdetét az 1981-es oktatási törvénytől datáljuk, melyben az integráció fogalma, mint a társadalmi demokrácia megjelenése jelenik meg az intézményes nevelésben. Annak ellenére, hogy az országban már 1976 óta kötelező a legsúlyosabb mértékben sérült gyermekek oktatása, csak az 1993-as törvény finomított a rendelkezésein, miszerint a gyermekek intézményes elhelyezése a helyi tanügyi hatóságok (Local Education Authority, LEA) kötelessége, abban az esetben, ha a szülők is egyetértenek a hatósággal (Bernolák, Komonczy és Salát, 1994). Nagy-Britannia oktatási rendszere számos regionális különbséggel bír, külön jogszabályok vonatkoznak a különböző területekre, így Angliára, Észak-Írországra, Skóciára és Walesre is más és más törvények vonatkoznak. A 2010-es esélyegyenlőségi törvény arra kötelezte az iskolákat és a helyi önkormányzatokat, hogy ne tegyenek hátrányos megkülönböztetést a sajátos nevelési igényű tanulókkal szemben, illetve, hogy az állami szervek (iskolák, önkormányzatok) vegyék figyelembe a megkülönböztetés megszüntetését és biztosítsanak egyenlő esélyeket az emberek különböző csoportjai számára. A 2014-es, gyermekekről és családokról szóló törvény számos feladatot ró a helyi önkormányzatokra, például előírja, hogy az önkormányzatok feleljenek a sajátos nevelési igényű fiatalok oktatási, egészségügyi és gondozási igényeinek kielégítéséért, és szükség esetén kötelességük a hivatalos oktatási, egészségügyi és gondozási terv (EHC) elkészítése is. Feladataik közé tartozik még a szülőkkel történő konzultáció, illetve ők tesznek ajánlatot a sajátos nevelési igényű gyermekek intézményes ellátására is. Az angol pedagógusképzés szintén nagy hangsúlyt fektet a gyógypedagógiai alapismeretekre, a kormány kiemelt célja, hogy megfelelően felkészült többségi pedagógusok kerüljenek ki az egyetemekről, akik a gyógypedagógusokkal és egyéb segítő szakemberekkel team-munkát tudnak végezni (European Agency, 2018).

*Olaszország* a sajátos nevelési igény (bisogni educativi speciali, röviden BES) fogalmára vonatkozó definíciójával kapcsolatban meg kell jegyezni, hogy nagyon tágan értelmezi azt: magában foglalja a fogyatékossgát, illetve a hátrányos helyzetet is. Már viszonylag korán, 1977-ben adaptálták az inklúzió elvét, mely szerint minden gyermek a lakóhelyéhez legközelebb eső intézményben köteles tanulni. Ez a törvény a speciális intézmények eltörlésére, vagy legalábbis a számuk csökkentésére törekedett. Mindemellett a többségi intézmények munkájának és elveinek megváltoztatását is sürgette, annak érdekében, hogy fogadhassák az addig speciális intézményekben tanuló diákokat (Cornoldi és mtsai, 1998). Az inklúzió kialakulásának első jogi alapkövet 1971-ben lefektették (Anastasiou és mtsai, 2015). Az 1971-es 118. törvény kimondja, hogy minden fogyatékossgal élő gyermek, kivéve a legsúlyosabb állapotú gyermekeket, részesüljenek általános iskolai oktatásban. Ezt követően 1977-re Olaszország bezárta a speciális iskolákat, mivel az 517. törvény előírta, hogy minden fogyatékossgal élő tanulót együtt kell nevelni. Tehát a 70-es évek törvényei még az integrációt szorgalmazzák, azonban az 1980-as évektől már az inkluzív oktatásra helyeződik a hangsúly, ami a nevelés-oktatás intézményei közül először az óvodákban és a középiskolákban valósult meg. A sikeres együttnevelést elősegíti a megfelelő jogi háttér biztosítása, mely az évtizedek során elősegítette a személyi és anyagi feltételek kialakítását és formálódását. Réthy (2013) szerint az olasz társadalomban széles körben elfogadottá vált az együttnevelés, ezáltal a szemléletformálás is elkezdődött.

2010-ben már csak a sajátos nevelési igényű tanulók 1%-a részesült speciális oktatásban, köszönhetően annak, hogy az olasz intézkedések már kezdetben is az inkluzív nevelést szorgalmazták, melyet az iskolák gyakorlata is követett. Bevezették a kis létszámú osztályokat annak érdekében, hogy könnyítsék a pedagógusok munkáját. Azonban nem csak ezzel igyekeztek segíteni a pedagógusokat,

hanem az úgynevezett támogató tanárok (insegnante di sostegno) jelenlétével is. 2009-ben a számuk megközelítette a 90 000 főt. Ők túlnyomóan ugyanolyan tanárképzésben részesültek, mint a többségi pedagógusok, kiegészülve a támogató tanári képzéssel (Del Ben, 1996). A támogató tanárok a pedagógusok segítése mellett sajátos nevelési igényű gyermekekkel is foglalkoznak, de legfeljebb négy sajátos nevelési igényű tanulójuk lehet (Vianello, 1996). Meazzini (1987) szerint azonban ez nem a leghatékonyabb szabályozás, mert így a sajátos nevelési igényű tanulók nem rendelkeznek megfelelő személyes interakcióval azokkal a pedagógusokkal, akiket kifejezetten a sajátos nevelési igényű tanulók oktatására képeztek. 1996-ban a diagnózissal rendelkező tanköteles diákok 98,5%-a tanult együtt többségi társaival (Vianello, 1996), 2010-ben már a sajátos nevelési igényű tanulók 99%-a, az Ügynökség 2018-as adatai szerint pedig már 100%-osnak mondható az együttnevelés. Azonban azt meg kell jegyezni, hogy nem minden esetben kapnak a gyermekek diagnózist például a tanulási problémák esetén.

A pedagógusok pozitív attitűddel rendelkeztek az inklúzióval kapcsolatban (Mega és mtsai, 1998), sőt azt is megfigyelték, hogy az általános iskolákban tanítók pozitívabb attitűddel rendelkeznek, mint a középiskolában tanítók, ami egyezik egy korábbi amerikai vizsgálat eredményével (Rogers, 1987). Cornoldi és mtsai (1998) vizsgálata is alátámasztja az olasz pedagógusok nagyfokú elfogadását, a vizsgált minta kevesebb, mint 5%-a nem értett egyet az inklúzió koncepciójával. Hozzáállásuk azonban nagymértékben függött az előzetes tapasztalataiktól. Napjaink gyakorlatát vizsgálva Anastasiou és munkatársai (2015) rámutatnak arra, hogy az osztálytermi munka nem minden esetben ideális, mivel a jogalkotás a többi európai országhoz hasonlóan az évek során nem bővítette a fogyatékosokkal élő személyek jogait. Ezek alapján úgy tűnik, hogy az olasz gyakorlat és jogalkotás nem egységes. Azonban az elemzés alapján elmondható, hogy Olaszország közel jár a teljes inklúziót biztosító rendszer működéséhez.

*Magyarországon* az 1985. évi I. sz. oktatási törvény hatására már bizonyos esetekben megvalósult az együttnevelés, de ekkor még sokan megkérdőjelezték a létjogosultságát (Mesterházi, 2007). Az 1993-as közoktatási törvény lehetőséget biztosított a hazai integrált oktatás széles körű megvalósítására, de az iskolák személyi és tárgyi feltételei nem minden esetben voltak adottak az eredményes munkához. Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény jelentett változást, körülhatárolva és bővítve az esélyegyenlőség fogalmát. A hazai definícióban még mindig a diagnózison van a hangsúly, 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről (továbbiakban köznevelési törvény) szerint: „*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*” (4. §. 25. pont). Mindezek szerint elmondható, hogy hazánkban a sajátos nevelési igény nagyon tág kategória, mind törvényi, mind szakmai értelemben (Vida, 2017). Azonban Csépe (2008) szerint a fogalom használata mindenképpen előrelépést jelentett a „fogyatékos” kifejezés kiterjedt használatához képest.

A gyakorlatban a diagnózis nélkülözhetetlen feltétele a gyermek és a család megsegítésének. A szakértői bizottság javaslatot tesz a gyermek iskolai elhelyezésére, amibe a szülőnek is van beleszólása, de a döntés több tényezőtől függ. A köznevelésben a 2018/2019-as tanévben a mintegy 1 669 000 gyermekből és fiatalból közel 88 000 fő rendelkezett sajátos nevelési igény diagnózissal, csakúgy, mint a 2017/2018-as tanévben (KSH, 2019). Ha a számokat vizsgáljuk, a legtöbb sajátos nevelési igényű gyermek az általános iskola 8. évének valamelyikében tanul, a 726 300 gyermekből 55 300 fő sajátos nevelési igényű. Ebben az időszakban derül fény a tanulási problémákra, ha a tünetek megjelentek hamarabb is, a diagnosztizálás csak az iskola elkezdése után történik, míg az értelmi fogyatékoság, mozgáskorlátozottság, látássérülés, hallássérülés, vagy

például autizmus spektrum zavar esetében már hamarabb sor kerül(het) a diagnózisra. A 2. táblázatban a KSH adatai alapján összefoglaltuk az elmúlt évek köznevelési adatainak változását, kezdve a 2015/2016-os tanévtől, mely alapján jól látható, hogy míg a nappali nevelés-oktatásban részt vevő gyermekek száma csökkent az évek során, a diagnózissal rendelkezők száma növekedést mutat. Ennek lehetséges oka a diagnosztika fejlődése, vagy a sajátos nevelési igény fogalmának köztudatba kerülése, és a hozzá kapcsolódó támogatások igénylése. A táblázatban az óvodai nevelés mellett feltüntettük azoknak a gyermekeknek a számát is, akik sérülésük miatt fejlesztő nevelés-oktatásban részesülnek.

2015/2016-os tanév adatai			2016/2017-es tanév adatai			2017/2018-as tanév adatai		2018/2019-es tanév adatai		
Feladatellátási hely	Összes diák	Ebből SNI	Feladatellátási hely	Összes diák	Ebből SNI	Összes diák	Ebből SNI	Összes diák	Ebből SNI	
Óvoda	321 012	8 049	Óvoda	317 500	8 620	379 300	9 200	381 400	10 000	
Fejlesztő nevelés-oktatás	~2500		Fejlesztő nevelés-oktatás	~2600		~2400		~2500		
Általános iskola	745 323	53 591	Általános iskola	741 500	54 700	732 500	55 200	726 300	55 300	
Közéiskola	Speciális szakiskola és Szakiskola	87 639	14 031	Szakiskola és készségfejlesztő iskola	7 100	7 100	7 200	7 200	7 159	7 159
				Szakközépiskola	78 231	A tanulók 5,1%-a SNI	74 104	7 486	63 700	A tanulók 5,7%-a SNI
	Szakközépiskola	182 528	5 459	Szakközépiskola	167 600		162 200	5 627	152 800	
	Gimnázium	180 966	2 504	Gimnázium	181 800		184 500	2 739	187 600	
Összes közéiskola	451 133	21 994	Összes közéiskola	437 700	n.a.	428 000	5,3%	411 260	n.a.	
Összesen	1 586 873	83 634	Összesen	1 493 700	n.a.	1 483 246	87 411	1 669 000	n.a.	

2. táblázat: Nappali nevelés-oktatásban részesülő gyermekek számának változása Magyarországon (fő) (KSH Statisztikai Tükör Oktatási adatok 2015/2016, 2016/2017, 2017/2018, 2018/2019 tanévek).

Hazánkban a sajátos nevelési igény megítélése a gyakorlatban még mindig erősen deficitorientált jelentéssel bír, ezért lehet kérdéses az Ügynökség hazánkról szóló adata. Mivel az integráló iskolákról is keveset tudunk, feltehetően fogalmi zavarból adódhat, hogy a kimutatásban a magyar iskolákat 60%-ban inkluzívnak ítélték meg (2. ábra).

Lannert (2015) véleménye szerint az esélyegyenlőtlenség oka nem az integráció vagy a speciális oktatás, inkább az ország oktatási formája és annak hatékonyságában megmutatkozó probléma jelentheti azt. Egy másik probléma pedig a pedagógusképzéssel kapcsolatban jelenik meg, a pedagógustársadalom átlagéletkora egyre magasabb, és ezen csak kis mértékben változtatnak a

képzésből kikerülő kezdő pedagógusok. Habár 2017-ben növekedés mutatkozott a pedagógusképzésbe felvett számában, az előrejelzések szerint ez a növekedés nem elegendő a probléma orvosolására (Európai Bizottság, 2018). A gyakorló pedagógusok pedig a képzés és a továbbképzések hiányosságai miatt ütközhetnek problémába a sajátos nevelési igényű gyermekek tanítása kapcsán. A többségi tanárképzésben csak csekély számban található meg a gyógypedagógiai alapismeretek, a sajátos nevelési igénnyel, az integrációval kapcsolatos továbbképzések pedig csak a pedagógusok kis részét érik el. Tovább fokozza a problémát, hogy a 2017-es becslések alapján gyógypedagógusokból is hiány mutatkozik, mintegy 2000 gyógypedagógussal kevesebb dolgozik hazánkban (Európai Bizottság, 2018).

Összefoglalva a négy ország együttnevelési gyakorlatát, elmondható, a sajátos nevelési igényű tanulók intézményes ellátása változó módon történik, a sajátos nevelési igény viszont mindenhol jogszabályi meghatározás. Az Ügynökség jelentése arra is felhívja a figyelmet, hogy annak ellenére, hogy az együttnevelés a kiemelt országok főbb célkitűzései között szerepel, a gyakorlatban más és más formában és minőségben mutatkozik meg. Ennek oka pedig az országok oktatáspolitikájában rejlik (EASIE, 2017). Megkérdőjelezhető viszont, hogy az Ügynökség által használt fő fogalmak (sajátos nevelési igény, speciális iskola, speciális osztály és inkluzív iskola) azonos tartalommal bírnak a különböző országokban. Az Ügynökség 2011-ben kiadott MIPIE (Mapping the Implementation of Policy for Inclusive Education) közleménye szerint az adatgyűjtések a sajátos nevelési igény országspecifikus definícióival történnek, ezért az egyértelműség hiányosságára hívja fel a figyelmet. Azonban kiemelik azt is, hogy adatok gyűjtésének, elemzésének természetesen van létjogosultsága, mivel világszerte növekedésről beszélhetünk a sajátos nevelési igényű gyermekek számát tekintve, ami nagymértékben befolyásolja az oktatást, utat nyitva a befogadó oktatás felé. Dacára a definíciókkal kapcsolatos nehézségeknek, melyek jelentősen megnehezítik az adatok értelmezését, ez az egyetlen összefoglaló, amely az európai sajátos nevelési igényű tanulókat vizsgálja.

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

A szakirodalmi áttekintés alapján elmondható, hogy a mai napig a definíciókkal és fogalmakkal kapcsolatos értelmezési nehézségek övezik a témát, mivel a sajátos nevelési igény kategóriái, a megfogalmazások és a sajátos nevelési igényű gyermekkel való bánásmód országonként eltérő.

A négy európai ország példáján is látszik, hogy habár a törvényi szabályozások tartalma hasonló, megjelenésük nem egységes, ami az országok gyakorlatára is nagymértékben kihat. Ez lehet az egyik oka, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekek oktatása és oktathatósága a négy országban különböző módokon valósul meg. Olaszország esete példaértékű, mivel már a 70-es évek törvényi szabályozása is az inklúzióra való törekvést sejteti, ami megmutatkozik a gyakorlatban is. Az olasz rendszer azért is kitűnik a többi közül, mert az együttnevelésnek az az opciója, hogy a sajátos nevelési igényű tanuló külön tanul társaitól, nem, vagy csak csekély számban fordul elő (European Agency Country Data, 2019). Azonban az olasz törvények napjainkban hiányosnak mondhatók a sajátos nevelési igény definícióját és a fogyatékossgal élő személyek jogait illetően (Anastasiou és mtsai, 2015).

Annak ellenére, hogy érdekes képet nyújt az Ügynökség kimutatása, nem minden esetben fedi a gyakorlatot és vág egybe kutatások eredményeivel, így fenntartásokkal tudjuk kezelni. Hazánkban a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása még nem inkluzív, ellentétben az Ügynökség jelentésével. Az azonban elmondható, hogy elindult az együttnevelés felé tartó úton, de megvalósulásához az integráció megfelelően kiépített működésére is szükség van. Ehhez, úgy véljük, számos jó gyakorlatra van példa már Európa-szerte, úgy mint az olasz rendszer, vagy a finnnek részidős speciális oktatása, esetleg a britek intézményes nevelésében rejlő lehetőségek.

Az országok elemzése kapcsán mindenképpen kiemelendő a tanárképzés szerepe. Míg az angol, finn és olasz gyakorlat mind a gyógypedagógiai ismertek tanításának fontosságát hangsúlyozza a pedagógusképzésben, addig a hazai pedagógusképzésben csak elvétve található meg a gyógypedagógiai alapismeretek. Hazánkban a tanártovábbképzések sok esetben tantárgy-specifikusak, így nem minden pedagógus kap gyógypedagógiai felkészítést munkája során. Természetesen a képzések jellege és gyakorisága függ az adott ország anyagi és személyi feltételrendszerétől is.

A négy ország gyakorlata rávilágíthat az együttneveléssel járó pozitívumokra és negatívumokra egyaránt, az azonban megkérdőjelezhetetlen, hogy a vizsgált országokban az inkluzív neveléshez szükséges szemléletformálás már egy ideje jelen van, megvalósítása azonban rajtunk is múlik. A sajátos nevelési igényű diákok oktatása, fejlesztése valamennyi oktatással foglalkozó szakember feladata kell hogy legyen. A jól működő befogadó oktatás új utat nyithat, melyben minden tanuló egyenlő, a tanítás mindenki számára együtt, egy helyen történik, illetve a fejlesztésben mindenki részesül, akinek szüksége van rá.

## Irodalomjegyzék

- Associazione TreeLLe, Caritas Italiana e Fondazione Agnelli (2011). *Gli alunni con disabilità nella scuola italiana: bilancio e proposte*, The inclusion of children with disabilities in the Italian school system: Key figures and recent trends. Trento: Erickson.
- Anastasiou, D., Kauffman, J. M., és Di Nuovo, S. (2015). Inclusive education in Italy: description and reflections on full inclusion. *European Journal of Special Needs Education*, 30.(4), 429–443
- Artiles, A. J., Kozleski, E. B. & Waitoller, F. R. (eds.) (2011). *Inclusive Education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Singal, N. & Muthukrishna, N. (2014). Introduction: education, childhood and disability in countries of the South – re-positioning the debates. *Childhood*, 1–15.
- Bank-Mikkelsen, N. E. (1969). A metropolitan area in Denmark: Copenhagen. In Kugel, R. & Wolfensberger, W. (eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*. (pp. 227–254). President's Committee on Mental Retardation, Washington.
- Bernolák D., Komonczy E. és Salát L. (1994). Beszámoló két, 1993. évi, júliusi, angliai tanulmányútról. *Gyógypedagógiai Szemle*, 22.(1), 42–44.
- Borg, M., Karlsson, B., Lofthus, A. M., & Davidson, L. (2011). "Hitting the wall": Lived experiences of mental health crises. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6.(4), <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.7197>
- Bless G. (1995). A tanulásban akadályozottak integrációja – a szociális, emocionális és értelmi fejlődéssel kapcsolatos hatékonyságkutatás eredményei. In Csányi Y. (szerk.). *Együttnevelés – Speciális igényű tanulók az iskolában*. (pp. 132–142). Iskolafejlesztési Alapítvány – OKI Iskolafejlesztési Központ, Budapest.

- Cairns, B. and McClatchey, K. (2013). Comparing children's attitudes towards disability. *British Journal of Special Education*, 40. 124–129. doi:10.1111/1467-8578.12033
- Csányi Y. (1995). Speciális nevelési szükségletek-integrált iskolai fejlesztés, főiskolai kutatás. In: Perlusz A. (szerk.). *Fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében*. (pp. 5–17). BGGYTF, Budapest.
- Csányi Y. (2000). A speciális nevelési szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelése-oktatása. In Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- Csányi Y. (2001). Különtámogatás: szegregáltan vagy integráltan, Trendek külföldön és Magyarországon, *Educatio*, 9.(2). 232–243.
- Csányi Y. (2013). Integráció/inklúzió és a szakvéleményezés összefüggései. *Gyógypedagógiai Szemle* 41.(3), 165–173.
- Csépe V. (2008). A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (sajátos nevelési igényű) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In Fazekas K., Köllő J. és Varga J. (szerk.). *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. ECOSTAT, Budapest.
- Cooc, N. (2019). Teaching students with special needs: International trends in school capacity and the need for teacher professional development. *Teaching and Teacher Education*, 83, 27–41. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2019.03.021>
- Council of the European Union (2009). Council conclusions on the professional development of teachers and school leaders Brussels, 6 November
- Cornoldi, C., Terreni, A., Scruggs, T. E., & Mastropieri M.A. (1998). Teacher Attitudes in Italy After Twenty Years of Inclusion, *Remedial and Special Education*, 19, 350–356.
- Croll, P. & Moses, D. (1998). Pragmatism, Ideology and Educational Change: The Case of Special Educational Needs, *British Journal of Educational Studies banner*, 46, 1.
- Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons, Proclaimed by General Assembly resolution 2856 (XXVI) of 20 December 1971.
- Del Ben, P. (1996). *Integration in the educational system*. In Vianello, R. & Poli, C. (Eds.), *Teacher education for inclusive schooling and collaboration with assisting partners and parents* (pp. 27–29). Edizioni Junior, Bergamo.
- Department of Education and Science (1978). *Special Educational Needs: Report of the committee of inquiry into education of handicapped children and young people (The Warnock Report)*. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Department for Education (DfE). (2011). *Support and aspiration: A new approach to special educational needs and disability. A consultation*. The Stationery Office, London.
- European Agency for Development in Special Needs Education, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/>
- European Agency Statistics on Inclusive Education Methodology Report – Updated (2018). [https://www.europeanagency.org/sites/default/files/easie\\_methodology\\_report\\_updated\\_2018.pdf](https://www.europeanagency.org/sites/default/files/easie_methodology_report_updated_2018.pdf)
- European Agency Country Data (2019).
- sz.n. (2017). Hungary Data. EADSNIE. URL: [https://www.european-agency.org/data/hungary/datatable-overview#tab-population\\_and\\_enrolment](https://www.european-agency.org/data/hungary/datatable-overview#tab-population_and_enrolment) (letöltve: 2020. 05. 04.)
- sz.n. (2017). Italy Data. EADSNIE. URL: [https://www.european-agency.org/data/italy/datatable-overview#tab-population\\_and\\_enrolment](https://www.european-agency.org/data/italy/datatable-overview#tab-population_and_enrolment) (letöltve: 2020. 05. 04.)
- sz.n. (2017). UK (England) Data. EADSNIE. URL: [https://www.european-agency.org/data/united-kingdom-england/datatable-overview#tab-population\\_and\\_enrolment](https://www.european-agency.org/data/united-kingdom-england/datatable-overview#tab-population_and_enrolment) (letöltve: 2020. 05. 04.)
- sz.n. (2017). Finland Data. EADSNIE. URL: [https://www.european-agency.org/data/finland/datatable-overview#tab-population\\_and\\_enrolment](https://www.european-agency.org/data/finland/datatable-overview#tab-population_and_enrolment) (letöltve: 2020. 05. 04.)

- European Commission, Employment, Social Affairs & Inclusion. (2013). Support for children with special educational needs (SEN). [http://europa.eu/epic/studies-reports/docs/eaf\\_policy\\_brief\\_-\\_sen\\_children\\_post\\_copy\\_edit\\_15.10.13.pdf](http://europa.eu/epic/studies-reports/docs/eaf_policy_brief_-_sen_children_post_copy_edit_15.10.13.pdf). (letöltve: 2020. 05. 04.)
- European Agency for Development in Special Needs and Inclusive Education (2010). *Teacher Education for Inclusion International Literature Review*. European Agency [https://www.european-agency.org/sites/default/files/te4i-international-literature-review\\_TE4I-Literature-Review.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/te4i-international-literature-review_TE4I-Literature-Review.pdf) (letöltve: 2020. 05. 04.)
- European Agency for Development in Special Needs and Inclusive Education (2013). Finland Summary Country Report on the Vocational Education And Training System, REFERNET Cedefop and Summary Report on Vocational Education and Training (VET) for Learners with Special Educational Needs (SEN) <https://www.european-agency.org/country-information/reports?country%5B210%5D=210> (letöltve: 2020. 05. 04.)
- Európai Bizottság (2018). *Oktatási és Képzési Figyelő*. Az Európai Unió Kiadóhivatala, Luxembourg.
- Fischer G. (2009). Az integrációval kapcsolatos attitűdök kutatása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 37.(4), 254–268.
- Friedman, I. A. (1995). Student Behavior Patterns Contributing to Teacher Burnout. *The Journal of Educational Research*, 88.(5), 281–289.
- Gliga, F. & Popa, M. (2010). In Romania, parents of children with and without disabilities are in favor of inclusive education, *Social and Behavioral Sciences*, 2.(2), 4468–4474.
- Glock, S. & Böhmer, I. (2016). Teachers' and preservice teachers' stereotypes, attitudes, and spontaneous judgments of male ethnic minority students, *Studies In Educational Evaluation* 59:244–255
- Gonçalves, T. & Lemos, M. (2014). Personal And Social Factor's Influencing Student's Attitudes Towards Peers With Special Needs, *Social and Behavioral Sciences* 112. 949–955
- Hatos Gy. (2007). Búcsú a normalizációs elv atyjától (Bengt, Nirje 1924–2006) *Gyógypedagógiai Szemle*, 2007. 2. szám, pp. 154–156.
- Hegarty, S. (1991). Towards an agenda for research in special education. *European Journal of Special Needs Education*, 6, 87–99.
- Hornby, G. (2011). Inclusive Education for Children with Special Educational Needs: A critique, *International Journal of Disability, Development and Education*, 58:3, 321–329, DOI: 10.1080/1034912X.2011.598678
- Hussu, A. M. & Strle, M. (2010). The assessment of children with special needs. *Social and Behavioral Sciences*. 2. 5281–5284, Innovation and Creativity in Education
- Irvine, J. J. (2012). Complex Relationships Between Multicultural Education and Special Education, An African American Perspective, *Journal of Teacher Education*. 63. 4268–274
- Kauffman, J. M. & Badar, J., (2014). Instruction, Not Inclusion, Should Be the Central Issue in Special Education: An Alternative View from the USA. *Journal of International Special Needs Education*, 17.(1), 13–20.
- Kauffman, J. M., Anastasiou, D., & Maag, J. W. (2017). *Special education at the crossroads: A crisis of identity and the need for a scientific reconstruction*. Exceptionality. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09362835.2016.1238380>
- Kozleski, E. B., Artilles, A. J. & Waitoller, F. R. (2011). 'Introduction: equity in inclusive education: historical trajectories and theoretical commitments', In Artilles, A. J., Kozleski, E. B. & Waitoller, F. R. (eds.). *Inclusive Education*. Harvard University Press, Cambridge.
- Koster, M., Nakken, H., Pijl, S. J., van Houten, E. & Van Houten-van den Bosch, E. J. (2009). Being part of the peer group: a literature study focusing on the social dimension of inclusion in education. *International Journal of Inclusive Education*, 13.(2), 117–140.
- Krawitz, R. (1995). *Die Integration behinderteter Kinder in der Schule*. Ein Schulversuch von der Grundschule zur Sekundarstufe I, Bad Heilbrunn.



- Krischler, M., Pit-ten Cate, I. M. & Krolak-Schwerdt S. (2018). Mixed stereotype content and attitudes toward students with special educational needs and their inclusion in regular schools in Luxembourg, *Research in Developmental Disabilities* 75, 59–67.
- Krischler, M., Powell, J. J.W. & Pit-ten Cate, I. M. (2019). What is meant by inclusion? On the effects of different definitions on attitudes toward inclusive education, *European Journal of Special Needs Education*, 34,(5). 632–648.
- KSH (2019). Statisztikai Tükör, Oktatási adatok 2018/2019. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1819.pdf> (letöltve: 2020. 05. 04.)
- Lannert J. és Szekszárdi J. (2015). Miért nem érti egymást szülő és pedagógus? *Iskolakultúra*, 25,(1),15–34.
- Lindsay, G. (2007). Educational psychology and the effectiveness of inclusive education/ mainstreaming. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 1–24. doi: 10.1348/ 000709906X 156881
- Lindsay, G. (2018). Inclusive education theory and practice: What does this mean for paediatricians? *Paediatrics and Child Health*, 28,(8), 368–373. doi:10.1016/j.paed.2018.06.002
- Loreman, T., Deppeler, J. & Harvey D. (2011). *Inclusive Education: supporting diversity in the classroom*. (Second edition) Allen & Unwin, Crows Nest.
- Meazzini, P. (1987). Special education in Italy. In Reynolds, C. R. & L. Mann (Eds.), *Encyclopedia of special education*. (pp. 866–867). Wiley, New York.
- Mesterházi Zs. (2007). Változik-e a gyógypedagógia identitása? *Iskolakultúra*, 17. (6-7), 150–163.
- Mesterházi Zs. (2004). A gyógypedagógiai folyamatról. In Gordosné Sz. A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia – nevelés és terápia*. (pp. 19–40). Medicina, Budapest.
- Mitchell, D. (2005). *Contextualizing Inclusive Education*. Routledge, London.
- Monsen, J. J. & Frederickson, N. (2004). Teachers' attitudes towards mainstreaming and their pupils' perceptions of their classroom learning environment. *Learning Environments Research*, 7, 129–142.
- Monsen, J. J., Ewing, D. L. & Kwoka, M. (2014). Teachers' attitudes towards inclusion, perceived adequacy of support and classroom learning environment, *Learning Environ Res* 17, 113–126
- Nakken, H. & Pijl, S. J. (2002). Getting along with classmates in regular schools: a review of the effects of integration on the development of social relationships, *International Journal of Inclusive Education*, 6,(1), 47–61.
- National Statistics (2019). Special educational needs in England: January 2019 [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/814244/SEN\\_2019\\_Text.docx.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/814244/SEN_2019_Text.docx.pdf)
- Nemzeti Alaptanterv (2012). Magyar Közlöny. URL: [https://ofi.oh.gov.hu/sites/default/files/attachments/mk\\_nat\\_2012.pdf](https://ofi.oh.gov.hu/sites/default/files/attachments/mk_nat_2012.pdf)
- Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. In Kugel, R. & Wolfensberger W. (Eds.). *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*. President's Committee on Mental Retardation, Washington, D.C.
- Norwich, B. (2010). Can we envisage the end of special educational needs? Has special educational needs outlived its usefulness? *The Psychology of Education Review* 34, 13–20.
- Oktatási Hivatal (2009). A beszámítható szakirányú továbbképzések listája. URL: [https://www.oktatas.hu/tovabbkepzes/pedagogus\\_tovabbkepzesek/pedagogus\\_tkpz\\_jegyzeke/szakiranyu\\_tkpz](https://www.oktatas.hu/tovabbkepzes/pedagogus_tovabbkepzesek/pedagogus_tkpz_jegyzeke/szakiranyu_tkpz)
- Papp G. (2012). Az integráció, inklúzió fogalmak tartalmi elemzése gyógypedagógiai megközelítésben nemzetközi és magyar szinten, *Gyógypedagógiai szemle*. 40,(4), 295–304.
- Pit-ten Cate, I. & Krischler, M. (2018). Teachers' attitudes towards inclusion: Effects of a training module, Sep 2018.51. DGPS Konferenz: *Psychologie gestaltet*.
- Pijl, S. J., Meijer, C. J. W. & Hegarty, S. (1997). *Inclusive Education: A Global Agenda*. Routledge, London.
- Réthy E.-né & Vámos Á. (2006). *A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése*. ELTE PPK Neveléstudományi Intézet, Budapest.

- Réthy E-né (2013). *Befogadás, méltányosság, az inkluzív pedagógia rendszere*. Comenius Oktató és Kiadó Kft., Budapest.
- Rogers, B. G. (1987). *A comparative study of the attitudes of regular education personnel toward mainstreaming handicapped students and variables affecting those attitudes*. Paper presented at the Fourth Pan-American Conference on Rehabilitation and Special Education, Acapulco, Mexico. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 291 196)
- Saloviita, T. & Schaffus, T. (2005). Teacher attitudes towards inclusive education in Finland and Brandenburg, Germany and the issue of extra work. *European Journal of Special Needs Education, 31*(4), 1–14.
- Slee, R. (2011). *The Irregular School: exclusion, schooling and inclusive education*. Routledge, Abingdon.
- Smith, P. (2010). Whatever happened to inclusion? The place of students with intellectual disabilities in general education classrooms. In Smith, P. (ed.) *Whatever Happened to Inclusion?* Peter Lang, New York.
- Special educational needs and disability code of practice (2015). Statutory guidance for organisations which work with and support children and young people who have special educational needs or disabilities. Special educational needs in England: January 2018, Department for Education, National Statistic [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/729208/SEN\\_2018\\_Text.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/729208/SEN_2018_Text.pdf)
- Szegál B. (2007). Együtt vagy külön? Integrált nevelés: pró és kontra. In *Inkluzív nevelés – A tanulók hatékony megismerése – Kézikönyv a pedagógusképző intézmények részére*. (pp. 90–96). SuliNova Kht., Budapest.
- Statistics Finland (2019). Special Education [https://www.stat.fi/til/erop/index\\_en.html](https://www.stat.fi/til/erop/index_en.html)
- Staub, E. (2005). The roots of goodness: The fulfillment of basic human needs and the development of caring, helping and non-aggression, inclusive caring, moral courage, active bystandership, and altruism born of suffering. In Carlo, G. & Edwards, C. (eds.). *Moral development across the life-span. Nebraska Symposium on Motivation*. Nebraska University Press, Lincoln.
- Takala, M., Pirttimaa, R., & Törmänen, M. (2009). RESEARCH SECTION: Inclusive special education: The role of special education teachers in Finland. *British Journal of Special Education, 36*(3), 162–173. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8578.2009.00432.x>
- Takala, M., & Ahl, A. (2014). Special education in Swedish and Finnish schools: Seeing the forest or the trees? *British Journal of Special Education, 41*. <https://doi.org/10.1111/1467-8578.12049>
- Thomson, J. J. (1990). *The realm of rights*, Harvard University Press, Cambridge.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation). (1994). The Salamanca statement and framework for action on special needs education. New York: UNESCO. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000098427> (letöltve: 2020. 05. 04.)
- Topping, K. (2012). Conceptions of inclusion: widening ideas. In Boyle, C. & Topping, K (eds.). *What Works in Inclusion?* Open University Press, Maidenhead.
- UNESCO (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly Resolution 44/25 of 20 November 1989 entry into force 2 September 1990, in accordance with Article 49.
- UNICEF (2013). Children and young people with disabilities. Fact sheet. UNICEF, Paris.
- Houtte, M. V., & Stevens, P. A. J. (2010). School ethnic composition and aspirations of immigrant students in Belgium. *British Educational Research Journal, 36*(2), 209–237. <https://doi.org/10.1080/01411920902802180>
- Vida G. (2015). A tanulási zavarok hazai kategorizálásának problémái, *Autonómia és Felelősség, 1*(3), 33–51.
- Vida G. (2017). Befogadás vagy kirekesztés, Intézményválasztási és változtatási stratégiák a sajátos nevelési igény tükrében, *Autonómia és Felelősség, 3*(1), 81–102.
- Vianello, R. (1996). Inclusive schools for pupils with handicap and learning difficulties in Italy. In R. Vianello (szerk.), *Learning difficulties in Europe: Assessment and treatment* (pp. 49–56). Bergamo, Italy: Edizioni Junior.
- WHO World Report On Disability (2011). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

## Törvényi hivatkozások

- 1985. évi I. sz. Oktatási törvény
- 1993. évi LXXIX. Törvény a közoktatásról
- 2003. évi CXXV. Törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
- 1985. évi I. sz. Oktatási törvény
- 1993. évi LXXIX. Törvény a közoktatásról
- 2003. évi CXXV. Törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
- 2011. évi CXC. törvény a köznevelésről
- 32/2012 (X.8) EMMI rendelet
- 2014. évi CV. Törvény
- 2015. évi LXV. Törvény
- 1971/118 Törvény
- 1977/517 Törvény
- 1992/104 Törvény
- 2000. évi 328 Törvény
- 2015. évi 107 Törvény
- 1977. évi 517 Törvény
- 1978. Warnock-jelentés
- 1981. évi Oktatási Törvény
- 1993. évi Oktatási Törvény
- 2006. évi Gyermekgondozási törvény
- 2010. évi Esélyegyenlőségi törvény
- 1983. évi Törvény
- 1995. évi Iskolareform
- 1998. évi Szakképzési törvény
- 2011. évi Alapoktatási törvény

## **A MAGYE tagjainak!**

Kedves Tagtársunk! Kedves Olvasónk! Ahogy erről korábban hírt adtunk Facebook oldalunkon, honlapunkon és a közelmúltban előfizetőinknek kiküldött Hírlevelünkben, a járvány miatt sajnálatosan le kellett mondanunk ezévi, Miskolcra tervezett országos szakmai konferenciánkról. Honlapunkon, amely időközben megújult, hírt fogunk adni arról, hogy az ugyancsak elhalasztott Közgyűlésünkre augusztus végén-szeptember elején mikor és hol fogjuk megtartani. Fontos, hogy szavazóképességünk érdekében minél több résztvevővel legyünk jelen! Kérjük figyeljétek/figyeljék tájékoztatásunkat! Ez a különleges tanév új készségelmozgósítást kívánta valamennyiüinktől az online oktatás miatt, amely szakterületenként más-más tapasztalatokat eredményezett. Kérjük, hogy kapcsolódjatok be a „gyógypedagógia-online” akciókba: írjátok meg szakmai tapasztalataitokat a GYOSZE számára. A „Gyakorlat műhelyéből” rovatunk várja ezeket a beszámolókat, a kreativitást mozgósító készségek bemutatását. Minder Kollégának és segítőknek köszönet az áldozatos munkáért! Jó pihenést, erőgyűjtést nyári szünetben!

A MAGYE elnöksége nevében  
**Gereben Ferencné**  
elnök

# A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

<sup>1</sup>Szent Imre Katolikus Általános Iskola és Óvoda Gödöllő, PMPSZ Gödöllői Tagintézménye

<sup>2</sup>ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

## A szociometria alkalmazását támogató SMETRY keretrendszer felhasználási lehetőségei a pedagógiai gyakorlatban

HERBAINÉ SZEKERES ERIKA<sup>1</sup> – SZEKERES ÁGOTA<sup>2</sup> – HORVÁTH ENDRE<sup>2</sup>

[szekereseri@gmail.com](mailto:szekereseri@gmail.com)

[horvath.endre@barczy.elte.hu](mailto:horvath.endre@barczy.elte.hu)

[szekeres.agota@barczy.elte.hu](mailto:szekeres.agota@barczy.elte.hu)

---

### ABSZTRAKT

Társas kapcsolataink minőségi és mennyiségi jellemzői hatással vannak egész életünkre. A kortársakkal kialakított kapcsolatok kortól, nemtől és intellektuális képességektől függetlenül meghatározzák az intézményes közegben és a magánéletünkben való részvételünket egyaránt. Ezért fontos ezen kötődések kialakulása, fenntartása és ápolása, hiányuk esetén pedig megvalósulásuk segítése. A régóta ismert szociometria módszertana a különböző közösségekben létrejött viszonyokat vizsgálja. Az általunk fejlesztett és alkalmazott SMETRY keretrendszer a Mérei-féle többszempontú szociometria (2001) elvein alapul, annak digitalizált, továbbfejlesztett, és számos megismerési szemponttal bővített, differenciáltabbá tett változata. Olyan új elemekkel, mint a szerep és jelentőség jelölése, valamint a nem viszonzott rokonszenvi választások megjelenítése, árnyaltabbá teszi a közösségeken belüli kapcsolatokat, megkönnyíti a kapcsolódások motivációjának, és dinamikájának megértését. A pedagógusoknak ezáltal segítséget nyújt a csoporton/osztályon belüli beilleszkedési nehézségek, problémák azonosításában és a közösségfejlesztés irányának és módjának kijelölésében is. A vizsgálatok ismételhetősége pedig lehetővé teszi a közösségfejlesztő munka monitorozását és folyamatának optimalizálását.

Tanulmányunkban három osztály két különböző időpontban történő adatfelvételének elemzésével mutatjuk be a következő elemeket: társas helyzet, szerep és jelentőség, valamint a nem viszonzott rokonszenvi választások. Az első, középiskolai osztálynál az osztálylétszám csökkenése után a közösség struktúrájában, a társas helyzetek jellemzőiben bekövetkezett változásokat figyeltük meg. A különnevelő osztályban az értékrend, a hierarchia kialakulásának meghatározó jejeit tártuk fel a tanulók szerepének és jelentőségének elemzésével. Az együttnevelő általános iskolai osztályban pedig az integrált tanulók nem viszonzott rokonszenvi választásaira alapozott, beilleszkedést támogató pedagógiai munka eredményét vizsgáltuk. Mindegyik közösségnél jól látható jellemzők szerint tudtuk a "beavatkozás" irányát és módját kijelölni az osztályfőnökkel közösen, és objektív képet kaptunk a közösségekben bekövetkezett változásokról is.

A SMETRY rendszert elsősorban a mindennapi pedagógiai gyakorlatban történő alkalmazásra szánjuk.

**Kulcsszavak:** szociometria, közösség, kapcsolatok, megismerési szempontok, gyakorlati alkalmazás

---

### BEVEZETÉS

A családból kikerülve a gyermekek különböző közösségekben, például a bölcsődében, az óvodában, azt követően pedig az iskolában tudják megtanulni a kapcsolatok kialakításának, fenntartásának, valamint akár a kapcsolatok lezárásának módjait, technikáit. Az emberek, így a gyermekek viselkedését a szociális érintkezésben a valahová tartozás motiválja. Közösségi

jelenlétük, megfigyeléseik, vagy tapasztalataik alapján döntenek el magukról és másokról, hogy jók/rosszak/tehetségesek, vagy éppen azt, hogy biztonságos-e a világ számukra, vagy félelmetes. Ha a saját kortárs közösségükben biztonságot nyújtó, elfogadó, szeretetteljes légkör veszi őket körül, és számítanak rájuk a közösségi életben, akkor boldogok és sikeresek lehetnek. Amennyiben úgy érzik, hogy nem tartoznak sehová, és nem fontosak a többiek számára, túlélésre rendezkednek be (Glenn, Lott és Nelsen, 2016).

A társakkal való együttlét elősegíti a szociális kompetencia fejlődését, ezáltal megtanulják a gyermekek a megfelelő és a nem megfelelő viselkedéseket (Berndt, 1999). Egy jól működő közösség támaszt nyújt és lehetőséget ad az ön-érvényesítésre, érzelmi biztonságot jelent, teret ad az önállóan választott intimitásnak, a valahová tartozás érzését nyújtja (Vajda, 2004). A kortárs csoportokban a függőség nem egyoldalú (mint például szülő vagy tanár esetében), hanem kétoldalú kapcsolatok születnek, melyek köthetők és oldhatók. Megismerik a fiatalok, hogy mit jelent választani, azt is, mit jelent választottnak vagy nem választottnak lenni (Csepeli, 2006).

A kortárs csoportok az életkor előrehaladtával fokozatosan nyerik el egyre nagyobb szerepüket a gyerekek, fiatalok életében. A család, a szülők befolyása a gyermekekre a fejlődés folyamán mind mértékét, mind intenzitását tekintve visszaszorul. Serdülőkorban a társak befolyása több területen is nagyobb a felnőttekénel (Vajda, 2004; N. Kollár, 2017). A 11-12 éves gyerekek szerint a barátok kedvessége, segítőkészsége a legfontosabb, míg a 16-17 éves korú fiataloknál már az érzelmi támogatás nyújtása a meghatározó szempont. A serdülőkor elején és közepén a kortárs csoportokhoz tartozás mindennél fontosabb a fiatalok számára (Flannery & Smith, 2017).

Sok sajátos nevelési igényű gyermeket nevelő család azért adja inkluzív közegbe gyermekét, hogy lehetőséget biztosítson a szociális interakciókra tipikusan fejlődő kortársakkal, valamint azért, hogy reális énképe alakuljon ki gyermekének (Pijl & Frostad, 2010).

Nyelvfejlődési zavarban érintett gyermekek körében azt találták, hogy a kommunikációból adódó hiányosságok nehezebbé teszik a másokhoz való kapcsolódást (Brinton & Fujiki, 2010), kevesebb interakcióban vesznek részt, valamint kevésbé érzékelik, ha mások kezdeményeznek kapcsolatot irányukba (McCormack, Harrison, McLeod & McAllister, 2011). Jellemző rájuk a visszahúzódság (Brinton & Fujiki, 2002) és kevésbé valószínű, hogy fejlett szociális viselkedésük lesz (Fujiki, Brinton, Morgan & Hart, 1999).

Összességében mind a sajátos nevelési igényű diákok, mind a tipikusan fejlődő diákok között előfordulhatnak olyan tanulók, akik magányosnak érzik magukat egy közösségben. Tipikusan fejlődő csoportoknál a magányosságot jelentős előjelzőnek tekintik különböző fizikai, mentális és egészségügyi problémákhoz. Az eddigi bizonyítékok arra mutatnak, hogy az intellektuális képességzavarral élő személyek közel fele permanensen magányos, míg a tipikus populációban ez 15-30% között mozog (Alexandra, Angela & Ali, 2018; Gilmore & Cuskelly, 2014). A magányosság okaként azonosították be a következőket a megkérdezett személyek: interperszonális kapcsolatteremtési nehézség, társakkal való kapcsolódási lehetőségek alacsony száma és a saját fizikai megjelenésük. Intellektuális képességzavarral élő gyermekek közül a fiúk kevesebb magányosságérzésről számoltak be, mint a lányok. Ezt magyarázhatja, hogy a fiúk több fizikai aktivitást igénylő játékot játszanak, amely nem követel kognitív vagy interperszonális képességeket. Ezzel szemben a lányok páros és zárt társas helyzeteket alakítanak ki, amelyek fejlettebb kognitív képességeket feltételeznek. Ezért ez az intellektuális képességzavarral élő lányok esetében nehezebben működhet. Az is lehetséges, hogy a fiúk könnyebben nevezik barátjuknak egy-egy

társukat, mert a viszonyaik kevésbé komplikáltak (Papoutsaki, Gena & Kalyva, 2013). Mindez azt sejteti, hogy a sajátos nevelési igényű tanulóknál is ugyanolyan jelentőségük van a társas kapcsolatoknak, mint a tipikusan fejlődő kortársaknál. Így pedagógusként ne becsljük alá az elfogadás és a barátság jelentőségét (Pijl & Frostad, 2010).

Feladatunk, hogy pedagógiai eszközökkel elfogadó, toleráns, érett közösséget alakítsunk ki. Ehhez fontos tudomásul vennünk, hogy a kirekesztés alapvető része társas életünknek (Williams, Forgas & Hoppel, 2006), és ezért tudatosan kell felkészülnünk a feladatra. Nekünk pedagógusoknak nagy szerepünk van a ránk bízott tanulóközösségek formálódásának támogatásában, a gyermekek szociális kapcsolatainak alakításában. Az egyes gyermekek felé közvetített elfogadó vagy elutasító magatartásunk ugyanis nagymértékben hozzájárul a gyermekek attitűdjéhez, ahogyan viszonyulnak társaikhoz. A szociális kompetencia alakításában, fejlesztésében, elemeinek megtanulásában tehát mi nemcsak tanítóként veszünk részt, hanem mintaként, játszótársaként, vitapartnerként, büszke nevelőként, és nem utolsó sorban szigorú véleménynyilvánítóként. Olyan kompetenciákkal kell rendelkezünk, amelyekkel nemcsak diákjaink tanulmányi előmenetelét, hanem érzelmi, szociális fejlődését is segítjük. Teljesen mindegy, milyen a támogatást igénylő, peremhelyzetű, barátot kereső tanuló intellektusa, neme és életkora, az a legfontosabb, hogy pedagógusként felismerjük a támogatás szükségességét és lehetőségét.

## **CÉL**

A vizsgálati mintát alkotó három osztály elemzésével megfigyelési szempontokat szeretnénk adni a közösségekben megvalósult és az egyelőre csak vágyott kapcsolatok értelmezéséhez, valamint a pedagógusok erre épülő beilleszkedést, befogadást támogató, közösségfejlesztő munkájához. A SMETRY rendszer a szubjektív megfigyelések helyett objektív adatokkal szolgál a pedagógusoknak tanulóközösségeik kapcsolatairól, lehetőséget adva a támogatás irányának kijelölésére. Az adatfelvétel ismételhetősége pedig biztosítja a már megkezdett közösségfejlesztő munka monitorozását és további tervezését.

## **MÓDSZER**

A Mérei-féle többszemponú szociometriával (Mérei, 2001) nyert adatok pontosabb elemzéséhez kezdtük meg 2013-ban a SMETRY keretrendszer fejlesztését, amely napjaink legújabb infokommunikációs technológiáit alkalmazva felhasználóközelivé teszi a szociometria módszerét.

A SMETRY rendszer lehetőséget biztosít a papír-ceruza mód mellett az IKT-alapú adatfelvétellel is, amely történhet egyéni vagy csoportos helyzetben, PC, táblagép vagy okostelefon segítségével. Az eljárás folyamata hasonló, mint a papír-ceruza alapú változat esetén: a csoport tagjainak adott kérdések mentén kell megjelölni társaik közül legfeljebb hármat. A választásokat a rendszer által biztosított online felületen kell megtenniük, az adott személyek fényképének/nevének jelölésével, amely történhet egérr kattintással, illetve érintéssel, az alkalmazott eszköznek megfelelően (Szekeres & Horváth, 2016).

A jelen tanulmányban bemutatott szociometriai adatfelvételek egy kivétellel papír-ceruza alapon kerültek rögzítésre. A középiskolai osztály esetében a második adatfelvétel IKT-eszközzel, a tanulók saját mobiltelefonján történt. Minden esetben csoportos helyzetben töltötték ki a kérdéssorokat a tanulók. Az alkalmazott kérdéssor 20 kérdést, ezen belül 4 rokonszenvi kérdést tartalmazott.

A szociogram elkészítése egy interaktív felület segítségével történik. Az egyes rokonszenvi kérdésekre adott válaszok rögzítése során a rendszer jelöli a tanulók között kialakult kapcsolatokat (viszonzott rokonszenvi választásokat), amelyeket automatikusan megjelenít a szociogramon a felhasználó által kialakított elrendezésben (Horváth & Szekeres, 2014). A felület segítségével megjeleníthetők a közösségben kialakult szerepek és jelentőségek, valamint az egyes személyek nem viszonzott rokonszenvi választásai is. A szociometriai szerep a differenciálódást, míg a jelentőség a csoport hierarchikus tagolódását fejezi ki a tagok közötti társas mezőben elfoglalt hely, és az egyéni tulajdonságok különbségének feltárásával (Mérei, 2001; Szekeres & Horváth, 2014).

## MINTA

Kutatásainkat óvodától egészen a középiskoláig – többségi, együttnevelésben, és különnevelésben részt vevő gyermek- és tanulóközösségekben is – végezzük. Vizsgálati mintánkból most három osztály segítségével mutatunk meg a SMETRY keretrendszer elemzési lehetőségei közül néhányat. Mindhárom osztály szociometriai vizsgálata után egy évvel újabb adatfelvételt végeztünk a közösségfejlesztés hatékonyságának, a tanulói létszám változása miatt kialakult helyzetnek, valamint a magányos tanulók beilleszkedési folyamatának monitorozása érdekében. Az 1. táblázat tartalmazza a három osztály tanulóinak legfontosabb jellemzőit.

	Létszám	Fiú	Lány	Kiemelt figyelmet igénylő gyermekek
	10	9	1	minden tanuló sajátos nevelési igényű (beszéd fogyatékos)
<b>7. osztály</b>	27	18	9	2 sajátos nevelési igényű tanuló (hallássérült, egyéb pszichés fejlődési zavarral küzdő)
<b>9. osztály</b>	34	21	13	1 sajátos nevelési igényű tanuló (beszéd fogyatékos) 2 kiemelten tehetséges tanuló

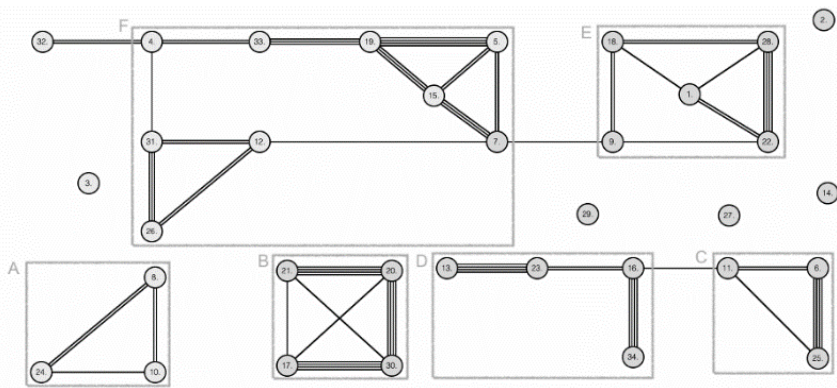
1. táblázat. A minta adatai.



## ELEMZÉSEK

### Társas helyzetek

A 9. osztályban az első adatfelvételkor 34 fő tanult (21 fiú, 13 lány). A szociogramon (lásd 1. ábra) – a diákokat megjelenítő – körök közötti vonalak jelentik a kialakult kapcsolatokat. A vonalak száma a kapcsolódás erősségét, a diákok közötti kölcsönös választások számát jelzik. Az osztályban 5 diákot kivéve (2., 3., 14., 27., 29. tanulók) mindenki rendelkezik legalább egy kapcsolattal. A magányos diákokon kívül négy zárt alakzatot látunk, melyből az egyik lányokat tömörítő háromszög (A), a másik fiúkból álló négyszög (B), a harmadik szintén fiúkat magába foglaló háromszögből (C) és ahhoz kapcsolódó láncokból (D) álló társas helyzet. A negyedik alakzathoz tartoznak a legtöbben: 5 főből álló zárt fiú (E) és 9 főből álló zárt vegyes csoport (F), amelyhez még egy lány tanuló (32. tanuló) láncban kapcsolódik.



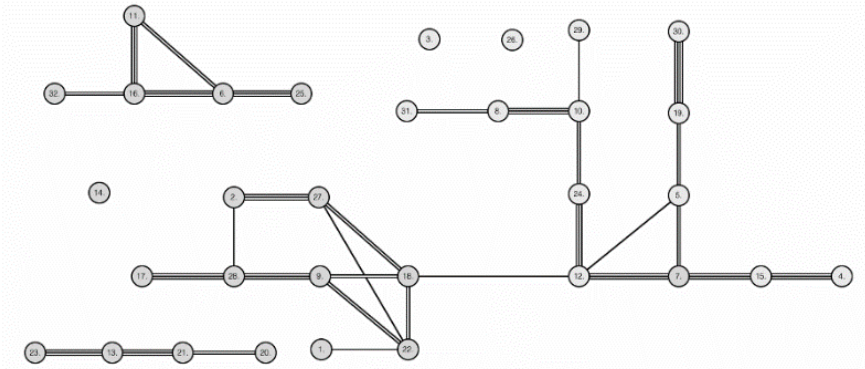
1. ábra. A 9. osztály szociogramja (forrás: a szerzők).

A következő szociogram (lásd 2. ábra) az egy évvel későbbi kontroll adatfelvétel eredményét mutatja. Az osztály létszáma kettővel kevesebb lett két fiú távozásával. Jelentős változás, hogy a magányos diákok száma ötről háromra csökkent: egy fiú (14. tanuló) és két lány (3., 26. tanulók) nem rendelkezik kapcsolattal az osztályban. A többi tanuló három társas helyzetbe tartozik, melyek közül látunk négy fiúból álló láncot (23., 13., 21., 20. tanulók), fiúk alkotta háromszöget (16., 11., 6. tanulók) egy-egy láncsal (32., 25. tanulók), és egy nagy egységet, amely zárt fiúközösségből és velük egy ponton összekapcsolódó lánycsapatból tevődik össze.

Az első adatfelvételhez képest kevesebb a kapcsolattal nem rendelkező tanuló, és kisebb a megosztottság a közösségben, amelyet a különálló társas helyzetek számának csökkenése mutat. A fiúk helyzete jobb lett, mert többen társra találtak közülük, és többen össze tudtak kapcsolódni egy nagyobb zárt egységet létrehozva. A lányok közül azonban az előző évben is magányos lány mellett egy másik tanuló is ebbe a kedvezőtlen szociometriai helyzetbe került, és a korábbi nagyobb zárt alakzatból és különálló háromszögből mindössze két lányból és egy fiúból álló háromszög maradt meg, hozzá kapcsolódó láncokkal. A lányok egysége kevésbé látható, mint az első adatfelvételnél, és kevésbé, mint a fiúknál.

Szakirodalmi adatok is rámutatnak a fiúk és lányok társválasztásának, illetve társas viselkedésének különbözőségére. A lányok barátkozási stílusa intenzív, a fiúké extenzív. A lányok

csoportjai kisebbek, általában 2-3 barátból állnak. Azok a lányok, akik számára fontos a kortársakkal való kapcsolat, a legjobb barátnővel/barátnőikkel való együttléte, míg az intenzív szociális érdeklődésű fiúk a barátok egy csoportjával való együttléte részesítik előnyben (Vajda, 2004). A lányokra a kevesebb, de intenzívebb barátság, a fiúkra a nagyobb létszámú, inkább a csoport által közvetített kapcsolatokon alapuló társas kapcsolat a jellemző (N. Kollár, 2017).



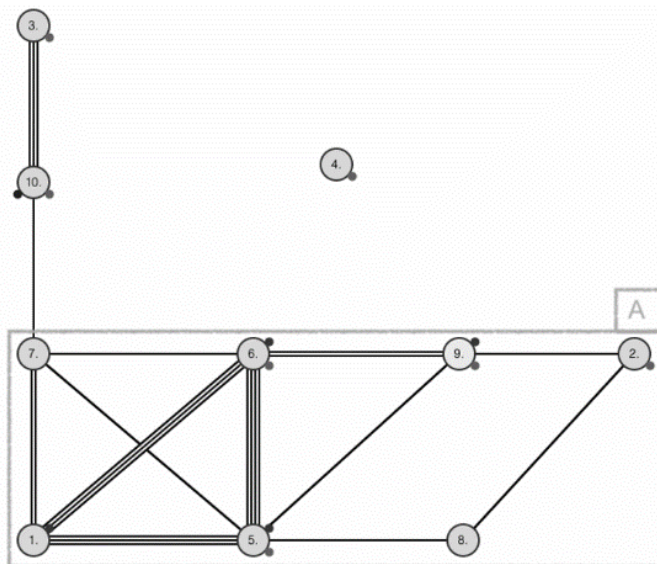
2. ábra. A 10. osztály szociogramja – kontroll adatfelvétel (forrás: a szerzők).

## Szerep és jelentőség

A szociometria elemei közül a szerep és jelentőség megjeleníthetősége is fontos információkat tükröz a vizsgált közösség értékrendjéről és hierarchiájáról. A szociometriai adatfelvétel több dimenziót érint, vannak a rokonszenvi, bizalmi kérdések mellett versengésre, tudásra, műveltségre, vezetési képességekre, együttérzésre és beilleszkedési nehézségekre egyaránt vonatkozó kérdések is benne. A gyermekek ezekre adott válaszai alapján a tanulókat ábrázoló kör jobb oldalán alul (zöld) ponttal jelöli a rendszer, ha valakit szereppel, jobb oldalon felül (piros) ponttal jelöli, ha pozitív, és bal oldalon alul (kék) ponttal, ha negatív jelentőséggel ruháztak fel társai. Ezek – a kortársak által egymásnak tulajdonított jellemzők – nem mindig esnek egybe a pedagógusok megítélésével, éppen ezért hordoznak fontos információkat a közösségben zajló folyamatokról, az osztályon belüli kis csoportok kialakulásának mozgatórugóiról, valamint az osztály arculatáért felelős tagok személyéről.

A különnevelő – kizárólag sajátos nevelési igényű gyermekeket oktató, nevelő – logopédiai 3. osztály szociogramján (lásd 3. ábra) jelöltük a szerepet és a jelentőséget a tagokat ábrázoló karikák mellett. A 10 diákból álló (9 fiú és 1 lány) közösségben hárman rendelkeznek csak szereppel (2., 3., 4. tanulók), hárman szereppel és pozitív jelentőséggel (5., 6., 9. tanulók), egy fiú szereppel és negatív jelentőséggel (10. tanuló), egy fiú pedig csak pozitív jelentőséggel (1. tanuló). Mindössze ketten vannak (7., 8. tanulók), akiket osztálytársaik nem illettek – a szociometriai kérdések vonatkozásában – semmilyen tulajdonsággal. Kedvező képet mutat a szociogram, hiszen egy fiút kivéve (4. tanuló) mindenki barátra lelt már az osztályban. A hét főt tömörítő zárt egységben egymáshoz szorosan, többszörös kölcsönösséggel kötődő tagokat látunk (A), mely „maghoz” láncban kapcsolódnak még ketten (3., 10. tanulók). A sok szereppel és jelentőséggel bíró diák pedig színes egyéniségével gazdagítja a közösség mindennapjait. A legmeghatározóbb az 5. számú fiú, akit mind a rokonszenvre, bizalomra,

mind a versengésre vonatkozó kérdésekben sokan választottak. A lány (9. tanuló) a tudás, műveltség és a vezetői képességek terén példaértékű társai számára, míg a 2. és 6. fiúk együttérzésük és megbízhatóságuk alapján nyerték el az osztálytársak tiszteletét. Van azonban két tanuló, akik a többiek szerint még visszahúzódóak, beilleszkedési nehézséggel küzdenek (3., 4. diák), egy fiú (10. diák) pedig éppen rendbontó viselkedésével tűnik ki az osztályban.

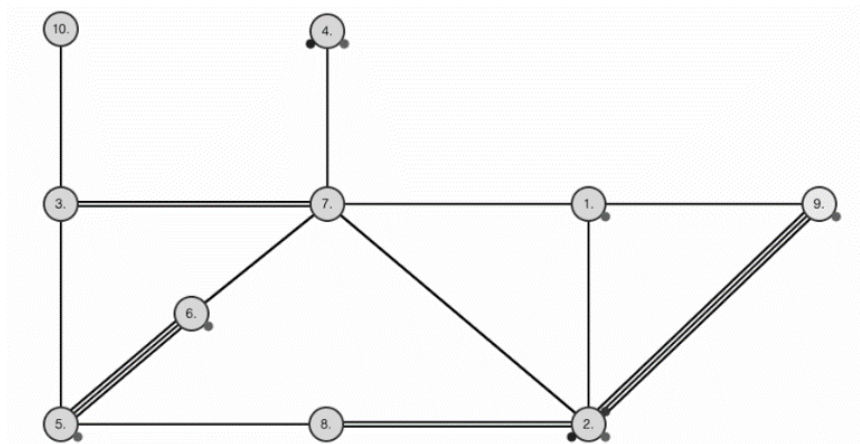


3. ábra. A logopédiai 3. osztály szociogramja szereppel és jelentőséggel (forrás: a szerzők).

A 4. ábra a következő tanévben elvégzett második adatfelvétel során készült. Több változás is látható a szociogramon. A legszembetűnőbb talán az, hogy nincs kapcsolat nélküli tanuló az osztályban, mert az előző évben még magányos diáknak (4. tanuló) is baráti kezét nyújtottak. A – szinte az egész közösséget tömörítő – nagy zárt egység egy fővel bővült (3. tanuló), és a benne lévő kapcsolatok nyitottabbnak, befogadóbbnak tűnnek az előző évihez képest.

Érdeemes azonban a szerepek és jelentőségek változását is megvizsgáljunk. Míg az első adatfelvételnél nyolc tanuló rendelkezett legalább szereppel és/vagy jelentőséggel, a kontroll adatfelvételnél ez már csak hatukról mondható el: négy diáknak van csak szerepe (1., 5., 6., 9. tanulók), egynek szerepe és negatív jelentősége (4. tanuló), és egy fő rendelkezik szereppel és pozitív, valamint negatív jelentőséggel is (2. diák). Ez a változás nemcsak mennyiségi, hanem minőségi jegyeiben egyaránt szembeeső. Mindössze két „pólusa”, két markáns tagja maradt az osztálynak: a szereppel és negatív jelentőséggel megjelölt – korábban magányos – fiú (4. tanuló), illetve a szereppel és pozitív, valamint negatív jelentőséggel egyaránt felruházott diák (2. tanuló). Rajtuk kívül maradt a négy, csupán szereppel, de jelentőséggel nem rendelkező (1., 5., 6., 9. tanulók) gyermek. Egységesebb lett ugyan a szerkezet, rendeződtek a kapcsolatok, de „fakultak a színek”, „eltűntek az árnyalatok” a közösségekben. Az előző évben legdominánsabb fiú (5. tanuló) mostanra elvesztette vonzerejét az osztályban, csupán versengését és agresszív magatartását érzékeli a társai, csakúgy, mint a 6. számú tanulónak. A 3. és 10. tanulók úgy tűnik, szépen „belesimultak” a közösségbe: egyiküknél (3. diák) – a többiek válasza alapján – megszűnt a visszahúzódás, féltékenység,

másikuk (10. diák) viselkedése pedig éppen konszolidálódott. A lány (9. tanuló) szerepe és jelentősége nem változott az első adatfelvételhez képest, továbbra is jól tanul és megbízható mind társai, mind tanárai számára. A legnagyobb változás a 2. számú fiú szerepében és jelentőségében látható. Az előző vizsgálatkor segítőkészségét, együttérzését méltányolták osztálytársai, mostanra ez a tulajdonsága és tanulmányi eredménye példaképpé emelte társai között. Ezek ellenére nem szerepel az órákon, és általában egyedül, nem pedig osztálytársaival tölti az iskolában szabadidejét – vélekedtek róla a többiek. A tanulók szociometriai kérdésekre adott válaszai alapján megállapíthatjuk, hogy jó tanulmányi eredménnyel, megbízható, együttérző jelenléttel lehet ebben az osztályban valaki központi személy, követendő példa. Az osztályban kialakult egy olyan hierarchia, amely, úgy tűnik, elfogadható minden tag számára.



4. ábra. A logopédiai 4. osztály szociogramja szereppel és jelentőséggel – kontroll adatfelvétel (forrás: a szerzők).

A szociogramon látható, és az osztály mindennapjaiban tapasztalható kedvező irányú változások (magányosság megszűnése, fejlettebb közösségi szerkezet kialakulása) a pedagógusok közösségfejlesztő munkájának (is) köszönhetőek. Az osztály tanítói az első adatfelvétel eredményét látva elsősorban a magányos fiú beilleszkedésének segítését tűzték ki célul. Szociális kompetenciáinak fejlődése érdekében gyakran biztosítottak számára olyan helyzeteket, amelyekben megnyilvánulhattak erősségei társai előtt. A tanórákon gyakrabban terveztek olyan csoportos tevékenységet, amelyekben minden tagnak volt szerepe és feladata, szükség volt az eredményességhez mindenki egyéni teljesítményére. Az ilyen közös erőfeszítést igénylő munkák során jobban megismerhették és megkedvelhették a gyermekek egymást. A társak elfogadó magatartása, pozitív visszajelzései pedig hozzájárultak a kezdeményező-készség fejlődéséhez, a potenciális társak kapcsolatok létesítéséhez.

## Nem viszonzott rokonszenvi választások

A szociometriai kérdőív rokonszenvi kérdéseire adott kölcsönös választások jelennek meg a szociogramon, ezekből rajzolódik ki az adott gyermekközösség kapcsolati hálója. A SMETRY nyújtotta elemzési lehetőségek közül talán a legjelentősebb a tanulók nem viszonzott rokonszenvi

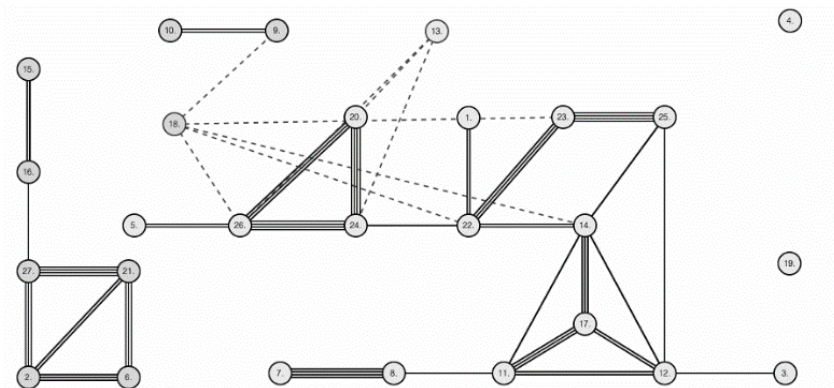
választásainak megjeleníthetősége, elemzése. A gyermekek áhított, de nem megvalósult kapcsolódási igényeinek vizsgálata konkrét támpontokat adhat a pedagógusoknak a magányos társas helyzetben lévő diákok beilleszkedésének támogatásához, sőt kijelölheti számukra a támogatás irányát is. További differenciálást jelent, hogy a nem viszonzott rokonszenvi választásokat irányuk szerint különbözőképp jelöli a rendszer: a tanulók által kinyilvánított és társaik által nem viszonzott kapcsolódási szándékot szaggatott (piros), míg a tanulók felé irányuló, de általuk nem viszonzott kapcsolódási igényeket pontozott (kék) vonal mutatja.

Ezen nem viszonzott rokonszenvi választások ismerete különösen az előnytelen szociometriai státuszú, vagy magányos társas helyzetben lévő gyermekek esetében bír nagy jelentőséggel a pedagógusok számára. Egyrészt azért, mert adott esetben ezekből megtudhatják, kihez vonzódik a (még) beilleszkedési nehézséggel küzdő tanítványuk, másrészt pedig a magányosság okának eldöntésében is támpontot adhatnak. Magányos lehet ugyanis valaki egy közösségben azért, mert nincs igénye a többiekhez tartozásra, illetve azért is, mert a többiek számára nem vonzó az ő társasága, barátsága. De előfordulhat magányos pozíció úgy is, hogy a személy szeretne a közösség szerves részévé válni, és a többiek is érdeklődést mutatnak irányába, csak a választásaik „elmennek egymás mellett”, mert különböző szociometriai kérdésekben választották egymást.

A nem viszonzott rokonszenvi választások közül, ha csak szaggatott vonallal jelölteket látunk, akkor valamelyik fél – magányos tanuló/osztály – részéről nincs kapcsolódási igény. Amennyiben a szaggatott vonalak mellett pontozott is szerepel, akkor van érdeklődés a még társas kapcsolattal nem rendelkező diák irányába. Amikor pedig kölcsönös a vonzalom, de ez még nem realizálódott, szaggatott és pontozott vonalak együtt jelennek meg a felületen.

A bemutatásra szánt közösségek közül a harmadik az integráló általános iskolai 7. osztálya. Az osztály 27 tanulójaiból (18 fiú, 9 lány) kettő sajátos nevelési igényű gyermek (13., 18. tanulók). A következőkben az ő nem viszonzott rokonszenvi választásaikat szemléltetjük. Ismeretes, hogy az integrált körülmények között nevelkedő/tanuló sajátos nevelési igényű gyermekek esetében kiemelt jelentősége van az őket befogadó közösségnek. Ha ez a környezet támogató, segítő, empátikus, akkor az atipikusan fejlődő gyermekek szociális alkalmazkodása is megfelelően alakulhat (Csákvári, 2006). Az iskolában a pedagógusok hozzáállása (Majoros, 2009; Ben-Yehuda, Leyser & Last, 2010), a kortárs csoport visszajelzései, elfogadó vagy elutasító magatartásuk (Fischer, 2009; McCoy & Banks, 2012) mind-mind hozzájárulnak az integráltan tanuló diákok énképének, személyiségének alakulásához (Bless, 1995; Szabó, 2012; Torda, 2004). Ezek tudatában helyeztük most a két sajátos nevelési igényű tanuló nem viszonzott rokonszenvi választásainak bemutatását előtérbe.

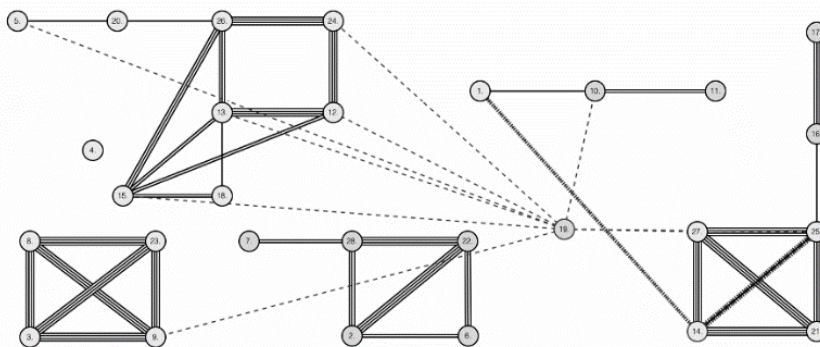
Ahogy azt a szociogramon (lásd 5. ábra) láthatjuk, mindketten magányos pozícióban vannak, és csak általuk kezdeményezett – szaggatott vonallal jelölt – választásokról árulkodik a szociális háló ábrája. Az integrált lány három, zárt társas helyzetben lévő lányhoz (20., 24., 26. tanulók) szeretne tartozni, míg a fiú csak egy esetben kapcsolódna a saját nemét képviselő társához (9. tanuló), és négy kérdésnél lányok (14., 22., 23., 26. tanulók) feleltek meg elképzelésének. Feljűk egyetlen kérdés vonatkozásában sem irányult választás. Ez utalhat egyrészt a két tanuló szociális kapcsolatteremtő képességének gyengeségére, esetleg kevésbé vonzó személyiségjegyeire éppúgy, mint az osztályközösség kevésbé befogadó attitűdjére.



5. ábra. A 7. osztály szociogramja az integrált tanulók nem viszonzott rokonszenvi választásainak jelölésével (forrás: a szerzők).

A közösségben készített szociometriai adatfelvételt követően az osztályfőnök fontosnak tartotta figyelemmel kísérni, segíteni, formálni az osztályban kialakuló kapcsolatokat – ezáltal magát a közösséget is –, hogy azok minden tanuló számára építőek legyenek. Figyelembe vette (nem csak) az integrált tanulók kapcsolódási vágyait, igyekezett őket az általuk rokonszenvi alapon megjelölt társakkal közös tevékenységekbe bevonni. Tette ezt a tanításban alkalmazott kooperatív munkaszervezési formák, csoportmunkák alkalmazása során, figyelembe vette az osztálytermi ültetésnél, illetve a több napos erdei iskolában, osztálykiránduláson egy szobába osztotta be az egymás iránt érdeklődést mutató tanulókat.

A következő tanévben végzett kontroll adatfelvételkor az osztály létszáma egy új fiú (7. tanuló) érkezése miatt nőtt, akinek hamar sikerült kapcsolatot kialakítania új közösségében (6. ábra). A fókuszban szemlélt integráltan tanuló diákok szociometriai státuszában, társas kapcsolataiban is láthatunk változást. A sajátos nevelési igényű fiú (19. tanuló) továbbra is magányos, és nem viszonzott rokonszenvi választásai továbbra is csak egy esetben irányulnak fiú felé (10. tanuló), és több alkalommal inkább lányokhoz (5., 9., 12., 13., 15., 24., 25., 27. tanulók) csatlakozna. Bár továbbra sem rendelkezik osztályában kapcsolattal, próbálkozásai gyarapodnak, ez utalhat a növekvő barátságkötési igényére. A sajátos nevelési igényű lány (14. tanuló) szociometriai helyzete jelentős javulást mutat az első adatfelvételhez képest. Nemcsak megszűnt magányossága, hanem kifejezetten kedvező pozíciót tudhat már magának azáltal, hogy szerves részét képezi egy négy lányból álló (21. 25., 27. tanulók) szoros baráti körnek. Ők azok a lányok, akikhez az első vizsgálat során is vonzódott, de akkor még nem viszonzták rokonszenvét. A négyesegben elhelyezkedő lányok közül az egyikkel (25. tanuló) barátságuk továbbmélyítésére is esély van, melyet a közöttük látható, még nem realizálódott, oda-vissza választások jeleznek. Újabb potenciális kapcsolat lehetőségét kínálja az 1. lánnyal egymás irányába kinyilvánított érdeklődésük is, bár ezek az igények egyelőre még nem valósultak meg. Úgy tűnik, az integráltan tanuló lány megtalálta helyét az osztályban, sőt kifejezetten vonzó lett barátsága társai számára. Ez szociometriai státuszának jelentős javulásában, több, erős kapcsolat létrejöttében mutatkozik meg. A fiúnál pedig a kimenő választásainak gyarapodása kapcsolatteremtési igényének növekedésére utalhat, bár viszonzásra még nem talált közülük egy sem. A sajátos nevelési igényű fiú súlyos nagyothalló, amely részben magyarázat lehet izolálódására.



6. ábra. 8. osztály szociogramja az integrált tanulók nem vizsgázott rokonszeremi választásainak jelölésével – kontroll adatfelvétel (forrás: a szerzők).

## ÖSSZEZÉS

A szociometria módszertana segítséget adhat a pedagógusoknak ahhoz, hogy megismerjék az általuk vezetett közösség társas jellemzőit, a tanulók/gyermekek kölcsönös vagy éppen vágyott, de még meg nem valósult kapcsolatait. Ahhoz, hogy a tanulók kapcsolatokat tudjanak kiépíteni, megfelelő szociális képességekkel, szociális kompetenciával kell rendelkezniük; ha ezekben nehézségek, hiányok lépnek fel, számos érzelmi problémát okozhatnak (Spence, 2003). Fontos tisztában lennünk azzal, hogy a szociális készségek elsajátításához éppúgy időre van szükség, mint a tudományos ismeretek megszerzéséhez. Azt pedig, hogy egy diák szívesen és a legtöbbet tanuljon, akkor tudjuk elérni, ha már elsajátította a szociális viselkedés készségeit és együttműködik az osztállyal (Glenn, Lott és Nelsen, 2016). Ezért fontos, hogy minden tanuló ezen képességek és készségek birtokába kerüljön. Mind hazai (például Konta & Zsolnai, 2002; Sütőné, 2005; Szabó & Fügedi, 2015), mind nemzetközi viszonylatban (például: Carter & Hughes, 2005; Diaz-Garolera, Pallisera & Fullana, 2019; Masi, Chen, Hawkey & Cacioppo, 2011) számos olyan tréning, program létezik, amely a szociális és érzelmi képességek, készségek fejlesztését tűzi ki célul. Ezen programok kiegészítéseként is jól alkalmazható a SMETRY keretrendszer, hiszen akár egyszeri adatfelvételre, de akár utánkövetésre is jól használható. A SMETRY fejlesztésével egy olyan, széles körben alkalmazható keretrendszert hoztunk létre, amelyet a különböző nevelési szintervevők felhasználhatnak a gyermek-/tanulóközösségek megismerésében, elősegítve a minél eredményesebb oktatói-nevelői munkát (Horváth, 2015).

## Irodalomjegyzék

Alexandra, P., Angela, H., & Ali, A. (2018). Loneliness in people with intellectual and developmental disorders across the lifespan: A systematic review of prevalence and interventions. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31.(5), 643–658.

- Ben-Yehuda, S., Leyser, Y. & Last, U. (2010). Teacher educational beliefs and sociometric status of special educational needs (SEN) students in inclusive classrooms. *International Journal of Inclusive Education*, 14.(1), 17-34.
- Bless, G. (1995). A tanulásban mentálisan akadályozottak integrációja. In Csányi Y. (szerk.). *Együttnevelés – Speciális igényű tanulók az iskolában*. Iskolafejlesztési Alapítvány, OKI Iskolafejlesztési Központ, Budapest. 132-142.
- Berndt, T. (1999). Friends' influence on students' adjustment to school. *Educational Psychologist*, 34.(1), 15–28.
- Brinton, B. & Fujiki, M. (2002). Social development in children with specific language impairment and profound hearing loss. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.). *Blackwell handbook of childhood social development*. Malden, MA: Blackwell. 588–603.
- Brinton, B. & Fujiki, M. (2010). Living with language impairment. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 1.(1), 69–94.
- Carter, E. W., & Hughes, C. (2005). Increasing Social Interaction among Adolescents with Intellectual Disabilities and Their General Education Peers: Effective Interventions. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30.(4), 179–193.
- Csákvári J. (2006). *Inkluzív nevelés – Ajánlások értelmileg akadályozott gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez. Szociális, életviteli és környezeti kompetenciák*. SuliNova Kht., Budapest.
- Csepeli Gy. (1997). *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Díaz-Garolera, G., Pallisera, M., & Fullana, J. (2019). Developing social skills to empower friendships: Design and assessment of a social skills training programme. *International Journal of Inclusive Education*, 1–15.
- Fischer G. (2009). Az integrációval kapcsolatos attitűdök kutatása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 37.(4), 254–268.
- Flannery, K. M., & Smith, R. L. (2017). Are Peer Status, Friendship Quality, and Friendship Stability Equivalent Markers of Social Competence? *Adolescent Research Review*, 2.(4), 331–340.
- Fujiki, M., Brinton, B., Morgan, M. & Hart, C. H. (1999). Withdrawn and sociable behavior of children with language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 30.(2), 183–195.
- Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2014). Vulnerability to Loneliness in People with Intellectual Disability: An Explanatory Model: Vulnerability to Loneliness. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11.(3), 192–199.
- Glenn, H. S., Lott, L., & Nelsen, J. (2016). *Pozitív fegyelmzés az iskolában – A kölcsönös tisztélet, az együttműködés és a felelősségteljes gondolkodás kialakítása a tanítás során*. Reneszánsz Kiadó, Budapest.
- Horváth E. & Szekeres Á. (2014). A Mérei-féle többszemponú szociometria alkalmazása egy felhasználó központú szoftveren keresztül. In Ollé János (szerk.), *VI. Oktatás-Informatikai Konferencia Tanulmánykötet*. (pp. 66–67). ELTE PPK Neveléstudományi Intézet.
- Horváth E. (2015). A szociometria korszerű alkalmazási lehetőségei a pedagógiai munkában a Smetyr szoftver segítségével. In Tóth P., Holik I. & Tordai Z. (szerk.), *Pedagógusok, tanulók, iskolák—Az értékmérés, az értékteremtés és az értékteremtés világa: Tartalmi összefoglalók: XV. Országos Neveléstudományi Konferencia* (p. 185). Óbudai Egyetem, Budapest.
- Kavale, K. A., & Forness, S. R. (1996). Social Skill Deficits and Learning Disabilities: A Meta-Analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29.(3), 226–237.
- Konta I. & Zsolnai A. (2002). *A szociális készségek játékos fejlesztése az iskolában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Majoros A. E. (2009). Semmirekellők, naplopók...avagy az integráció egy dél-magyarországi kistérségben. *Gyógypedagógiai Szemle*, 37.(3), 239–253.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15.(3), 219–266.



- McCormack, Harrison, McLeod & McAllister. (2011). A nationally representative study of the association between communication impairment at 4–5 years and children's life activities at 7–9 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54.(5), 1328–1348.
- McCoy, S. & Banks, J. (2012). Simply academic? Why children with special educational needs don't like school. *European Journal of Special Needs Education*, 27.(1), 81–97.
- Mérei F. (2001). *Közösségek rejtett hálózata*. Osiris Kiadó, Budapest.
- N. Kollár K. (2017). Barátság, személyközi vonzalom, csoportfolyamatok és az iskolai társas kapcsolatok fejlesztése. In N. Kollár K. & Szabó É. (szerk.). *Pedagógusok pszichológiai kézikönyve II.* (pp. 135–192). Osiris Kiadó, Budapest.
- Papoutsaki, K., Gena, A., & Kalyva, E. (2013). How Do Children With Mild Intellectual Disabilities Perceive Loneliness? *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 51–61.
- Pijl, S. J., & Frostad, P. (2010). Peer acceptance and self-concept of students with disabilities in regular education. *European Journal of Special Needs Education*, 25.(1), 93–105.
- Spence, S. H. (2003). Social Skills Training with Children and Young People: Theory, Evidence and Practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8.(2), 84–96.
- Sütőné Koczka Á. (2005). Szociális készségek fejlesztése kamaszkorban. Trefort Kiadó, Budapest.
- Szabó É. & Fügedi P A. (2015). *Társas készségeket fejlesztő kiscsoportos tréning 12-18 évesek számára*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Szabó Á-né (2012). A képességfejlesztés és az életmód összefüggései tanulásban akadályozottaknál. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 217–236). Medicina, Budapest.
- Szekeres Á. & Horváth E. (2014). Enyhén értelmi fogyatékos gyermekeket integráló iskolai osztályok szociometriai jellemzői. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 69.(1), 263–281.
- Szekeres Á. & Horváth E. (2016). SMETRY: Társas kapcsolatok digitális mérésének első tapasztalatai. In Hülber, L. (szerk.), *I. Oktatásszervezési és Oktatásinformatikai Konferencia [elektronikus dok.]: 2016- február 5-6.: Absztraktkötet* (p. 40). Líceum Kiadó, Eger.
- Torda Á. (2012). Az integrált iskoláztatás hatása a gyermek személyiségfejlődésére. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 257–368). Medicina, Budapest.
- Vajda Zs. (2004). A társas kapcsolatok és viselkedés fejlődése kisiskolás kortól serdülőkorig. In Mészáros, A. (szerk.). *Az iskola szociálpszichológiai jelenségyvilága*. (pp. 145–161). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Williams, K. D., Forgas, J. P. & Hoppel, W. (2006). *A társas kirekesztés pszichológiája. Kitaszítás, kiközösítés, elutasítás és szelektálás*. Kairosz Kiadó, Budapest.

**ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR  
GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT**

**BA GYÓGYPEDAGÓGIA ALAPKÉPZÉSI SZAK SZAKIRÁNYÚ  
TOVÁBBKÉPZÉS**

A gyógypedagógia alapképzési szak **szakirányú továbbképzés gyógypedagógia alapképzésben már oklevéllel rendelkezők számára** az alábbi szakirányokon kínál lehetőséget újabb szakképzettség megszerzésére 2020 szeptemberétől:

- Értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirány
- Logopédia szakirány
- Pszichopedagógia szakirány
- Szomatopedagógia szakirány
- Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány

**A képzési idő félévekben: 3 félév, a logopédia szakirányon 4 félév!**

**Önköltség: Logopédia szakirányon 190.000 Ft/félév,  
a többi szakirány esetében 170.000 Ft/félév**

**Jelentkezési határidő:**

**2020. június 30. logopédia szakirány**

**2020. július 10. a további szakirányok esetében**

**Jelentkezési határidő:**

**2020. június 30. logopédia szakirány**

**2020. július 10. a további szakirányok esetében**

A képzésről, jelentkezés feltételeiről bővebb információ a **barczy.elte.hu** oldalon található.

**Érdeklődni lehet:** Rada Andrea kapcsolattartó, 06 1 358-5527

Email: [tovabbkepzo@barczy.elte.hu](mailto:tovabbkepzo@barczy.elte.hu)

**A képzések megfelelő létszámú jelentkező esetén indulnak. Részletesebb információk az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Továbbképző Központ honlapján, a Képzési kínálat menüpont alatt az alábbi elérhetőségeken találhatók:**

<http://barczy.elte.hu/content/kepzesi-kinalat.t.190?m=32>

<http://barczy.elte.hu/content/pedagogus-tovabbkepzesek-altalanos-felnottkepzesek.cl.32?m=174>

<http://barczy.elte.hu/content/szakiranyu-tovabbkepzesek.cl.33?m=175>.

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pető András Kar Pedagógiai Intézet

<sup>2</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola

<sup>3</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

# Tanuláshoz szükséges készségek mérése DIFER programcsomaggal cerebrális parézissel élő gyermekek körében iskolába lépéskor

VISSI TÍMEA – FEKETÉNÉ SZABÓ ÉVA – PAPP GABRIELLA

[vissi.timea@semmelweis-univ.hu](mailto:vissi.timea@semmelweis-univ.hu)

[feketene\\_szabo.eva@semmelweis-univ.hu](mailto:feketene_szabo.eva@semmelweis-univ.hu)

[papp.gabriella@barczy.elte.hu](mailto:papp.gabriella@barczy.elte.hu)

---

## ABSZTRAKT

Háttér és célok: A cerebrális parézissel (továbbiakban CP-vel) élő gyermekeket a mozgáskorlátozott személyek közé sorolják, a CP azonban sohasem csak a mozgás érintettségében nyilvánul meg. A kognitív készségekben megjelenő akadályok akár jobban befolyásolják az életminőséget és a szociális részvételt, mint a mozgásban való akadályozottság. Jelen tanulmány a CP-vel élő gyermekek tanuláshoz szükséges alapkészségeinek szintjét vizsgálja iskolakezdéskor.

Módszer: A vizsgálatba a Semmelweis Egyetem (SE) Pető András Karának intézményi adatbázisában szereplő, a Kar gyakorló általános iskolájában 87 fő, tanulmányait megkezdő, CP-vel élő gyermek adatait vontuk be (54% fiú és 46% lány; átlagéletkor 7,7 év; IQ $\geq$ 70; közülük 50 rendelkezett Motor Function Classification System (továbbiakban GMFCS) osztályozási rendszer szerinti besorolással: 14% 1. szint, 20% 2. szint, 36% 3. szint, 22% 4. szint, 8% 5. szint). Az alapkészségek vizsgálatához a Diagnosztikus Fejlődésvizsgáló Rendszer (továbbiakban DIFER) programcsomagot, a nagymozgásban való akadályozottság mértékének meghatározásához a GMFCS osztályozási rendszert alkalmaztuk.

Eredmények: Alapkészségenként tekintve a beszédhanghallás kivételével a CP-vel élő gyermekek átlageredménye jelentősen elmarad a többségi tanulók átlageredményéhez viszonyítva. Az iskolaérettséget jelző *Összesített mutatót* megvizsgálva a gyermekek 13,8%-a éri el az iskolaérettségi szintet, 54%-a a nagycsoportos óvodások készségszintjét, 32,2%-a a középcsoportos óvodások készségszintjét. A vizsgálatba bevont gyermekek közül az Összesített mutató optimális szintjét egyetlen gyermek sem érte el. A GMFCS szint és a DIFER Összesített mutatója között összefüggés nem mutatkozott.

Következtetések: A vizsgálat eredménye megerősítette, hogy az IQ teszt eredménye nem elegendő a CP-vel élő gyermekek tanuláshoz szükséges készségeinek felmérésére és a sikeres iskolai teljesítmény előrejelzésére. Egyetértünk azokkal a szerzőkkel, akik sürgetik, hogy a CP-vel élő gyermekek felmérését a kezdetektől szükséges kiterjeszteni egyéb készségeik és képességeik feltérképezésére is, illetve fejlesztési céljait, támogatásukat is ehhez a valós támogatási szükséglethez kell igazítani.

**Kulcsszavak:** cerebrális parézis, tanuláshoz szükséges alapkészségek, DIFER

---

## HÁTTÉR ÉS CÉLOK

### Elméleti háttér

Jelen tanulmány egy átfogó, longitudinális vizsgálat előkészítésének vizsgálati eredményeit tartalmazza. A teljes vizsgálat célja:

1. a tanulási képességek mérésére alkalmas eljárások kipróbálása, alkalmazhatóságuk vizsgálata cerebrális parézissel élő gyermekek körében,
2. tanuláshoz szükséges alapkészségek fejlődésének vizsgálata CP-vel élő gyermekek körében,
3. egyéni fejlődési utak felrajzolása.

A CP-vel élő gyermekek sajátos nevelési igényének megállapítása a BNO besorolási rendszere szerinti orvosi diagnózison és a szakértői véleményen alapszik. A gyermekeket „vezető” tünetük alapján hagyományosan a mozgásszervi fogyatékossgal élő, mozgáskorlátozott (a cikkben a hatályos köznevelési törvény terminusát használjuk) személyek közé sorolják, ám a cerebrális parézis sohasem csak a mozgás érintettségében nyilvánul meg. A gyermekek iskolai együttnevelését a tanulásban való sikeresség erősen befolyásolja, így társadalmi befogadásukat és együttélésüket a tanulási képességeik szintje akár erősebben befolyásolhatja, mint a mozgásban való akadályozottságuk (Zgur, 2012).

Egyes szerzők arról számolnak be, hogy a CP-vel élő gyermekek intellektuális képességeinek hagyományos IQ teszttel történő mérése inadekvát eredményt tükröz (Esben, 2003). Mások szerint a gyermekek harmada nem képes az IQ tesztek kérdéseire választ adni azokban a feladatokban, ahol finommotoros képesség szükséges, szóban kell választ adni, vagy éppen gyors válasz az elvárás (Sigurdardottir és mtsai, 2008; Foo, Guppy & Johnston, 2013; Sherwell, Reid, Reddihough, Wrennal, Ong & Stargatt, 2014; Reid, Meehan, Arnup & Reddihough, 2018). Ezek alapján nem meglepő, hogy egyes szakirodalmak eltérő adatokat találnak a CP-vel élő gyermekek intellektuális képességzavarának előfordulási gyakoriságáról: 25%-65% (Geralis & Ritter 1998; Sigurdardottir és mtsai, 2008; Reid és mtsai, 2018). Tapasztalataink szerint a CP-vel élő, ép intellektusú gyermekek körében megjelenhet a tanuláshoz szükséges készségek fejlettségében olyan mértékű eltérés, mely az iskolai fejlődést jelentősen megnehezíti, vagy akár kritikussá teszi. A pedagógusok számára kihívást jelent a CP-vel élő gyermekek olvasási, számolási, írás- és egyéb készségeik megalapozása, iskolai oktatása. Az elemi alapkészségek fejlettségében a többségi gyermekek között is jelentős, években mérhető különbségek mutatkoznak (Józsa, 2004, 2011, 2016). Jelen tanulmány arra keresi a választ, hogyan alakul a DIFER által mért elemi alapkészségek fejlettségi szintje CP-vel élő gyermekek körében iskolakezdekskor.

A cerebrális parézis egy gyűjtőfogalom, amely tünetek sokféleségét rejt magában. Szó szerinti jelentése: cerebrális=agyi, parézis=bénulás: az akaratlagos mozgások elégtelensége vagy hiánya az agy sérülése következtében. Szó szerinti jelentésében tehát agyi károsodás következtében kialakult mozgássérültség (Balogh & Kozma 2000).

A múlt század 90-es éveiben kezdett el terjedni az „umbrella term” kifejezés a szakirodalomban a CP-vel kapcsolatosan, jelezve, hogy a cerebrális parézis kifejezés különböző, és egymástól esetleg jelentősen eltérő tünetegyütteseket takar.

Cerebrális parézisben a mindig jelenlévő mozgásban való érintettség mellett változatos előfordulással megjelenő területi érintettségek: érzékelés, észlelés érintettsége; kognitív képességek, kommunikációs képességek érintettsége; pszichikus funkciókban mutatózó eltérések; epilepszia (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton & Paneth, 2005; Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein & Bax, 2007; Vekerdy-Nagy, 2017).

Esben (2003) paradigmaváltást sürget a CP-vel kapcsolatos új ismeretek tükrében. Az általuk lefolytatott vizsgálatban négy speciális kognitív funkciót talált, amelyek minden esetben érintettek voltak: koncentráció, figyelem; kombinatív és rendszerben való gondolkodás képessége; feladatok, vagy a feladatok egymás utáni kivitelezése; rövidtávú memória.

Nem nehéz belátni, hogy a fentebb felsorolt területi érintettségek, speciális kognitív funkciók mind-mind befolyásolják a tanulási képességeket, hatással lehetnek a sikeres iskolai előmenetelre, megnehezíthetik a gyermek tanulását, nevelését-oktatását.

A CP-vel élő személyekkel kapcsolatos hazai kutatások inkább a mozgásban való akadályozottságra, és kevésbé az intellektuális képességekre, kognitív funkciókra vagy tanulási képességekre koncentrálnak. Az íráskészség, íráskép és a motoros érintettség, intellektuális képességek összefüggését vizsgálta Péntek-Dózsa, Lénárt, Papp és Pintér (2018), Péntek-Dózsa, Lénárt és Papp (2019), az írásbeli véleményalkotást Pintér (2016). Sarkady és Zsoldos (1991) a kognitív funkciók zavara és a tanulási problémák közötti összefüggést vizsgálta. Eredményeik alapján azok a CP-vel élő kisiskolások, akik olvasás- és írászavarral küzdöttek, a kognitív vizsgálatokban 1-2 éves életkori elmaradást mutattak (idézi Mlinkó, 2014). Mlinkó (2014) a mozgáskorlátozott gyermekek kognitív és tanulási képességei vizsgálhatóságának lehetőségeit tanulmányozta, és ennek során CP-vel élő, iskoláskorú gyermekek intellektuális képességeit mérte fel WISC-IV rövidített változatával, egy adott témájú fogalmazás íratásával, a kompetenciamérések eredményeivel, illetve az életkornak megfelelő RAVEN teszttel. Eredményeiben azt találta, hogy a CP-vel élő, ép intellektusú tanulók eredményei a WISC-IV szubtesztjeiben (a Verbális megértés kivételével), valamint a RAVEN tesztben alacsonyabb pontszámúak, mint az életkoruknak megfelelő átlageredmény.

A külföldi szakirodalomban is csak az elmúlt két évtizedben jelentek meg olyan tanulmányok, melyek nem a mozgásban való akadályozottságot teszik a vizsgálat tárgyává, hanem a CP-vel élő személyek egyéb – az idegrendszeri károsodással összefüggő – képességeit. Vizsgálták a CP-vel élő gyermekek nyelvfejlődési jellegzetességeit (Richardson & Kertov 2006), a fizikai és a kognitív funkciók összefüggéseit (Dalvand, Dehghan, Hadian, Feizy & Hosseini, 2012; Song, 2013; Türkoglu, Türkoglu, Celik & Ucan, 2017), az intellektuális státuszt kisiskolásoknál (Ito, Araki, Tanaka, Tasaki & Cho, (1997).

Botthcher (2011) elméleti keretet próbált megalkotni CP-vel élő gyermekek kognitív fejlődése, és a tanulmányaik, illetve társadalmi részvételük közötti kapcsolat vizsgálatával. Ebben olyan vizsgálatokra hivatkozik, amelyekben az IQ-átlagot hasonlították össze a CP-vel élő és a többségi populációban. Gonzalez-Monge és munkatársai (2009) azt találták, hogy az IQ-átlag a tipikus csoportéhoz közel esett, nem volt számottevő különbség a két csoport között. Levine, Kraus, Alexander, Siriyakham & Huttenlocher (2005) viszont eltérő eredményre jutottak. 7 éves kor előtt és 7 éves kor után mérték az IQ-t, és azt találták, hogy ha a károsodás kiterjedt, annak nagy hatása van a kognitív funkciókra, ám ha csak kismértékű agyi károsodásról van szó, akkor az IQ-ban az eltérés csak az életkor előrehaladtával mutatkozik meg, kezdetben nincs eltérés a cerebrális parézissel élő és a többségi gyermekek között. White és Christ (2005) viszont ezzel gyakorlatilag ellentétes eredményt találtak: a fiatalabb gyerekek kognitív funkcióiban nagyobb elmaradást mutatkozik, és magasabb életkorban kisebb az eltérés, a gyerekek képesek behozni a lemaradást.

Botthcher (2010) egy másik tanulmányában a témában megjelenő szakirodalmakat foglalja össze. Szakirodalmi áttekintése alapján a cerebrális parézissel élő gyerekek végrehajtó funkcióik és figyelmi

funkcióik károsodásával és ezzel párhuzamosan a végrehajtó és a figyelmi funkcióik működésével kapcsolatosan nincs elegendő kutatás egy egységes kép felvázolásához. Márpedig ez a két funkció erősen meghatározza a tanulási képességeket és a lehetséges fejlődési utat. Szintén csak néhány tanulmány foglalkozik a CP-vel élő gyerekek nyelvi képességeinek fejlődésével, mely befolyással van az olvasási, az írás- és a hangokra bontás képességeikkel. Pirila és munkatársai (2007) kutatásukban azt találták, hogy a dysarthria sokkal gyakrabban fordul elő a súlyos, halmozott fogyatékossgal élő CP-s gyermekek körében – mely intellektuális képességzavarral is társul –, mint az enyhébb formákban, ahol a beszédkészség az átlagnak megfelelő, vagy átlaghoz közeli eredményeket mutat.

A fentebb említett tanulmányok mind a saját tapasztalatainkat támasztják alá, hogy a cerebrális parézissel élő gyermekek körében gyakran a tanulás terén is fellépnek akadályozottságok.

## A kutatás célja és kérdései

Jelen vizsgálat célja feltérképezni a CP-vel élő, iskolai tanulóikat megkezdő gyermekek tanúláshoz szükséges alapkészségeinek szintjét. A következő kérdésekre kerestük a választ:

1. Az elemi alapkészségek szintjének vizsgálata CP-vel élő gyermekek körében iskolába érkezéskor: a csoport vizsgált alapkészségei a DIFER által meghatározott szintek közül (előkészítő, kezdő, haladó, befejező, optimális) melyik szintnek felelnek meg?
2. Van-e eltérés a CP-vel élő gyermekek és a többségi gyermekek tanúláshoz szükséges alapkészségeinek szintjében iskolakezdéskor?
3. Az összesített mutató alapján a CP-vel élő gyermekek fejlettsége melyik készségszintnek felel meg iskolakezdéskor?
4. Mutatkozik-e eltérés az összesített mutató alapján a CP-vel élő gyermekek és a többségi gyermekek készségszintje között?
5. Milyen eltérés tapasztalható a nagymozgásokban való akadályozottság szerint kialakított csoportokban a vizsgált készségszintek között?

## MÓDSZER

### A vizsgálat helyszíne

A vizsgálat helyszíne a Semmelweis Egyetem Pető András Gyakorló Általános Iskolája és Kollégiuma (továbbiakban gyakorló általános iskola), mely a névadó által kialakított konduktív pedagógia szemléletében végzi az általános iskolai nevelést-oktatást. A konduktív nevelés más megközelítésekétől eltérően az idegrendszer sérüléséből fakadó, mozgásban és egyéb képességekben megmutatókozó eltéréseket *szocializációs és tanulási nehézség*ként értelmezi, ennek megfelelően a konduktív nevelés célja a tanulás/újratanulás (Feketéné & Bösenbacher, 2018; Zsebe, 2019). Horváth (2016) a tanulási problémák elméleteit tanulmányozva a CP-vel élő gyermekek fejlesztésével foglalkozó konduktív pedagógiát a perceptuo-motoros elméletek irányvonalába illesztette.

A konduktív nevelés holisztikus emberképének megfelelően (Schaffhauser, 2018, 2019; Zsebe, 2019) a gyakorló általános iskola az általános iskolai nevelést-oktatást és a fejlesztést – sem térben, sem időben, sem tartalmilag – nem külön, egymástól elválasztva kezeli, hanem komplexen, a teljes személyiség fejlesztését megcélözva végzi. Éppen ezért a mozgásképesség szintjének mérése mellett az iskola megfelelő végzettséggel és a mérésekben több éves gyakorlattal rendelkező pedagóguscsoportja méri az idejártó gyerekek tanulási képességeit is (Vissi, Feketéné és Kelemen 2019). Céljuk ezzel, hogy a nevelést-oktatást és fejlesztést minél inkább az ide járó gyerekek és családjaik igényeihez és szükségleteihez tudják igazítani, és ezáltal a sikeres társadalmi befogadást és részvételt minél hatékonyabban előkészíteni. Az SE Pető András Kara multidiszciplináris kutatócsoportot hozott létre, melynek tagjai között megtalálható neurológus, neuropszichológus, neveléstudomány területén tudományos fokozattal rendelkező konduktor, főiskolai tanár, statisztikus, konduktorok, nevelés-, illetve orvostudományi terület doktorandusz hallgatói, illetve a Kar főiskolai hallgatói. A csoport kutatási területe a mért eredmények elemzése, a cerebrális parézissel élő gyermekek körében alkalmazható mérőeszközök kiválasztása és vizsgálata, egyéni fejlődési utak felvázolása, a gyermekek fejlesztésének és a konduktorképzésnek a valós igényekhez való szükség szerinti igazítása az eredmények tükrében.

A gyakorló általános iskola az országos mérésekhez igazodva a DIFER programcsomagot alkalmazza a tanuláshoz szükséges alapkészségek méréséhez. A DIFER programcsomag egyrészt alkalmas az eredményes iskolakezdetéshez szükséges alapkészségek diagnosztikus értékelésére, ajánlásokat tartalmaz a készségek fejlesztéséhez, valamint lehetőséget jelent a készségek elsajátítási folyamatának nyomon követésére is (Nagy, Józsa, Vidákovich és Fazekasné, 2004a). A DIFER programcsomag tipikus fejlődésű gyermekek számára készült, és az ő átlagos fejlettségi szintjüknek megfelelően állapították meg az elérhető szinteket. Fogyatékossgal élő gyermekek körében a DIFER programcsomaggal kapcsolatosan kevés vizsgálat született. Józsa és Fazekasné (2006a, 2006b) tanulásban akadályozott, iskoláskorú gyermekek körében végzett vizsgálata úgy találta, hogy a DIFER programcsomag készségtesztjei alkalmasak a tanulásban akadályozott, iskoláskorú gyermekek fejlettségének vizsgálatára. Szarka (2019) a DIFER által mért alapkészségek szintjei és a későbbi magyar nyelv és irodalom, valamint matematika tantárgyak területén nyújtott teljesítmények összefüggését vizsgálta CP-vel élő iskoláskorú gyermekek körében. Eredményei alapján négy terület – az írásmozgás-koordináció, beszédhanghallás, relációszókincs és elemi számolási készség – eredményei a CP-vel élő gyermekek körében összefüggést mutatnak a későbbi magyar nyelv és irodalom, valamint matematika tantárgyak területén nyújtott teljesítménnyel, mely eredmény összecseng Józsa & Csapó (2010) országos, reprezentatív mintán végzett longitudinális vizsgálati eredményével.

A gyakorló általános iskolában a kezdeti mérések célja az volt, hogy döntés szülessen a programcsomag használhatóságáról. Úgy találták, hogy néhány ajánlás figyelembevételével a készségtesztek jól alkalmazhatók a CP-vel élő gyermekek körében is.

A kezdeti mérésekben részt vett pedagógusok ajánlásai a programcsomag alkalmazásáról:

1. A tesztek felvétele során minden esetben figyelembe kell venni a gyermek egyéni szükségleteit: mozgásállapotát (tud-e biztonságosan ülni, ülés közben kezeit szabadon használni stb.), beszédképességét, kommunikációs képességeit (nembeszélő gyermek hogyan képes kifejezni magát, pl. igen-nemet jelez, rámutatással kiválasztja a megfelelő

ábrát, AAK eszközt használ stb.), figyelmi képességét (képes-e hosszabb távon figyelni, mennyire hamar fárad el stb.), milyen eszközöket használ (pl. speciális szék, AAK eszköz, speciális íróeszköz stb.) és ennek megfelelően kialakítani a vizsgálat körülményeit. Nem ritkán a feladatok megértéséhez és kivitelezéséhez több magyarázatra és több időre – esetleg több mint három alkalomra – van szükség.

2. A vizsgált készségek eredményei megmutatják a fejlesztési célokat, segítik az egyéni és a csoportos fejlesztési tervek kialakítását. Az iskolába lépéskor, majd az első és a második osztály végén egy újabb mérés lehetővé teszi a készségek fejlődésének nyomon követését, mely mind a pedagógus, mind pedig a gyermek és családja számára pozitív megerősítésként és a későbbiekre nézve motivációként hathat.
3. A DIFER a sikeres iskolai tanulás szempontjából alapvető jelentőségű készségeket vizsgál, mely – az egyéni igényeket szem előtt tartva – jól alkalmazható a cerebrális parézissel élő gyermekek körében is.

## Az adatgyűjtés módja

Az adatgyűjtéshez a Pető András Kar összesített adatbázisában szereplő adatokat használtuk másodelemzésre. Az adatbázisban a mérések adatai, illetve ezektől elkülönítve a gyermekek egyéb adatai név nélkül, kódolva kerültek rögzítésre, így az általunk felhasznált adatok ugyanazzal a kódolással, de az összesített adatbázistól elkülönítve, egy Microsoft Excel táblázatban, jelszóval ellátott adathordozó eszközön kerültek tárolásra.

A vizsgálatba azoknak a CP-vel élő gyermekeknek az adatai kerültek beválogatásra, akik:

1. a DIFER felmérés évében kezdték meg általános iskolai tanulmányaikat a gyakorló általános iskolában és
2. a szakértői vizsgálat véleménye alapján intellektuális képességük a normál övezetbe esik.

Kizárási kritérium volt:

1. ha bármilyen ok miatt nem sikerült elvégezni a gyermekkel az iskolakezdés évének őszén a DIFER vizsgálat összes résztesztjét,
2. ha a későbbi évfolyamokban a gyermek átsorolásra került a tanulásban akadályozott tanulók övezetébe.

A vizsgálatba bevont gyermekek adatai közül a gyermek nemét, születési évét, diagnózisát, a DIFER fejlődésvizsgáló programcsomaggal mért első eredményét és a vizsgálat évszámát, valamint a nagymozgásban való akadályozottságának mértékét jelző GMFCS-szint számát rögzítettük.

A változók eloszlásának normalitását Kormogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk teszttel vizsgáltuk, a változók nem normális eloszlása miatt ( $p < 0,05$ ) a különböző eredmények közötti eltérések feltárásához a nonparametrikus Kruskal-Wallis próbát és Mann-Whitney próbát, illetve a Dunn-Bonferroni utótesztet alkalmaztuk. A statisztikai próbák elvégzéséhez IBM SPSS Statistics programot használtunk, a statisztikai próbák alkalmazásánál a  $p < 0,05$  szignifikancia szintet fogadtuk el.



## A vizsgálat eszközei

### *DIFER fejlődésvizsgáló programcsomag*

A DIFER a 2000-es évek elején a korábban használt PREFER-tesztrendszer továbbfejlesztése eredményeként született programcsomag (Nagy és mtsai, 2004a). Hét elemi, az iskolai sikerességet meghatározó alapkészséget vizsgál, illetve egyetlen számba sűrítve meghatározza a DIFER-indexet, ami – a vizsgálatok szerint – tekinthető az iskolaérettség mutatójának. Azok a gyermekek tekinthetők iskolaérettnek, akik legalább a haladó szintet elérték (eredményük  $\geq 65\%$ ) (Nagy, Józsa, Vidákovich és Fazekasné, 2004b; Józsa, 2011).

A DIFER hét alapkészség fejlettségét méri, ebből a vizsgálatba hat alapkészség eredményei kerültek bevonásra:

1. írásmozgás-koordináció
2. tapasztalati összefüggés megértés
3. beszédhanghallás
4. tapasztalati következtetés
5. relációszókincs
6. elemi számolás.

A vizsgálatból hiányzó szocialitás mérése is megtörtént, a tanulmányban azonban területi okokból nem térünk ki rá.

A DIFER ordinális skála, a felvétel során minden feladatnál rögzítjük, hogy a gyermek válasza megfelelő-e vagy sem. A helyes válaszok száma – a Fejlődési mutató című füzetben területenként egy táblázatban megadott értékek alapján – megadja a százalékos eredményt, valamint azt is, hogy az melyik szintnek felel meg. Minden alapkészségnél 5 szintet határoz meg a vizsgálóeszköz, amelyek jelzik, hogy a gyermek a készségelsajátítás melyik fázisában van: előkészítő, kezdő, haladó, befejező vagy optimum szinten. A készség optimális fejlettsége az elérendő cél, a mérés a gyermek fejlettségét a készségenként megállapított optimális szinthez – mint kritériumhoz – viszonyítva adja meg. (Az egyes alapkészségek szintenkénti bontása eltérő, ismertetésére nem térünk ki, lásd: Nagy és mtsai, 2004a.) A kidolgozók ajánlása alapján a készségfejlesztést mindaddig folytatni kell, amíg a gyermek az optimális fejlettségi szintet el nem éri (Nagy és mtsai, 2004a; Nagy és mtsai, 2004b; Józsa, 2011).

A DIFER alkalmazását minden tanévben a tanév rendjéről szóló rendelet írja elő, amely szerint az iskolák kötelesek minden év októberéig az Oktatási Hivatal felé jelezni – az óvodai jelzések, vagy saját tapasztalataik alapján – azon tanulók létszámát, akiknél az alapkészségek fejlesztésére hangsúlyosabban kell figyelni. Ezeknél a gyermekeknél decemberig szükséges elvégezni a DIFER méréseket. Az így felmért gyerekek az összes gyermek mintegy 30%-át teszik ki (Józsa, 2016).

A gyakorló általános iskolába kerülő gyermekek sajátos nevelési igényűek, a tanév rendjéről szóló rendelet alapján az iskola igazgatója dönti el, hogy elvégzi-e a DIFER vizsgálatot. A gyakorló általános iskola igazgatója döntésének megfelelően mindegyik, az általános iskolai tanulmányát megkezdő gyermek esetében a DIFER vizsgálat elvégzésre kerül.

A részletesebb kép kialakítása céljából a gyakorló iskola minden gyermeknél a DIFER teszt hosszabb változatát veszi fel. Alkalmanként két készség mérése ajánlott (Nagy és mtsai, 2004a;

Józsa, 2011), ezt az ajánlást azonban a CP-vel élő gyermekek egyéni sajátosságait figyelembe véve eltérően alkalmazzák, és gyakran egy alkalommal csak egy készség felmérésére kerül sor. A mérési alkalmak ideje és száma így gyerekenként eltérő, mindig az adott gyermek sajátosságaihoz igazodik.

## *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)*

A GMFCS a cerebrális parézissel élő gyermekek mozgásállapotának általános meghatározására használt, nemzetközileg legelterjedtebb osztályozási rendszer (Palisano, 2007; Hőgye, Jenei és Vekerdy-Nagy, 2016), 5 szintet különböztet meg:

1. Szint: A gyermek teljesen önállóan, segítség és segédeszköz nélkül jár otthon, az iskolában, az utcán, minden terepen.
2. szint: A gyermek önállóan, segítség nélkül jár, a lépcsőn kapaszkodva közlekedik, de az egyenetlen talaj, lejtő, zúsfolt terek nehézséget jelenthet számára. Házon kívül botot vagy járókeretet, hosszabb távhoz akár kerekesszék használatát is igényelheti, melyet képes hajtani.
3. szint: A gyermek házon belül is botot, járókeretet használ. Hosszabb táv megtételéhez kerekesszéket igényel.
4. szint: Legtöbb helyzetben fizikai segítséget igényel, vagy motoros eszközt használ. Járnai csak fizikai segítséggel és rövid távon képes.
5. szint: A gyermek minden helyzetben fizikai segítséget igényel, teljes ellátásra szorul. Problémát okoz a fej emelése és megtartása, a törzs középen tartása, a végtagok mozgatása.

## **A vizsgálat résztvevői**

A tanulmány a 2009 és 2018 között iskolába lépő, ép értelmű gyermekek eredményeit vizsgálja, összesen 87 gyermek adatait.

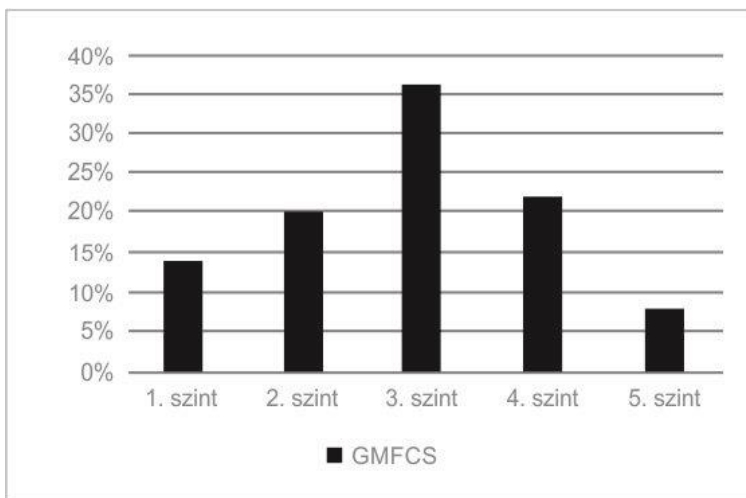
A vizsgálat során az eredményeket szeretnénk volna vizsgálni CP-n belüli tünettípus szerint is, illetve – amennyiben lehetséges – egyéb diagnózisok alapján. Ehhez szintén az összesített adatbázis adatait vettük figyelembe, amiben az iskolába felvételnél a gyermek szakértői véleményében feltüntetett diagnózisok fellelhetők. A diagnózisok áttekintésekor azzal a problémával szembesültünk, hogy sok gyermeknél a cerebrális parézis tünettípusa nem jelenik meg, illetve a diagnózisok megnevezései az elmúlt évek alatt változtak, és az egyéb nehézségek, akadályozottságok megnevezése helyett a gyermekek **F83 Kevert specifikus fejlődési zavar diagnózissal** érkeznek. Mivel nem állt elegendő adat a rendelkezésünkre, hogy tünettípusok szerint, illetve egyéb diagnózisok alapján a gyermekeket további csoportokba soroljuk, ezért a tünettípusok és egyéb diagnózisok szerinti elemzést, illetve a gyermekek jellemzőiként való feltüntetését elvetettük. A gyermekek vizsgált jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

<b>Életkor</b> átlag (év,hó) (N=87)	7,7	min-max 6,11 – 9,1
<b>Nem</b> (N=87)	<b>N</b>	<b>%</b>
fiú	47	54%
lány	40	46%
<b>GMFCS</b> (N=50)		
1.szint	7	14%
2.szint	10	20%
3.szint	11	36,6
4.szint	18	22%
5.szint	4	8%

1. táblázat. A vizsgálatba bevont gyermekek jellemzői.

A gyermekek nemét tekintve nagyobb számban vannak a fiúk, mint a lányok, de a különbség nem számottevő. Életkor tekintetében 2 év 2 hónap szórás látható, a legfiatalabb gyermek 6 év 11 hónapos a DIFER vizsgálat elvégzésekor, a legidősebb 9 év 1 hónapos.

A bevont 87 gyermekből 37-ről még nem készült GMFCS szerinti besorolás (az iskola 2014 szeptembere óta vezeti csak ezt az adatot a gyermekekről), így összesen 50 gyermek adatait tudtuk vizsgálni. A gyermekek GMFCS-szintek szerinti megoszlását a 1. ábra jeleníti meg.

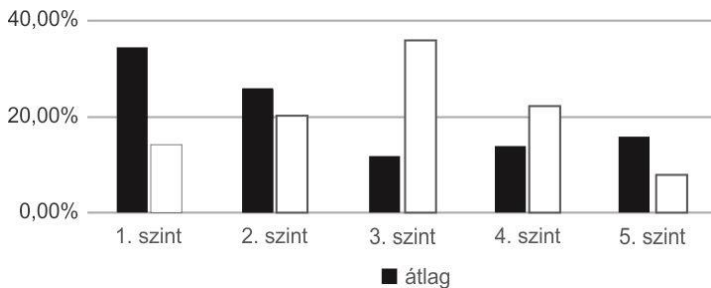


1. ábra. A vizsgálatba került gyermekek eloszlása a mozgásban való akadályozottságuk alapján (N=50).

Mint látható, a legtöbb gyermek a közepesen mozgáskorlátozott kategóriából került ki, az ő számuk meghaladja mind az enyhe fokban (1. és 2. szint), mind pedig a súlyosabban érintett (4. és 5. szint) gyermekek létszámát.

Magyarországon a cerebrális parézissel élő személyekről statisztikai felmérések nem készültek, így csak nemzetközi kitekintéssel tudtuk meghatározni, hogy milyen a CP-vel élő személyek nagyszámú mozgásban való akadályozottságának eloszlása, és mennyiben tér el ettől a vizsgálatunkba

került gyerekek csoportjának eloszlása. Reid, Carlin & Reddihough (2011) vizsgálatukhoz 9 adatbázis adatait használták fel, amit – összehasonlítva a mi eredményeinkkel – a 2. ábra mutat be.



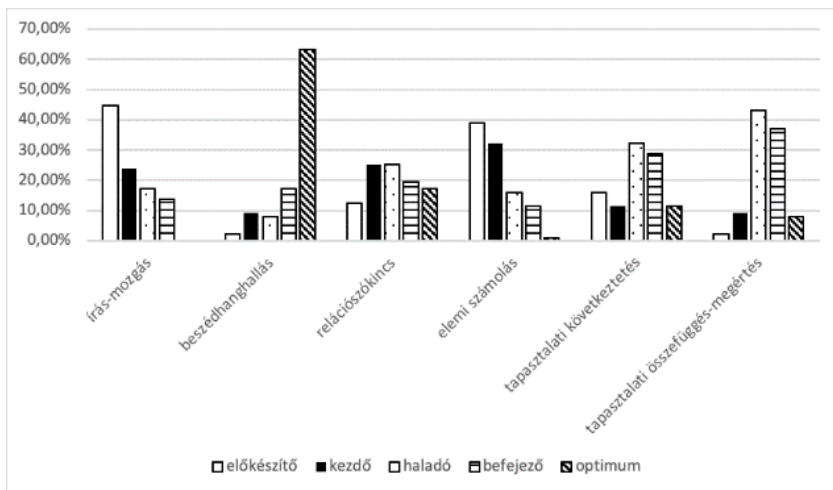
2. ábra. Nemzetközi adatok és a vizsgálatba került gyerekek GMFCS szintek szerinti megoszlásának összehasonlítása Reid és mtsai (2011) összehasonlító elemzése alapján.

A grafikonnál leolvasható, hogy a vizsgálatba került gyerekek között kiugróan magas a mozgásukban közepesen akadályozott gyerekek aránya, és viszonylag kevés a mozgásukban enyhén akadályozott tanulók száma a nemzetközi átlaghoz viszonyítva.

## EREDMÉNYEK

### A gyermekek eredményei a DIFER által mért alapkészségekben

Legelőször megnéztük, hogy a vizsgált gyermekek eredményei alapkészségenként hogyan oszlanak el a DIFER által meghatározott szintek között (lásd 3. ábra).



3. ábra A gyermekek eloszlása (N=87) a DIFER által mért alapkészségben a különböző szinteken

A 3. ábráról leolvasható, hogy a vizsgált csoportban a *beszédhanghallás* az egyetlen terület, ahol a célként elérendő optimum szintet is elérte a gyerekek nagyobb hányada (63,2%), további 17,2%-uk befejező szinten van, 8% haladó szinten, és 11,5%-uk van az előkészítő vagy kezdő szinten.

Az *írásmozgás-koordináció* területén a legtöbb gyermek az előkészítő (44,8%), vagy a kezdő (24,1%) szinten van, haladó szinten 17,2%, befejező szinten a gyermekek 13,8%-a, és senki sem érte el az optimális szintet.

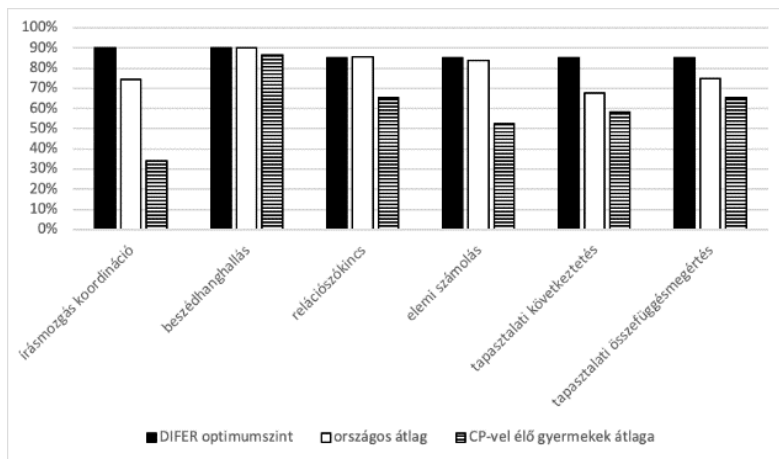
A *relációszókincs* területén a legtöbb gyermek a kezdő és a haladó szinten van (25,3%-25,3%), 12,6%-uk előkészítő szinten, 19,5%-uk befejező szinten, és 17,2%-uk érte el az optimális szintet.

Az *elemi számolás* terén ismét az előkészítő szinten lévő gyermekek magas aránya a szembetűnő (39,1%), majd fokozatosan csökken az arány a különböző szinteken: 32,2%-uk kezdő, 16,1%-uk haladó, 11,5%-uk befejező és 1,1%-uk optimum szinten van.

A *tapasztalati következtetés* területén a legtöbb gyermek a (32,2%) a haladó szinten van, kissé kevesebben (28,7%) a befejező szinten, 16,1%-uk előkészítő szinten, és 11,5%-11,5%-uk a kezdő, illetve az optimum szinten.

A *tapasztalati összefüggés-megértés* területén szintén a legtöbb gyermek a haladó szintet érte el (43%), ezt követi a befejező szinten lévő gyermekek aránya (37,2%), 8,1%-uk eredménye optimumszinten van, 9,3%-uk a kezdő, 2,3%-uk pedig az előkészítő szinten van.

Kíváncsiak voltunk, hogy a CP-vel élő gyermekek egy-egy részterületen elért átlageredményei mennyiben térnek el az országos átlagtól, illetve a DIFER-ben célként megfogalmazott optimumszinttől, ennek eredménye a 4. ábráról olvasható le.



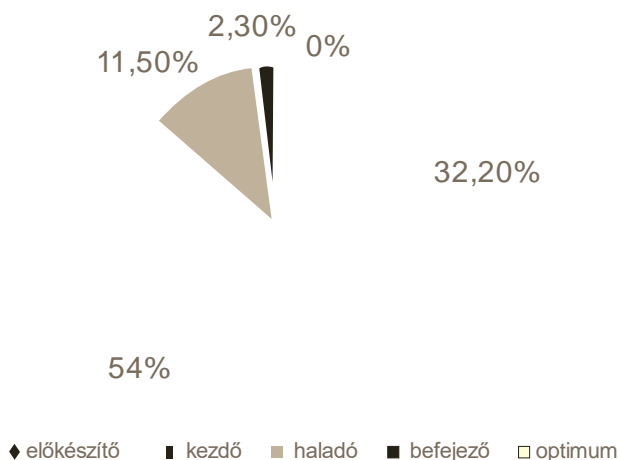
4. ábra. Az optimumszint, az országos átlag és a vizsgált csoport átlagának összehasonlítása  
3. a Józsa (2004) által publikált eredmények alapján.

A CP-vel élő gyermekek átlaga a beszédhanghallás területén megközelíti az országos átlagot (-3,56%), a többi alapkészség átlageredménye viszont jelentősen elmarad attól. A legjelentősebb az elmaradás az írásmozgás koordinációban (-40,5%-os), de jelentős különbség tapasztalható az elemi számolás terén (-31,26%), és a relációszókincs területén is (-19,93%).

Az iskolaérettséget mutató DIFER-indexhez hasonlóan létrehoztunk egy összesített mutatót (továbbiakban Összesített mutató), mely a vizsgált 6 készség alapján ad képet az elemi alapkészségrendszer fejlettségéről (lásd 5. ábra).

Az optimum szintet a gyerekek közül senki sem érte el, a befejező szintet 2,3%-uk, a haladó szintet 11,5%-uk. A vizsgált gyermekek 86,2%-a a DIFER szintjei szerint kezdő, vagy előkészítő szinten van, mely az óvodáskori átlageredményeknek felel meg. A vizsgált gyermekek harmada (32,2%) középső csoportos óvodás készségszintjét éri el, több mint a fele (54%) pedig egy év lemaradást mutat, és a

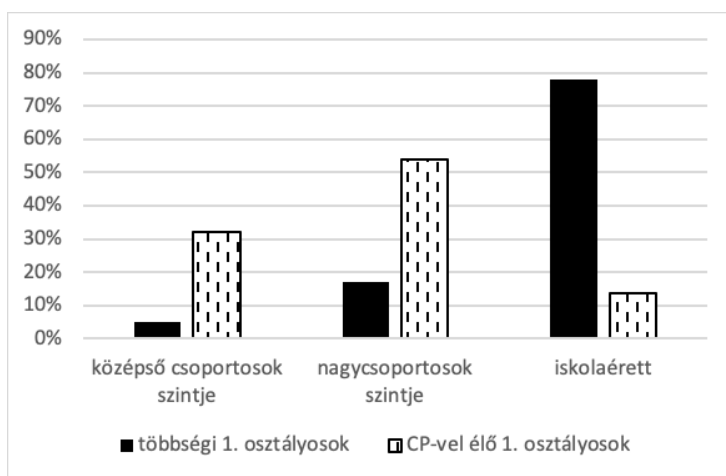
## Összesített mutató



5. ábra. Összesített mutató alapján a gyermekek készség szint fejlettség szerinti megoszlása (N=87).

nagycsoportosok készség szintjén áll. Az iskolaérettségre utaló szintet (haladó szint, vagy afölött) 13,8%-uk éri el, ám a célként megfogalmazott optimális szintet egyikük sem.

Ezt az eredményt is összevetettük az országos mérés alapján kapott átlageredménnyel. Az összehasonlítást az általunk használt Összesített mutató és az országos mérés során használt DIFER index között tudtuk csak elvégezni, ami pontos elemzést nem tesz lehetővé. Támaszkodva azonban Józsa & Fazekasné (2006a és 2006b) cikkére, akik azt találták, hogy a szocialitás kihagyásával kapott mutató „kellően pontos becslést adja” (Józsa & Fazekasné, 2006a, p.171.) a DIFER-indexnek, úgy véltük, hogy a két mutató összehasonlítása jelzi az eltérés mértékét (lásd 6. ábra).



6. ábra. Iskolaérett gyerekek aránya a többségi és a cerebrális parézissel élő gyermekek körében Józsa (2016) által publikált eredmények alapján)

Azt láthatjuk, hogy az iskolaérettséget elért CP-vel élő tanulók aránya jelentősen eltér a többségi tanulókhoz képest. A gyakorló általános iskolába érkező gyerekek 13,8%-a (12 fő) éri el az iskolakezdéshez szükséges 65%-ot (az általunk számolt összesített mutató alapján), míg a többségi tanulóknál ez az arány 78% (DIFER index alapján).

## Nagymozgásokban való akadályozottság és a DIFER által mért alapkészségek összefüggéseinek vizsgálata

Megnéztük a mozgásban való akadályozottságot jelző GMFCS-szintek szerint kialakított csoportokban a DIFER által mért alapkészségek alakulását. A vizsgálatához a Kruskal-Wallis próbát alkalmaztuk, melynek eredményeit a 2. táblázat foglalja össze.

GMFCS N=50	Rangátlagok						
	Írásmozgás	Hallás	Szókincs	Számolás	Következtetés	Összefüggés-megértés	Összesített mutató
1. (N=7)	21,79	25,64	22,71	20,86	27,86	35,57	24,14
2. (N=10)	27,90	29,00	21,65	23,35	21,85	23,20	24,45
3. (N=18)	26,78	25,14	29,97	33,33	30,75	26,81	29,78
4. (N=11)	24,50	23,50	26,41	20,45	19,68	18,05	21,41
5. (N=4)	23,00	23,63	17,38	17,63	22,88	20,25	22,50
Kruskal-Wallis (df=4)							
próba-statisztika értéke	1,051	0,969	3,967	8,629	5,065	7,147	2,705
p-érték	0,902	0,914	0,410	<b>0,071</b>	0,281	0,128	0,608

2. táblázat. A DIFER által mért alapkészségek rangátlagainak megoszlása a GMFCS szintek szerinti csoportokban (N=50).

Egyetlen területen, az elemi számolás esetében találtunk összefüggést a mozgásban való akadályozottsággal. A GMFCS 3 szinthez tartozó – tehát mozgásukban közepesen akadályozott – gyermekek átlagai tendenciaszerűen magasabbak mind az enyhébben, mind a súlyosabban mozgásfogyatékos gyermekek átlagainál ( $p=0,071$ ). Mann-Whitney próbát alkalmazva ez az eltérés szignifikánsnak mutatkozott ( $p=0,004$ ). A páronkénti összehasonlításhoz Dunn-Bonferroni utótesztet végeztünk (lásd 3. táblázat).

GMFCS összevont kategóriák	Próbastatisztika értéke	p-érték
1-2 és 4-5	2,624	1,000
3 és 4-5	13,633	0,022
1-2 és 3	-11,010	0,076

3. táblázat A GMFCS kategóriák szerinti összevont csoportok elemi számolás rangátlagainak páronkénti összehasonlítása – Dunn-Bonferroni utóteszt ( $N=50$ ).

Ahogy a táblázatból látszik, az eltérés tendenciaszerű a mozgásukban enyhébb fokban akadályozott (GMFCS 1-2) és a közepesen akadályozott csoport (GMFCS 3) között ( $p=0,076$ ), és szignifikáns a közepesen akadályozott (GMFCS 3) és súlyosabban akadályozott (GMFCS 4-5) csoport között ( $p=0,022$ ). Nem mutatkozott számottevő eltérés a mozgásukban enyhébb fokban akadályozott (GMFCS 1-2) és súlyosabban akadályozott (GMFCS 4-5) gyermekek csoportja között.

Az iskolaérettséget jelző Összesített mutató tekintetében nem mutatkozott szignifikáns eltérés a különböző GMFCS-szintre sorolt gyerekek között.

## Megbeszélés és kitekintés

Vizsgálatunkba az SE Pető András Karának gyakorló általános iskolájába lépő gyermekek intézményi adatbázisban szereplő adatait vontuk be, abból a célból, hogy képet kapjunk a cerebrális parézissel élő gyermekek tanuláshoz szükséges alapkészségeinek szintjéről iskolakezdekör.

Bár az elmúlt két évtizedben jelentek meg tanulmányok, amelyek a CP-vel élő gyermekek kognitív képességeit, tanulási képességét befolyásoló tényezőit vizsgálták, a fókusz továbbra is a mozgásfejlődéssel összefüggésben lévő kérdések vizsgálata és felmérése, mind a nemzetközi, mind a hazai vizsgálatokban. Kevés vizsgálat irányul a CP-vel élő gyermekek tanulási képességeinek sajátosságaira, mely az őket nevelő-oktató pedagógusoknak nyújthatna segítséget. Jelen vizsgálatot későbbi vizsgálatok kiindulópontjának tekintjük, hosszú távú célunk a CP-vel élő gyermekek tanuláshoz, sikeres iskolai előmenetelhez szükséges készségei fejlődésének vizsgálata, ezen készségek összefüggéseinek feltárása a gyermekek mozgás-, beszéd-, szociális készségeinek fejlődésével, változásával.

A Szegedi Tudományegyetem Oktatáselméleti Kutatócsoportja 2003-ban egy átfogó, az egész országra kiterjedő, reprezentatív mintán végzett kutatást szervezett. Ennek eredménye, hogy az iskolát megkezdő gyermekek 78%-a érte el a 65%-os (iskolaérettségi) szintet. 5%-uk előkészítő szinten (életkori lemaradásuk kb. 2 év), 17%-uk pedig kezdő szinten van (életkori lemaradásuk kb. 1 év). Az előkészítő szinten lévő gyermekek 59%-a, a kezdő szinten iskolát kezdő gyermekek 31%-a nem léphetett év végén második osztályba. Azoknál a gyermekeknél, akik megkezdték a második osztályt, az olvasás és matematika teljesítményben jelentős lemaradás mutatkozott (Józsa, 2016).

Az általunk vizsgált gyermekek körében ez az arány fordított. A gyermekek 86,2%-ának a vizsgált alapkészségeinek fejlettsége a középső, vagy nagycsoportos óvodás gyermekek készségszintjének felelnek meg. Ez az eredmény közelít a Józsa és Fazekasné (2006a, 2006b) által vizsgált tanulásban akadályozott gyermekek iskolába lépéskor mért, átlagosan középső csoportos



óvodások készségfejlettségi szintjének megfelelő eredményeihez. A leggyengébb eredmény az írásmozgás-koordináció területén mutatkozott, de a beszédhanghallás kivételével minden vizsgált alapkészség szintjének átlaga elmarad az országos átlagtól. Az írásmozgás-koordináció fejlettségének alacsony szintjét magyarázza a mozgásban való akadályozottság, a többi készség szintjének szintjét azonban nem feltétlenül. A készségek eltérő fejlődését befolyásolhatja az idegrendszeri sérülés kiterjedtsége, vagy pedig az idegrendszeri sérülés következtében a mozgásos, érzékszervi, intellektuális képességekben fellépő akadályozottságok miatti – sokszor nagyon – hiányos tapasztalatok, az interakciós lehetőségek kevesebb száma, a kommunikáció problémái, esetleg szociális elszigeteltség.

A vizsgálatba vont gyerekek közül egyetlen gyermek készség szintje sem érte el az optimális szintet minden területen, ami indokolja minden iskolába érkező, CP-vel élő gyermek alapkészségeinek intenzív fejlesztését 1-2, vagy akár az összes területen, valamint a tanórákon való differenciált megsegítésüket (pl. differenciált feladatadás, differenciált segítségnyújtás, csoportmunkában való részvétel, kortársak bevonása a támogatásba). A vizsgálat eredményei alapján egyetértünk Sherwell és munkatársai (2014), Reid és munkatársai (2018) és Esben (2003) álláspontjával, akik az IQ felmérését nem találják elegendőnek a CP-vel élő gyermekek intellektuális képességeinek felméréséhez. Az általunk vizsgált gyermekcsoport IQ-ja a normál övezetbe esik, így ez alapján készen állnak az általános tanterv szerinti iskolai nevelésre-oktatásra. A vizsgálat azonban kimutatta, hogy a csoport minden egyes tagjának a tanuláshoz szükséges alapkészségei iskolába kerüléskor még további fejlesztést igényelnek.

Szükségesnek látjuk a gyermekek későbbi eredményeinek hasonló elemzését egy következő vizsgálat során, mely alapján felvázolhatjuk a CP-vel élő gyermekek tanuláshoz szükséges alapkészségeinek fejlődését. Szintén fontosnak tartjuk az óvodáskorú, CP-vel élő gyermekek alapkészségeinek hasonló vizsgálatát.

A nagymozgások akadályozottsága szerinti csoportosításban az egyes alapkészségek fejlettségének eredményei között egyedül az elemi számolásnál találtunk szignifikáns eltérést. A mozgásukban közepesen akadályozott (GMFCS 3) gyermekek csoportja szignifikánsan jobban teljesített a súlyosabban akadályozott gyermekek csoportjába sorolt társaiknál (GMFCS 4-5), és tendenciaszerűen az enyhébben akadályozott tanulók csoportjába tartozóknál (GMFCS 1-2). Mindezt elképzelhetően a gyakorló általános iskolába – tehát speciális, a többségi gyerekekkel nem együtt nevelő intézménybe – kerülő gyerekek csoportjának összetétele is befolyásolja. A mozgásukban enyhébb fokban akadályozott gyermekek számára a szakértői bizottságok az együttnevelést, és ennek megfelelően a többségi iskolákat ajánlják. Így a mozgásukban enyhébben akadályozott gyermekek közül azok kerültek a gyakorló iskolába és így a vizsgálatba, akik között a tanulási képességeiket meghatározó alapkészségekben az iskolaérettségi vizsgálat során jelentősebb elmaradást tapasztaltak, ami a mintánkat a tanulási képességek szempontjából erősen torzíthatta. A súlyosabban mozgáskorlátozott gyermekek esetében pedig önmagában a mozgásos tapasztalat hiánya magyarázhatja a számolás terén fellépő nehézségeket: pl. a gyermek a mozgással szerzi meg az előtte-mögötte élmény tapasztalatát, ebből fejlődik, hogy sorrendet tud felállítani, ami a számlálás sorrendjének – amely a sorrendiségnek már egy absztraktabb szintje – kialakulásához elengedhetetlen. Eredményeink megerősítéséhez szükséges lenne egy olyan mintán végzett vizsgálat, ahol a GMFCS-szintek szerint kialakított csoportokban egyenlő számú a résztvevők aránya, és vegyesen kerülnének be különböző intézményből gyermekek.

A nagymozgások akadályozottsága szerinti csoportosításban az Összesített mutató vizsgálatok az egyes csoportok között nem mutatkoztak eltérés. Ezt az eredményünket nagyon fontosnak tartjuk abból a szempontból, hogy rámutassunk azoknak a gyerekeknek a különleges helyzetére, akik súlyos mozgásfogyatékossgal – és egyéb nehézséggel, esetleg egyéb fogyatékossgal – élnek, ami – a gyakori feltételezésekkel ellentétben – nem jár automatikusan együtt a tanulási képességek ezzel arányos mértékű akadályozottságával. Szintén fontos megemlíteni azokat a gyerekeket, akiknek mozgásban való akadályozottsága nem súlyos, esetenként alig látható. Ezeknek a gyerekeknek a tanulásban mutatkozó nehézségeit mozgásállapotuk nem magyarázza, de a cikk elején ismertetett CP definíció igen.

A vizsgálat korlátjának tekinthető a kis létszámú, a CP-vel élő személyek mozgásban való akadályozottságát, valamint a már fentebb is említett, valószínűsíthetően a tanulási képességeket tekintve is torzított minta. Eredményeink nem általánosíthatók, és megerősítésükhöz további vizsgálatok szükségesek.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Vizsgálati eredményeink alapján egyetértünk Esben (2003) és Song (2013) konklúziójával, hogy a CP-vel élő gyermekek felmérését a kezdetektől szükséges kiterjeszteni egyéb készségeik és képességeik feltérképezésére is. Ennek megfelelően fejlesztésük, nevelésük, oktatásuk során is az egész személyiség harmonikus fejlesztését szükséges szem előtt tartani, amihez – a család bevonásával – a velük foglalkozó pedagógusok és egyéb szakemberek párbeszédére, összehangolt, közös célképzésére van szükség.

## Irodalomjegyzék

- Balogh E. és Kozma I. (2000). Cerebrális Paresis. In Kálmánchey R. (szerk.). *Gyermekneurológia*. (pp. 139–156). Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N. Dan, B., et al. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47.(8), 571–576.
- Bottcher, L. (2010). Children with spastic Cerebral Palsy, Their Cognitive Functioning, and Social Participation: A Review. *Child Neuropsychology*, 16.(3), 209–228.
- Bottcher, L. (2011). *Cognitive development in children with spastic forms of cerebral palsy*. Department of Education, Aarhus University, Copenhagen.
- Dalvand, H., Dehgan, L., Hadian, M. R., Feizy, A. & Hosseini, S. A. (2012). Relationship between gross motor and intellectual function in children with cerebral palsy: a cross sectional study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93.(3), 480–484.
- Esben, P. (2003). „New CP” Cerebral Palsy – hold to the light. The Danish Society for Cerebral Palsy, Copenhagen.
- Feketéné Szabó É. és Bösenbacher T. (2018). A konduktív nevelés. In Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.). *A gyermekrehabilitáció sajátosságai*. (pp. 322–326). Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Foo, R. Y., Guppy, M. & Johnston, L. M. (2013). Intelligence assessments for children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55.(10), 911–918.

- Geralis, E. & Ritter, T. (1998). Children with cerebral palsy. *A Parent's Guide*. (pp. 54–59). Woodbine House, UK.
- Gonzalez-Monge, S., Boudia, B., Ritz, A., AbbasChorfa, F., Rabilloud M., Iwaz, J., et al. (2009). A 7-year longitudinal follow-up of intellectual development in children with congenital hemiplegia. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51.(12), 959–967.
- Horváth D. (2016). Lemaradásokkal az óvodában. In Deák A. és Kollega T. I. (szerk.). *Tanulmányok a konduktív pedagógia köréből*. (pp.21–66). Pető András Főiskola, Budapest.
- Hőgye Zs., Jenői Z. és Vekerdy-Nagy Zs. (2016). Felső végtagi funkcionális tesztek használata a rehabilitációban – Melyiket válasszuk? *Rehabilitáció*, 26.(1), 221–229.
- Ito, J., Araki, A., Tasaki, T. & Cho, K. (1997). Intellectual status of children with cerebral palsy after elementary education. *Pediatrics Rehabilitation*, 1.(4), 199–206.
- Józsa K. (2004). Az első osztályos tanulók elemi alapkészségeinek fejlettsége – Egy longitudinális kutatás első mérési pontja. *Iskolakultúra*, 14.(11), 3–16.
- Józsa K. (2011). Híd a többségi és a gyógypedagógia között: a DIFER Programcsomag. In Papp G. (szerk.). *A diagnózistól a foglalkozási rehabilitációig*. (pp. 37–58). Eötvös Kiadó, Budapest.
- Józsa K. (2016). Kihívások és lehetőségek az óvodai fejlesztésben. *Iskolakultúra*, 26.(4), 59–74.
- Józsa K. és Csapó B. (2010). Az iskola kezdetén mért DIFER készségek előrejelző ereje. In Molnár É. és Kasik L. (szerk.). *VIII. Pedagógiai Értékelési Konferencia: Program – Tartalmi összefoglalók*. (pp. 47–48.) SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged. 51.
- Józsa, K. és Fazekasné Fenyvesi M. (2006a). A DIFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél I. *Gyógypedagógiai Szemle*, 34.(2), 133–141.
- Józsa, K. és Fazekasné Fenyvesi M. (2006b). A DIFER programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél II. *Gyógypedagógiai Szemle*, 34.(3), 161–176.
- Levine, S., Kraus, R., Alexander, E., Suriyakham, L. & Huttenlocher, P. (2005). IQ decline following early unilateral brain injury: A longitudinal study. *Brain and Cognition* 59.(2), 114–123.
- Mlinkó R. (2014). Mozgáskorlátozott tanulók képességvizsgálatának specifikumai – cerebrális paretikus és progresszív izomdisztrófiás csoportok eredményei alapján. *Ph.D.disszertáció*. PTE BTK, Pécs.
- Nagy J., Józsa K., Vidákovich T. és Fazekasné F. M. (2004a). *DIFER programcsomag: Diagnosztikus fejlődésvizsgáló és kritériumorientált fejlesztő rendszer 4-8 évesek számára*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- Nagy J., Józsa K., Vidákovich T. és Fazekasné F. M. (2004b). *Az elemi alapkészségek fejlődése 4-8 éves életkorban*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- Palisano, R. J. (2007). *GMFCS-E & R Gross Motor Function Classification System: Expanded and Revised*. Canchild centre for childhood disability research, Ontario, Canada.
- Péntek-Dózsa M., Lénárt Z., Papp G. és Pintér E. (2018). Halmazottan fogyatékos cerebrális paretikus tanulók írásának vizsgálata. In Gereben F. és Cserti-Szauer Cs. (szerk.). *Gyógypedagógia – dialógusban. Fogyatékossgal élő gyermekek, fiatalok és felnőttek egyéni megsegítésének lehetőségei. Tanulmánykötet a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete 46. konferenciáján elhangzott előadásokból*. (pp. 289–297.) Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete és az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kara, Budapest. Letöltve: 2020.01. 27. URL: <https://edit.elte.hu/xmlui/handle/10831/39269>
- Péntek-Dózsa M., Lénárt Z. és Papp G. (2019). A cerebrális parézissal diagnosztizált tanulók írása a kézfunkció, a mozgásállapot és az intellektuális képességek tükrében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 47.(4), 249–269.
- Pintér H. (2016): Az írásbeli kommunikáció fejlesztése a konduktív nevelésben. Esettanulmány. In: Deák A. és Kollega T. I. (szerk.): *Tanulmányok a konduktív pedagógia köréből*. (pp. 247–265). Pető András Főiskola, Budapest.
- Pirila, S. et al. (2007). Language and motor speech skills in children with cerebral palsy. *Journal of communication disorders*, 40.(2), 116–128.

- Reid, S., Carlin, J. & Reddihough, S. (2011). Using the Gross Motor Function Classification System to describe patterns of motor severity in cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 53.(5), 1007–1012.
- Reid, S., Meehan, E., Arnup, S. & Reddihough, D. (2018). Intellectual disability in cerebral palsy: a population-based retrospective study. *Developmental medicine and child neurology*, 60.(7), 687–694.
- Richardson, K. & Kertoy, M. (2006). Language Characteristics of Children and Youth with Cerebral Palsy. *Published online on Canchild*. <https://canchild.ca/en/resources/105-language-characteristics-of-children-and-youth-with-cerebral-palsy> letöltve: 2018. június 28.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M. & Bax, M. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49.(6), 8–14.
- Sarkady K. és Zsoldos M. (1991). Ép értelmű cerebrál paretikusok tanulási zavarának kognitív pszichológiai háttere. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 47(3), 261–268.
- Schaffhauser F. (2018). A holisztikus elv jelentése és jelentősége Pető András és Hári Mária konduktív pedagógiájában. In Balogh E., Feketéné Sz. É., Horváth D., Kollega T. I. és Zebe A. (szerk.). *A 9. Konduktív Pedagógiai Világkongresszus*. (pp. 17–22). SE Pető András Kar, Budapest.
- Schaffhauser F. (2019). A konduktív pedagógia nevelésfilozófiai alapjai. In Kollega T. I. (szerk.). *A konduktív pedagógia kézikönyve*. (pp. 9–40). Semmelweis Egyetem Pető András Kar, Budapest.
- Sherwell, S., Reid, S.M., Reddihough, D. S., Wrennal, J., Ong, B. & Stargatt, R. (2014). Measuring intellectual ability in children with cerebral palsy: Can we do better? *Research in Developmental Disabilities*, 35.(10), 2558–2567.
- Sigurdardóttir, S., Eiríksdóttir, A., Gunnarsdóttir, M., Meintema, M., Arnadóttir, U. & Vik, T. (2008). Cognitive profile in young Icelandic children with cerebral palsy. *Developmental medicine and Child Neurology*, 50.(5), 357–362.
- Song, C. S. (2013). Relationships between Physical and Cognitive Functioning and Activities of Daily Living in Children with Cerebral Palsy. *Journal of Physical Therapy Science*, 25.(5), 619–622.
- Szarka, D. (2019). A DIFER programcsomag által jelzett eredmények korrelációja a későbbi tanulási eredményekkel. *Szakdolgozat*. SE Pető András Kar, Budapest.
- Türkoglu, G., Türkoglu, S., Celik, C. & Ucan, H. (2017). Intelligence, functioning, and related factors in children with cerebral palsy. *Noro Psikiyatri Ars.*, 54.(1), 33–37.
- Vekerdy-Nagy Zs. (2017). Cerebralis paresis. In Vekerdy-Nagy Zs. (szerk.). *Bizonyítékokon alapuló rehabilitációs medicina*. (pp.469–483). Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Vissi T., Feketéné Sz. É. és Kelemen A. (2019). Mérés és kutatás. In Kollega T. I. (szerk.). *A konduktív pedagógia kézikönyve*. (pp. 105–113). Semmelweis Egyetem Pető András Kar, Budapest.
- White, D. & Christ, S. (2005). Executive control of learning and memory in children with bilateral spastic cerebral palsy. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11.(7), 920–924.
- Zgur, E (2012). Scholl process role for children with cerebral palsy. *Eastern Journal of Medicine*, 17. 213–216. [https://www.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM\\_17\\_4\\_213\\_216.pdf](https://www.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM_17_4_213_216.pdf) Letöltve: 2018.09.15.
- Zsebe A. (2019). A konduktív nevelés, mint tevékenységközpontú nevelés. In Kollega T. I. (szerk.). *A konduktív pedagógia kézikönyve*. (pp. 105–113). Semmelweis Egyetem Pető András Kar, Budapest.

# A GYÓGYPEDAGÓGIA TÖRTÉNETE

*ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet*

## **Mesterképzés a gyógypedagógiai felsőoktatásban – TERÁPIÁS megközelítésben, történeti és szakmai kitekintésben**

GEREBEN FERENCNÉ

[gereben.ferencne@barczy.elte.hu](mailto:gereben.ferencne@barczy.elte.hu)

„...a gyógypedagógia tudomány,  
mégpedig szervesen egységes tudomány,  
nem pedig különféle ügyességeknek önkényes egy kalap alá foglalása...”

„...hogyan az első céltudatos lépés  
a gyógypedagógus-képzés egységes megteremtésével  
nálunk Magyarországon történt,  
arra egykor büszkén fogunk még emlékezni.”  
(Ranschburg Pál dr., 1909)

### **BEVEZETÉS**

A hazai gyógypedagógus-képző felsőoktatásban a jelenlegi 2019/20. tanév a visszatekintés éve több szempontból is. Tíz éve annak, hogy évtizedes törekvések nyomán, kihasználva a felsőoktatás nemzetközi átalakulásával összefüggő lehetőségeket, elindult a gyógypedagógiai mesterképzés GYÓGYPEDAGÓGIA szakon. A képzés kimunkálásának és elindításának „éllovasa” a magyar gyógypedagógus-képzés anyaintézménye, több szervezeti átalakulást követően, a felsőoktatás jelenlegi rendszerében az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. Az a tény, hogy ebben a tanévben a hazai gyógypedagógus-képzés 120 éves múltját is magunk mögött tudhatjuk, önmagában is jelentős esemény. A Ranschburg Páltól idézett sorok, amelyeket témánkkal összefüggésben nem véletlenül idézünk – s erre munkásságával kapcsolatban majd lapunk egy későbbi, másik számában is visszatérünk –, témánkhoz jól illeszkedik. A mesterképzés gyógypedagógiai terápia (gyógyTERA) szakiránya a hagyomány és megújulás szoros összefonódását jelenti (Gereben F-né, 2019).

Tanulmányunk – a teljesség igénye nélkül – gyógypedagógiai terápiás szakirány létrejöttének képzéstörténeti és egyes szakmai kérdéseit kívánja áttekinteni hosszú évek képzésfejlesztési

tapasztalatai nyomán. Ebben a folyamatban e tanulmány készítője aktív képzésfejlesztőként, kutatóként, oktatóként, 2019-ig képzési felelősként játszik szerepet.

A visszatekintés aktualitása szempontjából nem elhanyagolandó kérdés, hogy időközben újabb, speciális ismeretekkel, tudományos fokozattal rendelkező, vagy arra törekvő belső és külső oktatók léptek a képzésbe. Generációváltás zajlik, s így számukra fontos lehet, hogy saját tárgyaikon, a képzésbe innoválható ismereteiken túl azt tágabb összefüggésrendszerben is lássák. És nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy valójában kikből is lesznek a gyógyTERA-képzésből kilépő „mesterek”. Mit jelent ez számukra munkaerőpiaci vonatkozásban? Hogyan segíthetik tudásukkal a szolgáltatások fejlődését? Hogyan tovább a képzésfejlesztés útján?

Összetett, igen gazdag felvetéseket hordoz mindez, amely 10 év távlatából gondolatébresztő. A visszatekintés arra is alkalmas, hogy a képzéssel összefüggő szakmai-tudományos kérdések továbbgondolásra készítsék a Kar és a felsőoktatás különböző szereplőit.

## EGY KÉPZÉS KEZDETEI

A magyar gyógypedagógus-képzésben – a képzés főiskolai jellegéből adódóan – az egyetemi szintű képzés és a legmagasabb kimeneti szint megvalósítására irányuló törekvés Bárczi Gusztáv, Illyés Gyuláné, Illyés Sándor, Gordosné Szabó Anna, Mesterházi Zsuzsa és munkatársai nyomán a hetvenes évektől kezdődően évtizedekig napirenden volt (Gordosné, 2000). Számos, jelenleg nem tárgyalt tényező akadályozta, közöttük azonban a korábbi egyetemi világban önálló intézményi léttel bíró „anyaintézmény” főiskolai besorolása és az oktatói gárda minősítettségi mutatóinak kedvezőtlen aránya is jelentősen befolyásolta. A helyzet azóta jelentősen átalakult.

## Tanárok és terapeuták

Az előzményekkel kapcsolatban el kell mondani, hogy a „Bárczin” a rendszerváltást megelőzően éveken át a képzéssel is összefüggő szakmai viták zajlottak. A Főiskola 1990-ben Illyés Sándor főigazgató és a vezető oktatók kezdeményezésére, külső támogatás mellett úgy döntött, hogy a gyógypedagógus- és szociálisszakember-képzésben *a nemzetközi trendekhez csatlakozzik és a nyugat-európai utat választja*. A főiskolai képzés egészére kiható koncepcionális változások eredményeként még a korabeli közoktatási és felsőoktatási törvény életbe lépése előtt az intézmény egy igen jelentős képzési reformot hajtott végre. *Az 1992/93 tanévben az ún. kísérleti reformtanterv<sup>1</sup> alapján indította el a főiskolai szintű kétszakos/kétszakágas* gyógypedagógus-képzést. Az 1993. évi LXXX. a felsőoktatásról szóló törvény 4.§-ában foglaltak alapján a Főiskola több tudományágban (neveléstudomány és szociológia) és több szakon volt képes és alkalmas főiskolai alapképzésre és szakirányú továbbképzésre.<sup>2</sup> A hét szakra (hallássérültek pedagógiája/HA, látássérültek

<sup>1</sup> Készítői: Illyés Sándor főigazgató, egyetemi tanár, a pszichológia tudomány doktora, Csányi Yvonne főiskolai tanár, a pszichológia tudomány kandidátusa, Lányiné Engelmayer Ágnes, a pszichológia tudomány kandidátusa és Mesterházi Zsuzsa, főiskolai tanár, a neveléstudomány kandidátusa). (gyógypedagógiai Múzeum 1991-92)

<sup>2</sup> Forrás: Főiskolai irattár, 1998. in: Gordosné Szabó A. (2000) p. 307.

pedagógiája/LÁ, logopédia/LO, pszichopedagógia/PSZ, szomatopedagógia/SZO, értelmileg akadályozottak pedagógiája/ÉA, tanulásban akadályozottak pedagógiája/TA) kiterjedő „szakos” választási kínálatban egy kötelező tanári (TA) szakág mellett *pedagógusképzés keretében* első alkalommal nyílt lehetőség *gyógypedagógiai terapeuta tevékenység folytatására terapeuta (TE) szakági választás alapján*. A képzési programban a szakok és szakágak háromféle kombinációja jött létre: egyrészt az *eltérő szak-azonos szakág* (pl. LÁTA-PSZTA), másrészt az *eltérő szak-eltérő szakág*, (pl. TATA-LOTE), valamint az *azonos szak-eltérő szakág* (pl. SZOTA-SZOTE) kombinációja. Ma is vannak a pályán jó néhányan ezek képviselőiben.

Ismereteink alapján elmondhatjuk, hogy ez a tanterv – az órárendszervezés minden elképzelhető bonyolultsága ellenére – *teljesen újszerű és szakmailag igen bátor vállalkozás volt*. Nevesítette és képzésbe emelte a gyógypedagógiai terápiás tevékenységet valójában anélkül, hogy a neveléstudomány világában „nem bejáratott” (pedagógiai) terápia fogalma, pontos elméleti körülhatárolása szakirodalmi forrásokban egyértelműen megjelent volna. Létjogosultságát ugyanakkor a szakképzettség szintjén „hivatalossá” tette. Megerősítette azt a gondolatot, hogy a gyógypedagógiai terápia „gyógypedagógiai gyógyítás” egyik meghatározó formája (Ranschburg, 1909; Vértes O., 2008, id. Mesterházi, 2015). A vitákat generáló vállalkozás újszerűsége, ha a pszichológiai terápiás tevékenységgel állítjuk párhuzamba, mai szemmel is figyelemre méltónak mondható. S minden bizonnyal avval is összefügg, hogy a magyar gyógypedagógus-képzés, szakmatörténeti alapokon tudatosan építkezve, a pedagógusképzésen belül mindig külön utakon járt (Gordosné, 2000).

Amellett, hogy a tanterv képzési céljainak megfogalmazása a jelen számára is útmutatóul szolgál, *kovásza lett egy tudományos irányultságú legitimációs folyamatnak*, amely a gyógypedagógián belül a klinikai jellegű tudástartalmak közvetítése felé tett első lépések közé tartozik. „A gyógypedagógus-terapeuta képzés továbbfejlesztése” keretében folyó 2002. évi (OM) pályázati kutatás<sup>3</sup> is része volt ennek az előre mutató képzésfejlesztési folyamatnak.

## Az egyetemi képzés

A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán (BGGYTF) folyó intenzív képzésfejlesztési tevékenység újabb állomásaként a Bologna-folyamat nyomán 2004-től megkezdődött az áttérés a (főiskolai és egyetemi) kétszintű képzésre. Az Egyetemi Képzési Bizottság intenzív közreműködésével kidolgozásra került, majd *a sikeres akkreditációt követően 2005 szeptemberétől* elindult a régóta tervezett *egyetemi szintű gyógypedagógus-képzés*. A „Bologna” életbelépésével ugyanis az intézmény – 2000-től az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar (ELTE BGGYK) működési egysége – a jogszabályi lehetőségeket előnyösen használta ki. Az ELTE szenátusi jóváhagyása és a Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság engedélye alapján 2004-ben egy választott főiskolai szakra épülő négy féléves *„kiegészítő egyetemi képzés”* keretében először levelező tagozaton, majd 2005-től, tíz féléves nappali tagozatos képzés keretében kezdődött meg az egyetemi szintű gyógypedagógus-képzés. A felsőoktatásban zajló nemzetközi átalakulási

<sup>3</sup> 28/2002 sz. OM pályázat. Gereben Ferencné kutatásvezető, kézirat, ELTE BGGYFK, Budapest.

folyamatok nyomán azonban ebben csak három levelező és egyetlen nappali évfolyam hallgatói vehettek részt és fejezték be tanulmányaikat.

Az egyetemi képzés jól mutatja, hogy *az európai tanulmányi tér megnyitása a magyar felsőoktatás számára is új perspektívát kínált.* A III. Országos Neveléstudományi Konferencián „A gyógypedagógia-tudomány struktúrájának változásai” szimpózium előadói (Mesterházi, 2003) ennek keretében tárgyalták a tágan értelmezett gyógypedagógia klasszikus hazai modelljén belül végbement változásokat, komparatív eljárások alkalmazásának lehetőségeit, a differenciálódás hatásait. Ennek legfeltűnőbb megnyilvánulása a klinikai kontextusba helyezett gyógypedagógia szakmai hátterének, ismerveinek bemutatása volt (Gerebenné, 2004). Az egyetemi képzés tantárgyi rendszerének részeként is megjelenő *Klinikai gyógypedagógia* tantárgy újszerűségében befogadásra talált, de ez a megközelítés a tantárgyi megjelenítésen túlmutatott. A képzési programmal összefüggő intenzív szakmai munka elnyomta a később feléledő aggodalmakat, hogy a „klinikaisodás” felerősíti az egyébként mind jobban háttérbe szoruló orvosi modell, a biológiai paradigma szerepét. A tantárgy ismeretrendszere napjainkra jelentősen kibővült, forráskutatások nyomán robbanásszerű fejlődésen ment keresztül. Elméleti meglapozása erősíti úgy a képzés, mint a gyógypedagógia tudományának speciális jellegét, a gyakorlati tudástartalmak pedig a szakmai tevékenység fejlődését.

## **Alapképzés BA-szinten: specializációk – közoktatási és klinikai jelleggel**

A „Bologna” életbelépésével a képzési és tantervfejlesztési munkálatok újabb fejezete kezdődött meg. Az EU-csatlakozást követően struktúraváltásra került sor, amely szükségszerűen a képzési programok módosítását, a háromciklusú képzés kialakulásának rendszerét eredményezte. A BA/MA/doktori képzési szint új fejlődési perspektívát nyitott a Bárczi számára is a tudományos utánpótlás neveléséhez.

*Bár visszatekintésünket nem képzéstörténeti hangsúllyal készítjük, az átalakulási folyamatnak ezt az állomását kiemelten fontosnak üeljük a pedagógusképzésen belül megjelenő speciális ismeretnyújtás további „sorsának” alakulása szempontjából.*

A tantervi változás újabb jelzésnek tekinthető *a klinikai jellegű ismeretek erőteljesebb megjelenése felé.* A pszichológiai tárgyak szakmai tartalmának folyamatos differenciálódásával a jól felépített képzési rendszerben az elméleti és gyakorlati jellegű ismeretek hagyományosan jelen voltak. A Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet Vizsgáló és Tanácsadó részlegében folyó pszichodiagnosztikai gyakorlatok képzésen belül és kívül erősítették a szakterületeken jól hasznosítható gyógypedagógiai tudás speciális (klinikai jellegű) ismereteit, a hallgatók, majdani kollégák problémaelemzési készségét, az esetkezelések gyakorlatát. Szakmatörténetileg ennek egyik kevésbé ismert, de említésre méltó legkorábbi példája *az „alapító atyák”, Georgens és Deinhardt (1863, id. Gstach, 2010) munkája* részeként „Betegsértörténetek/Krankengeschichte” címmel közzétett klinikai esettanulmányok ős-változata, amely – már akkor – komplex esetfeldolgozásban gondolkodott. Az egyéni terápiás megsegítés bemutatásának korabeli lehetőségei (pl. kertészetterápia) a későbbiekben összefonódtak a fogyatékoság felismerésének különböző módszereivel, beépültek a későbbi diagnosztika és terápia ismeretrendszerébe (Lányiné, 2004, Gerebenné, 2004).



A lineáris többszintű, három ciklusú képzésre történő áttérés nyomán 2006 szeptemberétől a BA-szintű alapképzés lépett a korábbi főiskolai szintű (reform)képzés helyébe, amely egy darabig együtt élt az újabb képzési formával, majd fokozatosan kivételre került. A hét különböző népesség- és tevékenység-specifikus BA-szakirányon a korábbi *tanári szakági képzést a szakirány közoktatási specializációja, a terápiás szakági képzést a szakirány klinikai specializációja* elnevezésű tantervi egységek váltották fel annak a szakmai megfontolásnak a tükrében, hogy a gyógypedagógus-mesterség e sajátos, újabb „árnyalása” az újfajta képzési struktúra egységén belül épüljön tovább. A képzés tovább hordozta a gyógypedagógiai tanári/közoktatási és terápiás/klinikai jellegű tevékenység művelése között nem könnyen elhatárolható különbségeket. A tevékenység művelésének ez a problémája nemzetközi szinten is megjelent.

Érdeemes felidézni, hogy a hozzánk történelmileg, szakmatörténetileg és kulturálisan igen közel álló német gyógy(külön)pedagógiában (Heil- und Sonderpaedagogik) a nyolcvanas évektől élénk tudományos vitákat váltott ki, hogy a pályára kerülő gyógypedagógus valójában „kicsoda-micsoda”: tanár vagy terapeuta. Vagy mindkettő? Lehetséges-e és hogyan, ezeket a professzionális tevékenység szintjén kettéválasztani? Milyen tartalmak mentén kell a hallgatókat felkészíteni? Milyen tudományterülethez kapcsolódik a speciális képzések rendszere?

Ennek a folyamatnak a hatása alól (amely egyébként a tőlünk kissé távolabb álló angol nyelvű területen más módon zajlott) mi sem tudtuk kivonni magunkat. Az „egységes” *gyógypedagógus-képzés gondolatának képviselői körében mindezek komoly ellenérzéseket ébresztettek a gyógypedagógus-mesterség, a gyógypedagógiai tudás szétaprózódásának (egyébként reális, de nehezen megkerülhető) veszélyét látva.*

Visszatekintve erre az időszakra azonban az is elmondható, hogy tartalmilag jelentősen átszíneződött a képzési paletta. A HEFOP 3.3.1 keretében, a Képzésfejlesztési Munkacsoport<sup>4</sup> és a szaktanszékek aktív együttműködése nyomán például az ún. Alapozó képzési szakasz Pedagógiai moduljában a Pedagógiai terápiás almodul részévé vált a „Saját élményű művészetpedagógiai fejlesztési módszerek” tantárgyblokk, a művészetpedagógiai terápiás tantárgyblokk (ld. Drámaterápia, Zene és terápia, Vizuális művészeti pedagógiai terápia, stb.). Ezeket az ismereteket a szakirányú klinikai (és közoktatási) specializáció bővítette az egyéni megsegítés újabb formáinak alkalmazását továbbépítve.

A szakirányok klinikai specializációja beépítette azokat a terápiás tudáselemeket, amelyek a népesség sajátosságait figyelembe véve bővítették a gyógypedagógus gyakorlati ismereteit. Ha jellemezni akarnánk az egyébként sokszínű, kötelezően választható (KV) tantárgyi formákban megjelenő képzési kínálatot, a szakirányok klinikai specializációját „eklektikus” jellegűnek mondhatnánk. Nem minden szakág tudta ugyanis karakterisztikusan megvonni a határt a tanegységek közoktatási és klinikai jellegű tudástartalmi között. Nem is volt meg mindenhol ennek a szakterületi háttere a szolgáltatási rendszer, az intézményes működés sajátosságai miatt. Egyes esetekben szakmai kapcsolatok mozgósítása, továbbképzési tapasztalatok hasznosítása és egyéni elképzelések befolyásolták a tantárgyak rendszerét.

Az óra- és vizsgaterv jól mutatja a terápiás kínálat sokszínűségét, a gyógypedagógia „klinikai jellegű” ismereteinek hangsúlyosabb megjelenését. Az ellátórendszer ugyanakkor szakirányonként eltérő módon hasznosította a segítségnyújtás újabb formáit.

<sup>4</sup> Ld. BA-szintű nappali/levelező tagozatos gyógypedagógus-képzés óra- és vizsgaterve. 2006.V.31. ELTE BGYFK est

## Képzések MA-szinten – GYÓGYPEDAGÓGIA szakon

Hazai és nemzetközi tapasztalatok, kutatási eredmények, a gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat újabb eredményeit felhasználva a Bárczi továbblépett. 2009. szeptemberétől – két választható szakirányon – GYÓGYPEDAGÓGIA mesterszakon elindult a mesterképzés. Ehhez a 15/2006 (IV.3) OM rendelet adott felhatalmazást.

A képzési és kimeneti követelmények az „Okleveles gyógypedagógus/MA in Special Education” szakképzettséget „*Gyógypedagógiai terápia/MA in Special Education (Therapy)*”; és a *Fogyatékos emberek társadalmi integrációja/ MA in Special Education (Social Inclusion)* választható szakirányokat jelenítette meg.

A mesterképzés részeként, a tanárképzés átalakulásával párhuzamosan tervezett GyógypedagógUS és GyógypedagógIA TANári szakokon képzések indítása akkor nem realizálódott. (Ennek részletezésétől most eltekintünk.)

Napjainkban azonban a gyógyTERA mellett már a gyógypedagógia tanár (gyógyTA) mesterképzés is jelen van a képzési palettán. A 2017/18-as tanévben elindult a *gyógypedagógia-tanár* mesterszakos (MA) képzés. A képzés célja, hogy a gyógypedagógiai alapképzésben (BA-szinten) szerzett szakképesítésre építve olyan szakemberek kerüljenek a pályára, akik az inklúziót segítő gyógypedagógiai hálózatban, a szakképző intézményekben, a felsőoktatásban és a felnőttképzésben gyógypedagógiai és fogyatékoságtudományi ismeretek tanítására képesek és alkalmasak.

Az évek során egyértelművé vált, hogy a „*Fogyatékos emberek társadalmi integrációja*” (MA) szakirányon az alacsony, néhány fős jelentkezés miatt a képzés nem indulhat el. Akik oda jelentkeztek és felvételt nyertek – amennyiben továbbtanulási szándékukat fenntartották – a *terápiás szakirányon szerezhettek mesterdiplomát*. S bár a társadalmi integráció kérdéseire fókuszáló szakirány mögött a képzés nemzetközi háttere is meghúzódott, a társadalmi integráció komplex feltételrendszerének korszerű ismereteire, azok alkalmazására irányuló képzés a továbbtanulni szándékozó gyógypedagógusok körében sajnálatosan nem tudott áttörni.

A hazai gyógypedagógus-társadalomra nagy vonzerőt gyakorló „*terápiás*” hívószó ennél nagyobb húzóerővel bírt és bír a mai napig. *A jelentkezési arányok ilyen alakulása önmagában azóta is tanulságos szakmai-társadalmi-képzési kérdések bordozójává vált*. Ezek részletezésétől most eltekintünk. Azt azonban fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy a befogadó társadalom szemléletének remélhető erősödése magával hozza egy új típusú szakember jelenléte iránti igényt. A közigazgatás és a szakigazgatás differenciáltabb működése pedig a munkaerőpiacon mind jobban fogja igényelni az olyan szakembereket, akik a fogyatékosággal élő személyek társadalmi beilleszkedését képzettségük birtokában – nem a „klasszikus” pedagógus szerep képviselőiként – az eddigieknél hatékonyabban tudják segíteni.

## Útkeresések

A Bárczi képzési profiljában kezdettől fogva erős törekvés mutatkozott mesterképzési szak/szakok akkreditációjára és indítására.

*A GYÓGYPEDAGÓGLA mesterszakon, gyógypedagógiai terápia szakirányon folyó képzés a gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat folyamatos fejlődésével, belső tartalmi differenciálódásával, a segítő szakemberképzés tudományágakon átnyúló sajátosságaival szorosan összefügg.*

Ezért tartjuk szükségesnek itt külön megemlíteni a *szakos kimenetű MA* akkreditációjára irányuló törekvéseket. Ez a szándék a képzésfejlesztés kezdetétől napjainkig – „házon belül” – a gyógypedagógiai mesterképzés „gyenge pontja.” A szakterületek képviselőinek azonban be kell/kellett látniuk, hogy sem önmagukban, sem minősített külső oktatók bevonásával nem rendelkeznek az akkreditációhoz szükséges önálló szakterületi kimenetek működési feltételeivel.

A gyógypedagógia szakterületei között ebből a helyzetből a logopédia (a Kar Logopédiai Tanszéki Csoportja) a „Klinikai logopédia – MA” benyújtásával kitörési pontot keresett. Törekvésük sajnálatos szakmai fejleménye, hogy az EMMI 2016 tavaszán elutasította a Kar „Klinikai logopédia” mesterképzési alapszak alapítására és indítására irányuló kezdeményezését, többek között arra hivatkozva, hogy *az ELTE nem jogosult klinikai irányultságú, egészség tudományi képzési területre tartozó szak indítására.*

A „klinikai” jelző képzési kontextusban történő fenti megjelenítése tehát tabukat döntögető felvetés. Ez egyes képzések (jelen esetben a klinikai logopédia) szaktudományi besorolását éppen úgy érinti, mint magát a gyógypedagógiát, annak tudományági besorolásával, inter- és multidiszciplináris jellegével összefüggésben (Mesterházi, 2003) Az elutasítás érvelésének – a szak jelenlegi besorolása szempontjából – vitathatatlan jogalapja van: a klinikai irányultság értelmezése jelenleg az egészség tudományi kompetencia kizárólagos elismerése alapján történt. Evvel a Kar, a szakterület és tágabb értelemben maga a gyógypedagógia kénytelen megbékélni és újabb képzési utakat keresni.

A tágan értelmezett gyógypedagógia tudományos ismeretrendszerének fejlődése, az egyéni szükségletek kielégítését segítő szolgáltatások körének bővülése és a fokozatosan növekvő társadalmi igények azonban olyan változásokat indukálnak, amelyek fokozzák a *klinikai jellegű ismeretek társadalomtudományi területre is kiterjedő megjelenését, kizárólagos egészség tudományi beágyazottsága átértékelését.*

Erre irányuló törekvéseket látunk megjelenni nemzetközi szinten német szakterületen a *klinikai szociális munka* (Klinische Sozialarbeit) (Gahleitner & Hahn, 2010) és a hazaitól teljesen független, véletlenszerű névazonosságot, de szemléletében és tartalmában nagyfokú rokonságot mutató *klinikai gyógypedagógia* (Klinische Heilpaedagogik) területén (Simon, 2011)<sup>5</sup> Mintha a szükségletorientált ellátás hazai tereptapasztalatainak összefoglalását és gondjait olvasnánk, mintha a legkorábbi életkortól a felnőttkorig ívelő társadalmi részvétel, a participáció hazai megvalósulásának kérdéseivel szembesülnénk a diplomás német gyógypedagógusok (Diplom Heilpaedagog/e/in) mindennapi tevékenységként: többek között a korai ellátás, a vizsgálat és tanácsadás, a traumafeldolgozás, a tanulóterápiák alkalmazása, vagy akár például az agyi károsodást elszenvedett időskorúak kommunikációjának, mozgásának fejlesztése területén – az egészség tudomány kapcsolatrendszerében – és attól „elszakadásra” készülve.

---

<sup>5</sup> Simon Traudel, a freiburgi Katolikus Egyetem professzora, klinikai pszichológus, egyetemi oktató. Hivatkozott munkájában az egyes szakemberek a hazaival azonos végzettségi szinten (Dipl. Heilpaedagog/e,-in) működnek különböző területeken klinikai gyógypedagógusként, mint a hazai (MA) végzettségi szintű okleveles gyógypedagógusok.

A szakterületek között meghúzódó nézetkülönbségek és rendezetlen szakmai kérések a klinikai nyelvészet és a hazai logopédia között is elvarratlan szálakat hagynak maguk után. Sok éve megválaszolatlan kérdés, hogy a logopédia – a klinikai nyelvészet mellett – „hova tartozzon, ...s hogyan legyen elméletibb és ugyanakkor a hagyományos pedagógiához képest „klinikaiabb?” (Pléh, 2002, p. 239). Hogyan tudná egyáltalán felvenni a versenyt a különböző nyelvi zavarok diagnosztikájában és terápiájában, „miért nem elégségesek ehhez a hagyományos gyógypedagógiai és neuropszichológiai fejezetek, a logopédia és az afaziológia?” (Pléh, 2002, p. 242) – tette fel a kérdést Pléh Csaba még 2002-ben. A válaszdadásra megérett az idő. A jó hatékonysággal bíró képzési programok a fogyatékoság kérdésében nem nélkülözhetik a különböző tudományos nézőpontok, szakterületi álláspontok összehangolását, nyitott kérdések dinamikus szemlélettel történő megközelítését. A Gyógypedagógia mesterszak szakirányai, így a gyógyTERA is, élen járnak az útkeresésben.

## **Külső források – belső nézőpontok – jövő felé tekintés mesterszinten**

Az évek távlatából visszatekintve fontosnak tartjuk felidézni a Magyar Akkreditációs Bizottság (MAB) 2012-ben „*A Pedagógusképzés képzési terület alap- és mesterképzési szakjainak párhuzamos akkreditációs vizsgálata*” című szakmai anyagának néhány, bennünket érintő megállapítását. Az iratszokrény mélyén meghúzódó állásfoglalás a mesterképzések megkezdésének korai szakaszában keletkezett, s érthető módon a hazai felsőoktatásban teljesen újszerű alapképzési forma általános akkreditációs-specifikus szempontjain alapul. A leírtak ismételt áttekintése hasznos tanulságokkal szolgál.

A Bácsai hazai felsőoktatásban betöltött meghatározó szerepének hangsúlyozott elismerése mellett az akkreditációs anyag kiemeli a neveléstudományba ágyazott gyógypedagógia előrelépését a doktori képzés irányába, mivel *a hallgatók számára ezzel megnyílt az út az ELTE Neveléstudományi Doktori Iskoláján belül releváns alprogramokban doktori tanulmányok folytatására*. A BA és MA után a régen áhított harmadik képzési szint a tudományfejlődés és -fejlesztés újabb állomása, amely napjainkra folyamatosan beérett gyümölcsöket terem.

Elismeréssel szól arról, hogy a képzés két (MA) szakirányán „a gyakorlatias (BA) alapképzéshez képest *mélyebb az elméleti ismeretek átadása, s fontos erény a kutatás iránti érzékenység kialakítása*.”

Fontosnak tartja megemlíteni, hogy „*a végzetek kompetenciái a tényleges munkaerőpiaci igényekkel harmonizálnak, ugyanakkor a képzés hagyományaiiban kifejezetten erős orvostudományi és pszichológiai szemlélet preferenciája nem csökkent*.”.

Belső szemlélőként tekintve a pozitív kicsengésű véleményre az is feltűnik, hogy az akkreditátorok szakmailag valójában nem tudták érdemben kezelni a mesterszintű gyógypedagógus-képzés két szakirányának újszerűségét – a neveléstudományon belül. A fogyatékos személyek társadalmi integrációja – összhangban a szakirány célkitűzéseivel – nem kizárólag nevelés és oktatás, hanem azon túlmutatva az életkorokon átívelő egészségtudományi/szociális integráció kérdése is. A gyógypedagógiai terápiás szakirány neveléstudományba ágyazott megjelenése az ezredforduló szakmai-tudományos gondolkodásának komoly eredménye, de kihívása is egyben. (S ahogy a későbbiekben láttatni fogjuk, ezzel nagy kőcsobban akkor a vízbe, hullámai napjainkra sem ültek el.)

Az anyagban az alapszakirányokra is érvényes minőségfejlesztési javaslatok között összemosisódnak a BA-MA képzések határai a kutatási tevékenység továbbfejlesztése szempontjából. A javasolt irányvonal, miszerint az intézmény a szakspecifikus témák mellett tantárgypedagógiai kutatásokat is indítson, hogy ezek gazdag tapasztalata „integrálódjon a neveléstudomány fejlődésébe,” előremutató – elsősorban a BA képzések szempontjából. A pedagógia diszciplináris rendszerével összefüggő tantárgypedagógiai kutatások eredményeit (matematika, természetismeret, rajz, ének stb.) az alapszakirányokon tanulmányokat folytató gyógypedagógusok speciális alkalmazási feltételek mellett kiválóan tudják hasznosítani. Mesterszintű szakirányaink esetében azonban másfajta kutatási irányultságra van szükség.

A kutatásnak kiemelt jelentőséget tulajdonító véleményben leírtakat az elmúlt években összegyűjtött tapasztalatokkal összhangban felsőoktatás-pedagógiai szempontból lenne érdemes hasznosítani. A BA-MA képzések tantárgyi struktúrájának jelenleginél hatékonyabb összehangolása, az MA képzés egyes tantárgyainak belső tartalmi elemzése (mint pl. a Klinikai gyógypedagógia, a Kognitív fejlődésneuropszichológia, a Kognitív képességfejlesztő terápiák, vagy az Esetismertető szeminárium tanegységek és azok szakmai háttere), valamint a képzés szerkezeti moduljainak újragondolása olyan – más módon értelmezett – „tantárgypedagógiai” felvetéseket erősít, amelyet annak idején az elemzés készítői is fontosnak ítélték.

A képzés kidolgozását koordináló Egyetemi Képzési Bizottság megszűnését követően a mesterképzés kérdései időszakosan kerültek napirendre: főként a jelentkezést megelőző évenkénti tájékoztató részeként<sup>6</sup>, intézeti értekezleten<sup>7</sup>, Kari Tanács ülésen<sup>8</sup> vagy záróvizsga témakörök áttekintése során<sup>9</sup>. Az oktatási statisztikák természetszerű feldolgozása mellett<sup>10</sup> a képzési felelős kezdeményezésére történt lekérdezés jól hasznosítható információkkal szolgált arra vonatkozóan, hogy a gyógypedagógia mesterszak terápiás szakirányának hallgatói milyen alapképzettséggel, milyen motivációval léptek be a képzésbe. Erről belső, nem publikált szakmai anyag készült (Gerebenné, 2017)<sup>11</sup>

## **GYÓGYPEDAGÓGIA mesterszak újra – új köntösben**

A Gyógypedagógia mesterszak első hivatalos ciklusa 2017. decemberig tartott. Az intézmény a BA-szintű gyógypedagógus-képzés 2015/16. évi újabb revízióját követően a mesterképzésben is kisebb tantervi változtatásokat hajtott végre.

Az *EMMI 18/2016 (VIII.5) sz. kormányrendelete* a BA és MA szintű gyógypedagógus-képzések megújított képesítési és kimeneti követelményeit tartalmazza. A képzésben ezentúl – szakirány helyett specializációként – az eredeti koncepciót követve változatlanul fenn maradtak a képzés szakirányokat alapozó közös tantárgyai és a specializációk választásának lehetősége. A tantervbe új, angol nyelven hallgatható tanegységek épültek be. „A fogyatékos emberek társadalmi integrációja”

<sup>6</sup> Gereben F-né MA-TERA, 2012-2016

<sup>7</sup> Gereben F-né GYOPSZI-TEA, 2013, Gereben F-né

<sup>8</sup> Gereben F-né GYPTERA-MESTEREK, 2014. 03.12.

<sup>9</sup> Gereben F-né MA záróvizsgatételek oktatói áttekintése

<sup>10</sup> Márkus Eszter Mesterképzés kari statisztikai adatai 2009-2016 között, kézirat

<sup>11</sup> Gereben F-né: Kik lesznek a mesterek – a gyógypedagógiai mesterképzésben. Munkaanyag 2017. Kézirat.

specializáció további szüneteltetése mellett a „gyógypedagógiai terápia” specializáció – nagy arányban levelező tagozaton – újabb hallgatókat vonzott a képzésbe.

A kormányrendelet láttán feltűnik, hogy az angol nyelvű diplomabejegyzés *BA végzettségi szinten* „gyógypedagógus/Special Needs Educator” minősítéssel, a *szakképzettség* esetén valamennyi szakirányon – amely időközben az autizmus spektrum pedagógiája szakiránnyal egészült ki – „Special Needs Educator and Therapist/gyógypedagógiai tanár és terapeuta” *szakképzettséggel ruházta fel a végzett hallgatót. MA-fokozat birtokában a szakképzettség* „okleveles gyógypedagógus/Special Needs Educator”, a *specializációhoz angol nyelvű megnevezés nem társul*. Bizonyára lesznek, akiket a képzési szintekhez kapcsolódó minősítések az előzmények ismeretében elgondolkodtatnak, és kérdések megfogalmazására készítetnek.

Az újabb képzési és kimeneti követelmények benyújtását megelőzően a gyógypedagógiai mesterképzés sok éves tapasztalatát összegző hivatalos intézményi elemzés nem történt, bár a hazai felsőoktatás-kutatásban egyre nagyobb hangsúlyt kaptak a mesterképzések hazai és nemzetközi összehasonlításának kérdései (Hrubosi, 2004, Polónyi, 2015).

Az autizmus spektrum pedagógiája szakirány létesítésével nyolcra bővülő BA-szakirányok telítettsége, és a különböző továbbképzési szakokon folyó egyéb képzések az oktatói kapacitás jelentős volumenét kötik le. Ezekkel párhuzamosan folynak az újabb mesterszintű képzések létesítésének munkálatai. Végző fázisban van a „Fogyatékoságtudomány” mesterszak alapításának és indításának szakmai anyaga, valamint egy *angol nyelvű, kutatási irányultságú fogyatékoságtudományi mesterszak* létesítésének kidolgozása. Az idegen nyelvű képzések interkulturális jellegükből adódóan preferenciát élveznek a hazai felsőoktatásban. Ehhez a folyamathoz a Bárczi oktatóinak speciális felkészültségét mobilizálva értelemszerűen csatlakozni kíván, további képzési feladatokat vállalva (Perlusz, 2016)<sup>12</sup>

*Az évek előrehaladtával mind jobban érzékelhetővé vált, hogy a nappali és levelező képzés keretében szerzett okleveles gyógypedagógus szakképzettség képzési feltételeinek biztosítása, az oktatói utánpótlás kérdései, a választható tárgyak lefedése egyre nagyobb kihívást jelentenek a Kar számára.*

Mindezek együttesen feszítő kérdéseket hordoznak a napi működések, a képzési és kutatási törekvések összehangolása, a képzések „karbantartása” szempontjából. Ezért is jogos az a megállapítás, hogy egy olyan újszerű képzés esetében, mint a Gyógypedagógia mesterszak, *igen kevés a jól használható információ a képzésfejlesztés iránt érdeklődő szakemberek számára* (Horváth, 2016).

## Mire is való a mesterképzés?

A Bologna jelentősen átalakította a magyar felsőoktatás szerkezetét. Ez nemcsak a képzési programok módosítását jelentette, hanem azt is, hogy meg kell/kellett találni a pályára lépő mesterek helyét – szakmai kvalifikációjuknak megfelelően – a munkaerőpiacon is. Polónyi István 2015-ben a Neveléstudomány c. folyóiratban közzétett tanulmánya ezekkel a kérdésekkel a felsőoktatás teljes spektrumát érintően foglalkozik. A gazdasági, tudományos és technikai fejlődés szempontjából lényegesnek tartja azt a törekvést, hogy a tömegesedő felsőoktatásban a mesterképzések a korábbi

<sup>12</sup> Perlusz Andrea, 2016. március 23-25. Interjú a Karc FM rádió Spájz című műsorában. URL: <https://www.mixcloud.com/karcfm/sp%C3%A1jz-dr-perlusz-andrea/>

hagyományos egyetemi képzésnél differenciáltabb, *mélyebb szintű ismereteket nyújt*anak. Kiemeli azt is, hogy „*vitás kérdés az alapképzésekkel összehangolt tartalom, az egyes képzési területeken való alkalmazhatatlanság, és a végzetek munkaerőpiaci fogadtatása*” (Polónyi, 2015, p. 50).

A kétszintű képzés lényege ugyanis, hogy „*a BA/BSc végzettséggel rendelkezők a munkaerőpiacra kilépve nem rendelkeznek mély és szűk szakképzettséggel, hanem viszonylag széles, nem túl mély szakmai ismeretekkel.*” Álláspontja szerint a mesterképzésben „*a régi egyetemi*” képzéssel szemben másra kell helyezni a hangsúlyt, mert ennek hiányában a kilépő szakember kevéssé lesz képes a gazdaság, a gyakorlat és a tudomány számára a feladatokat ellátni. Ezért annak jellege *szűkebb, de egyúttal mélyebb kell legyen annak figyelembevételével, hogy* „*a mesterfokozatban szerzett szakképzettség a jogszabályban meghatározottak szerinti munkakör betöltésére jogosít.*” (Polónyi, 2015, p. 53). Vitát generáló kemény felvetések ezek. Egyértelmű válaszok csak az egyes képzések elemzése alapján adhatók. Ezért is érdemes a pedagógusképzés sajátos világában született mesterképzésünket ebben a tágabb kitekintésben szemlélni.

A hazai gyógypedagógus-képzés – az átalakulás minden nehézsége ellenére – alapvetően „*jól jött ki*” a Bologna-folyamatból.

*A munkaerőpiacra lépő (főiskolai/BA végzettségű) gyógypedagógusról ugyanis elmondható, hogy választott szakirányán egy speciálisan „mély és szűk” szakképzettséggel rendelkezik.* Az értelmileg akadályozottak pedagógiája, a tanulásban akadályozottak pedagógiája, a szomatopedagógia, a pszichopedagógia, a logopédia, a hallássérült személyek pedagógiája és a látássérültek pedagógiája, valamint az autizmus spektrum pedagógiája szakirányokon végzettek birtokolják azokat az ismereteket, amelyek őket a népesség megsegítését érintő nevelési, oktatási és fejlesztési feladatai ellátására kompetens szakemberré teszik. Diplomás szakemberként elhelyezkedhetnek – s zömében ez így is történik – pedagógusként a köznevelés különböző szinterein, pedagógiai szakszolgálatokban vagy speciális tantervű közoktatási intézményekben. Taníthatnak különböző tantárgyakat 1-6. osztályban (tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány esetén 1-8. osztályban), vagy elláthatnak feladatokat az utazó gyógypedagógusi hálózatban. Segíthetik a sajátos nevelési igényű gyermekek/tanulók integrált nevelését a többségi óvodákban, általános és középiskolákban. Gyógypedagógusként jelen lehetnek az egészségügyi és szociális ellátást biztosító intézményrendszer különböző szinterein; minden olyan munkakörben, ahol a jogszabály a gyógypedagógus szakképzettséget előírja. Az egészségügy területén is lehet gyógypedagógus szakképzettséggel dolgozni, bár ez alkalmanként nehézségekbe ütközik. Az állami intézményrendszer mellé fokozatosan felzárkózó alapítványi és magánszolgáltatás szakemberigénye ugyancsak munkaerőpiaci kínálatot és elhelyezkedési lehetőséget jelent a szakképzettségüket hasznosítani szándékozó gyógypedagógusok számára.

A gyógyTERA mesterképzésen szerzett okleveles gyógypedagógus szakképzettség munkaerőpiacon történő érvényesítésének van egy apróbb szépséghibája. Bár a mesterdiploma *jogszabályban meghatározottak szerinti munkakör betöltésére jogosít*, ilyen munkakör azonban, amely a munkakör betöltését kifejezetten a mesterszintű végzettséghez köti, nincs nevesítve.

*A gyógypedagógus szakképzettséggel betölthető munkakörök esetében jelenleg elfogadott, de nem elvárt a mesterszintű diploma.* Ugyanakkor pályázati feltételként meghatározva a munkaerőpiacon, például intézményvezetői álláshely betöltésénél preferenciát jelent, a felsőoktatásban elvárt. Súlyja tehát a végzetek körének bővülésével erősödik.

*A gyógypedagógiai mesterképzés a nemzetközi felsőoktatási trendekkel összhangban valósult meg. Szakirányainak létrejöttében úgy az integrációs, mint a rehabilitációs szemlélet erősödése meghatározó szerepet játszott. A kimeneti szint megemlése lehetővé tette, hogy a köznevelési, egészségügyi és szociális szolgáltató rendszerek különböző szintjein a korábbiaknál magasabban képzett szakember állhat pályára, aki gyakorló pedagógus minőségénél hatékonyabban tudja képviselni a speciális társadalmi támogatást igénylő személyek ügyét.*

A gyógyTERA szakirányra felvett hallgatói évfolyamok esetenkénti lekérdezése a továbbtanulási szándékot illetően, arra világított rá, hogy a jelentkezőket alapvetően szakmai érdeklődés, tudásgyarapítás, a Bárczi mint „anyaintézmény” újabb képzési kínálata erőteljesebben motiválta, mint pozíció szerzése, vagy éppen anyagi előnyök. Persze az sincs kizárva, hogy a hallgatók rejtett motivációi nem ismertek számunkra.

*A pedagóguspálya anyagi feltételeinek javulása fokozta a gyógypedagógusok továbbtanulás iránti elhatározását. A pedagógus életpályamodell újabb készletet kínált a mesterdiploma megszerzéséhez, mivel anyagi vonatkozásban az eddigiekénél hangsúlyosabban tágítja az egzisztenciális lehetőségeket, növeli a pálya presztízsét. A végzettség megszerzése 2014-től azonnali emeltebb bérezéssel járt együtt. A pályán szerzett tapasztalatok elismeréseként megszerezhető „mesterpedagógus” cím elnyerése azonban független a mesterdiplomától, bár előnyös szempontot képvisel.*

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a gyógypedagógiai intézmények vezetői – tisztelet a kivételnek – valójában korlátozott számban éltek a továbbtanulás lehetőségével még úgyis, hogy 2015-ig a mesterképzés a 40 éven felülieknek nem volt nyelvvizsgához kötött. Ezért nem egy helyen előáll/t az a sajátos helyzet, hogy a munkatársi kör egyes tagjai a vezetőnél, vagy a hasonló feladatokat ellátó kollégáknál magasabb szintű végzettséggel rendelkeznek.

*A sajátosságok közé tartozik, hogy a gyógyTERA mesterképzésben a nappali tagozaton tanuló hallgatók (BA) diplomájuk birtokában a munkaerőpiacon jogszerűen munkavállalóként, a képzésben pedig állami ösztöndíjasként (vagy igen kis számban önköltségesen) lehetnek/vannak jelen. Ebből adódik, hogy nem egyszer igen nehezen képesek alkalmazkodni az órarendi, tanulmányi elvárásokhoz. Az összeegyeztetés nehézségei fokozódnak, ha a mesterképzéssel párhuzamosan egy újabb BA szakon is folytatnak tanulmányokat. A levelező tagozatos hallgatók úgyszintén aktív munkavállalók, betagozódva a közoktatás, az egészségügyi vagy szociális ellátás intézményeibe, ahol beosztottak vagy vezetők a helyi munkavállalási feltételeknek megfelelően. Nagyon pozitív vezetői attitűddel kell rendelkezni ahhoz, hogy a képzésben történő részvétel és a tanulási kedvezmények biztosításával kapcsolatos helyzetek ne vezessenek a vezető és beosztott közötti feszültségek kialakulásához.*

A fentiek alapján látható, hogy a jelenleg (is) hiányszakmaként számontartott gyógypedagógiában a munkaerőpiaci kihívásokat és a tanulmányok mesterszintű folytatását olyan sajátos ellentmondások, feszültségek is terhelik, amelyek a tanulmányok zavartalan végzése ellen hatnak.

## **Elvek és tények**

„A mesterképzésben legalább hatvan kreditet kell és legfeljebb százhusz kreditet lehet megszerezni. A képzési idő legalább két, legfeljebb négy félév” (Polónyi, 2015, p. 52.).

A gyógypedagógiai mesterképzés képesítési követelményeiből kitűnik, hogy a Bárczi a realitásokhoz igazodva a képzést kilencven kreditben és három félévben tervezte meg. A



„Gyógypedagógia” mesterképzési szakon a belépés feltétele ugyanis gyógypedagógus-képzés keretében, BA alapszakon, illetve a korábbi főiskolai képzésben szerzett végzettség és szakképzettség.

A „Gyógypedagógia” mesterszak tehát „*zárt képzés*”. Aki a fenti feltételekkel nem rendelkezik, bármennyire is nyitott a fogyatékossgal élő személyek problémái iránt, oklevelet nem szerezhethet. Mindezt azért szükséges megemlíteni, mert évről évre szembesülünk olyan szakemberek (pl. szociológusok, pszichológusok) jelentkezési szándékával, akik erősen motiváltak továbbtanulásra ezen a területen. A három félévnyi képzési idő azonban a fogyatékossgal multidiszciplináris háttérű ismeretrendszerének elsajátítását nem teszi lehetővé. Amennyiben a *mesterképzés hangsúlya az ismeretek elmélyítésén van*, a más szakterületekről belépőknél gyakorlatilag nincs mit elmélyíteni. *A gyógyTERA mesterképzés ugyanis jelentősen épít a korábban megalapozott gyógypedagógiai tudásra és gyakorlati tapasztalatokra.*

Polónyi (2015) szerint – figyelembe véve a mesterképzésekkel szemben támasztott általános elvi megfontolást – ha az alapképzésben közvetített tananyag kiszélesedik, de szakmai mélysége csökken, a mesterképzésben ennek a tendenciának fordítottan kell érvényre jutni. Ez azt jelenti, hogy a közvetített szakmai anyagnak mélységében, specializáltságában növekedni kell. A gyógyTERA (MA) célkitűzései ezzel az általános elvárással összhangban állnak, s ez a „Fogyatékos emberek társadalmi integrációja” szakirány esetében is elmondható.

A gyógyTERA (MA) mélységében és specializáltságában egy olyan irányba mozdította el a tradicionális magyar gyógypedagógus-képzést, amely *a gyógypedagógiai tevékenység három meghatározó elemére, a diagnosztikus, terápiás és rehabilitációs tudástartalmakra, azok integrálására és innovatív alkalmazására, a gyógypedagógiai ismeretrendszer klinikai jellegére helyezte a hangsúlyt.*

*A képzés fő tartalmi elemei a mesterképzés általános elvárásaival összefüggésben mélyítik és szűkítik a gyógypedagógiai tevékenység végzéséhez szükséges, korábban megszerzett ismereteket.* Kiterjeszti a differenciált segítségnyújtás lehetőségeit, új irányt szab a tudományos gondolkodásnak és kutatásnak, elősegíti szakmaközi egybeesések és elhatárolódások (mint tanár és/vagy terapeuta vagy pedagógiai/nevelési terápia – pszichológiai terápia, kompetenciahatárok megtartásának kérdései; neveléstudomány és egészségtudomány diszciplináris viszonya) tisztázását, s megerősíti az ún. klinikai jellegű ismeretek hangsúlyos alkalmazását a nem-orvos/nem-pszichológus alapképzetségű segítő szakember tevékenységében.

Ebben a gyógypedagógia-tudomány fejlődése, szakmai tradíciók, a szükségletorientált fejlesztés szerepének megerősödése, a rehabilitáció és rehabilitáció módszertanának differenciálódása, továbbá a tevékenység professzionalizálódásának igénye egyaránt szerepet játszik.

Nem vitatható, hogy a tartalmilag egyébként koherens képzési program problémákat is hordoz. Ezek közé tartoznak többek között a diagnosztikus és terápiás gyakorlat tantervi hiánya, a terápiás gyakorlatban alkalmazott egyes módszerspecifikus eljárások beépülése a programba; vagy az önképzés keretében a képzést megelőzően szerzett terápiás jogosítványok meglétének számbavétele, esetlegesen kreditalapú beszámítása.

Képzéstechnikailag tehát izgalmas kérdés, hogy a *mélyített és szűkített képzési tartalom* átadása három félév és (KÖ, KV, SZAVA arányok megtartása mellett)<sup>13</sup> 90 kredit keretében mennyiben valósítható meg kellő hatékonysággal a tudományos és gyakorlati jellegű ismeretek folyamatos

---

<sup>13</sup> KÖ/kötelező, KV/kötelezően választható, SZAVA/szabodon választható tárgyak jelzése a tantervben.

bővülésére, újabb tudástartalmak innoválására, és bizonyos hallgatói elvárásokra tekintettel. „Ennek a kétszintű és osztatlan képzések dilemmájával összefüggő vetülete is van” (Polónyi, 2015, p.53) – nemcsak a mi esetünkben, hanem általában a hazai mesterképzések vonatkozásában.

*Megjegyezzük, hogy a „life of learning” elv az alapképzésre épülő továbbképzési rendszer lehetőségét felhasználva valamennyi szakterület számára továbbgondolásra érdemes keretet kínál.*

## Újra az iskolapadban – sok vagy kevés hallgató?

Hazai viszonylatban az ELTE BGGYK az egyetlen intézmény, amely gyógypedagógiai mesterképzést folytat. Így a jelentkezők – gyakran igen sok kilométer távolságból – Budapesten végzik tanulmányaikat. A Bárczi egyébként vonzó képzőhely, a gyógypedagógus pályára készülők többsége a BA képzés esetén is első helyen többnyire a Bárczit jelöli meg. A fentiekhez kiegészítésként néhány adatot kívánunk hozzáfűzni, eltekintve részletes statisztikai tényadatok bemutatásától.

A 2009-ben induló mesterképzésre 2019 szeptemberéig összesen 1534 hallgató nyert felvételt. A jelentkezők és felvettek évenként változó aránya alapján elmondható, hogy a keretszámok betöltése sikeres.

Demográfiai szempontból a női hallgatók erőteljesen felülreprezentáltak, ahogy a pedagógusképzésben általában. Évfolyamonként maximum 2-6 fő a férfi hallgatók létszáma, a pálya elnőiesedése itt is megfigyelhető.

2015-ig valamennyien az ELTE BGGYK korábbi hallgatóiként folytattak tanulmányokat. Ezt követően kezdett növekedni a vidéki képzőhelyekről (Szeged, Győr és Kaposvár) és a határon túli képzésekről (Szlovákia, Románia, Szerbia) jelentkező hallgatók száma. (A 2015/16 tanév nappali első éveséinek például már csak kb. egyharmada volt Bárczis.)

A vidéki képzőhelyekről jelentkezők arányának növekedésében bizonyára szerepet játszanak az egyéni ambíciók, a saját intézményben nem elérhető képzés, a továbbtanulás lehetősége, a budapesti vonzerő, valamint feltehetően a helybeli oktatók támogató attitűdje is.

*Volumenét tekintve elmondható, hogy a gyógypedagógiai mesterképzésben résztvevő hallgatók aránya – bár erre vonatkozó pontos adatok nincsenek a birtokunkban – a gyógypedagógus-képzés országos létszámához képest alacsonynak, intézményi szinten jelentősnek mondható. Az oktatói terhelésben ugyanis – sok más mellett – az MA képzés feladatai ráterhelődnek a BA-val összefüggő feladatokra.*

A nappali és levelező tagozaton tanuló hallgatók létszáma az elmúlt 10 évben évfolyamonként, tagozatonként és tanévenként nagymértékben eltérő. A nappali tagozaton általában 5-25 fő, levelező tagozaton 90-155 fő között ingadozik.

A 2019/20. tanévben nappali tagozaton a korábbi évekhez képest a legkevesebb, öt (!) aktív hallgató folytat tanulmányokat. Kari döntés értelmében a 2020/21. tanévben nappali tagozaton sajnálatosan nem indul képzés.

A helyzetértékelés realitása szakmai és egzisztenciális szempontokat egyaránt felvet, amennyiben az hosszabb távon fennmarad. Bár a nappali tagozat oktatási feladatai a döntés értelmében nem növelik az oktatók egyéni terhelését, szakmailag nem kedvező. A nappali és levelező tagozatok között fennálló – szabályoknak megfelelő – tantervi óraszámkülönbségek az ismeretanyag „elmélyítésre” irányuló célkitűzések megvalósulásának amúgy sem kedveznek.

Egzisztenciálisan belátható, hogy a munkaerőpiac kedvező kínálatát kihasználva a nappali tagozaton végzett (BA) hallgatók szívesen választják a levelező tagozatos képzést. Így ugyanis mentesítik magukat az életkörülmények (kollégium, lakásbérlet, családtól távol élés) biztosításával járó nehézségektől, s emellett idejekorán betagozódhatnak a helyi ellátórendszerbe. A távoktatási technikák, a digitális oktatás fejlesztése távlatilag ugyan segítheti, de nem oldja meg a problémák áthidalását. Hosszabb távú megoldást mindezek mérlegelése, alapos átgondolása, az egységes minőségi elvárások feltételeinek megteremtése jelentheti.

*Intézményi szempontból elemzést igényel, hogy valójában relatíve miért kevés és miért mutat csökkenő tendenciát az „anyaintézményből” továbblépő hallgatók aránya.*

Az egyes szakirányokról továbbtanulók ismeretében elmondható, hogy túlnyomóan a tanulásban akadályozottak pedagógiája, a logopédia, a pszichopedagógia, valamint az értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirányok, illetve ezek kombinációja vonzza a legtöbb hallgatót a mesterképzésbe. Mellettük kisebb arányban találjuk a szomatopedagógia és – a 2015/16 tanévtől – az autizmus spektrum pedagógiája szakirányon végzett hallgatókat.

Évfolyamonként a fentiek mellett kevés a hallássérült személyek pedagógiája és a látássérült pedagógiája szakon végzett hallgató, miközben *szakmai utánpótlásnevelés* szempontjából minden bizonnyal ezeknek a szakterületeknek is igen nagy szükségük lenne mesterfokon végzett gyógypedagógusokra. A BA-képzésből kilépőket az országos ellátottság nagyfokú szakterületi hiányosságai miatt bizonyára nagyon könnyen „felszívják” a helyi ellátórendszerek. *A magasabb képzési szint felé irányítás azonban a tehetséggondozás egyfajta lehetőségét is kínálja.* Az is felmerül, hogy az egyes szakcsoportok megítélése szerint már a BA-képzés elegendő terápiás ismeretet nyújt, s hallgatóikat az integrációt, inklúziót segítő egyéni fejlesztőmunkára „felvértezten” bocsátják ki. Elképzelhető, hogy ezért kevésbé tartják szükségesnek a „szakterülettől független”, másfajta hangsúlyt hordozó ismeretek megszerzését, de egyéb, általunk nem ismert, nem feltárt tényezők is állhatnak a háttérben. *A generációváltás folyamatával összefüggésben azonban kijelenthető, hogy minden szakterületen képzésstratégiai kérdés a szakmai utánpótlás nevelése, a tehetséges hallgatók bevonódása a mesterképzésbe, s majd ennek bázisán a fokozatszerzés lehetőségét biztosító doktori programokba. A mesterképzés tehát az intézmény tehetséggondozási programjának is részévé válhat.*

*Levelező tagozaton* az igen nagyfokú hallgatói heterogenitásban egyéb, kevésbé tárgyalt tényezők is szerepet játszanak a „*kikből lesznek mesterek*” kérdés megválaszolásához.

A gyógypedagógiai mesterképzésbe felvételt nyert gyógypedagógus-hallgatók alapképzésben szerzett felkészültsége a korábbi képzési programokban való részvétel miatt is erős szóródást mutat. Egy évfolyamban ugyanis (a korábbi képzéseket figyelembe véve) voltak/vannak, akik:

- az 1992/93-as tanévtől életbe lépő, különböző szakirányokhoz kötött tanár-terapeuta szakági képzésekre tagolt, ún. „reform” gyógypedagógus képzés;
- a nappali és levelező tagozatos kétszakos különböző szakirányos (főiskolai szintű) képzés;
- a levelező egyszakos különböző szakirányos (főiskolai szintű) képzés;
- a különböző szakirányokon és szakkombinációkban a BA-szintű nappali és levelező egy, illetve kétszakos képzés;
- továbbá határon túli egyetemi szintű gyógypedagógus-képzések hallgatóiként szereztek diplomát és kerültek be a mesterképzésbe.



A fentiek alapján azonban kijelenthető, hogy végzettség és szakképzettség szempontjából alapvetően a gyógypedagógus társadalom törekvő, igényes és „túlképzett”, az újabb ismeretszerzés iránt bizonyos indokból (munkahelyváltás, várható egzisztenciális változás stb.) motivált tagjai folytatnak tanulmányokat a mesterképzésben. Ehhez hozzájárul az is, hogy az egyes évfolyamokban a résztvevők kb. 20-35% a *szakvizsgázott pedagógus, vagy szakvizsga előtt áll. Társadalmi szempontból tehát fontos kérdés, hogy a munkaerőpiac jól hasznosítsa a tudás megszerzésére, bővítésére fordított energiát, az életpályán pedig legyen lehetőség ennek érvényesítésére.*

Mivel a hallgatók korábban valamennyien kipróbálták magukat a felsőoktatásban, teljesítményeik ismeretében, különösen a tanulmányok első félévi eredményei alapján meglepő, hogy inkább alulteljesítéssel jellemezhetőek. A három félév alatt azonban összességében igen jelentős „átalakuláson”, érzékelhető szakmai fejlődésen mennek keresztül. A kutatómunkának minősülő záródolgozat és az integrált tudást váró záróvizsga komoly erőpróbát jelent.

Nem egyszer itt látszik meg egyértelműen a „bemeneti szűrés” (a felvételi) hiánya. Szembesülni kell ugyanis avval, hogy a mesterdiploma megszerzése a korábbi tanulmányokhoz képest sok szempontból „nagyobb falat”, mint amire számítottak. Az elmúlt tíz év – nem teljes körű – statisztikai adatai jelzik, hogy a felvettek 10-15 %-a általában nem iratkozik be, és körülbelül hasonló arányú az elbocsátott/törölt, lemorzsolódott hallgatók száma. Mindezek természetesen nem kizárólag a gyógyTERA mesterképzést jellemzik.

A képzésben 2009-től részt vevő 197 fő nappali és 1337 fő levelező tagozatos hallgató 13,7%-a abszolvált, azaz még nem jelentkezett záróvizsgára. Ebben a levelezők aránya a nappalisok többszöröse. Diplomáját a visszamenőleg megítélt nyelvvizsgakedvezmény érvényesítése alapján 2020-ban, a veszélyhelyzetben kiadott 101/2020 (IV.10) kormányrendelet jóvoltából a teljes hallgatói létszám mintegy 53%-a kapja meg, ami az előző évekhez képest nagyobb fokú emelkedést jelent.

## **Kitekintés – álláspontok**

A tíz éve működő Gyógypedagógia mesterszak hosszú évek munkájának és szakmai ismeretek integrálásának eredménye. A kimeneti szint megemelésével többletet kínált a gyógypedagógiai tevékenység művelőinek, újabb utat nyitott a tudományos kutatások és a szolgáltatások irányába. Mindez abban az időszakban történt, amikor a nevelési, a diagnosztikus, a terápiás és a rehabilitációs tevékenység robbanásszerű fejlődésen ment keresztül. A rendszerváltás kaput nyitott a képzőintézményeknek. *A Bárzsi korábbi szakmai terveinek megfelelően indult el az úton egy újszerű vállalkozás mentén.* A bemutatott többlépcsős képzésfejlesztés – amelynek fókuszába visszatekintésünkben a gyógypedagógiai terápia szakirányt/specializácót állítottuk – a *kihívásokra adott egyfajta válasznak tekinthető*, természetesen egyéb, más irányú kezdeményezések mellett.

A válasz két kritikus ponton igényel további magyarázatot, s ez nem más, mint maga a sokszor említett „gyógypedagógiai terápia,” valamint még a napjainkban is félreértéseket generáló „klinikai” jelző. Mindezt helyre kell tenni, mert úgy járunk, mint az építőmester, aki felépítette ugyan a házat, de a hézagos tetőcserepek miatt folyamatosan beázik az épület. Bizonyára lesznek, akik csodálkoznak a hallgatók – fentiekkel összefüggő – említésein, miszerint egyes (közoktatási) intézményekben az egyéni fejlesztő munka eljárásaival kapcsolatban a „terápia” szót „nem szabad...nem illik...tilos”

használni. Ehelyett az „intervenció” a „kötelezően előírt,” más esetben a „beavatkozás” a „támogatás” használata ajánlatos. A szómágia egyértelműen jelezi a terápia fogalom ellentmondásos megítélését, szakterületek értelmezési különbségeit. Fejlesztés és/vagy terápia? – évek óta húzódozó „elvarratlan szál” a szakmai terminológiában.<sup>16</sup>

És az ember akkor is felkapja a fejét, ha az egészségügyben (pl. gyermekpszichiátrián vagy logopédusként) dolgozó hallgató felkiált: „De jól! Én klinikai gyógypedagógus vagyok!” Bizony ki kell ábrándítani, hogy téved, nálunk nincs ilyen.

A logopédia szakszókincsében a terápia megkerülhetetlen, bevett fogalom. Valamennyi beszéd- és nyelvspecifikus fejlesztő eljárás bátran nevesül a terápia szó kontextusában, hagyományos tartalom hordozója.

Evvél szemben áll napjaink modern autizmus felfogása, amely bár esetenként, szakirodalomra hivatkozva (pl. Lego-terápia) használja, de alapvetően elutasítja az „erősen medikális indíttatású” kifejezést. Használata ugyanis azt sugallja, mintha a „beavatkozás” önmagában elegendő lehet a nehézségek „kezelésére” (Vargáné és Stefanik, 2018).

Más szakterületeken a terminológiai különbség, ahogy ezt egyes szerzők használják – a fenti két erőteljes szembenállás mellett –, nem ennyire kifejezett. Oktatói körben, tudományos munka készítésének kontextusában azonban szintén megtapasztalható a „túlpszichologizált” illetve a „medicinális kicsengésű” kifejezés használatának mellőzése.

A gyógypedagógia klinikai kontextusba helyezése, a „*klinikai*” jelző használata a gyógypedagógia problémátörténetével és ismeretrendszerével kapcsolatban kétségtelen áthallást ébreszt a medicinális megközelítés irányába. Jogosan vetődik fel – Kozma Tamás szavaival „tudományelméletileg divatos” szóhasználat alapján – a paradigmaproblematika, az ún. biológiai paradigma ismételt előtérbe kerülése napjaink uralkodó jelenségértelmezésével, a szociális paradigmával szemben (Kozma, 2001). Mindezek visszatekintésünkben nem először kerülnek említésre. Talán enyhíthető az idegenkedés érzése, ha leszögezzük: *a „klinikai” közelítés valójában a szakmai-tudományos tradíciókon, s mint látni fogjuk, újabb nézőpontokon alapul.* Ilyen értelemben nem paradigmák szembeállítását, hanem valójában azok párhuzamosságát, komplexitását és az ún. *biopszicho-szociális modellben való gondolkodást hangsúlyozza.*

Ha „...a neveléstudomány arra a felismerésre épül, hogy az emberi magatartás és annak belső feltételei alakíthatók, az alakító hatások szervezhetőek, kézben tarthatók, és a nevelés mint tudatos emberformáló tevékenység az alakító hatások működés módjának ismeretében tudományos vizsgálódás, tervezés tárgyává tehető...” (Kron, 1997, id. Illyés, 2001, p. 83) a fenti kijelentés a gyógypedagógia-tudományra és tevékenységi rendszerére ugyancsak érvényes. Az ezredforduló neveléstudományi arculatának felrajzolásakor egyértelművé vált, hogy a neveléstudomány tudáskínálata és a gyakorlat tudásszükséglete között nincs mindig összhang. A közoktatásban – amint azt Illyés hangsúlyozza – erősödik a „pedagógiai tudatosság, a tudományos ismereteken

---

<sup>16</sup> Berényi Mariann, Katona Ferenc (2013) Fejlesztések és terápiák. Fogalomzavar, vagy vetélkedések a mindennapokért? c. tanulmánya igen fontos felvetéseket tartalmaz annak figyelembevételével, hogy a szerzők ezt a kérdést a korai neurohabilitációval és nem a rehabilitációs-rehabilitációs tevékenység teljes kérdéskörével összefüggésben tárgyalják. Hangsúlyozzák, hogy tanulmányuk terminológiája a gyógypedagógiában használatos terminológiától eltérő. Szándékosan viselt hasonló címet a BGGYK GyógyTEA 2018/19. évi sorozata a „Kínálat és lehetőségek a gyógypedagógiai megsegítésben” keretében, áttekintve különböző terápiás programokat a Kar oktatói és külső meghívottak közreműködésével.

alapuló professzionizmus igénye”. Az ún. „*tanuló neveléstudomány*” folyamatosan integrálja azokat az ismereteket, amelyek az emberi viselkedés befolyásolása szempontjából hatékonynak bizonyulnak, tudástartalmát bővíti (Illyés, 2001; Csapó és Vidákovich, 2001). Az életminőségszintű változtatások egyre alaposabb, differenciáltabb tudást követelnek meg, új kihívásokra keresnek választ, nem nélkülözhetik a „humán felfogások” átgondolt, tudományosan elemzett, rendszerszinten átgondolt összefoglalását és gyakorlatban történő hasznosítását.

Kozma a neveléstudományban a tudományos tradíció három változatát különbözteti meg: a bölcsész, a közgazdász-szociológus és a pszichológus tradíciót, amelyek közül neveléstudományi szempontból komoly versenytársként került előtérbe a *pszichológiai, azaz viselkedés- és magatartástudományi paradigma* (Kozma, 2001).

A pszichológia ismeretrendszere több évtized alatt folyamatosan integrálódott a pedagógiába és meghatározó fejlődési perspektívát kínált (Németh, 2013). A gyógypedagógia-tudomány egyik tartópillérévé vált, minthogy – a teljes életciklust figyelembe véve – az egyén személyisége, gondolkodása, biológiai változásai, fejlődése és annak eltérései pszichológiai tudástartalmak nélkül nem értelmezhetőek. A pszichológia tudományának sokirányú fejlődése ezt a folyamatot a XX. században jelentősen felerősítette (Lányiné és Takács, 2010). A fogyatékos ember teljes életívén áthúzódó megismerése és megsegítése, a tudományos ismereteken alapuló professzionizmus hangsúlyos megjelenése szempontjából a viselkedés- és magatartástudományi paradigma szerepe – természetesen egyéb társtudományi ismereteket sem nélkülözve – megkerülhetetlen.

Pléh Csaba a korábban hivatkozott klinikai nyelvészettel kapcsolatban azt hangsúlyozza, hogy az utóbbi két évtizedben *a társadalomtudományokat behálózó olyan interdiszciplináris irányzatok*, mint a pszichológia vagy a nyelvészet (és véleményünk szerint maga a gyógypedagógia) új formációkat, ún. „*tudományos hibrideket*” hoztak létre. A nyelvészet bázisán kialakult klinikai nyelvészet, valamint a gyógypedagógia és a pszichológia bázisán kialakult klinikai gyógypedagógia egyaránt a „*tudományos hibridek*” csoportjába tartoznak, hidat teremtve egy szakma elméleti orientációja és gyakorlata között (Pléh, 2002).

A terápia fogalom neveléstudományi értelmezését és rendszerbe helyezését az *edukációs modell alkalmazásán keresztül* célszerű megtenni. A nézetkülönbséget ugyanis alapvetően az okozza, hogy az elmúlt évtizedek szakmafejlődése során a fogalom/terminológia a gyógypedagógia tudománydefiníciójának és tevékenységleírásának ugyan részévé vált, képzési programokban hasznosult, *fogalmilag azonban nem függetlenedett más tudományágak, elsősorban a pszichológia és medicina értelmezésétől*. És nem történt meg annak *pedagógiai körülhatárolása, neveléstudományi pozíciójának tisztázása*. Ezek a hiányosságok indukálják a szakterületek közötti „vetélkedést,” a szakmai elhárítást, elutasítást, a kompetenciaprobléma meglétét.

A medicinális megközelítés alapján a terápia a gyógyítás egyfajta hordozója. A terminológia használata nem vitatható, értelmezése azonban a medicinán és a pszichológián is túlnyúlik.

A paradigmavitákban érintett gyógy/ító pedagógia a fogyatékoság jelenségének értelmezésével összefüggésben távol kíván ugyan kerülni a gyógyítás jelleget hordozó fogalmak használatától, de megkerülni valójában – *sem szakmai tradíciója, sem a tevékenység segítő jellege miatt – nem tudja*.

A pszichológiát határtudományának tekintő *tágra értelmezett gyógypedagógiának* tehát tisztázni kell ebben a kérdésben a pszichológiai terápiához való fogalmi viszonyát, megfelelő konnotációját, a terápiás tevékenységet végző szakemberek illetékességét és a szaktudás megszerzésének útját, formáját.





összefüggésben került előtérbe. A nevelés szerepét helyezte középpontba, és azt hangsúlyozta, hogy a nevelés esetében a nevelés társadalmi értéke az elsődleges meghatározó (Buda, 1972). Ennek a felfogásnak az alapján vált az angolszász eredetű nevelési terápia/Educational therapy, a német gyógypedagógiai terápia/Heil- und sonderpädagogische Therapie, és az ezekkel összecsengő hazai *gyógypedagógiai terápia a rehabilitáció kérdéseivel foglalkozó tudományok önálló és a pszichoterápiától független irányzatává*.

A nevelés klinikai alapjait összefoglaló ismeretrendszer egy újabb szemléleti bázison működő pedagógia képviselőjében született meg annak nyomán, hogy a sajátos nevelési igényű gyermekek/tanulók problémáinak felismerését, a „gyógyhatású tanulási környezet” biztosítását, az egyéni megsegítés különböző diagnosztikus és terápiás eljárásainak kidolgozását és a nevelési terápia elméleti megalapozását tegye lehetővé (Frostig, 1955).

Az „Educational Therapy/nevelési terápia szakmatörténetében „a nevelés mint terápia” (Mallison, 1968) felfogás a nevelés szerepét újraértelmezi.

Ez a szemlélet jelenik meg hazai szinten is „a gyógypedagógiai nevelés mint terápia” felfogásban, mint a terápia fogalom kitágított értelmezése (Mesterházi, 2001). A külföldi nézőponttal összecsengő hazai felfogás valójában a Ranschburg-i gondolat napjaink is szóló üzenetét hordozza: „...*ahol a nevelésben a maga eljárásaival nem győzi, mert gyógyítva kell fejleszteni, ...ahol az orvostudomány a maga eljárásaival nem tud eredményre jutni – erre csakis a gyógyító célzatú oktatás képes.*” (Ranschburg, 1909. p. 45).

Nem véletlen, hogy ehhez a gondolathoz tért vissza Gordosné is, amikor a 2004-ben megjelent nagyhatású könyvének a „*Gyógyító pedagógia – nevelés és terápia*” címet adta. Ez az elgondolás fogalmazódik újra könyvének bevetőjében a „*hagyományait megőrizve megújult magyar gyógypedagógiai tevékenység*” bemutatásakor (Gordosné, 2004, p. 11).

Nem azért, hogy a hetvenes évek „gyógyít-e a gyógypedagógia” vitáját felélessze. Hanem azért, hogy visszautalva a Ranschburg-koncepció egyik tézisére, a magyar gyógypedagógiai tradíció meghatározó elemének tekinthető „nevelés útján történő gyógyításra”, azt a 20-21. század szakmai közegebe helyezze (Gordosné, 1994).

A szükségletorientált, egyénközpontú szemlélet az ún. „*személyorientált-klinikáinak nevezett*” megközelítés átértékelését is szükségessé teszi (Zászkaliczky, 2014, p. 77). A hangsúly ezáltal ugyanis nem a hagyományos orvosi megközelítésre kerül, amely a fogyatékoságot az egyén individuális tulajdonságának tekinti. Azt emeli ki, hogy milyen módon lehetséges az egyén és az őt körülvevő környezet megsegítése, szakmai-társadalmi támogatása. Ez a „*klinikai jelleg*” orvosi modelltől való függetlenedését és annak teljes átértelmezését jelenti.

Ahogy Pléh Csaba szerint a nyelvészetre, úgy tehát a gyógypedagógiára is elmondható: „...*a klinikai jelleg azt fejezi ki, hogy egy elméletileg integratív jellegű ismeretrendszer/tudomány a maga teljes fogalmi és módszertani eszköztárával közelíti zavarjelenségekhez, kóros folyamatokhoz, s az eltérésekre utaló emberi megnyilvánulások tünetalapú, egyénközpontú szemlélete alapján a diagnosztikát, a terápiát és a rehabilitációt állítja középpontba annak a céllal, hogy az egyént érintő biológiai, pszichológiai és szociális hátrányokat csökkentse, az életlehetőséget, a szűkebb és tágabb társadalmi környezetbe való beilleszkedés hatékonyságát javítsa.*” (Pléh, 2002, id. Gerebenné, 2013, p. 35). A fentiek értelmében a gyógypedagógia klinikai kontextusba helyezése újszerű és előremutató megközelítés, amely a mesterképzés tárgyalt szakirányától/specializációjától nem függetleníthető.

A gyógypedagógiai terápia a klinikai gyógypedagógia egyik központi fogalma. A rendszerszemléletű megközelítés szükségessé teszi, hogy a terápia fogalom kitágított értelmezése mellett egy pontosabban körülhatárolt, saját szakterületünkre vonatkoztatott átfogó értelmezést használjunk.

A javasolt munkadefiníció szerint a gyógypedagógiai terápia *„habilitációs és rehabilitációs tevékenység, amely a személy bevonásával egyéni vagy kiscsoportos fejlesztés keretében, az életkori sajátosságok figyelembevételével, különböző terápiás eljárások, módszerek alkalmazásával a pszichikus képességek és funkciók speciális befolyásolásán keresztül segíti a kognitív, emocionális és szociális készségek és képességek fejlődésében vagy működésében fennálló zavarok, hiányosságok megszüntetését, illetve kompenzációját, a teljesítmények alapját képező megismerési folyamatok és a viselkedés, az autonóm személyiség szerveződését”* (Gereben, 2013, p. 40).

A rehabilitáció és rehabilitáció folyamatában célirányosan felhasználható terápiás eljárások körében természetesen nem nélkülözhetőek a bizonyítékon alapuló gyakorlatra épülő módszerek, az alternatív terápiákra vonatkozó ismeretek, a hatékonyságvizsgálatok eredményeinek, klinikai esettanulmányok, újabb kutatások tapasztalatainak felhasználása – hazai és nemzetközi kitekintésben (Stefanik, 2018).

## VÉGSZÓ

Visszatekintésünkben a gyógypedagógia mesterképzés gyógypedagógiai terápia szakirányának/specializációjának képzéstörténeti és szakmai kérdéseit kívántuk bemutatni.

Elmondható, hogy érdemes volt ezen a hosszú úton végighaladni, amelyről kezdetben inkább éreztük, mint tudtuk, hogy új irányba mutat. Valamennyien részesei lettünk egy igen gazdag, sokszínű tanulási folyamatnak, amelynek nyomán a képzés létrejött. Megtanulhattuk több új nézőpont alapján látni szakmai tevékenységünket, amely, ha vitákat is ébreszt, mindenképpen előremutató.

Gordosné korábban hivatkozott megállapítása, miszerint *„a gyógypedagógiát klinikai jellege emelte ki a neveléstudományból”* (Gordosné, 2000, id. Gerebenné, 2013) visszaigazolódni látszik. Az iránytű a jövő felé mutat.

A kari jövőképzés ugyanis nem nélkülözheti, hogy átgondoljuk, egy három féléves, 90 kredites képzést hogyan lehet még professzionálisabbá tenni abban a társadalmi közegben, ahol igény és kínálat sokszor kerül szembe egymással. *Eldöntendő kérdés, hogy a gyógypedagógiai mesterképzés bemutatott szakirányát/specializációját („társával” együtt), vajon a gyógypedagógiai tömegképzés része, vagy egy professzionális szakmai képzés borsodozója.* Mindezek nem nélkülözhetik a tudományépítés folyamatát, amelyhez a magyar gyógypedagógia gazdag szakmatörténeti múltja, folyamatosan megújuló szellemi forrásai kiváló lehetőséget biztosítanak. Ma már a korábbiaknál jobban látjuk, hogy a gyógypedagógia-tudomány a tudományok mai rendszerében erősen feszegeti a hagyományos neveléstudományi kereteket, az inter- és multidiszciplinaritás hangsúlyozása helyett erőteljesen mozdul transzdiszciplináris irányba. Tanulmányunk keretei korlátokat szabtak valamennyi felmerülő kérdés részletes kifejtéséhez, a képzés SWOT-analízise további közös gondolkodást és cselekvést kíván.

De ez már egy másik tanulmány témája.

# Irodalomjegyzék

- Berényi M. és Katona F. (2013). Fejlesztések és terápiák. Fogalomzavar, vagy vetélkedések a mindennapokért? *Gyógypedagógiai Szemle*, 41.(2). 174–186.
- Buda B. (1972). Szempontok a pszichoterápia eredményessége és a kiképzés problémáihoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 29.(1), p. 81–92.
- Csapó B. és Vidákovich T. (szerk.) (2001). *Neveléstudomány az ezredfordulón*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Frostig, M. (1955). Approaches to Education. PhD Dissertation. University of Southern California.
- Gahleitner, S. & Hahn, G. (2010). *Klinische Sozialarbeit. Forschung für die Praxis – Forschung aus der Praxis. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 2*. Psychiatrie Verlag: Bonn.
- Gereben F-né (2004). A gyógypedagógiai pszichológia szerepe a gyógypedagógia tudományos elméletének fejlődésében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 32.(2), 84–91.
- Gereben F-né (2008). Gyógypedagógia a változó világban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 36.(3), 161–170.
- Gereben F-né (2013). Klinikai gyógypedagógia: a tágran értelmezett gyógypedagógia-tudomány és -gyakorlat ismeretrendszer történeti aspektusaitól. *Gyógypedagógiai Szemle 41.(különszám)*, 31–43.
- Gereben F-né: A Ranschburg örökség szerepe a gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat klinikai irányultságának értelmezésében. Előadás. Magyar Tudomány Napja, ELTE BGGYK Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet és a Magyar Pszichológiai Társaság konferenciája, 2019. november 21-én. Kézirat.
- Gordosné Szabó A. (1996). *Bevezetés a gyógypedagógiába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Gordosné Szabó A. (2004) *Gyógyító pedagógia*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Gstach, J. (2010). „Der Paedagog muss Anthropolog werden!” Psychologisch-heilpädagogische Aspekte der Falldarstellungen in Werken von Georgens/Deinhardt und andere Autoren ihrer Zeit. *VHN*, 79. Jg. S. 11–26.
- Horváth M. (2016). Logopédusképzés és-továbbképzés hazánkban. *Neveléstudomány*, 4.(2), 80–97.
- Hrubos I. (2002). Differenciálódás, diverzifikálódás és homogenizálódás a felsőoktatásban. *Educatio*, 3.(1). 96–106.
- Illyés S. (2001). Tanuló neveléstudomány. In Csapó B., Vidákovich J. (szerk.) *Neveléstudomány az ezredfordulón*. (pp. 11–22). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Illyés S. (2004). Tudomány és gyakorlat a gyógypedagógiában. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 55–75). Medicina Kiadó, Budapest.
- Kozma T. (2001). Pedagógiánk paradigmái. In Csapó B., Vidákovich J. (szerk.). *Neveléstudomány az ezredfordulón*. (pp. 23–28). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Lányiné Engelmayer Á. (2004). Gyógypedagógia és terápia. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 71–87). Medicina, Budapest.
- Lányiné Engelmayer Á. és Takács K. (2010). „...nemcsak a sérült képességeket kell vizsgálni, hanem magát az embert, aki ezeknek hordozója...” A fogyatékoság jelensége a pszichológiában. In Zászkaliczky P. és Verdes T. (szerk.). *A tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. (pp. 233–269). ELTE Eötvös Kiadó – BGGYK, Budapest.
- Mallison, R. (1968). *Education as Therapy. Suggestions for Work With Neurologically Impaired Children*. Special child publications, Seattle.
- Mesterházi Zs. (1994). A „Tanulási Klinika” program, a tanulási problémák megelőzéséért, enyhítéséért – gyerekeknek és pedagógusoknak. *Gyógypedagógiai Szemle*, 22.(2), 120–123.
- Mesterházi Zs. (2000). A gyógypedagógia mint tudomány. In Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. (pp. 39–81). ELTE BGGYFK, Budapest.
- Mesterházi, Z. (2001). A gyógypedagógiai nevelés mint terápia. *Iskolakultúra*, 11.(2), 29–33. URL: <http://www.iskolakultura.hu/index.php/iskolakultura/article/view/19416> (Letöltve: 2020. 07. 15.)

- Mesterházi Zs. A gyógypedagógiai folyamatról. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 20–39). Medicina Kiadó, Budapest.
- Mesterházi Zs. (2003). A gyógypedagógia-tudomány struktúrájának változásai. A III. Országos Neveléstudományi Konferencián elhangzott szimpózium előadás összefoglalója. *Gyógypedagógiai Szemle*, 31.(2), 81–83.
- Mesterházi Zs. (2015). A gyógypedagógia általános kézikönyve – évtizedekig kéziratban. *Pedagógiai-történeti Szemle*, 1.(1), 20–30.
- Németh A. (2013) A neveléstudomány fejlődésmodelljei és tudományos irányzatai. *Neveléstudomány*, 1.(1), 18–63.
- Pléh CS. (2002). A klinikai nyelvszemlélet újjai és elméletei. *Pszichológia*, 22.(3), 239–244.
- Polónyi I. (2015). Kik lesznek a mesterek. *Új Pedagógiai Szemle*, 18.(5-6), 50–68.
- Ranschburg P. (1909). Elmélkedések a gyógypedagógia jelenéről és jövőjéről. *Magyar Gyógypedagógia*, 1.(2), 41–50. és 81–85.
- Simon, T. (2013) *Klinische Heilpaedagogik*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Stefanik K. (2018). Az evidencia és az evidenciaalapú gyakorlat fogalma. In Győri Mikós és Billédi Katalin (szerk.) *Atipikus diákok, segítő appok, tudományos evidenciák*. (pp. 55–65). ELTE BGGYK, Budapest.
- sz.n. (2003). Tudomány a gyógypedagógiában tegnap és ma. In Memoriam Illyés Sándor. *Gyógypedagógiai Szemle*, 31. (különszám), 92–97.
- Tóth B. és Faragóné Bircsák M. (2003). A „Tanulási Klinika” modell. *Gyógypedagógiai Szemle*, 31.(2), 116–134.
- Vargáné Molnár M. és Stefanik K. (2018). Autizmus-specifikus szociális készségfejlesztő csoporttréningek értékelésének szempontjai: a Lego alapú értékelés szempontjai. *Gyógypedagógiai Szemle*, 46.(3), 155–168.
- Zászkaliczky P. (2004). A gyógypedagógia: a fogyatékos tudománya. *Fogyatékoság és Társadalom*, 2.(5-6), 73–86.
- Zászkaliczky P. és Verdes T. (2010). *A tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE BGGYK –ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.

# Tartalom/Table of Contents

## TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK

---

Tar Éva – Kullmann Lajos: Az FNO szemléleti keretének alkalmazhatósága beszédhanghiba tüneteit mutató gyermekek logopédiai ellátásában	1
Kiss Erika: Adaptív és nem adaptív megbirkózási stratégiák jellemzői látássérült gyermeket nevelő szülők körében	23
Györkő Enikő – Lábadi Beatrix – Beke Anna – Szeszák Szilvia: A munkamemória és a numerikus képesség összefüggése koraszülött gyermekek vizsgálatában	43
Aranyos Györgyi – Bank Éva: A családi működés és a szorongás összefüggései a tanulási motivációval tanulási zavarral küzdő tanulók körében	63
Krausz Anita: Az integráció és az inklúzió elmélete és gyakorlata külföldön és hazánkban	79

## A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

---

Herbainé Szekeres Erika – Szekeres Ágota – Horváth Endre: A szociometria alkalmazását támogató SMETRY keretrendszer felhasználási lehetőségei a pedagógiai gyakorlatban	99
Vissi Tímea – Feketéné Szabó Éva – Papp Gabriella: Tanuláshoz szükséges készségek mérése DIFER programcsomaggal cerebrális parézissel élő gyermekek körében iskolába lépéskor	113

## A GYÓGYPEDAGÓGIA TÖRTÉNETE

---

Gereben Ferencné: Mesterképzés a gyógypedagógiai felsőoktatásban – TERÁPIÁS megközelítésben, történeti és szakmai kitekintésben	131
---	-----

---

## ORIGINAL PUBLICATIONS

---

Tar, Éva – Kullmann, Lajos: Applicability of ICF in speech language pathology for children with speech sound disorders	1
Kiss, Erika: Characteristics of the Adaptive and Problem-oriented Approaches among Parents Raising Visually Impaired Children	23
Györkő, Enikő – Lábadi, Beatrix – Beke, Anna – Szeszák, Szilvia: Relationship between working memory and numerical skills in the investigation of preterm childrens	43
Aranyos, Györgyi – Bank, Éva: Relationship between family functioning, anxiety and learning motivation among students with learning disability	63
Krausz, Anita: The theory and practice of integration and inclusion in Hungary and abroad	79

## FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

---

Mrs. Herbainé Szekeres, Erika – Szekeres, Ágota – Horváth, Endre: Possibilities of using the SMETRY framework in supporting the application of sociometry in pedagogical practice	99
Vissi, Tímea – Mrs. Feketéné Szabó, Éva – Papp, Gabriella: Measuring basic learning skills of children with cerebral palsy with DIFER program package at the beginning of school	113

## THE HISTORY OF SPECIAL EDUCATION

---

Mrs. Gereben, Ferencné: ster's Degree in Higher Education in Special Needs Education – in Therapeutic Approach, Historical and Professional Perspective	131
---	-----



[www.gyogyped szemle.hu](http://www.gyogyped szemle.hu)